

**EPIDEMIOLOGIE ET PREVENTION
DES INFECTIONS
DANS LES PRISONS DE SUISSE ROMANDE
(EIPS)**

*Deuxième phase de l'étude
Rapport Final*

1^{er} novembre 2001-30 novembre 2005

Anne Iten, Bruno Gravier

Eric Brenner, Agnès Khelifa, Daniel Beer, Jean-Philippe Duflon

*Service de Médecine et de Psychiatrie Pénitentiaires
du Canton de Vaud*

Département de Psychiatrie /CHUV

Lausanne

**Fonds national suisse de la recherche scientifique (FNS)
N° 3346-64170**

Décembre 2005

EPIDEMIOLOGIE ET PREVENTION DES INFECTIONS DANS LES PRISONS DE SUISSE ROMANDE (EIPS)

2^{nde} phase de l'étude

Anne Iten, Bruno Gravier

Résumé

Dans les prisons, une proportion importante de détenus ont des habitudes ou un mode de vie qui les exposent à la transmission d'infections à HBV, HCV, VIH et aux agents responsables des maladies sexuellement transmissibles (MST). La toxicomanie par voie intraveineuse est fréquemment en cause dans ces contaminations.

L'étude EIPS a été réalisée de novembre 2001 à novembre 2005 (données collectées entre février et juin 2002) dans le but :

- d'évaluer dans les prisons vaudoises la prévalence des maladies infectieuses comme l'hépatite ou le VIH
- de mieux connaître les circonstances où les détenus s'exposent à ces maladies
- d'introduire ou d'améliorer les mesures de prévention qui pourraient empêcher la transmission de ces maladies.

L'étude EIPS avait été précédée d'une étude pilote portant sur 30 sujets détenus à la prison préventive du Bois-Mermet à Lausanne

Pour recueillir les informations nécessaires, les participants à l'étude ont répondu à un questionnaire anonyme détaillé (données épidémiologiques, prise de toxiques, prise de risques, etc.) et accepté une prise de sang où l'on testait les échantillons sanguins pour HBV, HCV, VIH et diverses MST. Les données ont été informatisées anonymement. Au préalable, les personnes détenues qui avaient accepté de participer avaient donné leur consentement écrit en signant un formulaire rédigé dans leur langue (comme le questionnaire proposé). Tout au long de l'étude, une attention particulière a été portée au respect le plus strict de la confidentialité.

L'étude EIPS a été proposée à 490 personnes détenues dans les prisons du canton de Vaud. Ces établissements représentent un échantillon indicatif des différentes populations et des modalités de détention en vigueur en Suisse. 352 détenus ont accepté de participer à l'étude : 261 ont accepté questionnaire et prise de sang, 77 uniquement le questionnaire et 14 la prise de sang seule.

Notre étude met en évidence une prévalence de l'infection VIH de l'ordre de 1.0%. La prévalence de l'infection à HBV est de 28.8%. Elle est 5 fois supérieure à celle annoncée pour la population générale suisse. Celle des personnes porteuses d'HbsAg est de 5.1% (10 fois supérieure à celle retrouvée dans la population générale). Celle de l'infection à HCV est de 9.5%, (au moins 10 fois supérieure à la prévalence dans la population générale).

Notre étude indique que, dans une proportion importante, les détenus ne sont pas conscients du risque dont ils sont porteurs et ignorent qu'ils ont été contaminés par l'un ou l'autre virus de l'hépatite. 15 % des détenus de notre collectif (41 personnes) présentent ainsi un risque sérieux de transmission à autrui. Seuls 15 de ces détenus savent effectivement qu'ils sont infectés et qu'ils sont donc porteurs de risque. Ce constat souligne la nécessité d'une amélioration du dépistage.

Si les détenus infectés par le virus de l'hépatite C correspondent à un profil assez bien ciblé (origine suisse, antécédents de toxicomanie, incarcération en lien avec la drogue et antécédents d'incarcération et de démêlés policiers) la situation est plus complexe en ce qui concerne l'hépatite B où deux réalités différentes semblent s'intriquer et témoigneraient de deux modes de transmission différents : origine géographique (Afrique subsaharienne) et toxicodépendance.

La population carcérale est constituée essentiellement d'hommes jeunes, qui proviennent d'horizons géographiques, ethniques et culturels multiples. Beaucoup connaissent des difficultés de

communication (compréhension de langue et lecture) et d'insertion dans leur milieu de vie. Une forte proportion d'entre eux (88.0%) sont consommateurs occasionnels ou réguliers de toxiques ou d'alcool lorsqu'ils sont en liberté. Une majorité (50%) sont des poly-consommateurs. Nous sommes donc en présence d'une population fortement vulnérable vis-à-vis de la consommation de produits toxiques ce qui constitue une des principales conduites à risque, bien connue, mais toujours d'actualité, notamment dans le monde pénitentiaire.

Notre étude met en évidence que près d'un détenu sur cinq consomme des produits addictifs en prison.

Les détenus sont fortement susceptibles de se contaminer avec le VIH, l'HBV et l'HCV lors d'expositions à du sang ou à des liquides contenant du sang (injection intraveineuse, inhalation de substances par voie nasale, tatouage), lors de situations accidentelles ou lors de circonstances plus anodines de la vie quotidienne (rasage).

26 détenus de notre collectif, soit 7.7% s'exposent ou se sont exposés lors d'une incarcération à une infection soit en s'injectant des produits, soit en inhalant de telles substances.

Autre constat important : le préservatif est utilisé de manière insuffisante par une grande partie des participants, notamment chez ceux qui ont plusieurs partenaires. Notre étude confirme aussi que des relations sexuelles non protégées ne sont pas exceptionnelles en prison, malgré un accès assez large au préservatif.

Notre étude rend compte du travail de prévention réalisé au quotidien en milieu carcéral : la majorité des détenus (88.4%) ont rencontré un(e) professionnel(le) de santé avec le(a)quel(le) ils se souviennent d'avoir parlé des hépatites et du VIH (42,3%). Neuf détenus sur dix ont reçu un kit de prévention comprenant préservatifs, pansements et désinfectants.

Néanmoins les démarches de prévention restent insuffisantes eu égard au risque représenté par la réalité infectieuse. Si l'on connaît les principales mesures nécessaires (accès à du matériel stérile, etc.) un véritable concept adapté au monde pénitentiaire, tenant compte des régimes de détention, des réalités variables de l'accès aux produits stupéfiants, de la nécessité de développer une véritable hygiène de prévention dès l'arrivée dans le monde de la prison, est à créer. Il apparaît aussi que les prisons ne peuvent plus faire l'économie d'une possibilité d'échange de matériel d'injection, comme c'est le cas dans une dizaine d'établissements en Suisse.

Une vigilance particulière doit être conservée pour des mesures reconnues. La vaccination contre HBV, notamment, est insuffisamment développée et pourrait faire l'objet d'un meilleur suivi systématique.

Suite à l'analyse des dossiers médicaux des participants ayant des sérologies positives, il paraît aussi nécessaire d'élaborer des recommandations de prise en charge pour les détenus infectés par HBV et HCV qui tiennent compte de la réalité carcérale et des recommandations médicales en usage, à l'exemple de ce qui est fait pour l'infection VIH.

Une conférence de consensus ainsi que la création d'un observatoire des infections en milieu pénitentiaire pourraient s'avérer particulièrement utiles afin d'élaborer ces recommandations et permettre que les actions de prévention s'inscrivent dans la durée en tenant compte de l'évolution autant du risque infectieux que des conduites à risque, en particulier en matière de toxico dépendance et de sexualité.

Au total, le tableau est préoccupant autant en termes infectiologiques qu'en termes de groupes à risque ou de comportements à risque et impose un développement important, aux niveaux national et local, de mesures de prévention et de suivi adaptées et s'inscrivant dans une véritable culture de prévention. Un ensemble de recommandations allant dans ce sens sont présentées en fin d'étude.

ORGANISATION DE LA RECHERCHE

Chercheur principal :

- A. Iten, cheffe de clinique, Service de Médecine et de Psychiatrie Pénitentiaires (SMPP), Lausanne et Clinique de Médecine II, Département de Médecine, HUG, Genève

Requérant principal :

- B. Gravier, PD, MER, médecin chef, Service de Médecine et de Psychiatrie Pénitentiaires du canton de Vaud (SMPP), Département de Psychiatrie, Lausanne

Co-requérants :

- P. Francioli, professeur, médecin-chef de la Division autonome de médecine préventive hospitalière, CHUV, Lausanne
- D. Beer, ancien chef de clinique adjoint PMU, médecin vacataire, coordonnateur des soins somatiques SMPP, Lausanne

Equipe de recherche :

- B. Gravier, médecin chef, SMPP, Lausanne
- A. Iten, cheffe de clinique, SMPP, Lausanne et Clinique de Médecine II, Département de Médecine, HUG, Genève
- A. Khelifa, infirmière, SMPP, Lausanne
- M. Grossenbacher, infirmière, SMPP, Lausanne
- E. Brenner, médecin-épidémiologiste, Institut de Médecine Sociale et Préventive, Genève
- J.-Ph. Duflon, infirmier chef, SMPP, Lausanne
- D. Beer, ancien chef de clinique adjoint PMU, médecine vacataire SMPP, Lausanne

Avec le concours des équipes du Service de Médecine et Psychiatrie Pénitentiaires :

- *Bois-Mermet*: M. Bonvoisin, C. Ischer, F. Morival
- *Etablissements de la Plaine de l'Orbe (EPO)* : F. Clerc, D. Ducraux, S. Hauet, J. Hurni, M. Lindanda, J. Lopez, M. Maillard, S. Meystre, P. Pascal, N. Remondeulaz
- *Croisée* : O. Capiot, M.J. Delessert, C. Henrioud, R. Massonet, C. Wütrich
- *Tuilière* : J. Bruderer, R. Carminati, N. Lemaire, A. de Rahm, T. Riedo, A. Stanzos
- *Vevey* : M. Brechbühl

et des médecins du SMPP : L. Avigdor, D. Beer, P. Cagli, A. Cugini, C. Francillon, Ch. Galland, Ph. Hungerbühler, O. Louis, B. de Senarclens.

Laboratoires :

- R. Sahli et A. Bertschy, Laboratoire de sérologie, Service de Bactériologie, CHUV, Lausanne
- V.-Aubert et B. Morel, Laboratoire d'Immunologie, CHUV, Lausanne
- J.-M. Druon, Laboratoire Immunos, Yverdon

Base de données et analyse statistique:

- E. Brenner, médecin épidémiologiste, Institut de Médecine Sociale et Préventive, Genève

Elaboration du questionnaire et rédaction du rapport :

- A. Iten, B. Gravier, A. Khelifa, D. Beer, J.-Ph. Duflon

Remerciements

- Aux détenus qui ont accepté de participer à cette étude
- A tous les surveillants des prisons du Canton de Vaud
- Aux autorités pénitentiaires, en particulier :
 - Ø A. Vallotton, chef du Service Pénitentiaire
 - Ø C. Péquignot, directeur des MAPs
 - Ø D. Pieren, directeur des Etablissements de la Plaine de l'Orbe
 - Ø J.E. Richard, directeur de la Prison de La Tuilièreet leurs collaborateurs
- Aux collaborateurs du SMPP qui ont contribué dans leur activité quotidienne à la mise en oeuvre des actions de prévention
- Aux Pr. A. Junod et F. Waldvogel pour leur contribution.

