

Ivana Obradovic (OFDT)

Note n°2012-04, à l'attention de la MILDT (Mission interministérielle lutte contre la drogue et la toxicomanie)

Saint-Denis, le 05/10/2012

Introduction

L'incarcération est fréquente dans le parcours d'un usager injecteur : selon les études, la part des usagers de drogues par voie intraveineuse (UDVI) ayant déjà été incarcérés varie entre 56 % et 90 % (Ball, 1995 ; Normand et al., 1995 ; Beyrer et al., 2003). En France, parmi les usagers de drogues¹ faisant l'objet d'une prise en charge spécialisée², la part de ceux qui ont déjà été incarcérés est évaluée entre 43 % et 61 %³.

Dans la plupart des pays, une proportion importante de détenus déclare un usage de drogues par voie intraveineuse : entre 10 % et 48 % chez les hommes (8 études, n = 4 293) et entre 30 % et 60 % chez les femmes (6 études, n = 3 270) (Fazel et al., 2006). Parmi ces UDVI déclarés en prison, on compte les usagers actuels, qui consommaient des drogues avant l'incarcération et qui poursuivent cette pratique en détention⁴ (Lukasiewicz et al., 2007) mais aussi ceux qui ont commencé pendant la période de détention, notamment pour surmonter les difficultés liées à l'enfermement et à la violence intra-carcérale (Hughes, Hubby, 2000), dans un contexte de surpopulation chronique dans de nombreux pays⁵ – dont la France, où, au 1^{er} septembre 2012, 66 126 personnes étaient détenues, pour 57 385 places opérationnelles (soit un taux d'occupation de 115 %).

Les données épidémiologiques internationales montrent que les prisons sont des lieux de haute prévalence du VIH et des hépatites virales. Selon les sources⁶, ces prévalences varient, en France, entre 0,6 % et 2,0 % pour le VIH (3 à 4 fois plus qu'en population générale) et entre 4,2 % et 6,9 % pour le VHC (4 à 5 fois plus). Si la plupart des détenus infectés par le VIH ont contracté le virus avant d'être incarcérés, le séjour en prison constitue une période à risque⁷ (Dolan, Wodak, 1999 ; MacDonald, 2005). Le risque de contamination en prison est d'autant plus élevé que le partage du matériel d'injection, reconnu comme facteur majeur d'infection par le VIH (Lines et al., 2006),

¹ Opiacés, cocaïne et autres substances illicites (hors cannabis).

² CSAPA, CAARUD, post-cures, programmes d'échange de seringues, médecins généralistes prescripteurs de TSO, etc.

³ Selon l'enquête RECAP menée en 2011 par l'OFDT, 43 % des usagers de drogues pris en charge par un CSAPA pour un problème de drogues illicites autres que le cannabis ont déjà été incarcérés : trois sur cinq l'ont même été plusieurs fois (http://www.ofdt.fr/ofdtdev/live/donneesnat/recap_fr.html). L'enquête Coquelicot établit quant à elle que 61 % des usagers de drogues qui ont sniffé ou se sont injecté au moins une fois au cours de leur vie ont des antécédents d'incarcération (Jaufret-Roustide et al., 2006). Parmi les seuls usagers de Caarud, 14,9 % ont été incarcérés au cours de l'année précédente (Cadet-Tairou, 2012).

⁴ Les études montrent que la prévalence et la fréquence d'usage tendent à diminuer pendant l'incarcération (Shewan et al., 1994).

⁵ Pour un tableau complet de la situation pénitentiaire en Europe, voir Aebi, Delgrande, 2012.

⁶ Sources en milieu carcéral : DHOS (actuelle DGOS), 2003 ; PRÉVACAR 2010, DGS-INVS (Jaufret-Roustide et al., 2011 ; Semaille et al., 2011) ; POPHEC (Rémy et al., 2003). Sources en population générale : pour le VHC (Meffre et al., 2007), pour le VIH (InVS, 2009).

⁷ Ce risque est bien connu depuis de nombreuses années (Brewer et al., 1988 ; Crofts et al., 1995 ; Taylor et al., 1995). En France, le risque relatif d'une contamination par le VHC est multiplié par 10 en détention (InVS, CPAM, CETAF, 2005).

constitue une pratique courante (cf. Tableau 1). Ces constats soulignent la nécessité d'une politique de réduction des risques infectieux (RDR) efficace et adaptée au milieu pénitentiaire.

Cette note recense les dispositifs de RDR associés à l'usage de drogues disponibles en prison au plan international (comprenant les projets expérimentaux), en décrivant leur contexte de mise en place, les modes d'intervention et les pratiques des intervenants. Lorsqu'une évaluation d'impact a été mise en place, ses principales conclusions sont brièvement exposées. Afin de restreindre le champ d'investigation, la note est centrée sur les expériences de mise à disposition de traitements de substitution aux opiacés (TSO) et les programmes d'échange de seringues (PES), qui ont fait l'objet du plus grand nombre d'études. Reconnus comme des moyens efficaces pour réduire les risques de transmission du VIH, ils sont considérés par l'OMS comme une mesure de première ligne en prison, de loin préférable à la mise à disposition d'eau de Javel (OMS, 2007). En référence aux recommandations de l'OMS, la note décrit également les modalités de mise à disposition de préservatifs masculins avec lubrifiants développées dans différents pays (OMS, 2007). Elle laisse en revanche de côté les autres mesures de RDR⁸, qui n'ont fait l'objet que de rares études d'impact.

Tableau 1 : Etudes épidémiologiques sur les risques infectieux chez les usagers de drogues en prison

	Pays	Echantillon de population (N)	Injection en prison (%)	Partage de matériel d'injection (%)
Rutter et al (1995)	Australie (New South Wales)	7 études	31–74%*	70–94%†
Gaughwin et al (1991)	Australie (South Australia)	50	52%*	60%†
Service correctionnel canadien (1995)	Canada	4285	11%	..
Ford et al (2000)	Canada	350	18,3%	..
DiCenso et al (2003)	Canada	105 femmes	19%	
Martin et al (2005)	Canada	102	21%	86%
Small et al (2005)	Canada	>1200	27%	80%
Calzavara et al (2003)	Canada	439 hommes, 158 femmes	3,3%	32%
Dufour et al (1995)	Canada	450	2,4%	92%
Edwards et al (1999)	Angleterre	378	11,6%	73%
Rotily et al (2001)	Europe (France, Allemagne, Italie, Pays-Bas, Ecosse, Suède)	871	13%	..
OEDT (2005)	UE + Norvège	..	0,2–34%	..
Malliori et al (1998)	Grèce	544	24,1%	92%
Koulierakis et al (1999)	Grèce	861	20,2%	83%
Allwright et al (2000)	Irlande	1178	..	70,5%
Rapid Situation Assessment (2005)	Ile Maurice	100 hommes, 50 femmes	10,8% des adultes 2,1% des jeunes	..
Van Haastrecht et al (1998)	Pays-Bas	497 UDVI	3%	0
Frost & Tchertkov (2002)	Russie	1044	10%	66%
Dolan et al (2004)	Russie	277	13%	..
Gore et al (1995)	ECOSSE (Royaume-Uni)	..	15,9%	..
Thaisri et al (2003)	Thaïlande	689	25%	77,8%
Clarke et al (2001)	Etats-Unis	281 hommes, 191 femmes	31%¶	..

* % d'injecteurs parmi les UDVI déclarés en prison

† % d'injecteurs ayant partagé du matériel parmi les UDVI déclarés en prison

Source : Jürgens et al., 2009

⁸ Actions d'information et d'éducation à la santé, mesures de dépistage (du VIH, des hépatites virales et des IST), stratégies vaccinales contre le VHB, mesures d'accessibilité à l'eau de Javel (et autres désinfectants), distribution de petit matériel d'injection ou de sniff (filtres, tampons alcoolisés, pailles, matériel d'inhalation, etc.), distribution de matériel de piercing et de tatouage stérile ou de décontamination du matériel de rasage et de coiffure, mise à disposition de préservatifs féminins, traitements alternatifs de la dépendance (héroïne médicalisée, unités sans drogues, communautés thérapeutiques), traitements post-exposition (VIH), traitements antirétroviraux (VIH/VHC).

Programmes d'échange de seringues (PES) en prison

Contextes nationaux de mise en place des PES

Au cours des 20 dernières années, une quinzaine de pays, tous situés en Europe et en Asie centrale, ont expérimenté, de façon plus ou moins durable, des programmes d'échange de seringues en prison. Depuis le premier PES mis en place en Suisse en 1992, l'expérimentation de ce type de programmes s'est étendue à une centaine de prisons (cf. Tableau 2). On ne compte pourtant que 9 pays où la possibilité d'accéder à un PES existe aujourd'hui en prison, soit dix fois moins qu'en milieu libre (IHRA, 2012). La plupart des pays restent donc opposés à l'implantation de programmes d'échange de seringues⁹, tout particulièrement en milieu carcéral, certains allant même jusqu'à criminaliser la distribution de seringues en prison (Bangladesh).

Tableau 2 : Pays bénéficiant de programmes d'échange de seringues en prison (en 2012)

Pays	Début du programme	Nombre de prisons avec programme d'échange de seringues (PES)
1. Suisse	1992	11 (sur 113 prisons au total)
2. Allemagne	1996	1 (sur 185 prisons au total)
3. Espagne	1997	41, soit 31 prisons (sur 82 prisons au total) + 10 en Catalogne
4. Moldavie	1999	9 maisons d'arrêt en 2012 (sur 17 prisons au total), vs 3 en 1999
5. Kirghizstan	2002	10, soit 9 colonies ¹⁰ et 1 centre de détention (sur 17 prisons au total)
6. Biélorussie	2003	3 (1 projet pilote à Minsk, étendu à 2 autres prisons)
7. Arménie	2004	3 (sur 12 prisons)
8. Luxembourg	2005	1 (dans la seule prison du pays, Schrassig)
9. Roumanie	2006 (loi)-2008	6 (sur 44 prisons au total) – seules 2 déclarent des bénéficiaires du PES
En phase d'expérimentation ou de réflexion		
10. Ecosse	2007/2012	Projet d'expérimentation dans la prison d'Aberdeen retardé depuis 2007
11. Tadjikistan	2010	1 (sur 13 prisons au total)
12. Kazakhstan	2010-2011	18 (sur 93 prisons)
Expérimentations abandonnées		
13. Iran	2005-2011†	3 projets pilotes
14. Portugal	2007-2008†	2 projets pilotes (Paços de Ferreira & Lisbonne) – sur 49 prisons au total

Sources : Lines et al., 2006 ; OMS, ONUDC et ONUSIDA, 2007 ; OEDT, 2012 ; ONUSIDA, 2012.

