



Santé, réduction des risques et usages de drogues N° 63 / 2^e trimestre 2011

Risque infectieux en prison :
un réel enjeu
de santé publique / 2

« Il y a fort à faire pour lever
les freins à la mise en œuvre
des mesures de RdR en prison » / 8

Quelles priorités pour la
RdR en prison ? / 11

Comment
l'emprisonnement
est devenu une réponse
à l'usage de drogues / 14

Beyrouth

Un appel urgent en faveur de la
réduction des risques / 18

Beyrouth

« La RdR dans la région, il faut
que ce soit **maintenant**
ou ce sera trop tard ! » / 20

GBL en milieu festif :
une **expansion** préoccupante / 22

Édito / 24

Risque infectieux en prison : un réel enjeu de santé publique

Laurent Michel / Centre de traitement des addictions, hôpital Emile-Roux (Limeil-Brévannes)

Marie Jauffret-Roustide / Institut de veille sanitaire (Saint-Maurice)

Deux enquêtes récentes en milieu pénitentiaire, l'une portant sur les prévalences virales et le dispositif de soin (enquête Prévacar), l'autre sur la disponibilité et l'accessibilité aux mesures de prévention et de réduction des risques infectieux (étude Pri²de), apportent de nouvelles données confirmant la nécessité d'un ajustement de la politique de santé publique en milieu pénitentiaire.

La prison est considérée comme un lieu à haut risque sur le plan infectieux¹. Il s'y concentre une population fréquemment consommatrice de substances psychoactives, marquée par une précarité sociale importante et des comorbidités psychiatriques fréquentes. Les conditions de détention (promiscuité, absence d'intimité, hygiène dégradée, violence) favorisent l'exposition aux risques infectieux. Les pratiques à risques restent un sujet tabou du côté des personnes détenues, ce qui confirme de nombreux intervenants dans leur conviction qu'elles n'existent pas en prison. La sexualité, synonyme d'homosexualité, est difficile à évoquer dans un environnement marqué par des valeurs « viriles », l'intimidation et la violence. Si la consommation de cannabis est extrêmement banalisée et implicitement plus ou moins tolérée, l'usage de drogues reste en soi pénalisé, en prison comme au dehors, et l'usage de la voie

intraveineuse, qui concerne le plus souvent des médicaments détournés de leur usage, ne fait par contre l'objet d'aucune tolérance. Par ailleurs, les usagers de drogues représentent une sous-catégorie peu enviable dans la hiérarchie sociale de la prison, se situant juste au-dessus des « pointeurs » (délinquants sexuels), ce qui ne les motive pas à se déclarer

aux intervenants sanitaires. Les mesures destinées à prévenir les risques infectieux datent de 1996² et sont centrées sur le VIH. Elles comprennent essentiellement la mise à disposition d'eau de javel (afin de décontaminer le matériel d'injection mais aussi de tatouage ou piercing), de préservatifs et lubrifiants, la prophylaxie post-exposition (PEP) et l'accès aux traitements de substitution aux opiacés (TSO). L'efficacité de l'eau de javel sur le VIH dans le contexte de l'incarcération est contestée dans la mesure où les conditions de son efficacité ne sont pas réunies (degré chlorométrique, temps de contact avec le matériel à désinfecter), et il est encore plus probable qu'elle ne soit pas efficace sur le VHC³. Certaines mesures de réduction

des risques pourtant autorisées en milieu libre ne le sont pas en détention (programme d'échange de seringues, antiseptiques, matériel de sniff...) en France. En ce sens, la France est en opposition avec les recommandations de l'OMS datant de 1993, préconisant une équivalence du dispositif de soin et de prévention avec le milieu libre, mais aussi avec les termes de la Loi de 1994, prévoyant également une équivalence de dispositif entre la prison et le milieu libre.

L'efficacité de l'eau de javel sur le VIH dans le contexte de l'incarcération est contestée, et il est plus probable qu'elle ne soit pas efficace sur le VHC

Des études trop rares et trop anciennes

Peut-on approcher la réalité du risque infectieux en France? Si des études de cas ou d'incidence du VIH et/ou des hépatites ont été conduites à l'étranger, aucune n'a été réalisée en France, en dehors d'une réalisée à la prison de la Santé à Paris en 1998⁴. Celle-ci portait sur l'incidence de l'hépatite C, avec suivi prospectif mensuel jusqu'à 3 mois puis à 6 mois, mais pour un échantillon de détenus relativement faible (moins de 700 détenus) : aucune séroconversion VHC n'était constatée. La taille de l'échantillon nécessaire à l'observation de séroconversions pour le VHC dans le cadre d'un suivi prospectif en milieu pénitentiaire est sans doute beaucoup plus importante⁵. Les rares autres études disponibles portant sur

les prisons françaises sont anciennes. Elles concernent l'évaluation des prévalences virales, l'état de santé lors de l'incarcération ou en détention, les pratiques à risque ou le dispositif de soin. Pour ce qui concerne les prévalences virales (tableau), celles-ci oscillent entre 4,2 % et 6,9 % pour le VHC, 0,8 % et 3,4 % pour le VHB et 0,6 % et 1,6 % pour le VIH selon les méthodologies utilisées, les établissements explorés et la période d'étude. La proportion de détenus bénéficiant d'un traitement

⁴ Arrada A, Zak D, Zbar C, Vasseur V. Prevalence of HBV and HCV infections and incidence of HCV infection after 3, 6 and 12 months of detention in La Santé prison, Paris. *Annales de médecine interne*, 2001, 152, Suppl 7, 6-8.

⁵ Gore SM, Bird AG. "Study size and documentation to detect injection-related hepatitis C in prison". *QJM: monthly journal of the Association of Physicians*, 1998, 91, 353-357.

⁶ Falissard B et al. "Prevalence of mental disorders in French prisons for men". *BMC psychiatry*, 2006, 6, 33.

Tableau : Statut sérologique pour le VHC, VHB et VIH chez les détenus entrant ou en cours de détention (%)

	Mouquet 1997	Mouquet 2003	Remy 2000	Remy 2003	Drassif 2005
	135 prisons Détenus entrants ¹	134 prisons Détenus entrants ¹	85 prisons 27 245 détenus ²	88 prisons 31 215 détenus ²	8 prisons Détenus entrants ³
Séropositivité					
VHC	4.4 ^a	4.2 ^a	6.3 ^b	6.9 ^b	5.9 ^b
% de détenus testés	20	27	ND	ND	38
Séropositivité					
VHB	2.3 ^a	0.8 ^a			3.4 ^b
% de détenus testés	25	20			37
Séropositivité					
VIH	1.6 ^a	1.1 ^a			0.6 ^b
% de détenus testés	46	40			41
ARV à l'entrée en détention	0.8	0.5			1.4

¹ études une semaine donnée / ² étude transversale / ³ période d'étude: 2005
^a séropositivité déclarée par le détenu / ^b test positif

¹ Fazel S, Baillargeon J. "The health of prisoners". *Lancet*, 2010.

² Ministère de la Santé / Justice. Circulaire n° 8739, 5 décembre 1996: mesures de lutte contre l'AIDS en prison. In: DGS/DH/DAPI 1996.

³ WHO. Effectiveness of interventions to address HIV in prisons. In: Evidence for action technical papers. Geneva: WHO-UNODC-UNAIDS, 2007.



L'enquête Prévacar

L'enquête Prévacar est une enquête sur la santé des personnes détenues réalisée par la DGS avec la coordination scientifique de l'InVS. Cette enquête comportait un volet offre de soins et un volet prévalences. Les objectifs de Prévacar étaient d'estimer la prévalence de l'infection par le VIH, le VHC, et des TSO (méthadone ou BHD) dans la population adulte incarcérée; et de décrire de l'offre de soins dans les établissements pénitentiaires (organisation et pratiques du dépistage, prise en charge des personnes VIH et hépatites, accès à la prévention et à la RdR). Le volet offre de soins de l'enquête Prévacar permet d'actualiser les connaissances sur l'offre de TSO en France. Réalisée en juin 2010 auprès de 168 unités de consultation et de soins ambulatoires (UCSA), cette enquête bénéficia d'un taux de participation de 145 UCSA (86 %), représentant 56 011 personnes détenues, soit 92 % de la population incarcérée au 1^{er} juillet 2010. Le très bon taux de participation des établissements à l'enquête Prévacar, grâce à la mobilisation des personnels des équipes soignantes, permet de disposer de données fortement représentatives de la population des détenus (le taux de données manquantes n'excédant pas 3 % pour le volet offre de soins).

Les principales limites de l'enquête résident dans le mode déclaratif du recueil de données et l'existence d'un biais de désirabilité sociale de la part des répondants, qui peut être renforcé par le caractère institutionnel de l'enquête. De plus, le questionnaire était renseigné par le médecin responsable de l'UCSA qui ne disposait pas forcément de l'ensemble des informations. Toutefois, malgré ces limites, l'enquête Prévacar permet de disposer de données fiables et actualisées sur l'offre de soins en matière de réduction des risques auprès des usagers de drogues incarcérés, au niveau national. L'équipe: Christine Barbier, Laurence Caté, Julie Bouscaillou, Khadoudja Chemlal, Hélène Morfini, Christophe Michon, Lionel Lavin, Bernard Faliu, Abla Maache, Martine Clément pour la DGS; Marie Jauffret-Roustide, Caroline Semaille, Yann Le Strat, Elise Chiron, Etienne Lucas, Lila Oudaya pour l'InVS; Marc-Antoine Valantin (AP-HP). Le comité de pilotage: Grégory Bratz (Act-Up), Rozenn Calvar (DGOS), Emeline Chaigne (Speep), Jean-Claude Cognet (DAP), Dominique De Galard (DAP), Sandra Essid (AIDES), Caroline Gasiglia (TRT5), François Moreau (Speep), Rhida Noujouat (Sidaction), Pierre Pouyanne (ARS), Patrick Serre (Aspep).

L'enquête Prévacar montre que 100 % des UCSA délivrent un accès à au moins un des deux types de TSO

12 % avaient eu recours à l'injection en détention et 1/3 avaient partagé leur matériel d'injection. Une étude réalisée en 1998 dans 4 établissements du sud de la France, auprès de 1212 détenus ayant accepté de répondre à un questionnaire anonyme, montrait que 1 % déclaraient des rapports homosexuels en prison, 1 % se prostituait en détention, 43 % des usagers de drogues par voie intraveineuse actifs avant incarcération continuaient à s'injecter en prison, 21 % de ceux s'injectant en prison partageant leur matériel et 7 % se déclaraient s'être initié au shoot en prison. Les données françaises, qui sont anciennes et discutables pour certaines d'entre elles sur le plan méthodologique, mettent cependant en évidence un risque infectieux plus que probable, par ailleurs largement étayé par la littérature internationale. Les populations, les pratiques et les dispositifs évoluant rapidement, il paraît évidemment nécessaire de disposer de données récentes pour pouvoir préconiser un ajustement de la politique de santé publique en milieu pénitentiaire. Deux enquêtes récentes ont œuvré dans ce sens, l'une

portant sur les prévalences virales en milieu pénitentiaire et l'offre de soin (enquête Prévacar), l'autre sur la disponibilité et l'accessibilité aux mesures de prévention et de réduction des risques infectieux en milieu pénitentiaire (étude Pri²de).

Les données nouvelles de Prévacar et Pri²de

Concernant l'offre en matière de TSO, l'enquête Prévacar montre que 100 % des UCSA indiquent un accès à au moins un des deux types de TSO, soit par buprénorphine haut dosage, soit par méthadone. Quelques établissements ne proposent toutefois qu'un seul traitement : BHD seule dans 4 établissements, méthadone seule dans 4 autres. La continuité des soins à la sortie, en matière de TSO, ne concerne que la moitié des établissements (55 %), 38 % des établissements déclarant ne pas mettre en œuvre de procédure formalisée. Concernant l'offre en matière de réduction des risques, 18 % des équipes des UCSA déclarent avoir eu connaissance de découvertes de seringues usagées dans l'établissement au cours des 12 derniers mois et 29 % dans les établissements accueillant moins de 500 personnes détenues. La découverte de seringues concerne plutôt les établissements de grande capacité, supérieure à 150 places. Il s'agit de déclarations des équipes sur la base d'informations soit connues directement d'elles, soit portées à leur connaissance par des tiers. Cet indicateur laisse supposer des pratiques d'injection. Les résultats de Pri²de mettent en

évidence, sur de nombreux plans, une insuffisance de mise en œuvre du dispositif de réduction des risques infectieux préconisé tant sur le plan national (circulaire de 1996 et guide méthodologique relatif à la prise en charge sanitaire des personnes détenues, dans sa version actualisée de 2004) qu'international (la référence retenue étant les recommandations émises par l'OMS en 2007). Les principaux points repérés comme déficients sont l'information fournie aux détenus (de ressort sanitaire) sur l'utilisation de l'eau de javel à visée de réduction des risques mais aussi sa mise à disposition en détention par l'administration pénitentiaire, la mise à disposition de lubrifiants avec les préservatifs pour hommes mais aussi celle de préservatifs féminins dans les établissements accueillant des femmes détenues, l'information sur l'accès à la prophylaxie post-exposition. Si les TSO semblent le plus souvent reconduits à quelques exceptions près, leur initiation reste absente dans 13 % des établissements et dans de nombreux autres établissements, seul l'un des deux est proposé.