TABLE DES MATIERES

I. CONTEXTE	10
II. PROBLEMATIQUE GENERALE	12
A. INFECTION A VIH DANS LES PRISONS,	12
1. <i>Données générales en Suisse</i>	12
2. <i>Prévalence du VIH en milieu carcéral</i>	14
3. <i>Variabilité des taux de séropositivité</i>	15
B. HEPATITES B ET C ET MST DANS LES PRISONS	17
1. <i>Hépatite B, données générales</i>	17
2. <i>Hépatite B (HBV) en prison</i>	18
3. <i>Hépatite C, données générales</i>	18
4. <i>Hépatite C (HCV) en prison</i>	19
5. <i>Maladies sexuellement transmissibles</i>	20
6. <i>Débats</i>	20
C. RISQUES LIES AU MILIEU CARCERAL	21
1. <i>Sexualité</i>	21
2. <i>Toxicomanie</i>	22
3. <i>Tatouage</i>	23
4. <i>Récidive d'incarcération</i>	24
D. RECOMMANDATIONS INTERNATIONALES.....	25
1. <i>OMS, directives de mars 1993 sur l'infection à VIH dans les prisons</i>	25
2. <i>Point de vue ONUSIDA, 1997</i>	25
3. <i>Recommandation R(98) du comité des ministres des états membres relative aux aspects éthiques et organisationnels des soins de santé en milieu pénitentiaire (8 avril 1998)</i>	26
4. <i>Déclaration de consensus, septembre 2001 (OMS et Groupe Pompidou)</i>	27
5. <i>Autres rapports</i>	28
III. ETAT DES LIEUX EN SUISSE.....	29
A. EXPERIENCE PILOTE D'HINDELBANK	29
B. ESSAI D'OBERSCHONGRÜN, PROJET KOST.....	31
C. ENQUETE DE BALE.....	32
D. REALTA.....	32
E. RECOMMANDATIONS CONFEDERALES	32
IV. SITUATION DANS LES PRISONS DU CANTON DE VAUD	35
A. ORGANISATION DES SOINS	35
B. ELEMENTS STATISTIQUES (CANTON DE VAUD, SMPP).....	35
C. ACTIONS DE PREVENTION	40
1. <i>Objectifs</i>	40
2. <i>Moyens et déroulement</i>	40
3. <i>Formation du personnel soignant</i>	41
4. <i>Information des surveillants</i>	42
5. <i>Information des détenus et distribution des pharmacies personnelles</i>	44
6. <i>Bilan : critiques, développements, etc.</i>	46

D.	PRISE EN CHARGE DES PATIENTS TOXICODÉPENDANTS	48
1.	<i>Philosophie générale</i>	48
2.	<i>Traitements de substitution</i>	49
E.	SUIVI INFECTIOLOGIQUE	50
1.	<i>Dépistage et attitude recommandée</i>	50
2.	<i>Difficultés du suivi</i>	51
V.	RAPPEL DES RÉSULTATS DE L'ÉTUDE PILOTE, (AVRIL 1996-MARS 1997)	56
A.	COLLECTIF	56
B.	QUESTIONNAIRE.....	56
1.	<i>Incarcération au moment de l'enquête</i>	57
2.	<i>Antécédents pénaux</i>	57
3.	<i>Vente et consommation de drogues</i>	58
4.	<i>Sexualité à l'extérieur et à l'intérieur de la prison</i>	60
5.	<i>Connaissances des détenus concernant leur état de santé</i>	61
C.	RESULTATS SEROLOGIQUES	62
1.	<i>Résultats sérologiques et utilisation de drogue en prison</i>	62
2.	<i>Résultats sérologiques et habitudes sexuelles des participants</i>	63
3.	<i>Résultats sérologiques et connaissance des sujets sur leur état de santé</i>	63
D.	RECAPITULATIF DES PRINCIPAUX RESULTATS DE L'ETUDE PILOTE.....	63
VI.	ETUDE : BUTS ET METHODOLOGIE	66
A.	HYPOTHESES DE TRAVAIL ET BUTS DE L'ETUDE.....	66
1.	<i>But et objectifs de l'étude</i>	66
2.	<i>Perspectives</i>	67
B.	METHODOLOGIE DE L'ETUDE	68
VII.	RÉSULTATS D'EPIPS	79
A.	COLLECTIF DES PARTICIPANTS.....	79
B.	QUESTIONNAIRE.....	81
1.	<i>Age</i>	81
2.	<i>Sexe</i>	84
3.	<i>Origine géographique</i>	84
4.	<i>Situation personnelle et professionnelle</i>	88
5.	<i>Perception de l'état de santé</i>	93
6.	<i>Antécédents policiers, judiciaires et pénitentiaires</i>	95
7.	<i>Caractéristiques de l'incarcération actuelle</i>	100
8.	<i>Consommation de drogues ou d'alcool</i>	103
9.	<i>Tatouages</i>	123
10.	<i>Sexualité à l'extérieur et à l'intérieur de la prison</i>	124
11.	<i>Traitements psychotropes prescrits par le service médical</i>	132
12.	<i>Déclarations des détenus concernant leur situation infectiologique</i>	134
13.	<i>Prévention en prison : appréciation par les détenus</i>	137
C.	PRISES DE SANG ET LEURS RESULTATS	143
1.	<i>Prises de sang acceptées</i>	143
2.	<i>Prises de sang réalisées</i>	143

3.	<i>Résultats sérologiques</i>	144
4.	<i>Récapitulatif</i>	153
VIII.	SUIVI MEDICAL OBSERVE POUR LES PATIENTS PORTEURS D'UNE SEROLOGIE POSITIVE	155
IX.	SYNTHESE	158
A.	METHODOLOGIE.....	159
1.	<i>Acteurs</i>	159
2.	<i>Questionnaire</i>	159
3.	<i>Prises de sang</i>	160
4.	<i>Confidentialité</i>	160
5.	<i>Biais de sélection et représentativité du collectif</i>	160
B.	EVALUER LA SEROPREVALENCE DES PRINCIPALES INFECTIONS A RISQUE.....	162
1.	<i>Un collectif représentatif de la population carcérale</i>	162
2.	<i>Résultats sérologiques</i>	165
3.	<i>Groupes à risque</i>	172
C.	COMPORTEMENTS A RISQUE.....	175
1.	<i>Produits entraînant une dépendance : une population fortement consommatrice</i>	175
2.	<i>Réalité de la consommation pendant l'incarcération</i>	176
3.	<i>Sexualité</i>	179
4.	<i>Tatouage</i>	181
D.	EVALUATION DE LA PREVENTION EFFECTUEE.....	182
X.	CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS	185
A.	CONSTATS.....	185
B.	RECOMMANDATIONS.....	187
1.	<i>A un niveau national</i>	187
2.	<i>A un niveau local</i>	188
XI.	BIBLIOGRAPHIE	191
XII.	REFERENCES INTERNET	205
XIII.	TABLEAUX	206
A.	LISTE.....	207
B.	TABLEAUX : ETUDE PILOTE.....	211
C.	TABLEAUX : RESULTATS DU QUESTIONNAIRE.....	217
D.	TABLEAUX : RESULTATS DES PRISES DE SANG.....	263
E.	SYNTHESE.....	273
XIV.	ANNEXES	278
A.	AVERTISSEMENT ET CONSENTEMENT.....	279
B.	QUESTIONNAIRE.....	282
C.	ADDENDUM D'EPIPS.....	301
D.	QUESTIONNAIRE DE L'ADDENDUM A EPIPS.....	306
1.	<i>Suivi du patient</i>	307

2.	<i>Hépatite B</i>	308
3.	<i>Hépatite C</i>	311
4.	<i>VIH</i>	314
5.	<i>Syphilis</i>	316
6.	<i>Chlamydia</i>	318
E.	PRINCIPAUX TEXTES INTERNATIONAUX DEFINISSANT LES SOINS EN MILIEU PENITENTIAIRE	320
1.	<i>Droits de l'homme en détention</i>	321
2.	<i>Règles professionnelles concernant l'éthique médicale en détention</i>	321

I. Contexte

Beaucoup pourraient penser que la nécessité de développer des mesures de prévention et de dépistage des maladies infectieuses en milieu pénitentiaire n'est plus à prouver, notamment en Suisse, après les expériences pilotes de Hindelbank et Réalta, ainsi qu'après le développement d'actions de prévention dans différents établissements (Pöschwies) incluant, parfois, la distribution ou l'échange de seringues (Oberschongrün, Realta, Thorberg).

Absence d'une politique sanitaire d'ensemble dans les prisons

Néanmoins, l'expérience des praticiens en milieu pénitentiaire indique que ces avancées restent bien fragiles. L'absence d'un système global de soins bien structuré, indépendant des autorités pénitentiaires et, surtout, clairement articulé avec les institutions hospitalières, rend actuellement impossible la construction d'une politique sanitaire cohérente pour l'ensemble de la Confédération dans ce domaine si particulier. L'échec de la mise en route d'une enquête nationale sur la santé des détenus est à cet égard symptomatique de la situation aléatoire dans laquelle se trouve toute action de prévention en milieu pénitentiaire. Le retrait de l'Office Fédéral de la Santé Publique et la mise en sommeil du groupe de travail sur la santé en prison (Fachgruppe « Gesundheit im Freiheitsentzug », GIF) sont ainsi révélateurs de la précarité dans laquelle se trouve la médecine en milieu pénitentiaire en Suisse.

Seuls deux cantons (Genève et Vaud) possèdent une structure de soins directement rattachée au milieu hospitalier. Cette option est pourtant celle retenue par plusieurs pays et a été recommandée dans les directives éthiques récemment élaborées en la matière par l'Académie Suisse des Sciences Médicales (Académie Suisse des Sciences Médicales, 2003). Indépendamment de ces deux cantons, peu de prisons sont capables d'assurer le suivi adéquat et à long terme de telles actions.

Sous estimation du risque infectieux

D'autre part, si la notion d'une circulation illicite de produits stupéfiants en prison est relativement reconnue par la plupart des cadres des établissements pénitentiaires, l'existence de possibilités thérapeutiques, l'apparente modification des comportements induite par le milieu carcéral, et la meilleure connaissance des mesures de prévention adéquates pourraient conduire à une sous estimation du risque par ces mêmes autorités. Il n'est pas rare d'entendre dire que les personnes dépendantes ont changé leur mode de consommation, ce qui ne rendrait plus indispensable des actions de prévention pourtant prioritaires. A notre avis, c'est, au contraire, l'évolution rapide des modes de consommation et des produits consommés qui justifie une politique de prévention solidement enracinée et capable de suivre l'évolution.

Lorsque de telles démarches sont admises, celles-ci ne s'inscrivent pas dans une véritable politique d'ensemble permettant de promouvoir la santé en milieu pénitentiaire et assurant les relais nécessaires à une prise en charge sanitaire systématique de la population carcérale. Les expériences réalisées et les mesures prises dans un certain nombre d'établissements peuvent, à notre avis, donner une vision excessivement optimiste de la réalité en la matière dans les prisons suisses.

En effet, ces mesures apparaissent trop souvent tributaires de la bonne volonté et de la disponibilité du personnel de l'établissement concerné. De plus, les dispositions prises s'inscrivent rarement dans un accompagnement global qui permet un suivi épidémiologique, une appréciation de l'évolution des attitudes des toxicomanes incarcérés, etc. De ce fait une évaluation des mesures de santé publique nécessaires à la prise en charge du risque infectieux autant sur un plan préventif que curatif reste à faire.

Intérêt d'une enquête sur un collectif important

Dans un tel contexte, l'enquête que nous avons réalisée ne s'en trouve que plus nécessaire encore. Au-delà du rappel de la nécessité de la mise en œuvre de mesures de prévention adéquates, notre enquête dresse un état des lieux de la situation, autant en matière de conduites de dépendance qu'en matière de risque infectieux, dans un ensemble d'établissements pénitentiaires en ne se cantonnant ni à un échantillonnage, ni à une approximation.