Les premiers programmes ont été mis en place en Suisse, à partir de 1992, à la suite d'une initiative médicale individuelle¹¹, d'abord dans les prisons d'Hindelbank (canton de Berne) et d'Oberschöngrün (canton de Soleure) puis, en 1996/1997, dans les prisons de Realta (Grisons) et de Champ-Dollon (canton de Genève). Deux autres pays européens ont expérimenté ce type de mesure à la fin des années 1990 : l'Allemagne (lancement de 3 expériences, en 1996, dans les prisons de Vechta, Lingen et Vierlande), puis l'Espagne (1997, prison de Basauri, au Pays basque). Aujourd'hui, au sein de l'UE-27, 4 pays (Allemagne, Espagne, Luxembourg, Roumanie) sont dotés de programmes de ce type, implantés au sein d'une cinquantaine de prisons suivant des modalités diverses mais selon un objectif commun de réduction des risques de transmission des maladies infectieuses. La Roumanie

⁹ D'après les données de l'IHRA, un peu plus d'un tiers des pays dans le monde (86 pays) ont mis en place des programmes d'échange de seringues en milieu libre (IHRA, 2012), ce qui témoigne d'un niveau d'acceptabilité sociale relativement faible de ce type de mesure – à plus forte raison en milieu pénitentiaire.

¹⁰ Au Kirghizstan, les prisons se décomposent en 11 colonies pénitentiaires (ex-camps de travail soviétiques) et 6 centres de détention.

¹¹ Initiative personnelle d'un médecin à temps partiel, cette distribution de seringues aux détenus, non autorisée par les administrateurs de l'établissement, a été, à l'origine, un acte de désobéissance professionnelle. Lorsque les activités de ce médecin ont été révélées, le directeur de l'établissement a souhaité entendre ses arguments et s'est laissé convaincre de la nécessité d'un PES (Lines et al., 2004).

est le pays qui a le plus récemment introduit les PES en prison, grâce à un financement de l'ONUUDC (démarrage en juin 2008 dans la prison de Jilava).

Certains de ces programmes d'échange de seringues ont connu une existence éphémère, comme en **Allemagne** (où il n'en subsiste qu'un seul, dans la prison de Berlin, sur 6 mis en place) et en **Iran** (où les 3 programmes pilotes mis en place en 2005/2006 dans les prisons de Téhéran, Ispahan et Hamadan, ont été interrompus en 2011¹²).

D'autres projets de PES n'ont pas dépassé le stade de la proposition. Au **Portugal**, les 2 programmes pilotes qui devaient être expérimentés en 2007 dans les prisons de Paços de Ferreira et de Lisbonne – sur 4 initialement prévus dans le Plan national d'action contre les maladies infectieuses en prison (2006), qui recommandait également leur évaluation – ont été interrompus l'année de leur mise en service, du fait du boycott du personnel pénitentiaire et de la méfiance des détenus¹³. En **Écosse**, un projet d'expérimentation a été annoncé en 2007. Face à l'opposition du personnel pénitentiaire, qui craint l'utilisation de seringues comme armes par les détenus, la mise en place de ce programme pilote a plusieurs fois été différée, alors qu'elle figure parmi les objectifs du Plan d'action de lutte contre le VHC. Un site pilote écossais ayant été identifié (la prison d'Aberdeen), l'expérimentation pourrait éventuellement avoir lieu ultérieurement. Enfin, en **Ukraine**, un accord signé par l'administration pénitentiaire en 2005 prévoyait la mise en place de 3 programmes pilotes : il a été rejeté par les décideurs politiques, si bien qu'aucun programme n'a finalement vu le jour. Les résistances à la mise en place de ce type de dispositifs sont donc multiples. Elles émanent principalement des personnels pénitentiaires (en particulier les surveillants de prison) et des instances politiques, mais parfois aussi des détenus, qui craignent que l'anonymat et la confidentialité de leur démarche ne soit pas garantis, invalidant leurs chances de bénéficier d'un aménagement de peine.

En outre, quelques pays ont, à un moment donné, étudié (ou envisagé d'étudier) la faisabilité de programmes pilotes mais la plupart ont renoncé à une expérimentation : Canada, Grèce, Pologne, Italie. Au Canada par exemple, face à la sur-représentation persistante du VIH et du VHC parmi les détenus (prévalences 10 à 20 fois plus élevées qu'en population générale), en particulier ceux qui sont UDVI, les observateurs (gouvernementaux et non gouvernementaux) recommandent, depuis 20 ans, la mise à l'essai de programmes d'échange de seringues dans les prisons¹⁴.

¹² Comme en Suisse au début des années 1990, l'expérimentation de PES en milieu carcéral en Iran a d'abord été introduite de manière non officielle par des médecins et des personnels sanitaires en 2003-2004. En 2005-2006, un protocole national encadrant la mise en place de PES a été mis en place.

¹³ Selon les informations collectées auprès de Diana Castro (APDES), l'Observatoire portugais des drogues (IDT) et l'Observatoire européen (OEDT), 2 programmes ont été ouverts en 2007, dans les prisons de Paços de Ferreira et de Lisbonne, sur 4 initialement prévus dans le Plan national d'action contre les maladies infectieuses en prison, qui recommandait également l'évaluation de ces programmes (2006). Un module de sensibilisation et de formation devait être élaboré à l'attention des personnels travaillant en prison, des détenus et des surveillants mais, ces derniers ayant boycotté la démarche, l'expérimentation n'a jamais été mise en œuvre et aucune seringue n'a jamais été échangée. Dans les discours officiels, les administrateurs du programme imputent cet échec à la résistance des personnels et à la méfiance et des détenus, qui craindraient une stigmatisation (dénonçant l'insuffisance des garanties d'anonymat et de confidentialité). Ils maintiennent qu'il existe toujours des PES actifs au Portugal. Les recommandations officielles dans ce sens n'ont, en effet, pas été amendées et les « négociations » entre ministères de la Santé et de la Justice se poursuivent encore pour mettre en place des PES (OEDT, 2012).

¹⁴ Un rapport publié en 2005 par le Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies (CCLAT), s'est attaché à évaluer le besoin de programmes d'échange de seringues dans les prisons. Celui-ci a conclu que l'état des connaissances sur le sujet « [justifiait] amplement que le gouvernement envisage de mettre en œuvre à court terme des études pilotes visant à évaluer l'efficacité et la faisabilité des programmes d'échange de seringues dans les prisons » (Thomas, 2005, p. 14). Ces préconisations n'ont, pour le moment, été suivies d'aucun effet. Voir aussi : le rapport final du Comité d'experts sur le sida et les prisons (Jürgens, 1996), les travaux du groupe d'études sur les programmes d'échange de seringues remis au Service correctionnel d'Ottawa (Service correctionnel du Canada, 1999), l'étude de Rick Lines sur le VIH en prison (Lines, 2002), le rapport du Comité permanent de la santé de la Chambre des communes sur le VIH/Sida (2003), le rapport de l'Agence de santé publique du Canada (ASPC) remis au Service correctionnel du Canada (2006), les rapports annuels de l'Enquêteur correctionnel du Canada (rapports annuels publiés de 2004 à 2007), ainsi que ceux de l'Association médicale canadienne (2005), de l'Association médicale de l'Ontario (2004) et de la Commission canadienne des droits de la personne (2004).

Au cours des dernières années cependant, un certain nombre de pays ont décidé d'expérimenter ce type de dispositifs. Encouragé par les instances internationales (comme la Roumanie), le **Kazakhstan** a décidé d'implanter des PES dans quelques sites pénitentiaires, à la suite des recommandations de l'UNODC, de l'OMS et de l'ONUSIDA : le ministère de la Justice a avalisé un programme d'échange de seringues dans 18 prisons, soit un cinquième du parc pénitentiaire¹⁵ (Lines et al., 2004 ; ONUSIDA, 2012). De même, au **Tadjikistan**, le ministère des Affaires carcérales a signé un décret, en 2010, pour la mise à l'essai de PES en détention, après avoir procédé à l'évaluation de la situation du VIH et du VHC dans plusieurs prisons du pays. Plus récemment, la **Belgique** a annoncé son intention de développer un projet pilote de ce type (Rhodes, Hedrich, 2010, p. 47), de même que l'**Australie**, qui prévoit la mise en service d'un PES à Canberra en 2013 (Sweet, 2012), à titre expérimental (au sein du Alexander Maconochie Centre), après avoir mené une étude préalable concluant à la nécessité d'une réponse pragmatique au problème de l'usage de drogues en prison (Moore, 2011).

Malgré les fortes réticences suscitées par l'implantation de PES en prison, la plupart de ceux qui ont pu fonctionner pendant quelques années ont été maintenus, sauf en Iran et en Allemagne.

Conditions de mise en œuvre des PES

Dans la plupart des pays prévoyant une accessibilité aux PES en prison, seuls quelques établissements pénitentiaires à forte concentration d'usagers de drogues sont concernés. Deux pays seulement, l'**Espagne** et le **Kirghizstan**, prévoient une diffusion nationale des PES en prison, exigeant à terme que chaque établissement puisse mettre des seringues stériles à la disposition des détenus. Ce choix s'explique par des facteurs historiques et une préoccupation particulière à l'égard du VIH¹⁶. Dans ces pays, la dynamique de généralisation est en cours. En Espagne, la perspective d'une extension aux 82 établissements existants a été officiellement approuvée en 2003 ; en 2012, les PES ne couvrent pas encore l'ensemble du parc pénitentiaire : la moitié des établissements seulement en sont dotés (n = 41, sur 82 au total). De même, 10 prisons kirghizes sur 17 sont aujourd'hui dotées de PES.

Les modalités de fonctionnement des PES sont très variables selon les pays et les établissements. Il existe 4 méthodes de distribution de seringues stériles aux détenus :

- par des **infirmiers ou des médecins** d'une unité médicale implantée dans l'établissement ;
- par des **organismes non gouvernementaux ou des professionnels indépendants** qui visitent la prison à cette fin ;
- par des **détenus** qui ont une formation de pairs intervenants ;
- par des **distributeurs automatiques** qui échangent une seringue usagée contre une neuve.

Une comparaison des avantages et des inconvénients de ces 4 méthodes de distribution, effectuée en 2004, est résumée dans le tableau suivant (cf. Tableau 3).