Des limitations posologiques sont notées, en particulier pour la méthadone, et des pratiques de pilage existent dans 1 établissement sur 5. Par ailleurs, les recommandations de l'OMS stipulent qu'en l'absence de mise à disposition de préservatifs et de matériel d'injection stérile, les mesures d'information-éducation-communication portant sur les risques infectieux et le dépistage pour les affections virales restent d'impact extrêmement limité et que lorsque les PES sont absents, les praticiens doivent continuer à plaider pour leur mise en œuvre en milieu pénitentiaire, en particulier s'ils sont disponibles en milieu libre. Des soins pour des abcès potentiellement liés à des pratiques d'injection sont évoqués par 34 % des établissements, certains précisant cependant que ces abcès auraient été acquis antérieurement à l'incarcération. Des soins d'infections cutanées consécutives à des tatouages, piercings ou scarifications sont évoqués dans 70 % des établissements et des soins pour des saignements de nez en lien avec une pratique de sniff dans 9 % des établissements. Néanmoins, seuls 3 traitements post-exposition ont en tout été déclarés prescrits dans les 12 mois précédant l'inventaire, aucun au décours de pratiques à risques liées à un usage de drogues.

L'existence de pratiques à risque

Les données récentes disponibles sont concordantes concernant l'existence de pratiques à risque vis-à-vis des risques infectieux en détention. Les précédentes études

Le programme Pri²de

Le programme Pri²de (programme de recherche et intervention pour la prévention du risque infectieux en détention) émane d'un groupe de travail de l'Action coordonnée 25 (recherches en santé publique dans le domaine des hépatites B et C) de l'Agence nationale de recherche sur le sida et les hépatites virales (ANRS). Sa finalité est d'évaluer les mesures de réduction des risques infectieux nouvelles à déployer en milieu carcéral et les expérimenter. L'inventaire, présenté ici, en constitue la première étape, et a pour objectif d'évaluer la disponibilité et l'accessibilité aux mesures de réduction des risques infectieux officiellement préconisées en France en milieu pénitentiaire. Il a bénéficié d'un financement de l'ANRS et de Sidaction. Un questionnaire écrit a été adressé à chaque responsable d'UCSA (unité de consultation et de soins ambulatoires) et SMPR (service médico-psychologique régional), explorant la disponibilité et l'accessibilité des

Les résultats de Pri²de mettent en évidence, sur de nombreux plans, une insuffisance de mise en œuvre du dispositif de réduction des risques

différentes mesures de réduction des risques infectieux préconisées, ainsi que leur connaissance présumée par les détenus mais aussi par les équipes de soin.

Les différentes sections portaient sur: l'eau de javel, les préservatifs et lubrifiants, les traitements de substitution

aux opiacés (TSO), l'information transmise aux détenus sur le virus de l'immunodéficience humaine (VIH), les hépatites, les infections sexuellement transmissibles (IST) et la réduction des risques (RdR), l'utilisation éventuelle de dispositifs ou outils de réduction des risques non prévus par la circulaire de 1996 mais existants dans le référentiel national des actions de réduction des risques en direction des usagers de drogues du 14 avril 2005, les outils et protocoles concernant d'autres pratiques à risque sur le plan infectieux (coiffage, objets d'hygiène, tatouage, piercing...), le dépistage du VIH et des hépatites et la vaccination contre l'hépatite B, le dépistage des IST, les traitements post-exposition (TPE) et les actes de soins dispensés en détention au décours de pratiques à risques présumées (soins d'abcès, infections cutanées liées au piercing, tatouage...). Un entretien avec un soignant désigné dans le questionnaire écrit a ensuite été conduit afin de préciser certains aspects, sur un plan plus qualitatif. Au total, 66 % des 171 établissements ont répondu au questionnaire, couvrant 74 % de la population incarcérée au moment de l'étude.



de prévalence ont constamment retrouvé des prévalences du VIH et des hépatites virales supérieures en prison à celles en population générale. À ceci s'ajoutent des troubles psychiatriques beaucoup plus fréquents et une précarité sociale plus marquée. Ces données épidémiologiques viennent conforter la nécessité de mettre en place une véritable politique de santé publique à destination des personnes détenues, prenant en compte l'existence de pratiques d'injection mais aussi de sniff ou d'autres pratiques à risques potentiellement contaminantes comme le tatouage, le piercing ou les pratiques de scarification. Des actions de formation et la mise à niveau des moyens alloués au milieu pénitentiaire sur un plan sanitaire mais aussi sans doute pénitentiaire sont indissociables de cette évolution. Le rapport de l'expertise collective Inserm sur la réduction des risques auprès des usagers de drogues remis en juin 2010 a rappelé l'intérêt d'expérimenter en détention les mesures de réduction des risques ayant fait leurs preuves en milieu libre. Le plan d'action stratégique 2010-2014 (Politiques de santé pour les personnes placées sous main de justice) inclut un bilan de la politique actuelle de réduction des risques en milieu pénitentiaire et de prévoir les ajustements s'imposant : « *Des disparités existent entre UCSA et établissements pénitentiaires concernant la mise à disposition de ces moyens de RDR et la réalité de leur utilisation. Il importe de disposer de données concernant ces disparités pour améliorer la prévention du risque infectieux (VIH/VHB/VHC) chez les personnes détenues et pour proposer des mesures de RDR adaptées et applicables en détention, immédiatement ou après une phase expérimentale.* » L'étude Prévacar et l'inventaire Pri² de font partie ce bilan. Concernant la recherche, l'extension de l'enquête *Coquelicot* en milieu pénitentiaire devrait permettre d'interroger directement des usagers de drogues incarcérés sur leurs pratiques de consommation de drogues et leurs pratiques à risque vis-à-vis de la transmission du VIH et des hépatites au niveau national en 2012. Conjuguées avec les données des études présentées ici, elles devraient permettre d'orienter les mesures nouvelles à mettre en place en milieu pénitentiaire. Par ailleurs, l'Observatoire européen des drogues et toxicomanies prévoit la publication d'un rapport européen « Prison » en 2012 faisant le point, par pays membre de l'Union européenne, des données disponibles sur les usagers de drogues sous main de justice et leur prise en charge. L'harmonisation européenne des dispositifs et politiques publiques en milieu pénitentiaire constitue également certainement une étape vers une amélioration de la prévention du risque infectieux et la prise en charge des usagers de drogues incarcérés.

La réduction des risques sur le plan international

Laurent Michel

Pour l'Organisation mondiale de la santé, le dispositif de réduction des risques infectieux en prison repose essentiellement sur un triptyque : traitement de substitution aux opiacés (TSO) – préservatifs – programmes d'échanges de seringues (PES).

Ce sont ces interventions qui, d'un point de vue scientifique, ont fait le plus clairement la démonstration de leur efficacité dans la prévention du VIH¹. La mise à disposition d'eau de Javel est également préconisée par l'OMS mais seulement comme mesure de seconde ligne lorsque les PES ne sont pas disponibles et à la condition d'informer les détenus de son efficacité seulement partielle sur le VIH et de sa probable inefficacité sur le VHC.

Le dépistage et les mesures d'information – éducation – communication sur les risques infectieux sont également nécessaires mais considérés par l'OMS comme peu utiles si la mise à disposition de mesures essentielles comme les préservatifs et les PES ne sont pas accessibles. Enfin, les traitements post-exposition font également partie de la palette des outils de prévention, qu'il s'agisse de pratiques à risques sexuelles ou liées à l'usage de drogues. De manière générale, l'OMS préconise une équivalence de dispositif et de mesures, pour les soins mais aussi la prévention, entre la prison et le milieu ouvert².

En pratique, des PES sont disponibles dans 12 pays³ (une cinquantaine d'établissements en tout), faisant l'objet d'évaluations positives, notamment rassurantes sur l'absence de détournement des seringues comme « arme », l'acceptabilité par les différentes catégories de professionnels ou l'absence de « propagation » de pratiques d'injection en détention. Seule l'Allemagne est revenue en

arrière dans plusieurs Länder, mettant fin à l'expérimentation d'une majorité de ces dispositifs pour des raisons strictement « politiques ». L'Espagne est l'unique pays européen à avoir étendu l'accès aux PES à l'ensemble de ses établissements pénitentiaires. La Suisse, qui la première a mis en place des PES en prison, dispose également de quelques programmes d'héroïne médicalisée en prison.

De fortes disparités en matière de TSO

L'accès aux TSO est beaucoup plus large mais ne couvre pas l'ensemble des États et parmi ceux en permettant l'accès, l'ensemble des établissements.

En janvier 2008, une revue recensait 37 États mettant à la disposition des usagers de drogues des TSO en milieu ouvert mais pas en prison. Différents pays européens ne mettent pas de TSO à disposition des détenus (Grèce, Chypre, Suède, Slovaquie, Lituanie, Lettonie).

De fortes disparités existent dans les pratiques de renouvellement ou d'initiation de ces traitements, le nombre de « places » méthadone ou buprénorphine est parfois limité, et les TSO sont parfois réservés à un accompagnement du sevrage en opiacés⁴. Les proportions de détenus substitués atteignent 20% au Luxembourg et au Royaume-Uni, environ 10% en France. Dans 6 États membres de l'Union européenne, la proportion de détenus substitués dépasse 10%, et dans 8 autres elle se situe entre 3 et 10%.

Dans un tiers des pays de l'Union européenne, les préservatifs ne sont pas disponibles et différentes enquêtes montrent que globalement, quand les préservatifs sont disponibles, ils ne sont pas pour autant accessibles¹. Différents facteurs concourent à cet état de fait : hostilité de principe des personnels à « valider » l'existence de relations homosexuelles, crainte de favoriser une sexualité consensuelle ou imposée au sein de la détention, questions de sécurité (transport de drogue...), manque de confidentialité et de diversité de leur accès, etc.

L'eau de Javel est accessible dans un nombre croissant de systèmes pénitentiaires, le plus souvent comme palliatif aux PES quand ils sont absents. Son efficacité pour la stérilisation du matériel d'injection vis-à-vis du risque d'infection par le VIH est limitée dans le contexte pénitentiaire, les manœuvres et la durée de contact avec la seringue étant peu compatibles avec la clandestinité associée à des pratiques interdites et sanctionnées.

Par ailleurs, il est fort probable que la Javel ne permette

pas de réduire suffisamment le risque vis-à-vis du VHC. L'OMS recommande aux praticiens intervenant en prison, en particulier dans les États disposant de PES en milieu libre, de plaider activement pour leur mise en place en prison.

L'application des mesures considérées comme élémentaires dans la prévention des risques infectieux en prison est donc très hétérogène d'un État à l'autre et au sein d'un même État. Une organisation fédérale peut particulièrement compliquer les choses mais laisser aussi plus de place à des initiatives locales que lorsqu'un pouvoir centralisé au plan politique préside à l'ensemble de la politique de santé publique en prison.

L'application des mesures considérées comme élémentaires dans la prévention des risques infectieux en prison est donc très hétérogène d'un État à l'autre et au sein d'un même État.

¹ "Effectiveness of interventions to address HIV in prisons", Evidence for action technical papers, WHO-UNODC-UNAIDS, 2007

² "WHO Guidelines on HIV Infection and AIDS in prisons", WHO, 1993

³ Allemagne, Arménie, Biélorussie, Écosse, Espagne, Iran, Kirghizistan, Luxembourg, Maldives, Portugal, Suisse et Ukraine.