En effet, la lecture de la littérature internationale indique que la grande majorité des travaux repose sur des données parcellaires (petits échantillons, renseignements très lacunaires) collectées à partir des dossiers médicaux - quand ils existent et sont adéquatement remplis - ou, plus souvent, à partir de questionnaires envoyés au personnel médical des établissements pénitentiaires avec toute la faiblesse et l'insuffisance de ce type d'investigation.

Les grandes études sur des collectifs importants sont encore trop rares (Allwright, 2000, Long 2001, Ford 2000) pour témoigner d'une vision fiable à un niveau international.

L'enquête que nous avons menée permet de véritables comparaisons reposant sur des chiffres validés et rendra possible une évaluation à long terme des mesures de prévention entreprises. A notre avis, seule l'**inscription au long cours dans la pratique médicale en milieu pénitentiaire**, de pratiques épidémiologiques unanimement reconnues en dehors des prisons, permettra de faire évoluer les pratiques en évitant que celles-ci ne soient subordonnées qu'aux idées reçues ou à des restrictions imposées par des considérations n'obéissant pas à des impératifs de santé publique.

Difficulté de la recherche en milieu pénitentiaire

Faire de la recherche en prison relève, en soi, de la gageure. Nous avons mentionné plus haut, le rôle relativement effacé des instances confédérales qui s'explique principalement par le fait que la gestion des prisons est principalement de la compétence des cantons. Mener une recherche dans ce milieu passe donc par l'accord des autorités cantonales qui peuvent voir une telle recherche comme inquiétante ou menaçante.

Malgré les expériences de Hindelbank ou de Réalta, le domaine reste pour les chercheurs, notamment en santé publique, très mal connu, sans qu'une véritable tradition existe dans les milieux concernés.

Les équipes travaillant en milieu pénitentiaire, qu'elles soient dédiées au soin ou à la surveillance, n'ont pour leur part que peu d'idées sur ce que représentent de telles recherches, notamment en termes de méthodologie, voire de confidentialité. Elles n'ont d'ailleurs pas la disponibilité pour effectuer un tel travail. Lorsqu'elles le souhaitent, peu d'écho existe dans les structures universitaires concernées. De part et d'autre, c'est une véritable culture de la recherche en milieu pénitentiaire qui est à créer pour que des recherches comme la notre puissent déboucher sur un véritable corpus susceptible de répondre aux multiples questions sanitaires et sociales que pose un monde comme la prison.

II. Problématique générale

A. *Infection à VIH dans les prisons,*

1. Données générales en Suisse

En Suisse, fin 2004, l'Office fédéral de la santé publique (Bulletin OFSP, 2005) avait enregistré des déclarations pour 8021 personnes ayant présenté les symptômes d'un sida depuis le début du relevé (1991). Fin mars 2005, la majorité d'entre elles (5533, soit 69.0 %) était décédée.

Depuis 1994, année durant laquelle le maximum de **décès** dû au VIH a été enregistré (686), le nombre de décès de personnes séropositives déclarées chaque année n'a cessé de diminuer.

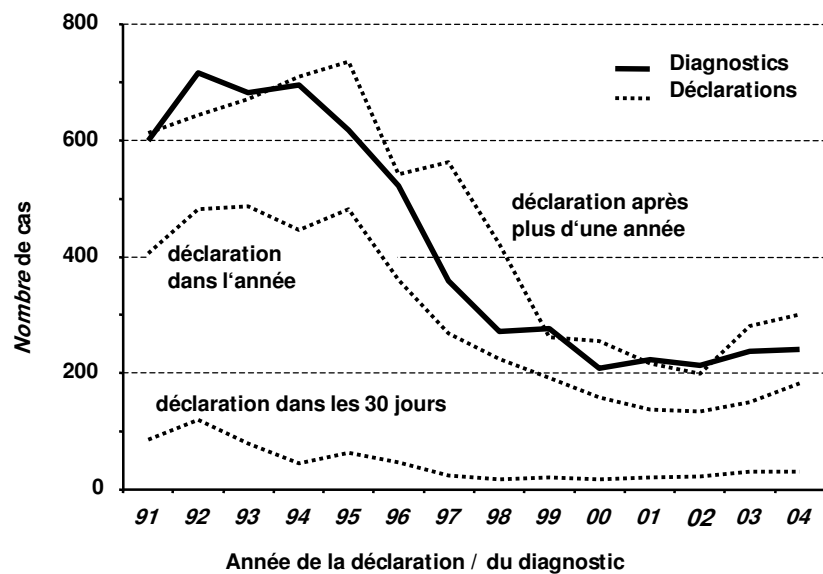
Depuis 1995, on observe, de plus, une régression du **nombre de cas de sida** en raison, notamment, de l'utilisation de tri-thérapies chez les personnes séropositives qui n'ont pas développé la maladie.

En ce qui concerne le **nombre de nouvelles infections**, celui-ci a régressé de 1992 à 2000. Cette tendance était surtout sensible chez les personnes qui s'injectent des drogues et chez les homosexuels. Cependant, depuis 2001, le nombre de cas d'infections à VIH nouvellement diagnostiquées ne diminue presque plus. Les nouvelles infections sont transmises pour la plupart par voie sexuelle (OFSP, 2003).

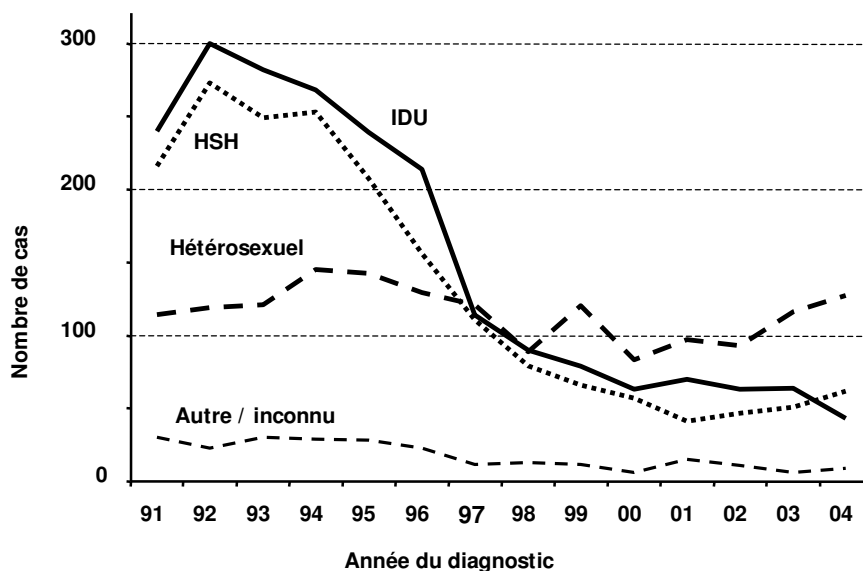
Les personnes nouvellement infectées se retrouvent surtout dans les sous-groupes suivants:

- a. contacts sexuels avec des personnes originaires de pays où l'épidémie à VIH est généralisée
- b. contacts sexuels avec des personnes s'injectant des drogues
- c. contacts sexuels avec des personnes VIH positives
- d. contacts sexuels avec des partenaires occasionnels.

Déclarations des cas de sida en Suisse (réparties selon le délai de déclaration) et estimation du nombre des nouveaux diagnostics de sida (corrégés en fonction du délai de déclaration).



Estimation du nombre des nouveaux diagnostics de sida en Suisse, répartis par voie de transmission (corrégé en fonction du délai de déclaration; IDU: injection de drogues, HSH: rapports sexuels entre hommes).



2. Prévalence du VIH en milieu carcéral

a) *Une importance variable et imprécise*

Si l'importance de l'infection à VIH dans les prisons n'a été contestée par personne, en revanche, les taux apparaissent très variables d'une étude à l'autre.

Les taux de séroprévalence estimés pour les pays européens vont de 1.3% en Belgique et 2% en Autriche jusqu'à 11% en Hollande ou 25.7% en Espagne (Harding, 1987, 1989). D'autres auteurs rapportent une séroprévalence de 12.6% en France, à la prison de Fresnes, ou de 29% en Ecosse à Glenochil (Taylor, 1995).

Selon Laporte et Bolini de l'Université de Genève, qui ont mené des enquêtes épidémiologiques dans 23 prisons européennes, la séroprévalence du VIH n'a pas significativement changé entre 1989 et 1998, du moins dans l'ouest de l'Europe. En Europe de l'Est, elle serait relativement faible (Laporte, 1998), mais la réalité semble ici avoir considérablement évolué ces dernières années et rejoindre celle des autres pays, comme l'indiquent les rencontres scientifiques organisées régulièrement par le Central and Eastern European Network of Drug Services in Prison.

b) *Le rôle de la toxicomanie et de l'incarcération*

La toxicomanie par voie intraveineuse est un facteur de risque majeur et bien connu. Ainsi, dans les prisons du sud de la France, 42% des cas de sida étaient potentiellement attribuables à la consommation de drogue par voie intraveineuse (Réseau national de Santé Publique, 1996). Une étude dans 25 prisons européennes note que la séroprévalence du VIH est de 15% chez les toxicomanes incarcérés contre 1.5% dans la population carcérale générale (Rotily, 1998).

L'incarcération, en elle-même, est considérée comme un facteur de risque, même si le fait d'être incarcéré ne peut pas être directement mis en relation avec une contamination potentielle. Nous y reviendrons plus loin.

Selon un rapport du CDC, par exemple, le taux de sida dans les prisons américaines serait de 5.2 cas pour 1000 détenus, une valeur presque 6 fois plus élevée que dans la population normale (CDC, 1996). Des données récentes de la littérature semblent cependant indiquer une tendance à la baisse de la prévalence de l'infection VIH, notamment dans les prisons italiennes et irlandaises (Babudieri, 2003; Long, 2001).

c) *En Suisse*

L'enquête menée en 1993 n'a pas permis de déterminer l'importance de l'épidémie de sida en milieu carcéral de manière fiable du fait de la petite taille de l'échantillon et en raison de l'exigence de respect de la confidentialité entourant ce thème.

Une image peu précise

Les estimations en la matière **dans les prisons suisses** varient entre 2% et 12% (Nelles, 1995 ; Zeegers-Paget, 1996). Ce taux correspond à une extrapolation de la proportion élevée de toxicomanes parmi les détenus (Harding, 1990 : 25%-50% ; Zeegers-Paget, 1996 : 36%-62%).

Les chiffres sont disparates et probablement fonction de **facteurs variés et nombreux** (taille de l'échantillon, type de prison, région concernée. cf. plus loin). Il en ressort cependant que la prévalence de l'infection à VIH serait supérieure en milieu carcéral à celle rencontrée à l'extérieur.

Hausser (1999) conclut son analyse de la situation dans les prisons suisses en soulignant le fait que « *les données disponibles sur le problème de VIH et de la consommation de stupéfiants et autres*

psychotropes montrent une image encore peu précise de la situation et mériteraient d'être complétées et précisées ».

La réduction des risques en prison

Les comportements à risques en prison sont, à priori, bien connus par les intervenants et concernent la prise de drogues par voie intraveineuse (partage du matériel d'injection), le tatouage et les contacts homosexuels (Schaller, 1996). C'est, d'ailleurs cette prise de conscience qui a permis que la remise de matériel d'injection stérile devienne une pratique admise dans un certain nombre d'établissements pénitentiaires (Réalta, Thorberg, Champ-Dollon) (Dolan, 2003) .

Malgré ce constat, Nelles (1998) concluait son travail sur le bilan de l'expérience d'Hindelbank en signalant qu'il est important de remplacer les spéculations sur la distribution de seringues en prison par une **politique sanitaire reposant sur l'évidence**. Il indiquait aussi à quel point des décisions reposent sur la capacité des décideurs politiques à appliquer des critères sanitaires dans un environnement qui reste marqué par le contrôle social et la punition.