¹⁵ <http://www.drugpolicy.org/docUploads/kazakhstanpolicy.pdf>

¹⁶ En Espagne, le partage du matériel d'injection, traditionnellement élevé (Ramirez-Jonville, 2005), et la mise en œuvre ancienne de la RDR (notamment par l'introduction, en 1992, d'un programme d'entretien à la méthadone dans les prisons) contribuent à expliquer la généralisation des PES en milieu carcéral. De même, au Kirghizstan, le lancement du premier projet pilote d'échange de seringues en prison a été décidé en réaction à la nette augmentation du nombre de détenus infectés par le VIH (3 en 2000, plus de 150 en 2002, soit 56 % des cas déclarés dans le pays), dans un contexte plus général d'accroissement de l'injection de drogues, couplé à la crainte d'une recrudescence de l'épidémie du VIH du fait d'une situation socioéconomique difficile.

Tableau 3 : Avantages et inconvénients des 4 méthodes de distribution des seringues en prison

Méthode de distribution	de	Avantages	Inconvénients
Distribution en mains propres par des infirmiers ou médecins de l'établissement		<ul style="list-style-type: none"> • Contact personnel avec les détenus et une occasion de <i>counselling</i> • Possibilité d'intervention et de contact auprès de consommateurs de drogues non connus • Maintien d'un degré de contrôle élevé sur l'accès aux seringues au sein de la prison 	<ul style="list-style-type: none"> • Degré moindre d'anonymat et de confidentialité, qui peut réduire le taux de participation (mais un degré élevé d'acceptation est possible, chez les détenus, si la confidentialité est maintenue) • Accès plus limité (seringues accessibles uniquement pendant les heures d'ouverture du service de santé) • Possibilité d'échanges par intermédiaires, pour les détenus ne souhaitant pas participer au programme en raison d'un manque de confiance envers le personnel
Distribution en mains propres aux pairs par des détenus		<ul style="list-style-type: none"> • Degré élevé d'acceptation par les détenus • Degré élevé d'anonymat et de confiance • Degré élevé d'accessibilité (les pairs intervenants vivent dans l'unité de prison et sont disponibles en permanence) 	<ul style="list-style-type: none"> • Aucun contrôle direct du personnel sur la distribution, ce qui peut accroître les craintes liées à la sécurité des personnels pénitentiaires • L'échange d'une seringue usagée contre une neuve est plus difficile à assurer
Distribution en mains propres par des organismes externes ou des professionnels de la santé indépendants		<ul style="list-style-type: none"> • Offre un contact personnel avec les détenus et une occasion de <i>counselling</i> • Facilite l'intervention et le contact auprès de consommateurs de drogues qui n'étaient pas connus • Maintien d'un degré de contrôle élevé sur l'accès aux seringues au sein de la prison • Possibilité d'échange d'une seringue contre une autre et de distribution de plusieurs seringues à la fois (au besoin et selon la politique de l'établissement) • Degré élevé d'anonymat et de confidentialité (pas d'interaction avec les personnels pénitentiaires) 	<ul style="list-style-type: none"> • Accès plus limité (seringues accessibles uniquement à des heures précises ou dans certains créneaux hebdomadaires) • L'anonymat et la confidentialité peuvent être compromis par des politiques exigeant que l'organisme externe fournisse à la prison des renseignements sur la participation • Le personnel de la prison peut manquer de confiance à l'égard des services externes qui distribuent les seringues • Les travailleurs externes peuvent se heurter à plus d'obstacles de bureaucratie correctionnelle que les employés médicaux de la prison • La rotation du personnel dans les organismes non gouvernementaux pourrait entraîner un manque de continuité et de constance dans les « visages » associés au programme, pour les détenus et les personnels pénitentiaires
Distributeurs automatiques		<ul style="list-style-type: none"> • Degré élevé d'accessibilité (des distributeurs sont souvent placés à divers endroits dans l'établissement et les détenus peuvent y accéder en dehors des heures d'ouverture des services médicaux) • Degré élevé d'anonymat (pas d'interaction avec les personnels pénitentiaires) • Degré élevé d'acceptation par les détenus • Échange strict d'une seringue contre une autre 	<ul style="list-style-type: none"> • Les distributeurs sont vulnérables au vandalisme et aux dommages que pourraient causer les détenus et des personnels pénitentiaires qui s'opposent au programme • Probabilité de problèmes techniques qui pourraient suspendre la distribution de seringues pendant un certain temps, ce qui pourrait diminuer la confiance des détenus à l'égard du programme • La structure de certaines prisons se prête mal aux distributeurs automatiques (manque de lieux discrets facilement accessibles aux détenus) • L'investissement requis pour acquérir des distributeurs automatiques en nombre suffisant peut être un obstacle dans certaines prisons (fabrication à l'unité sur commande)

Source : Lines et al., 2004 ; Thomas, 2005.

Evaluation des PES

Sur une centaine de PES mis en place en prison (au moins temporairement), une dizaine seulement ont été évalués, en Suisse, en Allemagne, en Espagne et en Iran. Au terme de l'exercice, tous ont été jugés utiles et efficaces mais ils n'ont pas tous été pérennisés pour autant. Selon les informations recueillies auprès de correspondants nationaux, des évaluations complémentaires pourraient être menées au Portugal (où l'objectif d'une évaluation a été inscrit dans le Plan national d'action contre les maladies infectieuses en prison de 2006), au Luxembourg et en Roumanie (où les PES ont été financés par l'UNODC, qui requiert une évaluation du dispositif).

Les évaluations menées ont privilégié deux dimensions : les répercussions du programme sur les comportements à risque et son efficacité globale. Menées selon des méthodes différentes¹⁷, en utilisant le plus souvent des protocoles pré-post, avec de petits effectifs, ces évaluations donnent lieu à des résultats remarquablement cohérents. Cette cohérence est d'autant plus notable que ces PES ont été implantés dans des circonstances diverses. Les évaluations conduites mettent en évidence principalement la faisabilité, l'acceptabilité et la non-dangerosité de ces programmes, ainsi que des effets positifs sur les comportements à risque (cf. Tableau 4).

Tableau 4 : Synthèse des évaluations de PES

Pays, localisation, prison (référence)	Consommation de drogues	Injection de drogues	Partage de seringues	Incidence du VIH/VHC
Allemagne, Hambourg, Am Hasenberge (Stöver, Nelles, 2003)	Pas d'augmentation	Pas d'augmentation	Diminution importante	Pas de données
Allemagne, Hannöversand (Stöver, Nelles, 2003)	Pas d'augmentation	Pas d'augmentation	Diminution importante	Pas de données
Allemagne, Berlin, Lehrter Strasse et Lichtenberg (Stark et al., 2006)	Pas d'augmentation	Pas d'augmentation	Diminution importante	4 séroconversions (1 infection en prison)
Allemagne, Basse-Saxe, Lingen 1 (Stöver, 2000 ; Jacob, Stöver, 2000)	Pas d'augmentation	Pas d'augmentation	Diminution importante	Pas de séroconversion
Allemagne, Basse-Saxe, Vechta (Stöver, 2000 ; Jacob, Stöver, 2000)	Pas d'augmentation	Pas d'augmentation	Diminution importante	Pas de séroconversion
Allemagne, État de Hambourg, Vierlande (Heinemann, Gross, 2001)	Pas d'augmentation	Pas d'augmentation	Aucun changement	Pas de données
Espagne, Gran Bilbao, Basauri (Menoyo et al., 2000)	Pas d'augmentation	Pas d'augmentation	Pas de données	Pas de séroconversion
Iran, Téhéran, Ispahan et Hamadan (Shahbazi et al., 2010)	Pas de données	Pas de données	Diminution importante	Pas de données
Moldavie, Branesti*, colonie pénitentiaires 4* et 15 de Cricova, Pruncul*, Rusca* (Hooever, Jürgens, 2009)	Pas d'augmentation	Pas d'augmentation	Pas d'augmentation	Diminution
Suisse, canton de Berne, Hindelbank (Nelles et al., 1997)	Diminution	Pas d'augmentation	Diminution importante	Pas de séroconversion
Suisse, canton des Grisons, Realta/Cazis (Nelles et al., 1999)	Diminution	Pas d'augmentation	Cas particuliers	Pas de séroconversion

Source : Heinemann, Gross, 2001 ; Stöver, Nelles, 2003 ; OMS, 2007 ; Hooever, Jürgens, 2009 ; Shahbazi et al., 2010.

N.B. : les prisons pour femmes sont indiquées en rouge, les prisons pour hommes en bleu et les prisons accueillant à la fois des hommes et des femmes en mauve ; une astérisque distingue les centres de semi-liberté.

A la lecture de ce tableau, un certain nombre d'éléments de preuve convergents se dégagent, témoignant de la faisabilité et l'efficacité des programmes d'échange de seringues en prison :

- Dans la grande majorité des établissements pénitentiaires, le partage de matériel d'injection a cessé ou a été largement réduit ;
- Aucun nouveau cas de VIH n'a été recensé ;
- Aucune séroconversion n'a été enregistrée pour le VIH ; 4 seulement ont été enregistrées pour le VHC (dont une contractée avec certitude en détention) ;

¹⁷ D'une durée d'un ou deux ans, ces évaluations prévoient différentes méthodes de collecte des données : questionnaires et entretiens avec les détenus et le personnel, examen de dossiers médicaux, tests d'évaluation de la prévalence du VIH et du VHC, etc.

- La mise à disposition de seringues n'a pas entraîné d'accroissement, ni du nombre de détenus pratiquant l'injection, ni de l'usage de drogues (qui tend même à diminuer dans certains cas), ni de la disponibilité des drogues en prison.

En outre, aucun nouveau cas de VHB n'a été rapporté et aucune séroconversion n'a été enregistrée.

Par ailleurs, des bénéfices connexes ont été recensés : une réduction du nombre d'abcès, de surdoses¹⁸ et de décès ; une augmentation des orientations vers des programmes de désintoxication et, plus généralement, un accroissement du recours aux soins parmi les détenus¹⁹ ; une résorption de la tension entre prisonniers et personnel, ainsi qu'une sensibilisation accrue à la transmission infectieuse et aux comportements à risque ; une plus grande sécurité pour les personnels, avec moins d'incidents lors des fouilles impliquant des seringues dissimulées.