⁴ Stover and Michels II, "Drug use and opioid substitution treatment for prisoners", Harm reduction journal, 2010, 7, 17



ENTRETIEN AVEC

Catherine Paulet / Psychiatre chef du service médico-psychologique régional et du centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (Csapa) du centre pénitentiaire de Marseille-Baumettes et de l'établissement pénitentiaire pour mineurs de Marseille, Catherine Paulet est également présidente de l'association des secteurs de psychiatrie en milieu pénitentiaire, qui réunit les professionnels de santé mentale exerçant en milieu pénitentiaire.

« Il y a fort à faire pour lever les freins à la mise en œuvre des mesures de RdR en prison »

Quel est votre point de vue sur le nouveau plan sur la santé des personnes détenues en matière de réduction des risques liés à l'usage de drogues ?

La réduction des risques liés à l'usage de drogues est évidemment un enjeu majeur de santé individuelle et publique en milieu pénitentiaire, particulièrement concernant le VIH et le VHC. Ainsi, la prévalence du VIH en prison est de 2% quand elle est de 0,4% en population générale. La prévalence du VHC est de 4,8% en prison quand elle est de 0,84% en population générale. Et les femmes incarcérées sont plus touchées que les hommes.

Dans certaines régions, comme en PACA par exemple, la prévalence VHC serait de l'ordre de 10%.

L'incidence des séroconversions en prison est inconnue, ce qui est en soi un problème puisqu'une telle information permettrait de mieux cerner l'incidence des pratiques à risques in situ que sont les relations sexuelles non protégées, le partage de matériel de rasage, de tatouage, de sniff, d'injection. Des soins pour abcès potentiellement liés à des pratiques d'injection sont évoqués par les unités de consultations et de soins ambulatoires (UCSA), de même que des soins pour tatouages, piercings, saignements de nez en lien avec une pratique de sniff.

Le Plan d'actions stratégiques 2010-2014 pour la prise en charge sanitaire des personnes détenues s'adosse aux

Plans nationaux de santé publique en population générale, ce qui est des plus pertinents. Il souligne les difficultés d'application de la politique de RdR en milieu pénitentiaire et propose une évaluation de ces difficultés en trois temps. Tout d'abord avec un état des lieux grâce à l'enquête Prevacar 2008-2011, portant sur la prévalence du VIH, du VHC et des TSO, et à l'enquête Pri²de 2009-2010, portant sur la disponibilité et l'accessibilité des mesures de réduction des risques infectieux : les premiers résultats des deux enquêtes viennent d'être présentés. Ensuite sont prévus une analyse des résultats et

« Les constats concernant l'eau de javel et les préservatifs, mesures de RdR on ne peut plus basiques, sont à l'évidence alarmants »

singulièrement des disparités et freins en matière de RdR puis une actualisation des recommandations et la création des conditions favorables à leur mise en œuvre.

De plus, le Plan instaure le principe d'une prise en charge addictologique coordonnée dans chaque établissement

pénitentiaire pour assurer une prise en charge adaptée. Son objectif prioritaire est d'harmoniser les pratiques en matière de repérage des consommations et des conduites à risques, de TSO, de prévention et d'éducation pour la santé.

L'état des lieux et l'analyse des résultats sont deux étapes assez simples à appréhender. Quant à lever les freins à la mise en œuvre des mesures de RdR, il y a fort à faire. La loi de 1994 dispose que les soins délivrés aux

personnes détenues doivent être équivalents à ceux dispensés en milieu libre. Certes, mais équivalent ne veut pas dire à l'identique; la prison n'est pas assimilable au milieu libre et suppose un travail partenarial d'amont de prise en compte des spécificités et des contraintes.

Que vous inspirent les résultats de l'enquête Pri²de ?

L'étude Pri²de des mesures de réduction des risques infectieux en prison montre bien les progrès à accomplir. Les constats concernant l'eau de javel et les préservatifs, mesures de RdR on ne peut plus basiques, sont à l'évidence alarmants et montrent d'une part la méconnaissance par les acteurs de santé eux-mêmes et d'autre part les réticences de l'administration pénitentiaire.

L'idée qui prévaut concernant le dosage de javel à 12° est qu'il fait encourir un risque majeur en cas d'ingestion, ce qui est inexact; mais l'habitude demeure. Quant à l'information sur la stérilisation du matériel notamment d'injection, seuls 22% des responsables d'UCSA l'estiment accessible et intelligible. Si les préservatifs masculins sont accessibles dans les UCSA à 95%, les préservatifs féminins ne le sont que dans 21% des cas. Et ils ne sont accessibles dans un autre lieu (type parloirs) que dans 20% des cas.

Nous voyons là l'importance et la nécessité d'une action forte et répétée de formation des personnels de santé mais aussi des personnels pénitentiaires et autres intervenants en milieu pénitentiaire. Formations « dédramatisantes » portant sur l'acquisition de connaissances scientifiques mais aussi sur les freins idéologiques et culturels (parler de sexualité ou d'usage de drogue « intra-muros » est toujours source de malaise et de tension critique).

Quelles évolutions des consommations et des pratiques d'usage de drogues avez-vous pu noter aux Baumettes ?

Les usagers de drogues que nous rencontrons en prison ont évidemment des singularités en ce sens que leur incarcération dépend pour partie des politiques pénales conduites. Actuellement, un usager sur deux rencontré par le Csapa des Baumettes a un usage abusif ou une dépendance à l'alcool. Nombre d'usagers consomment plus de deux produits, et l'usage de cannabis est très prégnant; la consommation de cocaïne est en augmentation; les médicaments les plus fréquemment détournés de leur usage sont la BHD et les benzodiazépines. Et la rencontre initiale avec la drogue en prison n'est pas rare. Comme en population générale, les drogues sont l'objet

« Quand on constate le chemin à parcourir encore dans les mentalités et les pratiques (...), il ne m'apparaît pas possible de considérer le PES comme une mesure prioritaire »

d'échanges, sources de litiges, de rackets, de violences, surtout à l'égard des plus vulnérables. D'autant plus pressées (sources d'évasion) que le quotidien est difficilement supportable : promiscuité, défaut d'hygiène, ennui, absence de perspectives à la sortie de prison...

Dans la prison circulent diverses substances : cannabis, médicaments détournés de leur usage, plus rarement alcool et cocaïne. Il est très difficile de quantifier ces pratiques, surtout en ce qui concerne le sniff et plus encore les injections. Les patients l'évoquent parfois ou bien leurs lésions - abcès au point d'injection, saignements répétés de nez - en témoignent; exceptionnellement, une seringue est retrouvée.

Justement, quel est votre point de vue sur l'établissement de programmes d'échange de seringues en prison, mesure que l'OMS estime nécessaire et qui a été mise en place dans certaines prisons à l'étranger ?

Selon l'OMS ainsi que le Conseil national du sida, les mesures de RdR en milieu pénitentiaire, pour être considérées comme pleinement efficaces, devraient inclure un programme d'échange de seringues, à distinguer bien sûr des programmes d'héroïne médicalisée qui sont une autre démarche. Si le principe s'entend, comment le

mettre en pratique? Pour quels effets attendus? Quel public? Quels risques pris? Quel accompagnement à mettre en place?

Quand on constate le chemin à parcourir encore dans les mentalités et les pratiques pour mettre en place à large échelle des mesures aussi évidentes que la mise à disposition de javel cor-

rectement dosée avec une information écrite et orale d'utilisation, de préservatifs et de gel lubrifiant, de kit de sniff; la mise en place systématique de techniques non contaminantes de coiffage, de piercing et de tatouage; la mise à disposition d'une boîte personnelle fermable pour y entreposer sa brosse à dents, son rasoir, ses médicaments ou autre; l'information (oralement et par écrit en plusieurs langues) des personnes détenues sur les pratiques à risque et sur les traitements post-exposition - dans un établissement sur deux, les détenus ne sont pas informés de la possibilité d'avoir recours à un TPE; quand on constate également les conditions d'hygiène et de surpopulation chronique qui existent dans 2/3 des établissements pénitentiaires... Alors, il ne m'apparaît pas possible de considérer le PES comme une mesure prioritaire. Il y a en revanche urgence à déployer largement les mesures décrites.



Ce qui ne veut pas dire qu'il faut abandonner à leur sort les usagers injecteurs, au contraire. Et à cet égard, les TSO pour les personnes dépendantes aux opiacés sont une approche très efficiente, pour autant que la posologie soit adéquate et l'accompagnement de longue haleine.

D'autres mesures liées au risque VIH et VHC sont-elles possibles ?

L'expérience de l'UCSA des Baumettes, en articulation forte avec le CDAG, est à cet égard intéressante. Les sérologies/pathologies fréquemment associées sont systématiquement recherchées. Le dépistage VIH VHB VHC IST et tuberculose est systématiquement proposé à l'entrée en détention et en tant que de besoin. La vaccination hépatite B est systématiquement proposée aux personnes non protégées. Ce sont des mesures simples, de même que l'information sur le TPE. Les actions répétées d'éducation pour la santé et l'éducation thérapeutique (TSO, trithérapie, interféron...) sont des axes forts à développer. Last but not least, un progrès considérable serait l'accès pour tous à une boîte personnelle fermable.

En matière de TSO, y a-t-il toujours des réticences du corps médical ?

9 % des personnes détenues ont un TSO, dont 31 % ont été initiés en détention. C'est relativement peu, bien que beaucoup plus qu'il y a quelques années. L'interruption du TSO à l'entrée en prison ne concernerait que deux éta-

blissements selon l'enquête Pri²de; 19 % des UCSA pile-raient ou dilueraient la BHD pour mieux « contrôler » la prise; 22 % n'initient pas de TSO. Bien que marginales, ces pratiques démontrent à l'évidence un défaut d'accessibilité du soin lié à des pratiques soit idéologiques soit solitaires.

C'est la clinique qui enseigne. Le savoir est du côté du patient et je dirais, sous forme de boutade, que c'est pour cela que les psychanalystes se taisent. Je fais partie des psychiatres qui étaient dubitatifs sur la mise en place des TSO. Je remercie mes collègues médecins généralistes d'avoir pris la main à l'époque et je remercie les patients d'avoir continué à me consulter. Beaucoup de patients ont eu accès aux soins grâce aux TSO, ont réussi à s'apaiser, à se restaurer physiquement et ont pu commencer à parler d'eux et non du produit.

Autrement dit, pour soigner, il faut se dégager des positions moralisatrices ou normatives, accepter de ne pas tout maîtriser - dont les mésusages - et pour autant, ne pas lâcher prise. C'est une leçon d'humilité et de patience. De plus, il ne faut pas être seul mais faire partie d'une équipe et pouvoir échanger sur les pratiques.

La mise en place, en articulation avec le volet somatique et le volet psychiatrique, d'un volet addictologique dans le projet médical de l'unité sanitaire, la coordination de la prise en charge addictologique avec l'implication d'équipes addictologiques (Csapa ou ELSA) devraient contribuer à améliorer la situation.

POINT DE VUE

Quelles priorités pour la RdR en prison ?

Didier Jayle / professeur d'addictologie au CNAM (Conservatoire national des arts et métiers)

Tout le monde s'accorde sur le retard et l'insuffisance de moyens des services pénitentiaires français pour tout ce qui concerne la santé des prisonniers, et en particulier pour la réduction des risques malgré les principes généraux d'un accès égal à la prévention et aux soins.

Vu la prévalence élevée du VIH et du VHC, un plaidoyer pour l'ouverture de programmes d'échange de seringues (PES) en milieu pénitentiaire se développe, porté par des associations de RdR et relayé par le Conseil national du sida (CNS) à travers une note argumentée et par l'OMS, qui incite les pays ayant développé des programmes de RdR en milieu ouvert à les étendre en prison. N'y a-t-il pas égalité de droit à la santé à l'intérieur et à l'extérieur des murs ?

Le sujet est sensible et fait débat, y compris au sein de l'administration pénitentiaire. Au risque d'apparaître politiquement incorrect, je souhaite ici apporter un point de vue critique, pas tant sur le principe que sur la priorité de tels programmes, leurs conditions pratiques et les effets pervers possibles sur la santé des détenus.