Ces considérations restent toujours d'actualité, malgré les différentes évolutions constatées, et donnent la mesure de la complexité du problème en milieu pénitentiaire. Un certain nombre de démarches ont été accomplies, mais elles semblent actuellement faire le pas, laissant une situation mitigée où coexistent des pratiques différentes.

3. Variabilité des taux de séropositivité

a) Une comparaison difficile

La proportion de détenus séropositifs est très variable d'un établissement à l'autre. Elle est fonction du nombre de détenus toxicomanes usant de drogues par voie intraveineuse.

Sur un strict plan épidémiologique, **les taux de prévalence disponibles apparaissent cependant difficilement comparables** d'un pays à l'autre, d'une région à l'autre, d'un établissement à l'autre en raison des modes de recueil des données (études des dossiers médicaux, échantillonnages, etc.), des types d'établissements pénitentiaires considérés (régimes pénitentiaires, taille, etc.). La difficulté de cette comparaison tient donc autant à la **variabilité** des facteurs de risques qu'à la **validité** et à la **fidélité** des données recueillies

Le sous équipement médical de la plupart des établissements pénitentiaires, la vétusté, la surpopulation pénale, les tensions régnant au sein des détentions rendent très problématique une évaluation adéquate et expliquent la fiabilité discutable des données disponibles.

b) Variabilité en fonction du sexe

Les taux de prévalence de l'infection à VIH apparaissent beaucoup **plus élevés chez les femmes**. Aux USA, selon une enquête réalisée dans 10 établissements pénitentiaires, le taux de séroprévalence VIH se situe entre 2,1% et 7,6% chez les hommes et entre 2,7% et 14,7% chez les femmes (Vlahov, 1991). Ces valeurs sont confirmées par d'autres études réalisées dans le même pays (Skolnick, 1998).

Cette inégalité des sexes face à la séropositivité se retrouve en France chez les usagers de drogues par voie intraveineuse. A Marseille, 7.1% des détenus sont VIH positifs et 13.1% des femmes (Rotily, 1994). Dans le même contexte d'âge et de toxicomanie, les femmes sont plus souvent séropositives (13.7%) que les hommes (9.3%); elles partagent plus souvent le matériel d'injection (Rotily, 1994).

Chez les non-usagers de drogues, l'écart entre hommes et femmes est aussi présent: 0.6% versus 4.1% (Rotily, 1995). Dans une prison de femmes de New York City, la séroprévalence atteint 43% (Magura, 1993)!

c) *Les effets du cas unique*

Il faut rappeler qu'outre les conditions particulières au milieu carcéral, les **obstacles méthodologiques** sont particulièrement problématiques pour réaliser des études qui nécessiteraient d'observer une population de taille suffisante pendant plusieurs années pour véritablement apprécier les taux de primo-infection en milieu carcéral pouvant être mis en relation directe avec des comportements à risque pendant l'incarcération.

Les cas de contamination intra-muros sont donc rarement mis en évidence. Aussi, les cas rapportés dans la prison de Glenochil, en Ecosse, ont donné la mesure du risque et mis fin à des spéculations discutables quant à ce risque. Des dépistages pratiqués à l'entrée en prison et à posteriori ont permis de confirmer 14 cas de transmission du VIH en milieu carcéral durant le premier semestre 1993 dont 13 provenaient de la même source (Taylor, 1995 ; Yirrel, 1997).

De plus beaucoup d'éléments, parfois contextuels, peuvent interférer avec l'analyse du risque. Par exemple, en Zambie, une étude menée par Simooya sur une cohorte de détenus de la prison de Kamfinsa suivie depuis 1995, en apporte une bonne illustration. En 1997, le chercheur a observé une séroconversion liée à l'utilisation de lames de rasoirs usagés (Simooya, 1998). Dans notre pratique, nous avons aussi, par exemple, pu observer à quel point le comportement d'un seul individu pouvait avoir une influence catastrophique sur le risque de contamination dans l'ensemble d'une détention.

Toutes les études restent, en effet, **contingentes du moment où elles sont effectuées**. Par exemple, comme cela a été le cas dans la situation évoquée plus haut, un seul sujet peut présenter un risque infectieux important pour une grande partie de la population incarcérée en raison de la promiscuité et de la forte demande en produits stupéfiants existant parmi cette population. Ainsi l'analyse du risque sera biaisée par la présence ou non de telles situations.

d) *Poursuivre les enquêtes épidémiologiques*

Néanmoins, malgré ces obstacles, la littérature internationale confirme la **nécessité de poursuivre de telles enquêtes** ne serait-ce que par les situations difficiles dont elles témoignent, en présence d'interlocuteurs qui ne se satisfont pourtant pas de l'évidence scientifique indiquée plus haut.

Edwards (2001) souligne l'importance d'un suivi rigoureux effectué par des services compétents dans le traitement des détenus souffrant d'une séropositivité au VIH. Dans leurs commentaires à cet article, plusieurs auteurs soulignent l'**attitude négative des autorités** qui n'ont pas permis que des mesures de prévention, autres que la distribution d'eau de Javel ou de conseils soient mises en œuvre (Ashworth) ou qui n'ont pas poursuivi les cours de formation du personnel pénitentiaire en la matière (Porsmouth).

Ce dernier exemple indique que rien n'est acquis dans ce domaine sensible et en particulier en milieu carcéral.

B. Hépatites B et C et MST dans les prisons

1. Hépatite B, données générales

Incidence

En Suisse, 1660 cas d'hépatites B aiguës ont été déclarés de 1988 à 1991 (Bulletin de l'OFSP, 1995). Depuis 1992, ce nombre est en baisse. La diminution des déclarations d'hépatite B aiguë (infections symptomatiques contractées au cours des 12 derniers mois) depuis 1995 concerne principalement les consommateurs de drogues par injection. En 1994, leur nombre était encore de 237 cas. Il est passé à 17 cas seulement en 2002. Cette évolution se reflète dans la diminution particulièrement marquée de l'incidence des cas déclarés chez les hommes âgés de 15 à 29 ans.

Depuis 2002 cependant, on note de nouveau une tendance à la hausse du nombre de cas d'hépatite B aiguës déclarés en Suisse (OFSP, Maladies infectieuses en Suisse en 2002, 2003).

Il n'existe pas de données permettant d'évaluer avec une précision suffisante la prévalence du virus HBV en Suisse. Le système de déclaration ne donnant que des indications partielles sur la réalité de la situation. Les seules données disponibles à l'OFSP correspondent à des données communiquées en 1995 par J.J. Burckhardt (Laboratoire central, Service de transfusion sanguine, Fondation Croix-Rouge) à propos des donneurs de sang et à partir desquelles R. Kammerlander (OFSP) a extrapolé la prévalence de l'anti-HBc à la population suisse de 18 à 65 ans en ajustant pour la composition par sexe et par âges de la population suisse de 18 à 65 ans en 1993. Il obtenait ainsi une prévalence de 9.4% pour les hommes et 4.6% pour les femmes (6.97% au total) (Données non publiées et communiquées par l'OFSP).

Facteurs de risque

L'hépatite B touche essentiellement les jeunes adultes. L'incidence est maximale entre 20 et 24 ans. Les hommes sont deux à trois fois plus atteints que les femmes. Dans les années 90, les hépatites B étaient imputables à la consommation de drogue par voie intraveineuse dans 50% des cas (Kammerlander, 1998). L'augmentation de cas d'hépatite B observés en 2002 concerne les infections par voie sexuelle et affecte les hommes de plus de 20 ans. **La transmission sexuelle** représente actuellement le facteur de risque principal de transmission de l'hépatite B pour la population résidant en Suisse (OFSP, Maladies infectieuses en Suisse en 2002, 2003).

Hépatite B et toxicomanie

Par ailleurs, on estime actuellement que plus de 50% des toxicomanes en Suisse présentent les signes sérologiques d'une infection passée ou récente. Cette proportion dépasse 70% lorsque la durée de consommation est supérieure à 5 ans. Une infection chronique (HBsAg positif) est observée chez 5% à 6% d'entre eux (Scheitlin, 1992).

Hépatite B et migrations

Parmi les déclarations classées dans les cas d'hépatites non aiguës (porteurs d'anti-Hbs et hépatite B chronique) en 1992, 67.4% concernaient des patients étrangers. Ceux-ci ne représentaient, par contre, que 30.4% des hépatites aiguës (Division principale Médecine, 1992).

Moyens thérapeutiques et préventifs

Une vaccination efficace est disponible et devrait être dispensée à toutes les personnes ayant des habitudes qui pourraient les exposer à HBV.

2. Hépatite B (HBV) en prison

Incidence

Les taux de séroprévalence enregistrés pour des détenus **toxicomanes** dans diverses prisons de plusieurs pays européens (Espagne, Italie, Norvège) **oscillent entre 30% et 75%** (Anda, 1985 ; Bader, 1983 ; Bayas, 1990 ; Bayas, 1993 ; Brugera, 1985 ; Caldero, 1987 ; Chiaramonte, 1982 ; Decker, 1984 ; Decker, 1985 ; Del Olmo, 1990 ; Espinoza, 1987 ; Hurlen, 1984 ; Kibby, 1982 ; Maroto, 1986). En Australie il est de 33% (Crofts, 1995).

Toxicomanie , incarcération

Plus récemment, en Irlande, 6% des détenus et 18% des détenus toxicomanes par voie IV présentaient une séropositivité à HBV (Long, 2001). A noter que la prévalence était significativement plus élevée chez des détenues et chez les détenus récidivistes.

A Glenochil, en Ecosse, simultanément à la découverte de cas de contamination VIH, plusieurs cas d'hépatites B aiguës acquises en milieu carcéral ont été documentés (Taylor, 1995).

Difficulté des campagnes de prévention

Selon une étude anglaise, 4% seulement des détenus s'étaient vu offrir la possibilité d'une vaccination alors que plus de 35% consommaient des produits stupéfiants par voie intraveineuse (Bird, 1997).

En Catalogne, un tel projet a été réalisé. Seuls 33% des candidats à une vaccination contre l'hépatite B ont reçu les 3 doses de vaccin recommandées. Les causes évoquées pour expliquer ce résultat étaient l'absence de motivation des détenus, le manque d'enthousiasme des soignants, la brièveté de la durée d'incarcération (Bayas, 1993).

Selon une enquête française, sur 292 détenus ayant une sérologie négative pour l'hépatite B, 252 ont accepté d'être vaccinés, mais les 3 doses de vaccin n'ont pu être injectées que chez 175 détenus (59,9%). Ce sont les consommateurs de drogue par voie intraveineuse qui ont le plus souvent refusé cette proposition (28%) (Rotily, 1997).

Le coût financier élevé de telles campagnes, le manque de sensibilisation des autorités pénitentiaires et surtout la difficulté pratique d'une telle procédure peuvent expliquer la rareté de telles expériences en Europe. Les choses semblent avoir évolué récemment, les campagnes de sensibilisation aidant, puisque certains mentionnent une bonne acceptation à 94% avec 77% de réponses à la 3^{ème} injection aux prisons de Lyon (Chossegros, 2004).

Pour un monitoring du risque infectieux en prison

Les études menées à Glenochil ont montré l'intérêt de la poursuite d'un suivi épidémiologique autorisant un véritable monitoring du risque infectieux en milieu carcéral. D'autres études récentes indiquent l'importance de la relation qui doit s'établir avec les services communautaires pour anticiper la reprise de comportements à risque lors de la sortie de prison. Enfin, il est nécessaire de pouvoir évaluer si la modification des attitudes et des pratiques des usagers se retrouve autant en milieu carcéral qu'à l'extérieur pour permettre l'adaptation du message de prévention.