De plus, contrairement aux craintes souvent évoquées dans les débats entourant les programmes d'échange de seringues, ce type de dispositif ne met pas en danger le personnel ou les détenus. Dans l'ensemble des programmes initiés au sein d'une soixantaine de prisons, aucun cas d'usage de seringue comme arme par destination n'a été rapporté à l'encontre d'un autre détenu ou d'un membre du personnel. En outre, le risque de blessure lié aux seringues présentes dans les centres de détention apparaît très faible : les seringues sont, soit systématiquement retournées dans le cadre des programmes (Stöver, Nelles, 2003), soit conservées dans un endroit précis, le plus souvent dans une trousse délivrée par le PES, évitant ainsi des piqûres accidentelles parfois subies par le personnel surveillant lors des fouilles de cellules (Jürgens, 1996). Ces derniers peuvent contrôler la délivrance, le stockage et l'échange des seringues. Ils en connaissent le nombre en circulation et les détenus qui y ont accès. Les PES font donc l'objet d'une forte acceptation non seulement de la part des détenus qui manifestent un respect des règlements important, notamment en Allemagne (Stöver, 2000), mais également du personnel pénitentiaire. En dépit d'une certaine défiance lors de l'initialisation de l'expérience, ceux-ci ont pleinement adhéré au projet les années suivantes (Nelles et al., 1999), allant même jusqu'à militer pour son retour lorsqu'il a été supprimé (Lines et al., 2006). Enfin, les PES n'entraînent pas d'augmentation de la violence dans les établissements carcéraux.

Les PES s'avèrent donc faisables et efficaces dans divers types d'établissements pénitentiaires, à la fois du point de vue de l'incidence du VIH et du VHC, de la prévalence des comportements à risque vis-à-vis du VIH et du VHC, de la mortalité des détenus, de leur accès des détenus aux soins, aux traitements et aux services d'accompagnement et de la sécurité au sein des établissements. Aucune étude ne relève de conséquences négatives (attendues ou non attendues) liées à la mise en place de PES en détention. Les rapports d'évaluation mettent également en évidence le rapport coût-efficacité avantageux de ce type de programmes²⁰. Les études soulignent, enfin, l'intérêt de ces programmes dans des établissements à forte proportion d'injecteurs de drogues, en rappelant l'importance de les intégrer dans un ensemble de mesures de réduction des risques²¹ et de les généraliser dans des établissements de taille importante.

¹⁸ Les raisons de la diminution des surdoses qui ressort de l'étude menée sur les deux prisons pilotes suisses sont doubles. D'une part, les usagers de drogues s'injectent une plus petite quantité de drogue alors qu'en l'absence de PES, en raison de l'accès limité aux seringues, la dose injectée est plus forte. D'autre part, l'instauration des PES change la nature du counselling et facilite l'échange entre le personnel soignant et les UDI. Les messages de prévention sur les pratiques à risque et les surdoses sont ainsi mieux reçus (Lines et al., 2006).

¹⁹ Les PES facilitent l'initialisation de TSO, de façon avérée au moins en Espagne (Menoyo et al., 2000).

²⁰ Les PES bénéficient également à la collectivité en raison de leur coût qui, étendu à l'ensemble des UDI à l'échelle d'un Etat, demeure largement inférieur au coût estimé des soins dispensés aux personnes séropositives au VIH contaminées à la suite d'un partage du matériel d'injection (Holtgrave et al., 1998).

²¹ Un examen des résultats d'évaluation des PES réalisé dans 11 établissements pénitentiaires, en Suisse, en Espagne et en Allemagne, montre que les programmes menés en parallèle avec les autres dispositifs de RDR (TSO, counselling) (Stöver, 2000) ont réduit fortement le

Les études menées présentent cependant certaines limites :

- Les programmes existants (et donc évalués) ne concernent que des **établissements de taille réduite**, comprenant moins de 300 détenus ;
- La plupart des données collectées (sur la toxicomanie, le partage des seringues et, dans certains cas, l'incidence et la prévalence des maladies) sont fondées sur l'**auto-déclaration**. Or, la consommation de drogues étant considérée comme une infraction grave en milieu carcéral, l'auto-déclaration est susceptible de biaiser l'évaluation de l'ampleur du phénomène. Une seule étude, celle conduite sur le projet pilote de Hindelbank (Suisse), a eu recours à des analyses sanguines volontaires pour confirmer l'absence de séroconversion parmi les participants ;
- L'évaluation de ces programmes se heurte à des limites méthodologiques liées au contexte d'enfermement de la prison. Les études en détention restent en effet strictement **observationnelles**. Or, en l'absence d'essais contrôlés en milieu carcéral, difficiles à mettre en place pour des raisons évidentes de faisabilité, il est difficile de conclure de manière certaine sur l'efficacité des mesures de réduction des risques vis-à-vis du VHC chez les usagers de drogues (Wright, Tomkins, 2006 ; Palmateer et al., 2008).

Sous ces réserves, les conclusions relatives à la faisabilité et à l'efficacité des PES dans les prisons s'avèrent positives. L'examen des résultats d'évaluation des PES rend en effet compte de niveaux de preuve d'efficacité solidement étayés²², qui inspirent d'ailleurs des recommandations favorables au développement des PES, de la part des organisations internationales (OMS, ONUDC et ONUSIDA²³) comme des groupes d'experts nationaux (Irlande, France²⁴, Hongrie, Autriche, Royaume-Uni, Norvège). L'OMS a ainsi formulé un certain nombre de recommandations (OMS, 2007) :

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

Pourtant, la mise en place de ce dispositif continue de se heurter à de vives oppositions. Ainsi, en **Allemagne**, les décisions politiques de gouvernements régionaux nouvellement élus ont conduit à l'annulation des PES actifs dans l'État de Hambourg et en Basse-Saxe, malgré une évaluation positive des expériences menées et la mobilisation des personnels pénitentiaires contre la fermeture : 6 programmes (sur 7 ouverts) ont ainsi été fermés pour des raisons politiques (Lines et al., 2004, p. 28-29), si bien qu'il ne reste plus qu'un seul PES en détention, à Berlin. De même, au **Portugal**, l'accès aux seringues a été rendu légalement possible en 2007 : deux programmes pilotes ont été brièvement ouverts, avant d'être interrompus quelques mois plus tard, du fait des difficultés

partage de seringues dans sept établissements sur onze (Stöver, Nelles, 2003) et ont contribué à la baisse de la prévalence du VIH et du VHC dans deux établissements sur les cinq ayant procédé à des tests sanguins (Lines et al., 2006).

²² Stöver, 2000 ; Rutter et al., 2001 ; Dolan et al., 2003 ; Lines et al., 2006 ; Wodak, Cooney, 2006 ; Betteridge, 2007 ; Jurgens et al., 2009.

²³ OMS, ONUDC, ONUSIDA, 2007 ; ONUSIDA, 2012 ;

²⁴ CNS, 2009 ; INSERM, 2010.

logistiques et des résistances des personnels (IHRA, 2012). En **Iran**, malgré une évaluation positive des programmes mis en place, qui recommandait de les généraliser à l'ensemble des prisons, le projet de protocoliser l'implantation de PES en prison s'est également heurté à l'opposition de l'administration pénitentiaire, des détenus et de leurs familles (Shahbazi et al., 2010). Enfin, en **Roumanie**, où la mise en place de PES est plus récente, l'accès aux seringues en détention semble balbutiant et encore relativement limité : sur 6 prisons habilitées à accueillir des PES, 2 seulement déclarent des bénéficiaires ; 83 détenus auraient ainsi bénéficié du programme en 2011 (OEDT, 2012). Ces résistances persistantes révèlent le statut précaire des programmes d'échange de seringues dans les prisons et soulignent l'importance de les accompagner d'une évaluation systématique, afin que toute décision à leur égard repose sur des éléments probants plutôt que sur des positions partisans.

Dans les contextes nationaux où la mise en place de PES en prison fait l'objet d'une forte opposition, l'utilisation de l'eau de Javel comme outil de décontamination et de lutte contre le VIH a été développée en guise d'alternative aux PES. C'est le cas de nombreux pays en Europe : Danemark, Lituanie, Autriche, Finlande, Royaume-Uni, Norvège et France (OEDT, 2012). En 1997, en Europe, l'eau de Javel était dispensée dans 50 % des systèmes pénitentiaires. Cependant, si l'efficacité de l'eau de Javel pour décontaminer le matériel d'injection vis-à-vis du VIH a été expérimentalement démontrée (Abdala et al., 2001 ; OMS, 2005), des doutes persistent sur l'efficacité de cet outil de RDR en situation réelle (durée de contact avec l'eau de Javel, présence de résidus organiques ou obstruction de la seringue...) (Gleghorn et al., 1994 ; Titus et al., 1994), à plus forte raison dans les conditions de détention. Pour le VHC, l'eau de Javel apparaît encore moins efficace. Plusieurs études ont en effet montré une absence d'effet significatif sur la séroconversion pour ce virus chez des usagers de drogues (Hagan et al., 2001 ; Kapadia et al., 2002 ; Hagan, Thiede, 2003), ou tout au plus une légère réduction du VHC liée aux conditions dans lesquelles la décontamination est effectuée (moindre efficacité quand les sujets ont des pratiques d'injection dans un lieu public) (Kapadia et al., 2002). Ces réserves ont conduit l'OMS à conclure que les preuves scientifiques concernant l'efficacité de l'eau de Javel pour la décontamination du matériel d'injection sont faibles (OMS, 2005).

En France, l'absence de programmes d'échange de seringues en milieu pénitentiaire situe le pays non seulement en deçà des recommandations de l'OMS mais aussi en rupture avec la loi de santé publique du 18 janvier 1994 qui préconise une équivalence des soins en prison et en milieu libre.