Je suis très attaché à la politique de réduction des risques. Je l'ai constamment défendue et ai participé à l'inscrire dans la loi quand j'étais président de la Mildt. Mais l'installation de PES dans les prisons françaises aujourd'hui me paraît soulever plus de problèmes qu'elle n'en résout. En particulier, le risque de voir exploser les injections de buprénorphine dans les prisons me paraît

majeur, avec ses effets délétères sur la santé des usagers incarcérés. Le contexte sanitaire des établissements pénitentiaires doit être pris

en compte, et les expériences étrangères sur lesquelles se fonde l'argumentation ne suffisent pas à emporter la conviction.

Observe-t-on une explosion des contaminations par VIH et VHC dans les établissements pénitentiaires, une augmentation des pratiques d'injection et des saisies de seringues usagées dans les cellules ? Les professionnels de santé exerçant dans les prisons se mobilisent-ils pour mettre en place des programmes d'échange de seringues qui feraient cruellement défaut dans leur arsenal ?

De l'aveu même du CNS, « les données épidémiologiques demeurent aujourd'hui datées et lacunaires » et le CNS

L'installation de PES dans les prisons françaises aujourd'hui me paraît soulever plus de problèmes qu'elle n'en résout

« note la quasi-absence de données fiables sur l'infection par le VIH ». En d'autres termes, il n'existe aucune donnée permettant d'affirmer que les pratiques d'injection dans les prisons françaises sont en augmentation et qu'elles constituent une urgence de santé publique aujourd'hui. La principale

source du CNS est l'enquête « Coquelicot » de l'InVS (2004) qui a étudié une population de 1462 toxicomanes dont 61 % ont connu l'incarcération. Certains déclarent s'être injectés en prison, mais l'étude ne pose pas la question de la date de l'incarcération et de la pratique d'injection, et ne renseigne donc pas sur les pratiques qui auraient cours en prison aujourd'hui. Pas plus qu'aucune des études citées dans la note du CNS. L'étude Pri²de, publiée en 2011¹, n'apporte aucune donnée quantitative sur l'injection. Le fait que 18 % des UCSA aient eu connaissance de seringues usagées dans l'établissement (lire page 2) est un indicateur, mais ne renseigne que de

¹ Michel Letal, « Limited access to HIV prevention in French prisons (ANRS PRI²DE): implications for public health and drug policy », *BMC Public Health*, 2011, 11: 400



Abonnement

Je souhaite m'abonner gratuitement à la revue *Swaps*

À retourner à l'association Pistes, Tour Maine-Montparnasse, BP 54, 75755 Paris cedex 15

nom	prénom
profession	organisme
adresse	
code postal	ville
tél.	e-mail



façon extrêmement limitée sur l'importance et la fréquence du problème. En fait, seuls les résultats de la sous-étude de *Coquelicot* auprès des usagers de drogues en prisons, prévue en 2012, donneront des éléments actuels sur les pratiques.

Les expériences étrangères sont souvent mises en avant pour justifier leur implémentation en France. Elles restent pourtant très limitées. En Allemagne, sur 7 programmes lancés au début des années 2000, 6 ont été interrompus après 15 mois d'expérimentation. Même si les raisons de l'arrêt semblent plus politiques que techniques, on ne peut pas se prévaloir d'un modèle allemand.

La Confédération helvétique a toujours été en pointe, tant dans le domaine de la réduction des risques que dans celui de la santé pénitentiaire. Selon un directeur de prison du canton de Vaud², « l'échange de seringues n'existe, officiellement, quasiment nulle part dans les prisons suisses » en dehors d'Hindelbank, une prison suisse pilote en matière de prévention. Hindelbank n'est (malheureusement) pas vraiment comparable avec les établissements pénitentiaires français.

D'une manière ou d'une autre, des seringues sont disponibles dans seulement 8 des 117 établissements suisses. De tous les pays européens, l'Espagne est aujourd'hui le seul État qui a largement développé les PES en prison. Avec des taux record d'injection et de contamination par le VIH chez les usagers de drogues, l'Espagne occupe une position particulière. La RdR y est beaucoup mieux acceptée par la société, peut-être parce que l'usage n'a jamais été criminalisé et, comme le dit Miguel Garcia Villanueva, responsable du service médical du centre pénitentiaire de Pampelune, « notre système pénitentiaire et notre approche sont radicalement différents »³.

Les autres expériences étrangères sont très ponctuelles, peu documentées, notamment en Biélorussie, Moldavie, au Kirghizstan, en Arménie et en Iran.

Au total, sur la cinquantaine d'expériences étrangères, 38 sont espagnoles. Soulignons qu'aucun de ces pays ne délivre du buprénorphine dans les établissements pénitentiaires. C'est la méthadone en sirop qui est utilisée en traitement de substitution.

En France, l'administration pénitentiaire résiste fortement à la RdR, d'autant qu'elle soutient « qu'il n'y a pas d'injection en prison » et que « la réalité des injections en prison doit être documentée »⁴. Bref, un dialogue de

sourds avec les associations qui n'est sans doute pas près de s'éteindre, aussi longtemps qu'on ne disposera pas de données fiables. C'est en partie de la responsabilité du ministère de la santé de fournir des données appropriées, puisque ce sont les hôpitaux publics qui ont la responsabilité, depuis 1994⁵, de la prise en charge médicale des personnes détenues.

Si les UCSA⁶, en plein dans leur mission de soins, recherchaient et communiquaient des données actuelles sur la fréquence des complications locales liées à l'injection (œdèmes, abcès, inflammation des veines...) et si l'administration donnait le nombre de seringues découvertes en prison et son évolution depuis dix ans, il serait plus facile d'apprécier la réalité de ce besoin de santé publique. On peut légitimement s'étonner de ne pas avoir accès à ces données, si elles existent, même limitées à un échantillon réduit d'établissements, et qui seraient extrêmement précieuses pour orienter les décideurs.

Il est clair que la principale mesure adoptée et mise en œuvre dans le cadre de la prise en charge des usagers de drogues en prison a été la délivrance de produits de substitution, méthadone et surtout buprénorphine. Même si certains médecins persistent dans une résistance aux traitements de substitution aux opiacés (TSO), ceux-ci sont délivrés par 100 % des UCSA⁷. Certains centres de détention se montrent parfois réticents du fait que les détenus sont enfermés pour de longues peines et que des médecins estiment, à tort ou à raison, que c'est l'occasion d'arrêter toute dépendance aux opiacés.

Un problème majeur aujourd'hui non résolu est la sortie de prison, qui est trop rarement préparée dans de bonnes conditions et constitue une période à haut risque de rupture de prise en charge, de rechute et d'overdose; situation qui renvoie à l'indigence bien connue et générale des mesures de libération conditionnelle ou d'alternatives graduées à l'incarcération.

Pendant l'exercice de mes fonctions à la Mildt, j'ai visité de nombreux établissements pénitentiaires pour mieux connaître les problèmes spécifiques des addictions. Force est de dire que les problèmes de la santé en prison sont majeurs et les carences multiples, encore augmentées du fait de la surpopulation carcérale, inversement proportionnelle à la densité médicale. Problèmes d'hygiène, de chauffage, d'intimité, de secret médical, de permanence de soins la nuit et le week-end. Problèmes d'accès aux spécialistes, dermatologues, ophtalmologistes, dentistes. Problèmes des personnes détenues souffrant de problèmes psychia-

Le risque de voir exploser les injections de buprénorphine dans les prisons me paraît majeur, avec ses effets délétères sur la santé des usagers incarcérés

² Filrouse, le blog du groupe sida Genève, 17 septembre 2009 - L'échange de seringues dans les prisons suisses est un sujet éminemment sensible.

³ 46 rencontreducraps, lettre d'information n°862, septembre 2002

⁴ Cosse E., « Réduire les risques en prison, c'est possible », *Transversal* n°850, janv.-fév. 2010, p. 22-23

⁵ Loidi 18 janvier 1994

⁶ UCSA, unité de consultation et de soins ambulatoires : cette unité hospitalière, implantée en milieu pénitentiaire, assure les soins somatiques et psychiatriques incluant la prévention, l'organisation des soins en milieu hospitalier ainsi que la continuité de soins à la sortie de détention.

⁷ Pri 2 de 2010

triques avec pour corollaire son cortège de tensions et de violences.

Est-ce que, dans ce contexte, les PES apparaissent comme une urgence ? Devant l'état de carences chroniques et générales de l'organisation des soins en prison, devant le manque d'effectif et de moyens, une hiérarchie des priorités est d'autant plus nécessaire que les ressources sont limitées.

En milieu pénitentiaire, contrairement à ce que certains croient, l'héroïne et la cocaïne sont peu présentes dans la majorité des établissements. Le seul produit illicite qui fait l'objet d'un trafic repérable est le cannabis qui, on le sait, ne s'injecte pas. Le seul produit disponible susceptible de s'injecter est le buprénorphine fourni par les médecins des UCSA, qui circule dans la plupart des prisons et fait lui aussi l'objet d'un trafic entre détenus. C'est une spécificité française qui n'existe ni en Suisse, ni en Allemagne, ni en Espagne où seul le sirop de méthadone, non injectable, est fourni aux détenus qui le souhaitent.

Quand on sait la difficulté en milieu ouvert de limiter l'injection de buprénorphine qui est devenu la principale substance injectée en France, il est prévisible que la mise à disposition de seringues dans les prisons va favoriser une extension de l'injection de ce produit, phénomène qui aujourd'hui est peu perceptible, quand on interroge l'administration des prisons, les services médicaux ou les détenus eux-mêmes. Rappelons que le buprénorphine est destiné à être absorbé par voie orale mais qu'injecté, son action est alors beaucoup plus proche de celle de l'héroïne. L'injection de comprimés de buprénorphine pilés est source de nombreuses et fréquentes complications infectieuses.

Les problèmes de santé en prison sont une urgence. L'Observatoire international des prisons en fait une description détaillée dans son dernier rapport 2005⁸. Les insuffisances des TSO y sont mentionnées, de même que les immenses difficultés pour préparer la sortie. Le partage de seringues n'est même pas mentionné dans le rapport de l'OIP, mise à part une pétition de principe pour installer des PES, sans autre justification que les expériences étrangères.

À une époque où l'injection en prison était fréquente, dans les années 1980, les détenus connaissaient un risque majeur de transmission des virus des hépatites et du sida, d'autant que le partage de seringues était fréquent. Pourtant, aucun programme n'a été alors mis en

⁸ Le rapport 2010 est en préparation place, et on peut le déplorer. Mais la réticence

du milieu pénitentiaire était forte et l'est toujours. Parfois pour des craintes - peur d'être piqué par les détenus, sentiment de favoriser l'injection - dont on sait aujourd'hui, d'après les expériences étrangères, qu'elles sont infondées ; parfois pour des raisons de cohérence avec le reste de la réglementation qui prohibe en prison la consommation de toutes les substances psychoactives, y compris l'alcool.

En 2010, la situation a été bouleversée par la quasi-généralisation des TSO en prison. La pratique de l'injection a baissé de façon générale, et donc aussi en prison. Les injections semblent y être devenues rares. La probabilité de les voir s'y développer à nouveau à partir du buprénorphine paraît hautement probable si on fournit les seringues, dans le contexte général d'ennui et de promiscuité de l'univers carcéral.

Je ne suis pas opposé par principe à une expérimentation dans une prison modèle, avec des professionnels en nombre suffisant et disponibles, des cellules individuelles, un personnel pénitentiaire formé et participatif, une prise en charge globale de la santé physique, psychique, affective et sexuelle, dans l'esprit de ce qui se fait à Hindelbank, en Suisse. Je ne vois absolument pas comment la généralisation de tels programmes, qui est le vœu du CNS, pourrait se faire dans les conditions actuelles des prisons.

Il est clair que le pragmatisme n'est pas l'approche naturelle des autorités françaises en matière de drogues. Je le

regrette. Mais encore faut-il se rappeler que « pragmatisme » vient du grec *pragmata*, action, ce qui atteste du souci d'être proche du concret, du particulier, de l'action et opposé à des idées abstraites, aussi généreuses soient-elles. Deux conditions manquent à une approche pragmatique : la première est d'évaluer la fréquence actuelle en France de l'injection en prison, premier temps incontournable. C'est sur cette base qu'on pourra utilement réfléchir sur la nécessité de PES en prison. La seconde est d'évaluer les effets et éventuellement les risques nouveaux associés à un tel dispositif dans nos prisons en tenant compte de la large diffusion du buprénorphine qui est une particularité française.