3. Hépatite C, données générales

Incidence

L'infection à HCV s'apparente à l'infection à HBV par son mode de transmission mais elle se caractérise par une évolution plus fréquente vers la chronicité (75-85%). La prévalence de cette infection se situerait entre 0.5% et 1.0% pour la population suisse (Bulletin de l'OFSP, 1998) ; elle est estimée à 0.8% dans la population générale canadienne (Spurgeon, 2002).

Ces chiffres doivent toutefois être interprétés avec prudence. En Suisse, comme dans les autres pays, ils proviennent de l'étude de certains groupes de population, dont les résultats sont extrapolés à la population générale. Il est aussi possible que l'incidence générale soit largement **sous-évaluée**.

L'incidence des nouveaux cas d'hépatite C est difficile à évaluer, en particulier pour deux raisons :

- Les infections aiguës par le virus de l'hépatite C sont asymptomatiques dans la majorité des cas.
- La mise en évidence d'anticorps contre le virus de l'hépatite C ne permet pas de distinguer une infection aiguë d'une infection ancienne. Le nombre de nouveaux cas est donc sous-estimé.

En 2002, en Suisse, on dénombre plus de 120 nouvelles déclarations de cas d'hépatite C, ce qui constitue une augmentation importante (OFSP, Maladies infectieuses en Suisse en 2002, 2003).

La prévalence de l'hépatite C pour la Suisse est estimée par l'OFSP à 0.7-1%. Les données dont on dispose sont pour l'instant fragmentaires (information communiquées par l'OFSP, Division des Maladies Infectieuses).

Facteurs de risque

Une **toxicomanie** par voie intraveineuse en est l'origine la plus fréquente et représente environ 67% des cas déclarés en Suisse en 1994 et 60% en 1995. En 2002, ce facteur de risque (70% des cas) reste la principale cause d'infection aiguë par le virus de l'hépatite C. La consommation de produits par voie nasale a aussi été décrite comme une cause possible de contamination et doit donc aussi être considérée comme un facteur de risque.

La transmission par voie sexuelle est possible, mais relativement rare par rapport au virus de l'hépatite B (Conry-Cathilena, 1996).

Hépatite C et toxicomanie

L'abandon du partage du matériel de préparation et d'injection chez les toxicomanes constitue une des principales mesures de prévention. Cela d'autant plus que l'infection HCV est plus rapidement acquise après le début de la consommation intraveineuse que les autres infections comme HBV et VIH. Parmi les jeunes toxicomanes intraveineux, sa fréquence est 4 fois plus élevée que celle du VIH (Garfein, 1996).

Moyens préventifs et thérapeutiques

Vu l'éventualité de transmission par voie sexuelle, l'usage du préservatif semble s'imposer. Actuellement, aucun vaccin n'a pu être mis au point.

Des traitements contre l'hépatite C sont actuellement disponibles (**interféron et traitement antiviral**). Leur prescription est recommandée dans des situations qui tiennent compte des résultats paracliniques et histologiques, mais aussi de critères psychiatriques. 5 à 30% des hépatites C chroniques non traitées peuvent se compliquer d'une cirrhose ou d'un hépatocarcinome. En cas de cirrhose avancée, la transplantation hépatique peut donner de bons résultats.

Dans tous les cas, la lourdeur, le coût et la divergence dans les indications thérapeutiques sont autant d'éléments qui rendent difficile la mise en route d'un traitement et d'autant plus en milieu pénitentiaire. Ce qui ne peut que renforcer les hésitations encore très présentes des praticiens travaillant en milieu pénitentiaire à ce sujet.

4. Hépatite C (HCV) en prison

Incidence

Les taux de prévalence pour l'hépatite C en milieu carcéral, notamment parmi les détenus toxicomanes, varient, selon différentes études, **entre 38% aux USA** (Vlahov, 1993), 39% en Australie

(Crofts, 1993), 46% en Norvège (Holsen, 1993), 48% en Espagne (Grupo Noreste, 1998) **et 58 %** en Grèce (Malliori, 1998) et au Canada si la sérologie de la personne testée est aussi positive pour HBV (Anand, 1992).

En 2002, Spurgeon estime que la prévalence de l'hépatite C dans les prisons canadiennes varie entre **20% et 80%** en fonction des sources. La variation est importante d'un établissement à l'autre.

Facteurs de risque

La toxicomanie par voie intraveineuse est une occurrence fréquente de contamination. La pratique du tatouage (Holsen, 1993) et les séjours antérieurs en prison (Crofts, 1995) sont aussi considérés comme des facteurs de risque.

Allwright et al (2000) dans une large étude réunissant 1366 détenues de 9 des 14 prisons de la république d'Irlande indiquent que 9% des détenus sont infectés par le virus de l'hépatite B, **37% par le virus de l'hépatite C** et 2% par le VIH. Parmi les **usagers de drogues par voie veineuse, 81.3% étaient porteurs du virus de l'hépatite C**. Cet auteur a aussi souligné le taux particulièrement important de consommation de drogue par voie injectable ainsi que de partage de matériel d'injection.

5. Maladies sexuellement transmissibles

Au cours de ces dernières années, les travaux de recherche en milieu carcéral se sont essentiellement centrés sur la problématique des maladies dues aux VIH, HBV et HCV. Il y a peu de données récentes sur la syphilis, les infections à Chlamydia et à gonocoques. Dans une étude réalisée à la Nouvelle-Orléans (Beltrami, 1997), la **prévalence de la syphilis était de 3.1% chez les femmes et de 1.5% chez les hommes**. Un rapport du CDC fait état parmi les détenus des USA d'une prévalence de 35% pour la syphilis, de 27% pour Chlamydia et de 8% pour la gonorrhée (CDC, 1998).

6. Débats

De toutes ces données il ressort que la prévalence des hépatites, et de l'hépatite C en particulier, est particulièrement importante dans les milieux pénitentiaires étudiés.

La communauté scientifique est, pourtant loin d'être unanime quant à la nécessité de développer la même prévention à l'intérieur des prisons qu'à l'extérieur. Ainsi, en réponse à l'enquête, pourtant éloquente, de Allwright, Smyth (2000) estime que l'introduction d'échange de seringues serait prématurée en l'absence de données permettant de véritablement comprendre pourquoi on observe en prison une diminution sensible du nombre de détenus s'injectant des stupéfiants.

Langkamp (2000), de son côté, souligne à partir de son expérience en Bavière, que les usagers de drogue contractent en majorité le virus de l'hépatite C au début de leur toxicomanie. Il s'appuie sur l'évaluation du programme de distribution de seringues de la prison de Hambourg pour estimer que de tels programmes faciliteraient la reprise de comportement addictifs.

Lorsqu'on connaît, en outre, la complexité du milieu pénitentiaire, sa réticence vis-à-vis des mesures de réduction des risques, sa difficulté à assumer la contradiction entre la mission répressive de la prison en matière de toxicomanie et la mission de santé publique qui devrait prévaloir avec les détenus à risque de toxicomanie, on conçoit facilement que des études comme celle mentionnée plus haut peuvent être source de perplexité et d'indécision quant aux attitudes recommandées.

Dans ce contexte, des études fiables documentant de façon précise le risque encouru nous semblent d'autant plus indispensables pour promouvoir des campagnes de prévention adaptées.

C. Risques liés au milieu carcéral

La prison est un milieu où le risque sanitaire peut se trouver majoré en fonction de facteurs intriqués, où entrent en ligne de compte, en premier lieu, les conditions d'incarcération. L'espace disponible, l'accès aux sanitaires, l'hygiène globale de l'institution, la vétusté des établissements participent de ce risque.

Un certain nombre d'autres éléments contribuent à la majoration du risque : la surpopulation que connaissent certains établissements va accroître la promiscuité qui y règne. Le brassage des populations, la violence des détenus, les non-dits pouvant aller jusqu'à la loi du silence, tous ces éléments contribuent à rendre plus aigu le risque propre de transmission et semblent participer de l'augmentation du risque que constitue l'incarcération en elle-même.

Bien sûr, la question des facteurs de risques indépendants du milieu pénitentiaire n'en prend que plus de relief dans un tel contexte, il en va ainsi de la question de la sexualité comme de celle de la toxicomanie.

1. Sexualité

Il s'agit d'une problématique particulièrement difficile à évaluer en raison du tabou qui demeure et des craintes que peut susciter le fait d'en parler ouvertement dans un tel milieu.

Homosexualité

Quelques études existent et donnent une idée de cette réalité. En Angleterre et au Pays de Galles, 20 à 30% des prisonniers condamnés à de longues peines auraient des relations sexuelles durant leur détention. La prévalence de l'homosexualité se situerait autour de 2 à 13% dans les prisons australiennes (Turnbull, 1991). Lors d'une enquête réalisée dans des prisons écossaises, 0,7% des détenus déclaraient avoir eu des rapports sexuels par voie anale au cours de leur détention (Bird, 1993). L'homosexualité dite « de situation » est évaluée à 10% dans certaines prisons anglaises (Farrel, 1991), à 12 % en Australie (Gaughwin, 1991) et 25% aux USA (Thorne, 1992). En fait, les situations peuvent varier d'une prison à l'autre suivant les conditions de détention et selon les pays.

Violences sexuelles

Celles-ci ne sont pas rares entre détenus, parfois évoquées par certains détenus mais le plus souvent occultées et non documentées (Gravier, 1998). La prostitution en milieu pénitentiaire existe aussi, c'est un moyen pour les détenus disposant de peu de ressources de pouvoir se procurer des denrées améliorant le quotidien pénitentiaire ou de bénéficier de protection dans un milieu hostile. L'incarcération de plus en plus importante d'auteurs de délits sexuels complique encore la situation, autant par les situations de victimisation auxquels ils sont exposés en milieu pénitentiaire que par la recherche d'une sexualité transgressive qu'ils peuvent poursuivre et reproduire en milieu carcéral.

Congés et parloirs

Le développement de parloirs familiaux ou de parloirs privés permettant aux détenus incarcérés pour de longues peines de maintenir les liens familiaux oblige aussi à se poser la question de la prévention à une plus large échelle, en dehors des situations à haut risque évoquées plus haut.

Dans beaucoup de prisons les parloirs habituels sans dispositif de séparation sont aussi l'occasion de relations sexuelles à la sauvette, plus ou moins tolérées par l'encadrement pénitentiaire mais rendant impossible toute prévention du risque infectieux.

Enfin, on oublie souvent que le régime progressif, en vigueur dans nombre de prisons, autorise les détenus à bénéficier de congés ou de permissions régulières, ce qui oblige à s'interroger sur la prévention qui peut être proposée.

Accès aux préservatifs

Les données concernant l'accès aux préservatifs pour les détenus montrent que dans 55 pays étudiés, celui-ci est encore très insuffisant (Harding, 1992). Une revue de la question indique que la France, l'Allemagne et le Danemark seraient les seuls pays à mettre véritablement des préservatifs à disposition des détenus.

L'expérience montre, en outre, que le seul fait de mettre des préservatifs à disposition dans la confidentialité du service médical, comme c'est le cas dans la plupart des établissements des pays concernés, ne suffit pas à en généraliser l'usage. La possibilité offerte aux détenus d'avoir accès à des préservatifs est largement acceptée dans son principe, mais les différents modes de distribution ne sont pas évalués, pas plus que les bénéfices d'une telle mesure pour la population carcérale.

Notre expérience des prisons vaudoises nous montre qu'il est très rare qu'un détenu demande directement au service médical de le fournir en préservatifs, malgré la garantie de confidentialité qui est toujours réaffirmée. Mais les réserves mises à disposition de manière confidentielle, dans lesquelles il est possible de puiser en dehors de tout regard ou contrôle, doivent être régulièrement réapprovisionnées. Même s'il est évidemment impossible de connaître avec certitude et précision quel est l'usage qui en est fait, celui-ci existe.