Accessibilité des traitements de substitution aux opiacés (TSO)

Les traitements de substitution aux opiacés ont fait la preuve de leur efficacité dans la prise en charge des usagers de drogues, en réduisant significativement l'usage d'opiacés, les pratiques d'injection, le partage du matériel d'injection et les pratiques sexuelles à risque (Gowing et al., 2008 ; Hedrich et al., 2012). Il existe cependant peu d'études contrôlées portant sur l'efficacité des TSO sur les pratiques à risque vis-à-vis du VIH ou des hépatites en prison : les revues de la littérature les plus récentes n'ont recensé que 5 études de ce type (Stallwitz, Stöver, 2007 ; Larney, 2010), qui permettent de conclure que les détenus bénéficiant d'un TSO (surtout à base de méthadone²⁵) ont un risque réduit de 55 à 75 % d'injecter des drogues et de 47 à 73 % de partager leur matériel d'injection (comparativement aux groupes « contrôle » de détenus). Pour que le bénéfice soit

²⁵ Les études sur les bénéfices d'un traitement à base de buprénorphine haut dosage en prison sont encore rares (Claudon-Charpentier et al., 2000) mais ce sujet suscite un intérêt croissant (Carrieri et al., 2006).

significatif, en termes de réduction des risques d'infection par le VIH, les posologies doivent être suffisantes (> 60 mg/j de méthadone), s'accompagner d'une prise en charge globale et respecter une durée de traitement minimale²⁶ (> 6 mois) (Jürgens et al., 2009). Il est par ailleurs établi que la prescription de méthadone en prison est associée à une baisse de la mortalité, de la récidive et des réincarcérations. La méthadone faciliterait également le maintien dans un circuit de soin après l'incarcération et réduirait les troubles du comportement en détention (Jürgens et al., 2009). Depuis 1993, l'OMS recommande la prestation de traitements de méthadone aux populations carcérales (OMS, 1993). Elle préconise également d'introduire des TSO en prison dans l'ensemble des États qui en bénéficient en milieu libre et de contribuer à leur diffusion rapide, à des posologies suffisantes et pour des périodes suffisamment longues pour permettre un maintien dans une filière de soins après l'incarcération (OMS, 2007).

La possibilité d'accéder aux TSO en prison n'existe que dans 38 pays²⁷, sur 80 qui bénéficient de TSO en milieu libre²⁸ (IHRA, 2012), principalement en Europe (Stöver et al., 2004 ; Kerr, Jürgens, 2004). Quatre pays prévoient l'accès aux TSO en milieu carcéral en Asie²⁹ (Inde, Indonésie, Malaisie, Thaïlande), un seul au Moyen-Orient (Iran), aucun en Afrique. Ce chiffre témoigne d'une évolution rapide : en 2008, seuls 29 pays prévoyaient un accès aux TSO en prison (Larney, Dolan, 2009).

Au sein de l'UE-27, la quasi-totalité des États-membres (n = 21) sont aujourd'hui dotés de programmes de TSO en milieu pénitentiaire, à l'exception de la Grèce, de Chypre, de la Bulgarie, de la Slovaquie et des États baltes (Estonie, Lituanie, Lettonie³⁰). En dehors de l'UE, 18 pays seulement rendent les TSO théoriquement accessibles en prison. La plupart sont situés en Europe (Suisse, Albanie, Croatie, Géorgie, Macédoine, Moldavie, Norvège, Serbie) ou dans le monde anglo-saxon (Australie, Canada³¹, États-Unis, Nouvelle-Zélande), les autres étant les Îles Fidji, l'Île Maurice, l'Inde, l'Indonésie, l'Iran et la Malaisie.

En pratique, les conditions d'accès aux TSO en milieu pénitentiaire sont encadrées et limitées, de façon variable selon les pays. Si, dans un nombre restreint de pays, l'**accessibilité** de ces traitements est garantie dans la plupart des établissements (France, Royaume-Uni, Autriche, Belgique, Croatie, Danemark, Luxembourg, Malte, Portugal, Espagne, Australie, Nouvelle-Zélande), l'accès aux TSO est le plus souvent limité à une fraction (plus ou moins réduite) d'établissements pénitentiaires³² (OEDT, 2010 ; IHRA, 2012). De plus, les modalités de prescription et de délivrance sont disparates selon les pays et les établissements (Stöver et al., 2006). Au sein de l'UE-27, la plupart des systèmes carcéraux européens prévoient une accessibilité aux traitements quasi-exclusivement à base de **méthadone** : c'est également le cas en Australie, au Canada, aux États-Unis en Iran et en Indonésie. La France fait

²⁶ Cet effet significatif de la durée du traitement sur l'infection par le VHC a été documenté par une étude contrôlée, qui a démontré que la rétention en traitement par méthadone était associée à une réduction de l'infection par le VHC, alors qu'un traitement bref (< 5 mois) était au contraire associé à un risque accru de séroconversion (Dolan et al., 2005).

²⁷ On pourrait y ajouter un 39ème pays, le Kirghizstan, qui a mis en place 3 programmes pilotes dans les colonies pénitentiaires n°47, l'unité d'isolation n°1 de Bishkek et l'unité d'isolation n°5 d'Osh (<http://www.emcdda.europa.eu/publications/country-overviews/kg#inf>).

²⁸ D'après une récente étude menée auprès de 30 pays européens, l'introduction de TSO en prison interviendrait, en moyenne, 9 ans après leur mise en place en milieu libre (OEDT, 2012).

²⁹ Au printemps 2012, le Vietnam, le Bangladesh et les Maldives ont engagé une réflexion visant à expérimenter l'accès aux TSO en prison.

³⁰ La Lettonie a prévu de se doter de tels programmes en 2012 (IHRA, 2012).

³¹ Les détenus canadiens peuvent accéder à la méthadone depuis 1996. En 2002, seuls 14 établissements pénitentiaires offraient un accès à la méthadone au Canada (Lines, 2002).

³² Cette fraction est particulièrement faible dans certains pays, par exemple la Suède (quelques prisons, sur 83 au total), la Pologne (15 sur 215), la Roumanie (8 sur 44), la République tchèque (9 sur 36) et les 4 pays asiatiques concernés par l'introduction de TSO en prison. A l'inverse, l'accès aux TSO est garanti dans la majorité des prisons en Allemagne (74 % des prisons, sur 185 au total), en Irlande (9 sur 14) ou aux États-Unis (28 sur 52), même si cet accès est parfois restreint à certaines catégories de détenus (femmes enceintes, détenus ayant accepté un sevrage ultérieur) (Rich et al., 2005 ; données issues des rapports nationaux REITOX 2011 centralisés par l'OEDT). Cette accessibilité limitée se traduit par des proportions faibles de détenus sous TSO : moins de 1 % des détenus en Allemagne, en Pologne, en Albanie, en Moldavie, en Indonésie ou en Nouvelle-Zélande et, sauf exception, des proportions qui restent en-deçà de 9 %, sauf au Danemark, en Australie, en Espagne, en Ecosse et en Irlande (Larney, Dolan, 2009).

aussi partie des rares pays qui rendent la buprénorphine haut dosage accessible en prison³³ – de même que la Suède, certains *Länder* en Allemagne, certains États américains et certains territoires d’Australie³⁴ (sous certaines conditions³⁵). Elle se distingue par une prédominance des traitements par buprénorphine parmi les TSO, qui ne se retrouve dans nul autre pays. Enfin, de fortes disparités existent dans les **pratiques de renouvellement ou d’initiation** de ces traitements. Si la plupart des pays prévoient, à la fois, la possibilité de poursuivre les traitements prescrits avant l’incarcération et d’en initialiser en cours de détention, surtout en Europe³⁶ et dans quelques autres pays³⁷, un autre groupe de pays se limite à assurer la continuité des traitements amorcés avant l’entrée en prison : Pays-Bas, Nouvelle-Zélande, Finlande, Suède, Malte, Bulgarie, Estonie, Pologne, Monténégro, la plupart des provinces canadiennes, certains territoires australiens et l’Irlande du Nord (Larney, Dolan, 2009 ; OEDT, 2012). En outre, le nombre de « places » méthadone ou buprénorphine peut faire l’objet de limitations et les TSO sont parfois réservés à un accompagnement du sevrage en opiacés (Stöver, Michels, 2010). Du fait de cette disponibilité encore variable, la proportion de détenus sous TSO s’avère relativement faible, comparée aux prévalences d’usage de drogues.

Accès aux préservatifs

La sexualité, difficile à évaluer en prison, y est néanmoins présente. Selon les enquêtes (rares et anciennes), entre 7 et 29 % des détenus déclarent des rapports hétérosexuels avec pénétration pendant la détention et moins de 2 % déclarent des rapports homosexuels avec pénétration anale (Rotily et al., 2000 ; Rotily et al., 2001). Par ailleurs, les détenus UDVI semblent avoir plus de rapports hétérosexuels non protégés en détention que les usagers de drogues non injecteurs et ceux ne déclarant pas d’usage de drogues (15,3 % vs 11,6 % et 4,7 % respectivement) (Rotily et Delorme, 1999). Une activité homosexuelle est fréquemment évoquée dans d’autres études, qui ont montré que les préservatifs étaient utilisés dans moins de 20 % des rapports sexuels (OMS, 2007). Or il est établi, grâce à différentes études américaines, que les rapports homosexuels sont à l’origine d’un nombre importants de contaminations par le VIH en prison (OMS, 2007). Dans ce contexte, la mise à disposition de préservatifs pour les détenus est fortement recommandée par l’OMS, qui considère cette mesure de RDR comme bénéfique du point de vue de la réduction des comportements à risque et dépourvue d’éventuelles conséquences négatives (OMS, 2007).

Si, aujourd’hui, le principe de l’accès aux préservatifs en détention est acquis dans un grand nombre de pays, la garantie d’une accessibilité effective en milieu pénitentiaire ne va pas de soi. Les deux tiers des pays de l’UE prévoient la possibilité pour les détenus de disposer de préservatifs (Stöver et al., 2001, OMS, 2007), de même que le Canada, l’Australie, l’Ukraine, le Brésil (McLemore, 2008). En pratique toutefois, même dans les pays qui en ont adopté le principe, la disponibilité des préservatifs demeure souvent insuffisante en milieu carcéral. En France par exemple, l’accès aux préservatifs est

³³ 40 % des TSO initiés en détention (31 % de l’ensemble des TSO) sont à base de buprénorphine haut dosage (Juffret-Roustide et al., 2011). Cette particularité française se retrouve en milieu ouvert.

³⁴ Sources : Kerr et al., 2008 ; Nunn et al., 2009.

³⁵ Dans les prisons du Queensland, par exemple, la buprénorphine peut être prescrite aux femmes détenues si elles sont prévenues ou condamnées à des peines courtes (Rodas et al., 2011).

³⁶ C’est par exemple le cas en Allemagne, en Espagne, au Portugal, en Suisse, au Luxembourg, à Malte, en République tchèque, en Autriche, en Hongrie, en Roumanie, en Slovaquie, en Moldavie, en Albanie et en France (Larney, Dolan, 2009), où la reconduction des TSO est aujourd’hui quasi-systématique à l’entrée en détention, même si les pratiques d’initiation restent variables selon les équipes (Obradovic, Canarelli, 2008 ; Michel et al., 2011). Près d’un tiers des TSO prescrits en détention ont été initiés pendant l’incarcération, en particulier chez les détenus ayant obtenu un TSO dans la rue avant l’incarcération (source : Précavar 2010). Cela peut aussi être le cas, à titre exceptionnel, en Belgique, au Danemark, en Finlande et en Italie (Larney, Dolan, 2009).