Tout cela ne fera pas l'économie d'une autre question qui est de savoir s'il est raisonnable d'incarcérer toujours plus de consommateurs de drogues. C'est le système même de la prohibition qui est à l'origine du traitement prioritairement judiciaire d'un problème prioritairement sanitaire.



Comment l'emprisonnement est devenu une réponse à l'usage de drogues

Alexandre Marchant / doctorant en histoire à l'ENS de Cachan

Si la loi de 1970 ne contenait pas en elle-même de volonté de répondre au problème de la drogue par l'unique réponse carcérale, la pratique et les interprétations répressives de circulaires prises dans des moments de réaction publique passionnée ou de compétition électorale ont progressivement dégagé une tendance lourde à emprisonner les usagers de drogue. Retour sur la naissance d'un phénomène qui a conduit à « mettre les fous en prisons ».

« Si la toxicomanie était un phénomène de civilisation, il suffirait de le constater. On ne saurait mettre les fous en prison », disait en 1969 le député conservateur Alain Peyrefitte, niant à la massification de la consommation de stupéfiants, qui prenait alors son essor, son caractère de fait de civilisation. À l'époque, le psychiatre Claude Olievenstein soutenait le contraire. Et depuis, nombre de critiques, de sociologues ou de penseurs n'ont pas manqué d'affirmer que les fous ont bel et bien été mis en prison. Et de dénoncer au passage l'influence du modèle américain de « guerre à la drogue » qui n'apporte comme réponse au problème de santé publique de la toxicomanie que la criminalisation et le recours massif à l'enfermement, accompagnant la naissance d'un « État carcéral ». En France, en revanche, la loi de 1970, bien que très dure envers toutes les formes d'usage et tous les produits stupéfiants, comporte un volet libéral : par le principe de l'injonction thérapeutique, l'individu jugé pour infraction à la législation sur les stupéfiants (ILS) peut échapper aux peines d'emprisonnement en suivant une obligation de soins prescrite par le juge. Pas d'État carcéral, *a priori*, de ce côté-ci de l'Atlantique. Pourtant, depuis les années 1970, les statistiques semblent indiquer une augmentation régulière de la population toxicomane sous les barreaux (environ 10 % de la population carcérale totale aujourd'hui ? Il est difficile de fournir un chiffre global).

La question de l'usage de drogue en prison pose trois types de problèmes. D'abord, celui d'une éventuelle volonté punitive qui consisterait à recourir au « Grand Enfemement » dont Michel Foucault et les membres du Groupe d'information sur les prisons (GIP) parlaient dans les années 1970. Ensuite, se pose le problème du chiffre de la population toxicomane carcérale, demeurée longtemps un continent noir. Enfin, l'usage de drogue en prison pose la question de la prise en charge sociale et sanitaire d'une population spécifique cumulant les handicaps (addiction, sida) et devant faire l'objet de soins particuliers. Revenons ici sur ces questions, tout en faisant ressortir les trois âges de ce problème spécifique, tel qu'il s'est progressivement constitué en France dans le dernier tiers du XX^e siècle.

Années 1970 : un problème grandissant et pourtant « invisible »

La loi de 1970, votée dans un but de prophylaxie sociale, introduit un nouveau régime pénal dans lequel le nombre de personnes déferées devant la justice pour des ILS augmente drastiquement (de 1063 individus en 1971 à 3501 en 1976), tandis que les peines d'emprisonnement se mettent à pleuvoir. Dès 1973, au cours d'entretiens publiés sous le titre *Pourquoi on met en prison les mecs qui se shootent*, Claude Olievenstein entend sensibiliser le public aux problèmes rencontrés par le toxicomane se

retrouvant derrière les barreaux : sensation d'abandon, difficulté d'accès aux soins, impossibilité de décrocher en compagnie d'autres toxicomanes, surconsommation de médicaments, trafic de drogues illicites au sein des établissements. Pourtant, le sort des drogués n'intéresse alors pas grand monde le problème est encore statistiquement très limité : 867 toxicomanes en prison en 1974, 1 105 en 1976 et 1 360 en 1975¹. Par ailleurs, le problème n'existe pas en théorie car les peines de prison ferme pour usage simple ne sont pas conformes aux dispositions libérales de la loi de 1970 : si le trafiquant doit être placé sous les verrous, le toxicomane est une victime et un malade qu'il faut soigner. Même si, au début des années 1970, sont constatés quelques abus, des usagers étant traités comme des délinquants ordinaires, victimes de la volonté punitive de certains magistrats mal renseignés sur le problème, très vite, les circulaires des Gardes des Sceaux des 25 août 1971 et 30 mars 1973 incitent les Parquets à éviter une action trop répressive à l'encontre des usagers, lorsque la détention pour usage personnel porte sur de petites quantités ou ne s'accompagne pas de revente. En 1978, la « circulaire Pelletier » du ministère de la Justice va jusqu'à recommander aux Parquets de s'abstenir de toute poursuite judiciaire à l'encontre des individus interpellés pour usage simple de cannabis. On ne peut donc raisonnablement pas parler, à l'époque, de volonté de répondre à la toxicomanie par le « tout carcéral ». Cependant, en dépit de ces bonnes intentions, l'incarcération des usagers en prison augmente bel et bien au cours de ces années. Si en 1971 les usagers de drogues correspondaient à 0,9 % de l'ensemble des entrées, la proportion passe à 2,9 % en 1976 et à 5,8 % en 1977. D'où vient ce gonflement brusque de la population toxicomane ? D'une part du fait que les catégories étanches d'usager et de trafiquant, posées par la loi de 1970, se sont rapidement retrouvées dépassées dans les faits par celle de l'usager-revendeur, garantissant sa propre consommation personnelle par la revente de petites quantités de stupéfiants. Et, devant ce cas de figure non pris en compte par la loi, la circulaire du 7 mars 1977

fini par préconiser une plus grande sévérité, orientant donc la pratique des tribunaux vers plus de répression et moins de compréhension. Ensuite, beaucoup d'usagers incarcérés le sont initialement pour un délit autre qu'une ILS : agressions, vols, cambriolages ou braquages (même s'ils ont parfois pu être perpétrés pour obtenir l'argent nécessaire à l'achat de drogue). Ainsi, en 1977, à la maison d'arrêt de la Santé de Paris, 39 % des détenus usagers ont été incarcérés pour ILS et 61 % pour

¹ Rapport de la mission dirigée par Monique Pelletier au président de la République, *Problèmes de la drogue*, La Documentation française, 1978. Les chiffres sont sans doute un peu sous-estimés.

² Louis Vallée, *Étude d'une population toxicomane en prison*, Thèse de doctorat en médecine, Paris 6, Pitié-Salpêtrière, 1978, n.8 de thèse 67. L'étude porte sur la population de toxicomanes détenus à la maison d'arrêt de la Santé.

³ Jean Gortais, Claudine Perez-Diaz, *Stupéfiants et justice pénale, enquête pour l'année 1981*, archives du ministère de la Justice (CAC Fontainebleau), versement 19950397/24.

d'autres délits. Dans ce dernier cas, la toxicomanie du détenu n'est alors constatée qu'a posteriori, dépistée lors du contrôle médical à l'entrée ou, plus tard et de façon plus dramatique, lorsque le prisonnier présente un syndrome de manque dans sa cellule.

En l'absence de grandes enquêtes systématiques sur la toxicomanie en prison, quelques rares travaux de l'époque permettent néanmoins d'établir les caractéristiques de cette population². Sur le plan des produits, si beaucoup utilisent du cannabis, la tendance est à l'usage de plus en plus fréquent d'héroïne : à partir de 1976, un usager de drogues sur deux entrant à la maison d'arrêt de la Santé est héroïnomanes, 57 % d'entre eux étant arrivés en prison dans l'année qui a suivi leur première prise de produit. Il s'agit d'une population assez jeune (à 61 % entre 21 et 24 ans en 1975), en majorité de nationalité française (à 70 %) et qui pose des problèmes spécifiques dont le premier est la surconsommation pharmaceutique en remplacement des drogues précédemment utilisées. C'est également une population plus fragile psychologiquement que les autres détenus : dans l'enquête de Vallée, un quart des usagers de drogues avaient dû être pris en charge en hôpital psychiatrique au moins une fois durant leur vie avant leur incarcération.

Insuffisance de moyens

Les usagers de drogue commencent ainsi à former un élément important de la clientèle des centres médico-psychologiques régionaux (CMPR) aménagés dans certaines prisons. Toutefois, rapidement, des études font ressortir l'insuffisance des moyens susceptibles de les aider³. Le problème a alors beau s'être massifié (6 300 usagers de drogues sont sous les verrous en 1981), en l'absence de procédures clairement définies, les hésitations et les tâtonnements sont monnaie courante, ainsi que les expériences qui font long feu, telle l'enclave pénitentiaire pour toxicomanes, créée au sein de l'hôpital Salvator de Marseille, en 1977, et qui rencontra l'opposition du corps médical. La dissymétrie des modes de prise en charge entre la région parisienne et la province est également flagrante, pour les soins en prison comme pour le suivi à la sortie. En 1978, dans l'étude de Vallée, sur 21 usagers de drogues incarcérés pour la seconde fois, seulement deux avaient été orientés lors de leur précédente sortie vers une structure permettant une prise en charge éventuelle.

Années 1980 : le moment du « tout carcéral »

En matière de drogue, les années 1980 marquent un tournant sécuritaire. L'emprise sociale de la toxicomanie ne cesse de progresser, les interpellations pour ILS décu-



plent (le cap des 10 000 est franchi en 1979, celui des 20 000 en 1982, celui des 30 000 en 1986), tandis que l'usage et le trafic s'étendent considérablement dans un contexte de crise économique, sociale et urbaine. La petite délinquance liée au mode de vie toxicomane (cambriolages de pharmacie ou de domicile privé, agressions) explose. Devant l'essor des discours sécuritaires, les dispositions libérales de la loi de 1970 vis-à-vis de l'usager sont petit à petit enfoncées. L'ambiguïté du statut de l'usager-revendeur est ainsi tranchée avec la circulaire du Garde des Sceaux Robert Badinter du 17 septembre 1984, recommandant aux Parquets de considérer si, dans chaque cas jugé, la qualité de trafiquant ne devait pas désormais primer. Prévoyant en conséquence l'accroissement du nombre d'incarcérations d'usagers, la circulaire prescrit également aux chefs d'établissement pénitentiaire de signaler la qualité de toxicomane des détenus afin que les services médicaux puissent les traiter de façon adéquate. L'incarcération semble donc s'intégrer presque logiquement dans l'itinéraire biographique de l'usager de drogues chevronné, en général plus ou moins revendeur à un moment donné de sa trajectoire. Ensuite, sur proposition du magistrat Jean-Claude Karsenty, président de la Mildt en 1985, la loi du 17 janvier 1986 crée une incrimination spéciale de cession de stupéfiants pour usage permettant d'utiliser la procédure de comparution immédiate. Or, si elle prend enfin en compte une réalité ignorée jusqu'à alors par la très imparfaite loi de 1970, la comparution immédiate risque de sérieusement favoriser les peines d'emprisonnement ferme, car un usager de drogues se présente la plupart du temps dans les pires conditions devant le tribunal (effets d'une garde à vue ayant pu aller jusqu'à 96 heures, état de manque, absence de dossier de personnalité pour le juge)⁴. La loi est cependant adoptée.