Le risque de contamination, la nature de l'institution carcérale et la problématique particulière de la sexualité vécue dans cette institution nous a incité à porter un accent particulier sur celle-ci dans notre étude afin d'explorer les voies à développer pour améliorer la prévention.

2. Toxicomanie

La toxicomanie constitue un facteur de risque de par le mode de consommation (injection mais aussi voie nasale) et aussi par la difficulté qu'il peut y avoir à proposer un traitement ou prévoir des actions de prévention dans un milieu, où en raison de l'interdit existant, toute consommation ne peut se faire que dans l'urgence.

Incidence

La prévalence des sujets présentant des conduites de toxicodépendance est forte en milieu carcéral. Les chiffres sont variables, d'une fiabilité souvent discutable car reposant sur des sources hétérogènes.

Diverses études rapportent des taux allant de 16% (Covell, 1993), 27% (Turnbull, 1992), 36% (Gaughwin, 1991), 43% (Taylor, 1995), jusqu'à 67% (Dye, 1991). Certains soulignent que la prévalence des pratiques toxicomaniaques serait plus forte chez les prévenus et les condamnés à de courtes peines (Gauwhin, 1991 ; Dye, 1991 ; Carvell, 1990).

Dans une enquête réalisée dans les prisons écossaises, 9% des détenus interrogés déclaraient avoir consommé de la drogue par voie intraveineuse durant leur détention (Bird, 1992). Dans une autre étude écossaise menée auprès de jeunes délinquants, 25% des toxicomanes déclaraient avoir eu recours à l'usage de drogues par voie intraveineuse durant leur incarcération (Bird, 1993).

La prison comme lieu d'initiation et de consommation

Les travaux menés dans 25 prisons européennes par Rotily (Observatoire Régional de la Santé à Marseille) montrent que 7% des 40% de détenus incarcérés pour toxicomanie ont eu recours à une injection intraveineuse pour la 1^{ère} fois en prison. 39% de cette population poursuit ces injections intraveineuses intra-muros (Rotily, 1998). Au Canada, une étude de L. Calzavara (Calzavara, 1998) rend compte de l'opinion des détenus sur ce point. Sur 458 hommes et 159 femmes interrogés dans 6 centres pénitentiaires, 32% avaient un passé de toxicomane, 25% poursuivent leurs injections et 4% s'étaient initiés en prison.

Difficulté d'accès à un traitement

Ce point constitue bien sûr un aspect crucial de la prévention en milieu carcéral car il pose la question de l'accès aux différentes formes de thérapies existantes et notamment aux thérapies de substitution qui restent encore diversement acceptées, autant par le personnel pénitentiaire que par le personnel médical travaillant en prison.

De plus, l'évolution des habitudes toxicomaniaques, la consommation de plus en plus forte de cocaïne ou de substances moins répandues qu'auparavant complique les réponses thérapeutiques possibles, de même que le devenir incertain de nombreux détenus d'origine étrangère au sortir de l'incarcération. Le monde de la toxicomanie est un monde mouvant qui oblige à remettre constamment en cause les pratiques thérapeutiques pour leur permettre de s'adapter à la réalité.

La souplesse que l'on promet dans le traitement ambulatoire des personnes toxico-dépendantes reste difficile à poursuivre dans un milieu rigide comme celui de la prison qui doit aussi nécessairement être attentif au risque de trafic pouvant survenir au sein des détentions.

Absence d'accès à du matériel d'injection stérile

Etant donné la difficulté à se procurer une seringue en milieu carcéral, certains estiment qu'une seringue pourrait être parfois partagée par un nombre allant de 5 à 100 prisonniers. Dans leur étude, Dye et Isaacs (Dye, 1991) rapportent que 3 fois sur 4, les détenus avaient partagé leur seringue. Harding rapporte des chiffres qui montreraient une diminution du pourcentage de consommateurs de drogue lors de l'incarcération mais une augmentation du nombre d'échanges des seringues.

Selon L. Calvazara (1998), les prisonniers sont globalement favorables (52%) à l'introduction de matériel de désinfection, mais seulement 14% pensent qu'il y aurait un avantage à recevoir du matériel d'injection stérile. L'étude fait par ailleurs ressortir fort logiquement des différences d'appréciation entre usagers et non-usagers de drogue en ce qui concerne l'utilisation d'agents désinfectants (52% versus 50%), la distribution de seringues stériles (22% versus 10%), l'utilisation de l'eau de Javel (80% versus 55%), l'usage de seringues stériles (71% versus 39%).

Même dans le domaine de la santé publique, les réticences sont encore très importantes vis à vis du développement de programmes de remise de matériel d'injection stérile (Gentilini, 1997). La disponibilité de produits de désinfection serait un peu meilleure mais reste largement minoritaire.

Néanmoins les programmes de distribution ou d'échange de seringues se sont multipliés ces dernières années avec des fortunes variables suivant les pays

Dolan (2003) a effectué une revue de 14 articles traitant des programmes d'échange de seringue en prison. Son travail souligne la faisabilité de tels programmes et leur bénéfice réel sur la réduction des comportements à risque et, en conséquence, sur la diminution du risque de transmission.

Ce type de programme est maintenant bien documenté dans 4 pays : Suisse, Allemagne, Espagne, Moldavie (Stöver 2003). Cependant, en dépit d'évaluations successives favorables, de tels programmes apparaissent directement tributaires des options politiques dominantes dans les pays en cause. Ainsi ces choix politiques ont conduit les autorités allemandes à mettre fin à 6 programmes sur 7, au moment même où les autorités espagnoles demandaient à tous les établissements pénitentiaires de mettre en œuvre de tels programmes.

En Suisse, comme on le verra plus loin, malgré le caractère pilote d'un certain nombre de politiques cantonales, ces programmes sont loin de faire l'unanimité parmi les autorités pénitentiaires. De ce fait la situation reste très hétéroclite et variable.

3. Tatouage

La pratique du tatouage avec du matériel non stérile est aussi une réalité dans toutes les prisons (Turnbull, 1991). Selon Rotily, 8.8% de 427 détenus français se seraient fait tatouer durant les 3 premiers mois de leur incarcération. Cette pratique était significativement plus courante parmi les

consommateurs de drogue par voie intraveineuse et particulièrement parmi ceux qui avaient consommé de la drogue par voie intraveineuse en prison (Rotily, 1998). Emmanuelli (1998) indique, par ailleurs, que 20% des personnes incarcérées ont été tatouées au cours de leur vie, que ce soit en prison ou à l'extérieur. Cette proportion serait encore plus élevée chez les usagers de drogues par voie intraveineuse (Emmanuelli, référence Internet)

4. Récidive d'incarcération

Le taux de séroprévalence au VIH semble être plus élevé chez les sujets ayant déjà été incarcérés que chez ceux qui ne l'ont jamais été: 19,9% versus 4,4% (Rotily, 1994). Cette différence persiste après l'ajustement sur des facteurs tels que l'âge, le sexe, la toxicomanie, le partage de seringues, le nombre de partenaires sexuels, les rapports sexuels avec un toxicomane, les antécédents de maladies sexuellement transmissibles et d'hépatite B.

Plusieurs hypothèses peuvent être émises pour essayer d'expliquer cette différence :

- une éventuelle baisse de la séroprévalence chez les nouveaux usagers de drogues intraveineuses
- les récidivistes se montreraient plus enclins à la persistance de comportements à risque (facteurs psychiques en relation avec la recherche de la transgression)
- le taux de séroprévalence plus élevé chez les récidivistes du fait d'une consommation lors d'une incarcération antérieure.

D. Recommandations internationales

Les recommandations internationales exposées ci-dessous s'inscrivent dans un ensemble de textes régissant la médecine pénitentiaire et les droits de l'homme en détention. La liste des textes principaux figure à l'Annexe F. Certains se sont plus spécifiquement attachés à la problématique de la prévention des maladies infectieuses en milieu pénitentiaire.

1. OMS, directives de mars 1993 sur l'infection à VIH dans les prisons

Ces directives reposent sur le principe du droit des détenus à recevoir, y compris à titre préventif, des soins équivalents à ceux mis à disposition de la communauté, sans aucune discrimination, en particulier dans les domaines suivants :

- **Dépistage de l'infection à VIH dans les prisons**
Doit pouvoir être mis à disposition des détenus sur une base volontaire et accompagné d'un appui lors de la notification des résultats des examens par le personnel de santé qui doit en garantir la confidentialité.
- **Education et information**
Doivent être les plus accessibles possibles et concorder avec celles communiquées au grand public tout en étant adaptées à la population carcérale (niveau d'instruction, langue, etc.). Les informations doivent être données aux détenus lors de leur arrivée en prison, pendant la durée de leur incarcération et au cours de la préparation à la sortie.
- **Prévention de la transmission sexuelle**
Les détenus doivent être informés des types de comportement qui peuvent conduire à la transmission du VIH et pouvoir bénéficier de la mise à disposition de préservatifs. Les autorités pénitentiaires doivent lutter contre toutes les formes de harcèlement ou de comportements sexuels agressifs.
- **Prévention de la transmission par injection**
Des programmes généraux d'éducation concernant le VIH doivent permettre une information la plus complète possible. Le séjour en prison doit être l'occasion de suivre des programmes de traitement de la toxicomanie dans le respect de la confidentialité. La poursuite de traitements à la méthadone doit être possible. L'accès à de l'eau de Javel ou à tout autre agent virucide devrait être possible. Dans des pays où des seringues et des aiguilles propres sont mises à la disposition des toxicomanes dans la population, il faudrait étudier la possibilité de fournir du matériel d'injection propre aux détenus, comme aux détenus libérés qui en font la demande.
- **La confidentialité des informations concernant la séropositivité et l'état médical d'un individu**
Cette confidentialité est réaffirmée et ne peut-être levée vis à vis de la direction de la prison que si cela est justifié pour assurer la sécurité des détenus et du personnel pénitentiaire en appliquant dans cette divulgation les mêmes principes que ceux qui sont appliqués à la communauté dans son ensemble.

2. Point de vue ONUSIDA, 1997

La position des instances dépendant de l'ONU s'inscrit dans la continuité des prises de position de 1993. En ce qui concerne la réduction du risque de transmission de l'infection à VIH dans les centres pénitentiaires, le point de vue ONUSIDA propose (avril 1997):

- **la distribution d'eau de Javel**, avec un mode d'emploi correct pour stériliser les aiguilles et les seringues, ainsi que pour nettoyer les équipements de tatouage

- **des programmes d'échange** des aiguilles permettant qu'une aiguille usagée soit échangée contre une stérile
- **un accès discret et aisé aux préservatifs** et aux lubrifiants pour tous les prisonniers.

Les publications de l'ONUSIDA rappellent aussi que le risque de diffusion du VIH, des maladies sexuellement transmissibles et de la tuberculose est lié à la surpopulation carcérale, aux mauvaises conditions d'hygiène et de nutrition, aux origines des prisonniers qui appartiennent à des groupes marginalisés et vulnérables et au manque de possibilités d'accès en prison à des soins de qualité égale à ceux proposés dans la communauté. La proportion toujours croissante de détenus toxicomanes dans les détentions accroît aussi le risque infectieux.

L'ONUSIDA plaide pour la **réforme des systèmes pénaux permettant d'éviter la surpopulation** par la décriminalisation de l'usage de drogue et le développement d'alternatives à l'incarcération (décembre 1997).

Enfin le **transfert du contrôle de la santé dans les prisons aux autorités de santé publique** est un changement structurel qui peut avoir un « *formidable retentissement à long terme sur le Sida en prison* » (avril 1997).