³⁷ Indonésie, Iran, certains États des États-Unis et certaines provinces du Canada (Larney, Dolan, 2009 ; Luce, Strike, 2011).

généralisé dans les prisons (à 95 %) mais ces conditions d'accès restent incertaines : l'enquête la plus récente sur ce sujet montre que seul un établissement sur cinq prévoit la possibilité d'accéder aux préservatifs en dehors de l'UCSA³⁸ (bibliothèque, permanence associative ou parler) ; elle rend aussi compte d'un niveau d'information inégal des détenus quant à la possibilité de disposer de préservatifs, plus d'un quart des établissements n'estimant pas que les détenus sont bien informés de la possibilité et du mode d'accès aux préservatifs. Outre ce déficit d'accessibilité, l'accès aux lubrifiants se révèle plus difficile encore : il n'est prévu que dans la moitié des établissements (51 %). Enfin, l'accès aux préservatifs féminins est encore moins présent, dans un établissement sur cinq accueillant des femmes détenues (21 %) (Michel et al., 2011). On observe la même insuffisance d'accès aux préservatifs au Canada, où l'accessibilité de ce moyen de prévention contre le VIH, pourtant ancienne (1992), demeure problématique, les détenus craignant de s'approvisionner lorsque la remise ne se fait que par l'intermédiaire des services de soins (Kerr et al., 2008).

De surcroît, dans un nombre non négligeable d'États (un tiers des pays de l'UE et la majeure partie des États-Unis, notamment), la mise en place de cette mesure continue de se heurter à différents obstacles : la réticence de principe de certains personnels à reconnaître l'existence de relations homosexuelles, la crainte de favoriser une sexualité consensuelle ou imposée au sein de la détention, manque de confidentialité et de diversité de leur accès, les inquiétudes des personnels pénitentiaires quant à la sécurité de l'établissement, pourtant contredites par les résultats des recherches menées au Canada, en Australie et États-Unis, qui démontrent clairement que ces craintes sont infondées (Service correctionnel du Canada, 1999 ; Yap et al., 2006 ; May, Williams, 2002). Ainsi, aux États-Unis, moins de 1 % des prisons fournissent des préservatifs aux détenus (McLemore, 2008). Bien que celles-ci soient parmi les plus importantes du pays, situés en milieu urbain et de ressort fédéral (par exemple les prisons de comté de Los Angeles et de San Francisco), cette politique contraste avec l'approche de santé publique adoptée dans la plupart des États du monde (Tucker et al., 2007), en vertu des recommandations internationales et du solide corpus de données illustrant les effets bénéfiques des préservatifs en termes de réduction des risques de transmission du VIH. L'évaluation menée en 2000-2001 dans une prison de Washington met en évidence que les objections exprimées concernent principalement des préoccupations morales et religieuses à l'égard de l'activité homosexuelle (May, Williams, 2002). Cet exemple illustre la prégnance des représentations sociales négatives à l'égard de ce type de programmes et les problèmes d'acceptabilité sociale posés par la réduction des risques, à plus forte raison lorsqu'elle est orientée vers des populations par ailleurs stigmatisées (détenus, usagers de drogues, homosexuels).

Conclusion

Comme le soulignait récemment l'expertise collective conduite par l'INSERM (INSERM, 2010), la réduction des risques en prison achoppe sur la question de l'usage de drogues durant l'incarcération, sujet politiquement sensible qui touche aux fondements des lois internationales pénalisant la détention, voire même, dans certains pays (dont la France), le seul usage. La plupart des pays ont mis en place une palette plus ou moins large d'outils de RDR en milieu pénitentiaire. Il ressort néanmoins de cette revue des expériences un défaut général de mobilisation, voire d'adhésion à la politique de réduction des risques. Cette faible implication des acteurs peut s'expliquer par différents facteurs :

³⁸ Créées par la loi de santé publique de 1994, les UCSA (Unités de consultation et de soins ambulatoires) sont chargées des soins somatiques aux détenus. Aménagées au sein de chaque prison, ces unités sont des services hospitaliers, placés sous la responsabilité d'un chef de service, notamment chargés d'assurer les examens de diagnostic et les soins en milieu pénitentiaire et, si nécessaire, en milieu hospitalier. On dénombre aujourd'hui 178 UCSA, soit une UCSA dans chaque établissement, à l'exception des centres de semi-liberté.

un relâchement de la préoccupation pour le VIH depuis l'apparition des multi-thérapies ; les conditions de la détention, marquées par le surpeuplement dont les effets sont décuplés par l'insuffisance d'effectifs d'encadrement, rendent difficile toute approche de prévention ; les représentations sociales négatives à l'égard des détenus, des usagers de drogues et des problématiques liées au VIH, qui se traduisent par une faible acceptabilité sociale des programmes de prévention et de soins destinés aux détenus ; l'insuffisance des recherches dans ce domaine, enfin, qui ne permet pas d'actualiser les arguments en faveur d'une politique de réduction des risques globale et cohérente en prison³⁹. Les expériences internationales insistent en effet sur la nécessité de développer une politique qui associe l'ensemble des mesures de RDR et de soins déjà évaluées comme efficaces dans le contexte spécifique de la prison, consistant notamment à :

- rendre les préservatifs (masculins et féminins) et les lubrifiants accessibles plus facilement et plus discrètement dans divers endroits des établissements pénitentiaires, afin que les détenus puissent en disposer sans en faire la demande ;
- faciliter l'accessibilité à une palette de traitements contre la dépendance aux opiacés aussi large que possible, en généralisant et en homogénéisant l'accès aux traitements de substitution dans les établissements, en développant éventuellement d'autres formes de traitement contre la dépendance⁴⁰ (communautés thérapeutiques, unités sans drogues, programmes de *counselling*), voire, en expérimentant, le cas échéant, de nouvelles formes de prise en charge – à l'instar des programmes d'héroïne médicalisée, développés dans 2 prisons suisses, dont l'évaluation coût-efficacité, notamment, semble satisfaisante pour certains types d'usagers, selon certaines études⁴¹ ;
- développer des programmes dont l'efficacité a été démontrée par des recherches, comme les programmes d'échange de seringues (Stankoff, Dhérot, 2000 ; OMS, 2007), qui ont déjà été expérimentés avec bénéfice dans une quinzaine de pays pourvus de systèmes carcéraux variés.

Les recommandations de l'OMS et de l'ONUDC à expérimenter de nouveaux outils de RDR en prison (notamment des programmes d'échange de seringues) vont de pair avec l'incitation à mesurer systématiquement l'impact des programmes (par exemple, en accompagnant chaque expérimentation d'une évaluation concomitante, chemin faisant). Les résistances persistantes soulevées par les programmes d'échange de seringues et la mise à disposition de préservatifs, dont il est fait état dans cette revue, illustrent les craintes parfois disproportionnées (par rapport aux effets observés par les recherches) et tous azimuts que suscite, souvent, l'implantation de ce type de programmes socio-sanitaires, à la fois parmi les intervenants en prison, les administrateurs de prisons, les décideurs politiques et l'opinion publique, voire les détenus eux-mêmes. Ces réticences invitent à considérer la possibilité d'un travail de sensibilisation / préparation des personnels pénitentiaires et des destinataires de ces actions.

Enfin, les préconisations internationales, qui suggèrent l'urgence de mettre en place une politique de RDR globale et efficace, conduisent aussi à envisager l'accompagnement sanitaire des détenus dans la perspective de la sortie de prison. Les règles pénitentiaires européennes recommandent ainsi d'offrir aux détenus une prise en charge renforcée avant le retour en milieu libre, en développant de

³⁹ Ces hypothèses sont empruntées au rapport sur la réduction des risques réalisé en France en 2000 (Stankoff, Dhérot, 2000).

⁴⁰ Il faut toutefois souligner que, par contraste avec les TSO, ces mesures n'ont pas été introduites en prison dans l'objectif de lutter contre le VIH. Il existe donc peu de données évaluatives sur l'efficacité de ces autres modalités de traitement en termes de prévention du VIH, les études existantes considérant en général l'effet de ces traitements sur la récurrence (Mitchell et al., 2007).

⁴¹ Une récente étude canadienne montre ainsi que l'héroïne médicalisée serait plus efficace et moins coûteuse que la méthadone pour le traitement contre la dépendance : les participants à l'étude ayant reçu la diacétylmorphine, une forme d'héroïne, poursuivaient en effet leur traitement plus longtemps et avaient un taux de succès plus élevé. Le traitement à l'héroïne pharmaceutique serait ainsi moins coûteux (1,14 M\$ pour un traitement à vie avec la méthadone, versus 1,10 M\$ avec la diacétylmorphine), en raison du taux de rechute inférieur à celui des traitements à la méthadone (Nosyk et al., 2012).

nouvelles options de préparation à la sortie de prison (associée à un sur-risque de surdose mortelle et de suicide) : visite médicale systématique de sortie (quasi-inexistante en Europe, à l'exception de la Croatie et de la Slovaquie) ; offre de modalités de prise en charge suffisamment diversifiée pour répondre aux problématiques individuelles (distribution de naloxone aux UDVI avant la libération, par exemple).

Remerciements :

Heino Stöver (Université de Francfort), Laurent Michel (Croix-Rouge française / Inserm U669), Dagmar Hedrich (OEDT), Cinzia Brentari (Royaume-Uni), Diana Castro (Portugal), Otilia Lazarescu (Roumanie), Mohamad Shahbazi (Iran).

Bibliographie

ABDALA N., GLEGHORN AA, CARNEY JM, HEIMER R., Can HIV-1 contaminated syringes be disinfected? Implications for transmission among injection drug users, *J Acquir Immune Defic Syndr* 2001; 28(5): 487-94

AEBI M., DELGRANDE N., Council of Europe Annual Penal Statistics: SPACE I – 2009, Conseil de l'Europe, Strasbourg (http://www3.unil.ch/wpmu/space/files/2011/02/SPACE-1_2010_English.pdf)

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

BALL A., Multi-centre study on drug injecting and risk of HIV infection: a report prepared on behalf of the international collaborative group for World Health Organization Programme on Substance Abuse. Geneva: WHO, 1995.