Bêtises pré-électorales

Le verrouillage répressif s'accroît à l'approche des élections législatives de 1986 et la droite tient à cette occasion un discours particulièrement ferme, relayant le discours très agressif et conservateur de certaines associations de lutte contre la drogue (telles SOS Drogue ou le Comité Antidrogue), à l'image de Jacques Chirac, déclarant « *s'insurger contre l'injonction thérapeutique qui aboutit finalement à une absence de traitement et à une absence de sanction* ». Pour le Dr Olievenstein, ces discours sont en totale régression par rapport à l'esprit originel de la lutte contre la toxicomanie en France : « *Ces mesures sécuritaires, bêtises pré-électorales, risquent de faire perdre beaucoup d'acquis. On vit dans un monde complètement fou :*

d'un côté, on réprime au nom d'une idéologie sécuritaire, de l'autre la Jet Society se permet toutes les libertés. Trop de toxicomanes sont en prison, et il existe trop peu de protection pour les plus défavorisés. »

Après la victoire électorale de la droite en 1986, Albin Chalandon, le nouveau Garde des Sceaux, entend mettre en place un grand « plan de lutte anti-drogue », ferme et recourant à la sanction par l'emprisonnement. Le docteur Louis Albrand, à son Cabinet, tient ce langage dans la presse : « *Le coup de pied aux fesses est un excellent remède. Il faut balayer les tabous. Premier tabou : il faut être indulgent avec les petits dealers qui revendent de la drogue pour payer leur dose personnelle. Faux ! Il faut être impitoyable avec le trafic, petit ou grand. Toute personne qui vend de la drogue doit aller en prison. L'injonction thérapeutique n'a aucune efficacité* »⁵. Le Plan Chalandon fera cependant long feu. Il n'en restera que de vagues projets carcéraux, alors qu'on annonçait 1 600 places de prison spécifiques à l'attention des détenus usagers, tandis que les parlementaires échoueront également à durcir en 1987 le statut de l'usager lors du vote d'une nouvelle loi complétant celle de 1970⁶. Évidemment, au cours de cette décennie, d'autres voix s'élèvent pour souligner les effets pervers de l'unique solution carcérale par laquelle les intérêts de la société passent avant ceux de l'individu, tel le magistrat Bernard Leroy, premier juge d'instruction à Évry, qui ne cessera de plaider, auprès de la Chancellerie et du directeur des affaires criminelles et des grâces pour le recours à des peines de travaux d'intérêt général plutôt qu'à l'enfermement, ce dernier apparaissant en bien des points comme une école de la délinquance pour les usagers-revendeurs et trafiquants récidivistes⁷.

Une visibilité accrue

Toutefois, la connaissance de la population toxicomane carcérale se développe également, car si la vague des discours répressifs reflue à la fin de la décennie, elle laisse pour autant dans son sillage les mesures visant à « importer » les structures de l'hôpital dans les prisons afin d'améliorer la prise en charge des détenus usagers de drogues. Représentant un tournant majeur, les Antennes de lutte contre la toxicomanie sont créées en 1987, avec pour mission de dépister et d'accompagner, en groupe ou individuellement, les usagers durant leur incarcération. Mais ces dispositifs institutionnels permettent aussi de donner une visibilité accrue de ces populations, grâce à des enquêtes épidémiologiques dépassant l'approche biaisée par les seules statistiques d'ILS car toutes les personnes incarcérées pour ILS ne sont pas forcément toxicomanes (cas de trafic simple) et inversement, en 1986 toujours, 65 % des toxicomanes

détenus avaient été incarcérés pour des délits autres qu'une ILS. À partir des années 1989 et 1990, des enquêtes faisant appel à des questionnaires sont menées grâce aux données des antennes. La première enquête de ce type, dirigée par Françoise Facy, porte sur 4 585 toxicomanes, répartis sur les 16 antennes qui existent alors. En 1994, une seconde enquête porte sur 2 175 sujets incarcérés.

Le tournant des années 1980-1990 : « L'institutionnalisation » du problème

Tous ces travaux permettent alors de mieux cerner les contours de cette population, ses pathologies spécifiques (psychoses, comportements dépressifs), les risques sanitaires (infections, hépatites et, surtout depuis le milieu des années 1980, sida) et de nature sociale aggravés par la délinquance précoce et les récidives nombreuses. Ces enquêtes confirment aussi qu'il n'existe pas de « personnalité de toxicomane » définitive, et les données quantitatives permettent de mieux comprendre les mécanismes de rechute et de récidive⁸. Des évolutions sont ressorties : un vieillissement des populations, une légère augmentation de la proportion des étrangers, une prédominance de l'héroïnomanie de plus en plus concurrencée par la cocaïnomanie, une tendance au cumul d'indicateurs de marginalisation sociale (chômage, RMI...). Si la population carcérale pose des problèmes spécifiques de prise en charge, elle reste finalement assez représentative des caractéristiques de la population libre.

Les intentions ne suffisent pas

Malgré tout, l'univers carcéral évolue lui aussi. En juin 1992, les antennes deviennent par décret des « centres de soins spécialisés en toxicomanie » (CSST) fonctionnant en articulation avec les différents services médico-psychologiques régionaux. Ces mesures s'inscrivent dans une dynamique plus vaste où la prison, longtemps considérée comme un monde clos, s'ouvre sur l'extérieur pour

la prise en charge de ses problèmes psychosociaux. La loi du 18 janvier 1994 confie ainsi le problème de la santé en milieu pénitentiaire aux hôpitaux, pour la médecine comme pour la psychiatrie, afin de garantir le principe d'égalité dans l'accès aux soins. À la différence des logiques prônées au moment du « tout carcéral » dans les années 1980, il ne s'agit plus de faire rentrer l'hôpital dans la prison mais d'intégrer les logiques carcérales à celles de la prise en charge hospitalière, pilotée depuis l'extérieur. Toutefois, en dépit de ces intentions louables, la réalité ne suit pas toujours. Le droit à la confidentialité du détenu

(sur sa toxicomanie et/ou sa séropositivité) n'est pas toujours respecté et le dépistage n'est pas toujours volontaire⁹.

La loi de 1994 entraîne aussi des effets pervers : la distribution de médicaments se faisant désormais « nominale », et les médecins ont parfois du mal à refuser à un patient exigeant la prescription qu'il réclame, et le trafic de médicaments au sein de l'établissement repart à la hausse. Par ailleurs, si les enquêtes insistent avec clarté sur l'importance de l'accompagnement médical de ces populations, les pouvoirs publics mettent du temps à répondre, avec une vitesse de réaction se mesurant parfois en nombre d'années. Ainsi, sur le plan des rapports sida et usage de drogues, alors que le Conseil national du sida émet, au début de la décennie, des constats alarmants (25 % de détenus toxicomanes sur l'ensemble des entrants pour telle prison, dont 40 % de séropositifs¹⁰, etc.), il faut attendre la circulaire du 5 décembre 1996 relative à la lutte contre l'infection par le VIH en milieu pénitentiaire pour voir une réaction officielle d'envergure. Cette même circulaire reconnaît aux détenus le désirant le droit d'initier un traitement de substitution à base de méthadone ou de buprénorphine, dans le cadre plus général de l'adoption tardive du principe de la réduction des risques en France. Cependant, au 1^{er} janvier 1996, 6 550 détenus sont incarcérés pour ILS, ce qui traduit une augmentation de 60 % par rapport au nombre de détenus pour ce type d'infraction en 1988, pour une augmentation générale du nombre de détenus de seulement 10 % : la pratique reste donc répressive, et les « foules » d'usagers de drogues, en dépit des intentions originelles de la loi, sont bel et bien de plus en plus mises en prison.

Une tendance lourde

Ainsi, le nouveau régime juridique en vigueur en matière de lutte contre la toxicomanie depuis les années 1970 a bel et bien contribué à accroître sérieusement le nombre d'usagers de drogues en prison et a créé le problème spécifique, longtemps ignoré, peu cerné et quantifié, et non spécifiquement traité, d'une population aux forts handicaps sociaux, psychologiques et médicaux. Si la loi de 1970 ne contenait pas en elle-même de volonté de répondre au problème de la drogue par l'unique réponse carcérale, la pratique et les interprétations répressives de circulaires prises dans des moments de réaction publique passionnée ou de compétition électorale ont progressivement dégagé une tendance lourde à emprisonner les usagers de drogue, amplifiant toujours plus les problèmes de dépistage et de prise en charge en milieu carcéral.

(Une version longue de cet article est également consultable dans la version en ligne de ce numéro, sur le site internet de la revue)

⁴ Notes sur le nouveau projet d'incrimination en matière de stupéfiants, décembre 1985, ANIT, archives ministère de la Justice, CAC versement 19970397/24.

⁵ Coupure de presse de juin 1986 (source non identifiable), archives ministère de la Justice, CAC versement 19950397/24.

⁶ Libération, 5 septembre 1987, « Les derniers du plan drogue en panne à la Chancellerie ».

⁷ Dossiers d'affaires judiciaires traités par Bernard Leroy, archives ministère de la Justice, CAC versement 19970397/24.

⁸ Françoise Facy (dir.), Toxicomanes incarcérés dans les antennes toxicomanie : enquête épidémiologique 1989-90. Convention ministère des affaires sociales, ministère de la Justice, Inserm, 1993 et Toxicomanes incarcérés : étude épidémiologique auprès des antennes (1992-1995), EDK Éditions médicales et scientifiques, 1997.

⁹ L. Letellier, Toxicomanie et VIH. Aspects éthiques. Aspects particuliers en milieu carcéral : un certain regard vers l'extérieur. Thèse de doctorat en médecine, Université Paris Ouest, 1989.

¹⁰ Rapport du Conseil national du sida, Prison, confidentialité, avis et rapports sur les situations médicales sans absolue confidentialité dans l'univers carcéral, 12 janvier 1993, p. 9. L'établissement en question n'est pas nommé.

Beyrouth

Un appel urgent en faveur de la réduction des risques

Nestor Hervé / Pistes (Paris)

Réunion du 3 au 7 avril à Beyrouth, la Conférence internationale sur la réduction des risques 2011 a lancé un appel pour une prise de conscience des risques d'épidémie VIH chez les usagers de drogues injecteurs.

« VIH et usage de drogue par injection : un appel global à l'action » : la déclaration officielle de la Conférence internationale sur la réduction des risques 2011 (www.ihra.net/declaration) s'inspire de celle de Vienne, en 2010. Ses promoteurs entendaient réunir un maximum de signatures pour présenter ce texte aux leaders internationaux lors de la réunion de haut niveau de l'Assemblée générale de l'ONU sur le VIH/sida, qui s'est tenue à New York en juin – réunion dont la déclaration finale, âprement discutée, fait pour la première fois explicitement mention de « populations à haut risque », dont « les personnes qui s'injectent des drogues », comme cibles prioritaires de la prévention.

Publié dans l'édition online du Lancet daté 4 avril¹, le texte présenté à Beyrouth demande que soit reconnu le fait que les usagers de drogues sont souvent exclus des actions de prévention, de traitement, de soins et de soutien en ce qui concerne le VIH, et qu'un engagement fort soit pris pour remédier à ces carences à travers le financement, la mise en place et l'extension à grande échelle

d'interventions de réductions des risques basées sur les connaissances scientifiques.

Enfin, l'appel demande que les barrières légales et politiques à la mise en place de ces actions soient levées, particulièrement en passant d'un traitement punitif à des approches basées sur les connaissances scientifiques et les droits de l'homme.

Le coût de l'inaction est en effet excessivement lourd, comme l'a rappelé David Wilson, de la Banque mondiale, lors de la conférence : l'épidémie VIH s'étend chez les usagers de drogues, mais aussi à travers eux, les infections par le VHC atteignent des niveaux extrêmes dans certains pays (plus de 40 millions de cas en Chine) et la tuberculose est aussi souvent présente, particulièrement en prison. A cela il convient d'ajouter les coûts sociaux, tout aussi dramatiques : prix des traitements, des incarcérations, du marché des drogues illégales et de la criminalité qui y est associée. . .

Or, de nombreuses mesures de réduction des risques ont fait la preuve non seulement de leur efficacité contre l'épidémie VIH, mais aussi de leur rapport coût-efficacité et de leur capacité à améliorer la qualité de vie des usagers.

Situation dans la région MENA

Ghina Mumtaz, chercheuse libanaise travaillant au Qatar, a apporté des éclaircissements sur l'état de l'épidémie VIH chez les usagers de drogues de la région MENA (Moyen-Orient et Afrique du Nord), « où les données sont limitées, et il y a beaucoup de drogue pas chère »... En se basant sur une revue systématique des données disponibles sur Medline ou dans les rapports nationaux et internationaux, elle parvient à une estimation de 1 million d'usagers de drogues par injection dans la région, qui va du Maroc à l'Afghanistan, ce qui représente 0,2 % de la population.

Le partage de matériel est estimé à 50 %, on compte en moyenne 1 à 3 injections par jour, l'âge de la première injection est compris entre 20 et 28 ans. Le pourcentage

d'usagers infectés par le VHC est très variable, allant de 5 % à 94 %. Autre point inquiétant, les pratiques sexuelles à risque sont répandues.

L'usage de drogue par voie intraveineuse est un important facteur de transmission du VIH en Afghanistan, en Iran, au Pakistan, en Libye, à Bahreïn et en Tunisie.