3. Recommandation R(98) du comité des ministres des états membres relative aux aspects éthiques et organisationnels des soins de santé en milieu pénitentiaire (8 avril 1998)

Cette recommandation du Conseil de l'Europe reprend pour l'essentiel les recommandations de l'OMS et stipule en particulier :

a) Information, prévention et éducation à la santé

1. Au moment de l'**admission**, toute personne devrait recevoir une information concernant les droits et les obligations, le règlement intérieur de l'établissement ainsi que des indications sur les modalités d'aide et de conseil. Cette information devrait être compréhensible par tous les détenus. Des explications particulières devraient être données aux illettrés.
2. Un **programme d'éducation à la santé** devrait être organisé dans tous les établissements pénitentiaires. Les détenus et les personnels de l'administration pénitentiaire devraient recevoir une brochure d'information de base sur les questions de santé, ciblée sur le dispositif de soins proposé aux personnes détenues.
3. Des explications devraient être données sur les **avantages du dépistage volontaire et anonyme** des maladies transmissibles, et sur les risques que présentent les hépatites, les maladies sexuellement transmissibles, la tuberculose et la contamination par le VIH; les personnes qui acceptent de subir un test doivent avoir accès à une consultation médicale de suivi.
4. Le programme d'éducation à la santé devrait avoir pour but d'encourager le développement de styles de vie sains et **permettre aux détenus de prendre des décisions opportunes** concernant leur santé et celle de leur famille, de préserver et de protéger leur intégrité personnelle, de diminuer les risques de dépendance et de rechute. Cette approche devrait inciter les détenus à participer à des programmes de santé dans lesquels leur sont enseignés de façon cohérente des stratégies et des comportements destinés à réduire au minimum les risques pour leur santé.

b) Maladies transmissibles : VIH et sida, tuberculose et hépatites

1. Des **mesures prophylactiques appropriées** devraient être prises afin de prévenir les maladies sexuellement transmissibles en milieu pénitentiaire

2. Les **tests de dépistage pour le VIH** devraient être réalisés seulement avec le consentement des détenus, de manière anonyme et conformément à la loi. Des conseils approfondis devraient être donnés avant et après le test
3. L'**isolement d'une personne atteinte d'une maladie infectieuse** ne se justifie que si une telle mesure est également prise à l'extérieur du cadre pénitentiaire pour le même motif médical
4. **Aucune forme de ségrégation** ne devrait être prévue à l'encontre des personnes séropositives pour le VIH, sous réserve des dispositions contenues au paragraphe 40
5. Les malades du sida qui développent des infections graves devraient recevoir un **traitement dans le service de santé pénitentiaire**, sans toutefois qu'une mesure d'isolement strict ne soit prise d'office. Les malades qu'il faut protéger contre les maladies infectieuses transmises par d'autres patients ne devraient être isolés que si une telle mesure va dans leur intérêt et doit les empêcher de contracter des infections intercurrentes, notamment lorsque leur système de défense immunitaire est sévèrement déficitaire
6. Si des cas de **tuberculose** sont détectés, toutes les dispositions nécessaires devraient être prises pour prévenir la propagation de cette infection, conformément à la législation applicable dans ce domaine. Les interventions thérapeutiques devraient être d'une qualité égale à celles dispensées à l'extérieur de la prison
7. La **vaccination** étant l'unique méthode efficace de prévention contre la propagation de l'hépatite B, elle devrait être proposée aux détenus et au personnel. Les hépatites B et C étant transmises par usage intraveineux des drogues et par contamination par le sang ou le sperme, il importe de dispenser l'information nécessaire et de mettre en place des moyens de prévention appropriés.

4. Déclaration de consensus, septembre 2001 (OMS et Groupe Pominidou)

Cette déclaration publiée en 2002 par l'OMS et le Groupe Pominidou du Conseil de l'Europe, rappelle le caractère indispensable de mesures de réduction des dommages en milieu carcéral. Elle prend aussi en considération les contradictions existant entre certaines mesures de réduction des dommages et d'autres questions importantes pour le fonctionnement d'une prison comme la sécurité, la justice pénale, et la médecine du travail.

Cette déclaration prend aussi en considération différentes variables qui doivent conduire à moduler les mesures de prévention des dommages en fonction des ressources disponibles, des catégories de détenus concernés, de la taille et du niveau de sécurité de l'établissement, des contextes juridique, culturel et économique.

Elle recommande, entre autres :

- des **tests de dépistage confidentiels**, précédés et suivis d'un accompagnement psychologique
- des **traitements efficaces**
- des **campagnes d'information**, une aide psychosociale et une éducation de groupe sur les risques
- la **vaccination** contre les maladies virales, des conseils sur l'utilisation d'eau de Javel et d'autres méthodes de désinfection pour nettoyer les aiguilles et les seringues
- la **fourniture de seringues et de préservatifs**.

La création de « zones sans drogues » dans les prisons est aussi une solution envisagée pour tenir compte des problématiques plus spécifiques et des sensibilités des responsables.

Ce rapport a recensé **20 établissements** en Europe qui proposent des programmes d'échange de seringues. Ces programmes sont divers dans leur réalisation. La Déclaration recommande que ces

programmes s'accompagnent d'autres prestations : promotion de la santé, aide psychologique et traitement de substitution et insiste pour la préservation de la confidentialité.

5. Autres rapports

Parmi les recommandations émises dans ce domaine, il est important de citer le rapport écrit, à la demande du gouvernement français par Gentilini (1997), qui détaille en 53 points les mesures à prendre pour la prévention des maladies transmissibles dans les prisons, comprenant :

- un programme de prévention des risques ayant fait l'objet d'une concertation
- le renforcement de l'incitation au dépistage de l'ensemble des maladies transmissibles
- proposer le dépistage systématique du VIH et en favoriser le caractère confidentiel, volontaire et éclairé de la démarche
- mise en place d'une stratégie globale de prévention portant sur les hépatites (dépistage, vaccination, prise en charge)
- contrôle systématique des protections vaccinales
- remise au détenu d'un livret d'éducation pour la santé
- développer le recueil épidémiologique des infections par HCV recensées
- rendre systématique le dépistage de la tuberculose
- la généralisation de l'accès aux préservatifs
- le renforcement de la lutte contre les violences sexuelles et les comportements entretenus par la prostitution
- l'accessibilité à tous de l'eau de Javel diluée
- informations sur les risques encourus par les pratiques de tatouage
- renforcement des mesures de contrôle alimentaire
- etc.

Ce rapport n'est pas favorable à la mise en place de programmes d'échanges de seringues dans les prisons françaises en raison de la trop grande taille des établissements, de l'absence d'une large acceptation par les personnels pénitentiaires et des nombreuses incertitudes en matière de faisabilité et de risques induits par une distribution dont le contrôle pourrait échapper aux équipes de soins (Gentilini, 1997).

III. Etat des lieux en Suisse

Incidence du VIH et de l'hépatite dans les prisons suisses

En Suisse (OFSP, Prévention du VIH en Suisse, 1993), comme ailleurs, les données disponibles sur la proportion de détenus infectés par le VIH sont très lacunaires. Comme ailleurs, il faut les interpréter avec prudence.

En 1988, on situait cette proportion entre 2 et 10% (Harding, 1989). A Lenzbourg, environ 6,5% des détenus étaient séropositifs au VIH en 1988. Dans les prisons bâloises, en 1991, sur 180 détenus qui recevaient de la méthadone, 40% étaient séropositifs. Au pénitencier de Hindelbank, en 1991, 16 femmes étaient VIH positives, ce qui correspondait à 18,8% des détenues et à 36% des femmes toxicomanes.

Au cours de l'enquête effectuée à Hindelbank 6 femmes parmi les 94 qui ont accepté un test VIH étaient positives (Nelles, 1998).

En ce qui concerne l'hépatite, dans cette même prison, 45 des 94 femmes testées avaient une sérologie positive pour HBV, cinq étaient positives pour HBV IgM (Nelles, 1995) ; la prévalence de l'hépatite C était, pour sa part, de 33,2% (Nelles, 1998).

Récemment Uchtenhagen, à partir d'un sondage effectué dans 39 établissements pénitentiaires estimait la prévalence à 6.9% pour le HCV et à 2.4% pour le VIH (Uchtenhagen, 2005).

Insuffisance de la prévention et programmes pilotes

En Suisse aussi, le monde pénitentiaire est difficilement perméable aux campagnes de prévention. D'après les renseignements obtenus, des préservatifs semblent être mis à disposition dans l'ensemble des prisons suisses.

Peu d'établissements ont cependant véritablement développé une information régulière tant pour les détenus qu'en direction du personnel pénitentiaire. Le plus souvent cette information est effectuée de manière ponctuelle et disparate. Un effort très important reste à faire pour que l'on puisse estimer que le travail de prévention effectué est à la hauteur du risque sanitaire.

Néanmoins, plusieurs programmes pilotes ont été mis en route (Hindelbank, Oberschongrün) (Dolan, 2003) et dans certains établissements des possibilités d'accès à du matériel de désinfection existent (Pöschwies) et disposent d'un certain recul (Bolli, 1997). Certains programmes ont débouché sur des décisions sanitaires à l'échelon cantonal, comme dans le canton de Berne où des programmes d'échanges de seringues sont maintenant effectifs dans tous les établissements du canton ou à Genève qui autorise ce type d'action.

A. Expérience pilote d'Hindelbank

Cet établissement pénitentiaire peut accueillir 110 femmes condamnées. Depuis longtemps confronté au problème de la consommation de drogue en raison de la très forte proportion de toxicomanes incarcérées dans cette prison, le service médical a du faire face en 1991 à une situation plus qu'alarmante: surdoses régulières et quasi hebdomadaires - plus de 50 % des détenues reconnaissant consommer régulièrement - taux de séropositivité allant croissant.

Le projet pilote

Celui-ci, débuté en juin 1994 avait pour objectifs (Hirsbrunner, 1997):

- offrir une prévention de la toxicomanie et du sida
- vérifier la faisabilité du projet de prévention dans des conditions particulières de l'exécution des peines
- s'assurer de l'acceptation du projet auprès des personnes concernées

- relever les répercussions du projet, notamment concernant la consommation de drogue, le comportement à risque et la santé des détenus
- élaborer des recommandations pour la privation de liberté en général.

Ce projet a été l'occasion de mettre en oeuvre les actions suivantes :

- **manifestations d'information**, au nombre de 80, destinées aux différents groupes linguistiques ou aux différentes sections ainsi que des séances pour le personnel, avec appel à des spécialistes externes et moyens auxiliaires techniques (vidéos)
- **consultations médicales** : possibilité de prendre rendez-vous chaque semaine chez le médecin en charge du projet (50 heures de consultations pour 370 séances), 145 prises de sang ont été effectuées pour 97 femmes
- **téléphone de détresse** mis à disposition des détenues et du personnel, peu utilisé
- matériel d'information, documents
- **distributeurs automatiques** de seringues, installés dans chacune des six sections dans un endroit discret et facile d'accès, les détenues pouvaient y échanger une seringue utilisée contre une seringue stérile, elles recevaient une fausse seringue pour faire fonctionner l'appareil. 5335 seringues ont ainsi été distribuées la première année (soit une seringue par détenue tous les six jours)
- **travail dans les sections**, discussions à l'occasion du contrôle des distributeurs
- information du public.

Ce projet a eu les conséquences suivantes:

- **la proportion des détenues consommant** régulièrement de l'héroïne et de la cocaïne en prison n'a pas changé. Le mode de consommation est également demeuré identique
- en mai 1994, 8 détenues sur 19 consommatrices de drogues ont admis avoir échangé des seringues. Une année plus tard il n'y en avait plus qu'une. Il est aussi ressorti de l'étude que l'utilisation des seringues dépendait de l'offre en drogue et du pouvoir d'achat des détenues (selon le médecin de la prison la fluctuation de la consommation tenait plus du prix de la drogue que de l'accès plus facile aux seringues)
- **la pratique des sanctions** pour consommation de drogue n'a pas changé après l'introduction du projet pilote
- les seringues n'ont pas été utilisées comme arme et il n'y a pas eu d'accident notable
- aucune détenue n'a commencé à consommer de la drogue en prison durant l'année d'expérience
- le projet a été bien accepté autant par les détenues que par le personnel de surveillance.