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

BEYRER C, JITTIWUTIKARN J, TEOKUL W et al., Drug use, increasing incarceration rates, and prison-associated HIV risks in Thailand. *AIDS Behav* 2003; 7: 153–61.

BREWER T.F., VLAHOV D., TAYLOR E., HALL D., MUNOZ A., POLK B.F., Transmission of HIV-1 within a statewide prison system, *AIDS*, 1988, 2, 263-367.

BRUANDET A., LUCIDARME D. DECOSTER A., ILEF D., HARBONNIER J., JACOB C, DELAMARE C., CYRAN C., VAN HOENACKER A.-F., FREMAUX D., JOSSE P., EMMANUELLI J., LE STRAT Y., FILOCHE B., DESENCLOS J.-C., Incidence et facteurs de risque de la séroconversion au virus de l'hépatite C dans une cohorte d'usagers de drogue intraveineux du nord-est de la France, *Revue d'épidémiologie et de santé publique*, Vol. 54, N° HS1 (07/2006).

CADET-TAÏROU A., « Résultats ÉNa-CAARUD 2010. Profils et pratiques des usagers », Note de synthèse, Saint-Denis, OFDT, septembre 2012 (<http://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/eisxacs9.pdf>).

CALZAVARA LM, BURCHELL AN, SCHLOSSBERG J, et al. Prior opiate injection and incarceration history predict injection drug use among inmates. *Addiction* 2003; 98: 1257–65.

CARRIERI MP, AMASS L, LUCAS GM, VLAHOV D, WODAK A, WOODY GE: Buprenorphine use: the international experience, *Clin Infect Dis* 2006, 43:S197-S215

CLARKE JG, STEIN MD, HANNA L, SOBOTA M, RICH JD. Active and former injection drug users report of HIV risk behaviors during periods of incarceration. *Subst Abus* 2001; 22: 209–16.

CLAUDON-CHARPENTIER A, HOIBIAN M, GLASSER P, LALANNE H, PASQUALI JL, Drug-addicted prisoners: seroprevalence of human immunodeficiency virus and hepatitis B and C virus soon after the marketing of buprenorphine [in French]. *Rev Med Interne* 2000;21:505-9.

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

COMITE PERMANENT DE LA SANTE DE LA CHAMBRE DES COMMUNES DU CANADA, Renforcer la Stratégie canadienne sur le VIH/sida, Comité permanent de la santé, 2003

CROFTS N., STEWART T., HEARN P., YI PING X., BRESCHKIN A.M., LOCARNINI S.A., Spread of bloodborne viruses among Australian prison entrants, *Brit Med J* 1995;310:85-288.

DHOS (Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins (actuellement Direction générale de l'organisation des soins), Enquête un jour donné sur les personnes détenues atteintes par le VIH et le VHC en milieu pénitentiaire, Ministère de la Santé, 2003 (<http://www.sante-jeunesse-sports.gouv.fr/analyse.html>)

DICENSO A, DIAS G, GAHAGAN J. Unlocking our futures: a national study on women, prisons, HIV, and hepatitis C. Toronto: Prisoners' HIV/AIDS Support Action Network, 2003.

DOLAN K, WODAK A., "HIV transmission in a prison system in an Australian State", *Medical Journal of Australia*, 1999, 171, 14-17

DOLAN K, RUTTER S, AD WODAK. Prison-based syringe exchange programmes : a review of international research and development. *Addiction* 2003, 98 : 153-158 ([http://ndarc.med.unsw.edu.au/NDARCWeb.nsf/resources/TR_19/\\$file/TR.112.PDF](http://ndarc.med.unsw.edu.au/NDARCWeb.nsf/resources/TR_19/$file/TR.112.PDF))

DOLAN K, BIJL M, WHITE B. HIV education in a Siberian prison colony for drug dependent males. *Int J Equity Health* 2004; 3: 7.

DOLAN K, MACDONALD M., SILINS E., TOPP L., Needle and syringe programs : A review of the evidence, Canberra: Australian Government Department of Health and Ageing, 2005.

DUFOUR A, ALARY M, POULIN C, et al. Prevalence and risk behaviours for HIV infection among inmates of a provincial prison in Quebec City. *AIDS* 1996; 10: 1009–15.

EDWARDS A, CURTIS S, SHERRARD J. Survey of risk behaviour and HIV prevalence in an English prison. *Int J STD AIDS* 1999; 10: 464–66.

EUROPEAN MONITORING CENTRE ON DRUGS AND DRUG ADDICTION. The state of the drugs problem in Europe. Annual report 2005. Luxembourg: European Community, 2005.

FAZEL S, BAINS P, DOLL H. Systematic review of substance abuse and dependence in prisoners. *Addiction* 2006; 101: 181–91.

FORD PM, PEARSON M, SANKAR-MISTRY P, STEVENSON T, BELL D, AUSTIN J. HIV, hepatitis C and risk behaviour in a Canadian medium-security federal penitentiary. *QJM* 2000; 93: 113–19.

FROST L, TCHERTKOV V. Prisoner risk taking in the Russian Federation. *AIDS Educ Prev* 2002; 14 (suppl B): 7–23.

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

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

GORE SM, BIRD AG, BURNS SM, GOLDBERG DJ, ROSS AJ, MACGREGOR J. Drug injection and HIV prevalence in inmates of Glenochil Prison. *BMJ* 1995; 310: 293–96.

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

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

HAGAN H, THIEDE H., Does bleach disinfection of syringes help prevent hepatitis C virus transmission? *Epidemiolo* 2003;14(5): 628-29

HEDRICH D., P. ALVES, M. FARRELL, H. STOVER, L. MOLLER, S. MAYET, The effectiveness of opioid maintenance treatment in prison settings: a systematic review, *Addiction*, Vol.107, n°3 (March 2012) . - 501-517

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

HOLTGRAVE D, PINKERTON S, JONES T, Lurie P, VLAHOV D, “Cost and cost-effectiveness of increasing access to sterile syringes and needles as an HIV prevention intervention in the United States”, *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndrome and Human Retrovirology*, 1998, 18(Suppl 1) : S133-138.

HOOEVER J., JÜRGENS R., Harm Reduction in Prison: The Moldova Model, Open Society Institute, 2009 (http://www.drugsandalcohol.ie/12641/1/Harm_reduction_Moldova_model.pdf)

HUGHES RA, HUBY M. Life in prison: perspectives of drug injectors. *Deviant Behav* 2000; 21: 451–79

IHRA, The global state of harm reduction 2012. Towards an integrated response (Etat général de la réduction des risques dans le monde 2012. Vers une réponse intégrée), London : IHRA (Harm Reduction International), 2012 (<http://www.ihra.net/global-state-of-harm-reduction-2012>)

INSERM, Expertise collective. Réduction des risques chez les usagers de drogues, Paris, INSERM, 2010.

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

INVS (INSTITUT NATIONAL DE VEILLE SANITAIRE). Surveillance du VIH/Sida en France. Septembre 2009 (http://www.invs.sante.fr/publications/2010/vih_sida_donnees_septembre_2009/vih_sida_donnees_septembre_2009.pdf)

JAUFFRET-ROUSTIDE M, COUTURIER E, BARIN F, EMMANUELLI J, SEMAILLE C, et al. Estimation de la séroprévalence du VIH et du VHC et profils des usagers de drogues en France, étude InVS-ANRS Coquelicot, 2004. *Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire* 2006, 33 : 244-247 (<http://www.invs.sante.fr/beh/2006/33/index.htm>).

JAUFFRET-ROUSTIDE M, LE STRAT Y., CHIRON E., BARBIER C., CATE L., MORFINI H., CHEMLAL K., VALANTIN M.A., CLEMENT M., SEMAILLE C., Les personnes détenues : Prévacar, une enquête de prévalence du VIH, du VHC et des traitements de substitution aux opiacés, Journée de restitution de l'enquête Prévacar, Paris, ministère de la Santé, 20 juin 2011 (http://www.invs.sante.fr/surveillance/vih-sida/PDF/05_Prevacar.pdf).

JÜRGENS R., VIH/sida et prisons : rapport final, Réseau juridique canadien VIH/Sida et Société canadienne du Sida, Montréal, 1996 (<http://www.aidslaw.ca/publications/interfaces/downloadFile.php?ref=586>)

JÜRGENS R., BALL A. VERSTER A., 2009, « Interventions to reduce HIV transmission related to injecting drug use in prison », *Lancet Infectious Disease* 9, pp. 57-66

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

KERR T., JÜRGENS R., « Methadone Maintenance Therapy in Prisons : Reviewing the Evidence », Montréal, Réseau juridique canadien VIH/sida, 2004.

KERR T. ET AL., Opioid Substitution Therapy in Prisons: Reviewing the Evidence, Réseau juridique canadien VIH/Sida, 2008 (<http://www.aidslaw.ca/prisons>).

KOULIERAKIS G, AGRAFIOTIS D, GNARDELLIS C, POWER KG. Injecting drug use amongst inmates in Greek prisons. *Addict Res Theory* 1999; 7: 193–212.

LARNEY S, DOLAN K., A literature review of international implementation of opioid substitution treatment in prisons: equivalence of care?, *Eur Addict Res* 2009, 15:107-112.

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

LINES R., 2002, Action on HIV/AIDS in Prisons: Too Little, Too Late – A Report Card. Canadian HIV/AIDS Legal Network, Montreal.

LINES R., JURGENS R.; STOVER H.; KALIAKBAROVA G.; LATICEVSKI D.; NELLES J.; MACDONALD M., CURTIS M. Dublin Declaration on HIV/AIDS in Prisons in Europe and Central Asia. Prison health is public health. Dublin, Ireland, February 23, 2004. *Can HIV AIDS Policy Law Rev*, 2004;9(1): p. 41-45.

LINES R, JÜRGENS R, BETTERIDGE G, STÖVER H, LATICEVSKI D, NELLES J, « L'échange de seringues en prison : leçons d'un examen complet des données et expériences internationales », Réseau juridique canadien VIH/sida, Toronto, 2006 (2ème édition)

LUCE J., STRIKE C., A Cross-Canada Scan og Methadone Maintenance Treatment Policy Developments, Canadian Executive Council on Addictions, 2011 (<http://www.ccsa.ca/ceca/pdf/CECA%20MMT%20Policy%20Scan%20April%202011.pdf>)

LUKASIEWICZ M., FALISSARD B., MICHEL L., NEVEU X., REYNAUD M., GASQUET I., “Prevalence and factors associated with alcohol and drug-related disorders in prison: a French national study”, *Substance Abuse Treatment, Prevention and Policy* 2(1), 2007.