L'épidémie VIH est concentrée en Iran et au Pakistan, elle est émergente en Afghanistan et en Égypte, elle est de type « croissance rapide » (« outbreak ») en Algérie, au Maroc, en Libye, à Bahreïn et peut-être en Tunisie, et elle semble basse au Liban, en Jordanie, Syrie, Arabie saoudite et au Koweït (mais avec souvent un manque criant de données).

En conclusion, Ghina Mumtaz alerte sur le fait que les comportements à hauts risques relevés font craindre un développement plus important de l'épidémie.

Ambiance

Tabac, alcool, héroïne : la RdR à la mode libanaise

Dans le hall de l'aéroport de Beyrouth, un voyageur en manque de nicotine après le vol demande s'il existe un lieu pour les fumeurs ; on lui conseille de s'en griller une discrètement derrière un poteau en attendant ses bagages. Au vu des mégots épars, ce n'est pas le premier. D'ailleurs le tabac n'a pas l'air trop mal vu par ici : si le supermarché en bas de mon hôtel ne propose aucune boisson alcoolisée (on y trouve seulement de la bière sans alcool), les cigarettes sont en vente à toutes les caisses. . .

A propos d'alcool, des jeunes libanais rencontrés à la conférence m'ont parlé d'Ahla Alam (traduit approximativement par « les gens les plus sympas du monde »), un drive-in pour l'alcool. « Tout le monde vient se servir là sans sortir de sa voiture et part en boîte après. En plus c'est pas cher et il y a de tout. Par exemple, un shot de vodka est à 1 dollar. »

On voit aussi que la notion de RdR progresse en se promenant dans les rues de Beyrouth : devant une belle maison de la rue Gouraud, par exemple, un gardien d'un certain âge montrant fièrement à un jeune ouvrier le fume-cigarette avec filtre qu'il vient de s'offrir. Ou, sur certains murs de la ville, un slogan tracé à la bombe : « If

you're drunk, let me call you a cab ». Certes, il reste du chemin à faire : quelqu'un a complété un de ces appels avec « F***you, I won't call you. Vodka's connecting people » . . .

Surtout, le premier Drop in Center de la région a été ouvert début 2010 dans la banlieue de Beyrouth grâce à des fonds internationaux. L'Escale est un centre d'accueil des usagers de drogues libanais, aiguillés vers le centre par des pairs travaillant dans la rue (le nombre d'usagers injecteurs d'héroïne est estimé entre 2 000 et 4 000). Le centre est équipé de douches et d'une cafétéria, et met à disposition des usagers internet, playstation, livres. Une équipe pluridisciplinaire propose un suivi psychologique et sanitaire, du counselling, une aide légale ainsi que la distribution de seringues et de préservatifs.

Malheureusement, le matériel proposé est encore rudimentaire et pas toujours adapté.

Plus de 300 usagers ont été accueillis depuis l'ouverture du centre. Le problème est qu'à l'heure actuelle, seuls des centres de détox et de réhabilitation existent, et qu'ils sont payants. Pour pallier ce manque de possibilités d'orientation, le centre propose aux usagers bénéficiant d'une aide une cure de sevrage à domicile, dix fois moins chère. Surtout, l'association SIDC, qui est à l'origine du projet, espère pouvoir proposer d'ici un an des traitements de substitution, dès que le gouvernement acceptera de généraliser le programme expérimental de délivrance de méthadone qui a été lancé à l'occasion de la conférence.

N.H.

¹ "HIV and injecting drug use: a global call for action", Lancet, 2011, 377, 1212

ENTRETIEN AVEC

Elie Aaraj / directeur de l'association SIDC et de Menhara (Middle East and North Africa Harm Reduction Association), coorganisateur de la conférence

Beyrouth

« La RdR dans la région, il faut que ce soit maintenant ou ce sera trop tard ! »

Quel peut être l'impact de cette conférence ?

Cette conférence doit marquer le début d'une nouvelle ère dans la région MENA. La RdR dans la région, ça doit être maintenant, ou se sera trop tard !

En quoi consiste Menhara ?

L'Association pour la RdR au Moyen-Orient et l'Afrique du Nord a été fondée à l'initiative de l'OMS et de l'IHRA en décembre 2008. Elle est répartie en trois pôles régionaux, basés au Maroc pour l'Afrique du Nord, en Iran pour le Moyen-Orient et au Liban pour le Proche-Orient. Nous avons obtenu une subvention du Fonds mondial pour le sida de 3,2 millions de dollars (2,3 millions d'euros) qui intéressera 11 ou 12 pays sur cinq ans, comprenant formation, assistance technique, plaidoyer.

La société civile est très faible dans certains pays de la région, avec des ONG noyautées par l'Etat. Le Liban et le Maroc sont presque seuls à être plus avancés. En Libye, il y a un black-out total sur la drogue. Cependant, nous commençons à avoir une reconnaissance dans la région. Certains Etats comme Bahrein ou Oman nous ont contactés récemment. Ils commencent à intégrer la notion de RdR. Il est nécessaire de respecter leurs spécificités. C'est aux personnes de ces pays de trouver leur voie.

Quel peut être l'impact du vent de changement politique parti de Tunisie ?

Si – j'insiste sur le si – les révolutions en cours dans cer-

tains pays de la région vont vers une démocratisation, cela engendrera une meilleure situation dans le domaine des droits de l'homme, et le droit à la santé. Sur place, les gens sont prêts à avancer sur la question de la RdR, et nous, nous sommes prêts à les aider !

Quelle est le travail de votre association, SIDC, au Liban ?

SIDC (Soins infirmiers et développement communautaire) existe maintenant depuis 14 ans, et nous avons commencé la distribution de seringues depuis 7 ans. Au début, nous étions des aliens ! Aujourd'hui, même le Hezbollah reconnaît qu'il existe un problème, et commence à monter un projet au sud-Liban. Toutes les communautés religieuses sont impliquées. Des leaders religieux des différentes obédiences ont participé à un clip télévisé sur la question pour sensibiliser les gens.

Nous avons développé le concept d'éducation par les pairs en direction des travailleurs du sexe, des homosexuels et des usagers de drogues. Plus de 62% de ceux qui injectent partagent leur matériel, il existe donc un gros risque d'infection par le VIH. L'héroïne n'est pas chère du tout mais elle est très coupée et très accessible. Traditionnellement, les usagers de drogues sont marginalisés, mais restent au sein de la famille élargie. Depuis quelques années cependant, on trouve certains jeunes à la rue.

Quelle est la situation des homosexuels au Liban ?

Il existe une certaine tolérance : pendant les manifestations des deux grands camps opposés (8 mars contre 14 mars), il y avait des drapeaux arc-en-ciel dans les deux camps ! En revanche, les préservatifs restent interdits en prison...

Il y a eu au moment de la conférence une grande émeute dans la prison de Roumieh, à Beyrouth, qui rassemble 65% des prisonniers du pays, soit environ 4 000, dont le tiers attendent de comparaître en justice. Quelles en sont les causes ?

On part de très loin. Qu'est-on en train d'offrir à nos jeunes ? L'émeute à la prison de Roumieh a eu lieu parce que trop de promesses n'ont pas été tenues. Il devait y avoir un centre de formation qui n'a jamais vu le jour... Il y a beaucoup trop de jeunes en prison à cause de la drogue. Les émeutiers demandent de meilleures conditions de vie, un changement de la loi et une amnistie.

Propos recueillis par Nestor Hervé

De jeunes usagers libanais témoignent

En marge de la conférence, trois filles et un garçon ont accepté de raconter à l'envoyé spécial de Swaps leur vie d'usager. S'ils font tous partie de Youthrise et, pour deux d'entre eux, de l'association libanaise Skoun, ils préfèrent qu'on ne dévoile pas leur identité.

Sur les consommations

« Le hash libanais est très courant. Il n'y a pas d'herbe. Plein de gens prennent de la coke, mais c'est très cher. C'est une façon d'afficher son fric, une marque de prestige. La coke est très courante dans les clubs. La première fois c'est gratuit. Après... En boîte, c'est très facile d'en trouver. Il y a aussi beaucoup d'« ecstasy », mais on ne sait pas si c'en est vraiment. Beaucoup de monde se passe les produits.

Dans le milieu underground, il y a aussi du GHB et de la kétamine. On trouve à peu près tout. Depuis deux ou trois ans, il y a aussi pas mal de LSD. En plus, au début, les flics ne savaient pas ce que c'était. Il est plutôt consommé en after. La freebase existe aussi. Mais à Beyrouth, c'est surtout coke et ecsta. Il y a un club downtown où tu ne trouves personne qui ne soit pas sous produit.

La drogue la moins chère, c'est l'héro, mais elle est stigmatisée, ça donne une image de junkie. Sinon, encore moins cher, pour les plus pauvres, le benzhexol (médicament antiparkinson aux effets hallucinogènes), on peut avoir 100 pilules pour 2,5 dollars... On en trouve notamment à Tripoli ou dans la banlieue de Beyrouth. »

Les difficultés de la vie d'usager

« En 2009, il y a eu plus de 2 000 arrestations pour usage simple. Au minimum, c'est 48 heures d'incarcération, mais ça va souvent jusqu'à 72 heures. Il existe une liste des personnes suspectées d'être des usagers.

Nous n'avons pas de connaissances suffisantes sur les drogues, pas d'éduc, pas d'infos. Ça reste un gros tabou, les autres générations n'ont aucune idée de la RdR, ils pensent que c'est comme légaliser. Certains demandent à la police de te « discipliner ». Sinon, ce qu'on te propose c'est la « christothérapie », la thérapie par la foi...

Le système est très rigide, il y a énormément de corruption, et beaucoup de monde préfère ne rien changer. »

Deux témoignages sur la prison

Farman : « Une de mes connaissances à Tripoli a été arrêtée avec une cigarette de hash et les policiers lui ont demandé de donner cinq noms. Ils m'ont arrêté et m'ont frappé et torturé pour que j'avoue. Ils profitent du pouvoir qu'ils ont. Il n'y a pas d'avocat pendant l'interrogatoire, sauf pour les mineurs. Quand j'ai pu voir un avocat, il m'a dit : « On ne voit pas les coups, je ne peux rien faire pour vous ». En prison, vous êtes mélangés avec des criminels. J'étais en prison à Tripoli, c'était surpeuplé. Un soir, quelqu'un de malade s'est évanoui. On a appelé les gardiens, qui ont dit « Prévenez-nous quand il sera mort, et on viendra l'enlever ». Mon frère a dormi debout en prison tellement il y avait de monde. A force d'alterner passages en prison et réhab, un ami de mon frère est devenu fou. Il est en asile maintenant. »

Leïla : « À 14 ans, une fille que je connaissais a dit que je lui avais donné de quoi fumer. Les flics m'ont convoquée et m'ont interdit de fréquenter son quartier (...) Plus tard, j'ai été arrêtée et violée par quelqu'un appartenant au Drug Enforcement Bureau, ça arrive souvent. J'ai reçu des intimidations au téléphone, et quand je me suis plainte, on m'a dit que si la personne acceptait de m'épouser, il serait innocenté. (...) Tout le monde connaît les dealers. J'étais avec mon copain chez un gros dealer lorsqu'il a reçu un coup de fil de quelqu'un haut placé dans la sécurité qui lui a conseillé d'être un peu plus prudent parce que son numéro de téléphone traînait partout sur les paquets de cigarettes... »

GBL en milieu festif : une expansion préoccupante

Sylvain Balester Mouret / Médecin addictologue, Unité de traitement ambulatoire des maladies addictives, CHU Beaujon (Clichy)
Une enquête in situ menée à Paris est l'occasion de faire le point sur la prévalence, les modalités d'usage et l'impact sur les politiques de prévention de la consommation de gamma-butyrolactone, une pratique pouvant entraîner des conséquences graves à court et plus long termes.

Le gamma-butyrolactone (GBL) est un solvant industriel (il sert notamment à nettoyer les jantes de voiture ou à effacer les graffitis) de plus en plus fréquemment utilisé comme drogue. Il se présente souvent sous une forme liquide, inodore et incolore, et donc facilement dissimulable, parfois en poudre ou en gélules. Ingéré, il est rapidement absorbé par l'organisme et transformé en gamma-hydroxybutyrate (GHB), qui est la substance psychoactive en elle-même. Il est, depuis quelques années, devenu populaire en milieu festif.