MACDONALD M. Mandatory drug testing in prisons. Birmingham: Centre for Research into Quality, University of Central England, 1997 (<http://www0.bcu.ac.uk/crq/publications/mdt.pdf>)

MALLIORI M, SYPSA V, PSICHOGIOU M, et al. A survey of bloodborne viruses and associated risk behaviours in Greek prisons. *Addiction* 1998; 93: 243–51.

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

MAY J., WILLIAMS E., “Acceptability of condom availability in a US jail”, *AIDS Education and Prevention* 14 (Supp.B), 2002:85

MCLEMORE M., « L'accès aux condoms en prison aux États-Unis », *Revue VIH/Sida. Droit et politiques*, vol. 13, n°1, juillet 2008.

MEFFRE C, LE STRAT Y, DELAROCQUE-ASTAGNEAU E, ANTONA D, DESENCLOS JC. Prévalence des hépatites B et C en France en 2004. Institut de veille sanitaire, Saint-Maurice, mars 2007 (http://opac.invs.sante.fr/doc_num.php?explnum_id=4070).

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

MICHEL L., JAUFFRET-ROUSTIDE M., BLANCHE J., MAGUET O., CALDERON C., COHEN J., TAÏEB C., CARRIERI P. et al., Prévention du risque infectieux dans les prisons françaises. L'inventaire ANRS-PRI²DE, 2009 », *Bulletin épidémiologique hebdomadaire, INVS*, 39, 25 octobre 2011.

MITCHELL O, WILSON DB, MACKENZIE DL. Does incarceration-based drug treatment reduce recidivism? A meta-analytic synthesis of the research. *J Experimental Criminology* 2007; 3: 353–75.

MOORE M., *Balancing Access and Safety: Meeting the challenge of blood borne viruses in prison report*, Public Health Association of Australia, 2011 (<http://health.act.gov.au/consumer-information/community-consultation/moore-report-implementation-of-a-needle-and-syringe-program>).

NELLES J, FUHRER A, VINCENZ I, *Prevention of drug use and infectious diseases in the Realta Cantonal Men's Prison : Summary of the evaluation*, Berne, University Psychiatric Services, 1999.

NORMAND J, VLAHOV D, MOSES L.E., eds. *Preventing HIV transmission: the role of sterile needles and bleach*. Washington DC: National Academy Press, 1995.

NOSYK B., P. GUH D.P., BANSBACK N.J., OVIEDO-JOEKES E., BRISSETTE S., MARSH D.C., MEIKLEHAM E., SCHECHTER M.T., ANIS A.H., *Cost-effectiveness of diacetylmorphine versus methadone for chronic opioid dependence refractory to treatment*, *Canadian Medical Association Journal*, March 12, 2012 First published March 12, 2012, doi: 10.1503/cmaj.110669

NUNN A., ZALLER N., DICKMAN S., TRIMBUR C., NIJHAWAN A., RICH J.D, *Methadone and buprenorphine prescribing and referral practices in US prison systems. Resultats from a Nationwide Survey*, *Drug and Alcohol Dependence*, 2009, vol. 105, no1-2, pp. 83-88

OBRADOVIC I., CANARELLI T., « Initialisation de traitements par méthadone en milieu hospitalier et en milieu pénitentiaire », *Tendances*, OFDT, Saint-Denis, 2008 (<http://www.ofdt.fr/ofdtdev/live/publi/rapports/rap08/epfxioo2.htm>).

OEDT, *EMCDDA Selected issue 2012. Drug use in prison: the problem and responses*, OEDT, Lisbonne, 2012

OMS, *Effectiveness of interventions to address HIV in prisons, Evidence for action Technical papers*, OMS/ONUDD/ONUSIDA, Genève, 2007

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

OMS, *WHO Guidelines on HIV infection and AIDS in prisons*. Geneve, 1993

OMS. *Effectiveness of sterile needle and syringe programming in reducing HIV/AIDS among injecting drug users. Evidence for Action Technical Papers*. OMS, Genève, 2005

ONUSIDA, 30ème réunion du Conseil de Coordination du Programme de l'ONUSIDA. *Etude de cas de région : Europe orientale et Asie centrale. Document de séance*, Genève, 2012, (http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/pcb/2012/20120524_CaseStudyEEC_CRP2_fr.pdf)

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

RAMIREZ-JONVILLE A, « La politique de réduction des risques en France et en Espagne », *Le Courrier des addictions* (7), n° 2, avril-juin 2005.

REMY J. ET AL., Premier Observatoire en Prison de l'Hépatite (POPHEC) ; Gastroentérol. Clin. Biol., 2003

RESEAU JURIDIQUE CANADIEN VIH-SIDA, « L'échange de seringues en prison. Leçons d'un examen complet des données et expériences internationales » (<http://www.aidslaw.ca/publications/interfaces/downloadFile.php?ref=1171>)

RHODES T., HEDRICH D., Harm reduction : evidence, impacts and challenges, EMCDDA Scientific Monograph Series N). 10, EMCDDA, Luxembourg, 2010.

RICH JD, BOUTWELL AE, SHIELD DC, KEY RG, MCKENZIE M, CLARKE JG, FRIEDMANN PD, Attitudes and practices regarding the use of methadone in US state and federal prisons, J Urban Health 2005, 82:411-419.

RODAS A., BODE .A, DOLAN K., Supply, demand and harm reduction strategies in Australian prisons. An update, Australian National Council on Drugs, 2011 (<http://justiceaction.org.au/cms/images/AustralianNatCouncilonDrugs/ancd rept2812.pdf>)

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

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

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

RUTTER S, DOLAN K, WODAK A, HEILPERN H. Is syringe exchange feasible in a prison setting? An exploration of the issues [technical report no 25]. Sydney: National Drug and Alcohol Research Centre, 1995.

RUTTER S, DOLAN K, WODAK A, HEILPERN H., Prison-based syringe exchange. A review of international research and programme development, Technical Report no.112, Sydney : National Drug and Alcohol Research Centre, 2001

SEMAILLE C., LE STRAT Y., CHIRON E., BARBIER C. CATE L., CHEMLAL K. et al., La prévalence de l'hépatite C chez les personnes détenues en France : Enquête Prévacar 2010. Communication orale (CP-39), 69^e journées scientifiques de l'association pour l'étude du foie, Paris, septembre 2011 (http://www.afef.asso.fr/rc/org/afef/hm/Article/2011/20111031-145845-948/src/hm_fullText/fr/123-Caroline.Semaille.pdf)

SERVICE CORRECTIONNEL DU CANADA. 1995 national inmate survey: final report [no SR-02]. Ottawa: Correctional Service Canada, 1996.

SERVICE CORRECTIONNEL DU CANADA, Évaluation des mesures de réduction des méfaits du VIH/Sida, Service correctionnel Canada, 1999

SHAHBAZI M., FARNIA M., KERAMATI M.R., ALASVAND R., Advocacy and piloting the first needle and syringe exchange program in Iranian prisons, Retrovirology, 2010, 7(Suppl 1):P81 (<http://www.biomedcentral.com/content/files/pdf/1742-4690-7-S1-full.pdf>)

SHEWAN D, GEMMELL M, DAVIES JB. Behavioural change amongst drug injectors in Scottish prisons. Soc Sci Med 1994; 39: 1585–86.

SMALL W, KAIN S, LALIBERTE N, SCHECHTER MT, O'SHAUGHNESSY MV, SPITTAL PM. Incarceration, addiction and harm reduction: inmates experience injecting drugs in prison. Subst Use Misuse 2005; 40: 831–43.

STALLWITZ A., STÖVER H, The impact of substitution treatment in prison. A literature review, International Journal of Drug Policy, 18 (2007), 464-474

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

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

STÖVER H., *An overview study: assistance to drug users in European Union prisons*, Lisbonne, OEDT/EMCDDA, 2001

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

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

STÖVER H., CASSELMAN J., HENNEBEL L., 2006, "Substitution treatment in European prisons: a study of policies and practices in 18 European countries", *International Journal of Prison Health*, March, 2(1), pp. 3-12.

STÖVER H, MICHELS I., "Drug use and opioid substitution treatment for prisoners", *Harm Reduction Journal*, 2010, 7, 17

SWEET M., Needle and syringe exchange programme is announced for Australian prisons, *BMJ* 2012; 345 (Published 17 August 2012)

TAYLOR A., GOLDBERG D., EMSLIE J., WRENCH J., GRUER L., CAMERON S. et al., Outbreak of HIV infection in a Scottish prison, *BMJ*, 1995, 310:289-92.

THAISRI H, LERWITWORAPONG J, VONGSHEREE S, et al. HIV infection and risk factors among Bangkok prisoners, Thailand: a prospective cohort study. *BMC Infect Dis* 2003; 3: 25.

THOMAS G., "Evaluer le besoin de programmes d'échange de seringues dans les prisons au Canada: analyse de situation", Ottawa, Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies (CCLAT), 2005 (<http://www.ccsa.ca/2005%20CCSA%20Documents/ccsa-011325-2005.pdf>)

TITUS S, MARMOR M, DES JARLAIS D, KIM M, WOLFE HBS. Bleach use and HIV seroconversion among New York City injection drug users. *J Acquir Immune Defic Syndr* 1994, 7 : 700-704

TUCKER J.D., CHANG S.W., TULSKY J.P., "The catch 22 of condoms in US correctional facilities", *BMC Public Health* 2007, 7:296

VAN HAASTRECHT H, ANNEKE JS, VAN DEN HOEK AR. High rates of drug use, but low rates of HIV risk behaviours among injecting drug users during incarceration in Dutch prisons. *Addiction* 1998; 93: 1417-25.

WODAK A, COONEY A. Do needle syringe programs reduce HIV infection among injecting drug users: a comprehensive review of the international evidence. *Subst Use Misuse* 2006, 41 : 777-813

WRIGHT NM, TOMPKINS CN. A review of the evidence for the effectiveness of primary prevention interventions for hepatitis C among injecting drug users. *Harm Reduct J* 2006, 3 : 27

YAP L., BUTLER T., RICHTERS J., KIRKWOOD K., GRANT L., SAXBY M., ROPP F. , DONOVAN B., "Do condoms cause rape and mayhem? The long-term effects of condoms in New South Wales prisons", *Sexually Transmitted Infections* 2007, 83:219-222.