Cette popularité est liée à ses effets euphorisants et désinhibants et parce qu'il intensifie les perceptions et les performances sexuelles, lui ayant valu par ailleurs le nom d' "Ecstasy liquide". Il a pu être utilisé comme produit de soumission chimique dans des cas de viols, mais son usage est en général récréatif et délibéré. On trouve également des *a priori* forts concernant ses « vertus » potentielles, et nombre de consommateurs rapportent qu'il permet d'accroître la masse musculaire, d'où sa popularité dans les milieux du culturisme au cours des années 1990.

Le GHB étant illégal en France comme dans nombre d'autres pays européens, le GBL est devenu de plus en plus populaire, d'autant qu'on peut facilement s'en procurer à un prix modeste, notamment sur internet. Pourtant, nous disposons à ce jour de trop peu de données concernant la consommation et les modes d'usage, notamment en milieu festif, en France.

Une prévalence élevée

Nous avons conduit une étude en milieu festif parmi 410 clubbers à Paris. Les participants ont été recrutés pour répondre à un auto-questionnaire à leur arrivée dans 7 clubs parisiens. Parmi eux, 369 ont accepté de répondre (246 hommes et 163 femmes), en majorité âgés de moins de 25 ans (56,6%).

La prévalence de l'usage de GBL est élevée, 22,4% des participants (83 personnes, soit 1 personne sur 5) déclarant avoir déjà consommé du GBL au moins une fois dans leur vie.

Parmi les usagers, la grande majorité sont des hommes (82,9%), plutôt jeunes (54,9% des consommateurs ont moins de 25 ans), et majoritairement homosexuels (57,3% des consommateurs, quelle que soit la fréquence d'usage, et 73,3% des usagers fréquents ou réguliers se déclarent gay). Comme rapporté dans le rapport de l'OFDT en 2004, les homosexuels masculins sont donc les consommateurs les plus nombreux de GHB/GBL, avec une proportion très significative parmi ceux âgés de moins de 25 ans (55% des usagers de GBL dans notre enquête sont des hommes, homosexuels, de moins de 25 ans).

Le GBL est en général consommé en club (dans 99% des cas), alors que seulement 9,3% des usagers en ont déjà consommé chez eux ou chez des amis. Pourtant, lorsque l'on s'intéresse aux usagers réguliers, 45,8% d'entre eux consomment du GBL à leur domicile. Concernant ces usages en dehors des lieux dédiés à la fête, plus de 4

consommateurs sur 10 ont moins de 20 ans.

En termes de fréquence d'usage, 13,4% des usagers de GBL en ont consommé « une seule fois », 39% « occasionnellement » et 47,6% « fréquemment ».

GHB/GBL et alcool, un mélange à très haut risque

Dans notre étude, les consommateurs de GBL déclarent avoir déjà mélangé le GBL avec d'autres substances psychoactives : cocaïne (89%), MDMA (72,8%), kétamine (48,8%) et, mélange le plus risqué, alcool dans 41,5% des cas. Les consommateurs de GBL les plus jeunes sont ceux qui l'associent le plus fréquemment avec de l'alcool : 89,6% des moins de 20 ans l'ont déjà fait, alors que les usagers plus âgés semblent éviter les mélanges dangereux.

La consommation concomitante de GHB/GBL et d'alcool est un mélange à très haut risque en raison des accidents fréquents liés à l'augmentation des risques de surdosage. Le mélange de GBL avec de l'alcool en décuple les effets et entraîne de manière presque systématique un état de sédation qui peut se compliquer d'un coma (aussi appelé « G-hole ») avec un risque mortel non négligeable en raison d'accidents cardiaques, de vomissements inhalés pendant la phase de perte de connaissance et de dépression respiratoire très importante.

Parmi les consommateurs, 79% d'entre eux ont déjà expérimenté des effets indésirables (« bad trip », vomissements, malaises, problèmes au travail, coma). Les surdosages surviennent dans 94,8% des cas en milieu festif. Les consommateurs les plus jeunes sont les plus à risque de surdosage, avec 61,9% des usagers de moins de 25 ans déclarant avoir déjà présenté des effets secondaires (alors qu'ils ne sont plus que 6,3% dans le groupe des usagers de plus de 35 ans). Il est très probable que ceci soit lié à la méconnaissance du produit et de ses effets, ou de possibles mélanges avec d'autres substances (et notamment l'alcool).

De manière surprenante, la survenue de conséquences néfastes liées à l'usage ne semble pas modifier l'image du produit chez ces consommateurs : en effet, 80% des usagers ayant eu des effets indésirables n'ont malgré tout pas changé d'opinion sur la substance. L'usage régulier du GBL influence peu la survenue des accidents, puisque 51,6% des usagers fréquents déclarent des dommages liés à la consommation. Les usagers de GBL pensent en grande majorité (65,4%) qu'il n'existe pas de dépendance au GBL alors que les personnes

n'en ayant jamais utilisé sont d'accord sur le fait qu'il peut exister une dépendance à cette substance (73%).

Dans la population des 369 personnes interrogées, ils sont seulement 51,5% à avoir vu des messages de prévention, et 85,3% d'entre eux déclarent que ces messages n'influencent pas leurs comportements. Les usagers de GBL semblent en général peu sensibles à cette prévention : 51,4% des usagers ne souhaitent pas être informés sur la substance ou sur les risques liés à sa consommation, et 24,3% des consommateurs jugent qu'ils ne sont pas concernés.

Les autorités de santé s'inquiètent à la fois des conséquences immédiates de l'intoxication aiguë (chute, malaise, coma, décès) et des complications comportementales (comportements à risque comme les rapports sexuels non protégés, avec de nombreux cas de contamination par le VIH, violences, agressions sexuelles).

De même, nous, professionnels des addictions, sommes de plus en plus préoccupés devant le nombre croissant de consommateurs et de personnes sollicitant une aide en rapport avec une consommation prolongée et excessive, avec des dommages :

- **physiques** : problèmes de foie, surdosages, déshydratation et fièvre, interactions dangereuses avec de nombreux traitements (notamment antirétroviraux), troubles respiratoires, vomissements ;
- **psychologiques** : épisodes dépressifs, états anxieux, troubles du sommeil, troubles du comportement ;
- **neurologiques** : troubles de la mémoire et de la concentration, amnésie ;
- **sociaux** : absences répétées au travail, à l'école ou à l'université, désocialisation.

Dans notre unité, parmi les usagers rencontrés, la dépendance est souvent importante, avec des syndromes de sevrage physique sévères qui se compliquent fréquemment de delirium tremens (état d'agitation important et délire hallucinatoire) dans les heures suivant l'arrêt de la substance et dont la prise en charge est relativement complexe.

Diffuser des messages de prévention

En raison d'une consommation qui paraît en pleine expansion, il est de plus en plus nécessaire de diffuser des messages de prévention accessibles et audibles par les usagers afin de les informer de manière adaptée sur les risques liés à la consommation de GBL en ciblant les lieux et les populations concernées afin de réduire les risques et les accidents. Ces messages doivent être centrés sur les prises de risques liées à la sexualité non protégée et aux mélanges dangereux, notamment avec l'alcool.

Benchaar M. « Le GBL : détournement d'un solvant industriel à visée psychodysléptique. Une enquête in situ ». Thèse pour le doctorat en Médecine, Université Paris 7 Diderot. Bello P.-Y., Toufik A., Gandilhon M., Giraudon L. « Phénomènes émergents liés aux drogues en 2003 - Cinquième rapport national du dispositif TREND ». OFDT, 2004.

Wood DM, Nicolau M, Dargatzis PI. "Epidemiology of recreational drug toxicity in an nightclub environment". *Subst Use Misuse*. 2009;44(11):1495-502.

Wood DM, Warren-Gash C, Ashraf J et al. "Medical and legal consequences surrounding gamma-hydroxybutyrate (GHB) and its precursors gamma-butyrolactone (GBL) and 1,4-butanediol (1,4BD)". *QJM*. 2008;101(1):23-9.



Édito

Directeur de la publication
Didier Jayle

Rédacteur en chef
Gilles Pialoux

Édition
Philippe Périn

Comité de rédaction
Florence Amold-Richez
Mustapha Benslimane
Vincent Benso
Catherine Brousselle
Tiphaine Canarelli
Jean-Pierre Couteron
Isabelle Grémy
Marie Jauffret-Roustide
Jimmy Kempfer
France Lert
Alexandre Marchant
Vincent Pachabézien
Pierre Poloméni
Brigitte Reboulot
Marianne Strogenko
Agnès Sztal
Antonio Ugidos
Claudine Vallauri

Gestion
Amanda Baptista
Secrétariat, abonnements
Natalia De Oliveira

Réalisation graphique
Céline Debrenne
d'après une conception de
Sylvain Enguehard
Impression : Stipa / 4M
Dépôt légal : à parution
ISSN : 1277-7870
Commission paritaire : en cours

SWAPS
Tour Maine-Montpamasse
BP 54
75755 Paris cedex 15

Téléphone : 01 56 80 33 51
Fax : 01 56 80 33 55
swaps@pistes.fr
www.pistes.fr/swaps

Publié par l'association Pistes
(Promotion de l'information
scientifique, thérapeutique,
épidémiologique sur le sida),
qui édite aussi Transcriptases
et www.vih.org

Avec la participation des
Centres régionaux
d'information et de prévention
du sida :

CRIPS
Ile-de-France

CRIPS
Provence - Alpes - Côte d'Azur

Avec le soutien
du laboratoire
**Reckitt
Benckiser**

Mobiliser les médecins et les chercheurs du VIH et du VHC sur la réduction des risques liés à l'usage de drogues n'est pas acquis. À Rome, qui accueillait cette année les 4000 participants à la conférence de l'International Aids Society (IAS), la très exiguë mini-room 1 était réservée à la session « Approche combinée de la RdR chez les usagers de drogues ». Avec des grandes pointures dont Don Des Jarlais lui-même, Julio Montaner et son équipe de Vancouver. Public ? 25 personnes au pic, notamment pour l'expérience aussi étonnante que peu transposable de Vancouver, où l'on conjugue dans un quartier de la ville canadienne tout ce qui est disponible ou presque : dépistages, TSO, échange de seringues, TASP (treatment as prevention) dans le VIH... Et bientôt, peut-être – les Canadiens comme l'ANRS y réfléchissent –, le TASP dans l'hépatite C.

La Conférence mondiale s'est terminée par une intervention en plénière de Nora Volkow, directrice du NIDA (National Institute on Drug Abuse), qui a souligné que « *si la voie intraveineuse est le principal véhicule de la transmission du VIH, d'autres types de drogues peuvent augmenter la possibilité d'infection en raison d'une altération de la capacité de jugement qui peut conduire à un comportements à risque* ». Sujet sur lequel nous reviendrons dans *Swaps*, mais déjà abordé dans le présent numéro avec la poussée inquiétante du GBL en « milieu festif » (p. 22).

Dans cette mini-room 1, à Rome donc, c'est sans doute l'intervention sur les prisons en Malaisie qui a connu la plus faible audience ! C'est précisément le thème de cette 63^e livraison de *Swaps*. La réduction des risques en prison est en panne alors même que le nombre d'usagers incarcérés pour des raisons diverses ne cesse de croître. Comme le dénonçait en 2009 le Conseil national du sida (CNS), il existe « *des disparités très fortes dans l'accès aux soins et à la prévention entre le milieu ouvert et le milieu carcéral. En particulier les usagères et usagers de drogues injectables incarcérés ne bénéficient d'aucun accès au matériel stérile d'injection et les programmes d'échange de seringues sont absents de tous les établissements pénitentiaires français* ».

Les premiers résultats de Prévacar et plus encore de Pri²de mettent en lumière, malgré l'amélioration drastique mais disparate de l'offre de TSO, une insuffisance de mise en œuvre en milieu carcéral des outils de réduction des risques, tout comme l'existence bien réelle de pratiques à risques encore mal quantifiées (voir p. 2). D'où un débat sur les priorités pour la RdR en prison (voir l'interview de Catherine Paulet (p. 8) et le point de vue de l'un de nous (p. 11)).

Insuffisance dont le voyage de notre envoyé spécial Nestor Hervé à Beyrouth, pour la Conférence internationale sur la réduction des risques, permet de peser la relativité : À la prison de Roumieh (4 000 détenus), même les préservatifs restent interdits...

GILLES PIALOUX ET DIDIER JAYLE