Recommandations formulées (Hirsbrunner, 1997) :

- **la distribution de seringues** au moyen d'appareils automatiques est adéquate et ne doit pas être obligatoirement accompagnée d'informations personnalisées et de counselling. Une note à côté de l'appareil expliquant les raisons de la distribution des seringues est suffisante. Par contre cette information doit être délivrée à l'entrée en prison
- il est important de veiller à une évacuation correcte des seringues et des aiguilles usées afin de **limiter les risques d'accident**
- il est important de **faire participer activement le personnel** du pénitencier au projet de prévention et de l'intégrer dès la phase préparatoire
- des **campagnes d'information** concernant les infections à VIH et les hépatites apparaissent indispensables compte tenu du manque de connaissance observée chez les détenues et le personnel de surveillance. L'utilisation de traducteurs doit permettre de tenir compte des barrières linguistiques
- les stratégies employées doivent être adaptées aux **fluctuations des durées de séjour**
- des **séances d'information** intégrées dans le programme quotidien de la prison assurent une meilleure participation
- l'élaboration du programme d'information doit tenir compte des **besoins spécifiques** des professionnels.

B. Essai d'Oberschongrün, projet KOST

La prison d'Oberschöngrün et la prison de Bleichenberg sont deux établissements soleurois semi-ouverts accueillant environ 75 détenus en septembre 1995, lors du début de l'étude.

Il s'agissait de mettre sur pied un programme de distribution contrôlée d'héroïne à des détenus gravement toxico-dépendants et incarcérés à plusieurs reprises pour des délits en relation avec la toxicomanie. L'étude s'est déroulée de septembre 1995 à décembre 1996 et constituait l'étude pilote d'un projet plus large (Kaufmann et coll., 1998).

Les questions soulevées initialement portaient sur :

- l'acceptation du projet par le système carcéral
- sa répercussion sur le travail en prison
- les relations thérapeutiques entre détenus et équipe médicale
- l'effet sur la santé psychologique, physique et l'intégration sociale.

Sur 28 détenus sélectionnés, 16 ont été retenus, d'un âge moyen de 29 ans et répondant aux critères suivants: âgés de plus de 20 ans, dépendants de l'héroïne depuis au moins 2 ans, ayant essuyé des échecs thérapeutiques préalables et présentant des déficits bio-psycho-sociaux accompagnant leur toxicomanie. En outre le détenu devait encore rester incarcéré 9 mois et ne devait pas être sous la menace d'une expulsion du territoire helvétique.

Dispositions cadres :

- des annonces proposaient aux détenus de s'adresser au médecin de la prison qui les retenait après examen clinique et estimation de la motivation personnelle
- une équipe de formation accompagnait le personnel
- la distribution de seringues se faisait à heures fixes dans la journée et la dose d'héroïne était décidée par le médecin
- discussion une fois par semaine avec le médecin et rencontre hebdomadaire avec le psychiatre et le travailleur social
- prises d'urines deux fois par mois au retour de congé
- pas de menace de suppression de l'héroïne en cas de problème.

Pour les détenus, l'évaluation a retenu les éléments suivants :

- absence du stress lié à la recherche de drogue, diminution des plaintes psychologiques et somatiques
- les détenus continuaient toutefois de consommer de la cocaïne et du cannabis
- il n'y a eu qu'une overdose au début du projet
- absence d'échanges de seringues
- à la sortie, sur les 8 participants au projet, 7 ont continué le programme de manière ambulatoire.

On a constaté une nette augmentation de la quantité de travail fourni, de la concentration, de la motivation et de la persévérance des détenus participant au projet. Ces estimations subjectives ont été confirmées par les gardiens qui estimaient que les détenus bénéficiant de ce programme travaillaient d'avantage que les autres toxicomanes (en recherche de drogue ou en sevrage).

Concernant le contact entre les participants à l'étude :

Il a été souligné l'importance de thérapies de groupe hebdomadaires réunissant les détenus participant au programme pour aider à la gestion des conflits.

Recommandations pour la faisabilité du projet :

Celles-ci insistent sur une planification qui respecte les besoins du pénitencier, sur la formation des différentes catégories de personnel, sur la valorisation du projet (amélioration de la capacité de travail des détenus), sur l'adhésion du personnel chargé de la mise en oeuvre directe du projet. Les objectifs principaux visant la limitation de la co-morbidité liée à la toxicomanie et non l'abstinence doivent régulièrement être rappelés.

C. *Enquête de Bâle*

Il s'agissait d'un projet pilote intitulé « *Prévention de la toxicomanie et du VIH dans les prisons bâloises* » dont l'évaluation a été confiée aux services de psychiatrie universitaires de Berne. L'équipe du projet a poursuivi avec succès un programme de prescription de méthadone per os déjà instauré dans ces prisons en complétant l'offre par un programme de prévention. La proposition de prescrire de la méthadone par voie intra-veineuse n'a pas abouti, l'installation de distributeurs de seringues ayant été refusée par les autorités (Nelles, 1997).

D. *Réalta*

Pour compléter l'expérience d'Hindelbank qui s'adressait à un établissement de détention accueillant des femmes, et évaluer si les résultats obtenus dans ce premier établissement pouvaient être transposés dans un établissement accueillant des hommes, la prison de Réalta à Cazis (Grisons) a débuté en 1997 un programme comprenant (Nelles, 1999):

- des mesures de **prévention** (préservatifs, désinfectants)
- des mesures de **traitement** (méthadone)
- une **information** large au personnel et aux détenus
- l'installation d'un **automate** à seringues.

L'établissement de Réalta accueille une centaine de détenus en régime semi-ouvert et purgeant des peines de quelques semaines à plusieurs années. Il compte environ 200 à 250 entrées par an. Après la mise en place du programme, une évaluation a permis de faire passer un questionnaire standardisé à 234 détenus sur une durée de près d'un an. Ce questionnaire était complété par une enquête auprès du personnel.

Sur la base de ce questionnaire, la **proportion de détenus infectés** par le VIH était estimée à 5.1% et ceux infectés par une hépatite B/C/D/E à environ 9%. Pendant la période d'observation 1389 seringues ont été retirées à l'automate, soit 17 par semaine. 73% des détenus qui s'injectent des drogues ont déclaré utiliser l'automate. L'échange de seringues au sein de l'établissement apparaissait considérablement réduit. La part des détenus qui consomment de l'héroïne ou de la cocaïne restait constante entre 18 et 21%, ceux qui consomment par injection représentant entre 5 à 13 % des détenus. L'instauration d'un traitement de méthadone a considérablement fait diminuer la consommation.

L'acceptation par les détenus et le personnel des mesures mises en œuvre apparaît variable, la distribution de seringues demeurant controversée, même si elle réduit le risque de contamination.

E. *Recommandations confédérales*

En 1993,

l'OFSP dans le document « Prévention du VIH en Suisse, Buts, stratégies, mesures » recommandait que

d'ici à la fin 1995,

- 95 % des détenus des prisons préventives et des établissements pénitentiaires reçoivent des **informations** sur la sexualité, les problèmes de toxicomanie et le sida
- la moitié, au moins, des prisons préventives et des établissements pénitentiaires auront organisé un **cours pour médiateurs** destiné aux groupes professionnels concernés et portant sur la prévention du sida et sur la consultation et l'encadrement des personnes vivant avec le VIH ou le sida
- les programmes suivants devront être poursuivis et plus largement diffusés dans les prisons préventives et les établissements pénitentiaires : **distribution de désinfectants pour nettoyer les seringues ; distribution de méthadone**

- les **projets pilotes** suivants devront avoir démarré dans les prisons préventives et les pénitenciers : distribution de matériel d'injection stérile; distribution et prescription de drogue diversifiées

d'ici à la fin de 1997

- il faudra **évaluer** les projets pilotes de prévention du sida avec distribution de seringues et en tirer les conséquences
- les personnes s'injectant des drogues dans les établissements pénitentiaires et les prisons préventives doivent pouvoir pratiquer une **hygiène efficace** de leurs seringues (par exemple matériel de désinfection). En outre, des préservatifs et des lubrifiants doivent être mis à disposition de sorte que chaque détenu puisse se servir en toute discrétion
- on aura abordé le thème de la solidarité aussi bien avec le personnel qu'avec les détenus, par le biais d'informations écrites ou d'entretiens
- 90% des cantons disposeront de projets prévoyant un conseil et une prise en charge favorisant l'intégration pendant l'exécution et après la libération pour les détenus dont on sait qu'ils sont infectés par le VIH ou atteints du Sida. »

Directive de l'OFSP

Le 2 mars 1998, le directeur de l'OFSP dans un courrier adressé aux présidents et aux membres de la conférence des chefs des départements cantonaux de Justice et Police, de la conférence des directeurs des affaires sanitaires, de la conférence des directeurs des établissements de détentions, recommandait « ***l'intégration de la distribution de seringues ainsi que le libre accès aux préservatifs dans l'ensemble des établissements tout en respectant néanmoins les conditions particulières régnant dans chacun de ceux-ci*** » en s'appuyant sur les résultats encourageants des différents projets décrits plus haut.

Malgré toutes ces incitations, les recommandations formulées en 1993 sont encore loin d'être mises en pratique dans l'ensemble des établissements pénitentiaires pour de multiples raisons, associant les difficultés propres au milieu pénitentiaire lui-même, les réticences du personnel concerné, la variabilité des politiques cantonales, l'insuffisance des moyens et le sentiment d'une contradiction fondamentale entre ce qu'implique le respect des objectifs poursuivis par une prévention efficace et la mission première de l'institution pénitentiaire.

En ce qui concerne la prévention de l'hépatite et en particulier les tests de l'hépatite B, les stratégies et préventions définies par l'OFSP de manière générale devraient s'appliquer plus spécifiquement en milieu carcéral. En effet, on peut considérer que la population carcérale, en elle-même, constitue un groupe à risque en soi. La seule vaccination sélective des sujets appartenant à des groupes à risque plus restreints apparaît dans les recommandations confédérales une stratégie dont l'impact sur la santé publique reste limité (Kammerlander, 1998).

Il apparaît donc « ***que les stratégies de vaccination sélectives et généralisées sont complémentaires et offrent une approche optimale de protection individuelle et de protection de la population*** ». En ce sens, la vaccination contre l'hépatite B en milieu carcéral s'inscrit dans l'ensemble des stratégies de vaccination telles qu'elles sont définies par l'OFSP de même que toutes les autres mesures de prévention des maladies transmissibles par le sang et autres liquides biologiques (Zimmermann, 1998).

Evaluation qualitative de l'offre d'aide et de prévention

Le dernier travail répondant à une démarche évaluative et débouchant sur des recommandations a été effectué de 1997 à 2000 et a consisté à évaluer qualitativement les offres d'aide, de prévention et de traitement aux détenus toxicodépendants dans deux établissements, en Suisse Romande et en Suisse alémanique (Karger, 2000). Cette étude concluait à la nécessité de reconnaître l'importance des infections en milieu pénitentiaire, de définir des normes claires et de bénéficier du soutien des instances politiques responsables. Elle formulait, en outre les recommandations suivantes :

- **Intensifier la prophylaxie** dans les établissements pénitentiaires

- **Proposer des formations** continues aux collaborateurs et les impliquer plus fortement dans les mesures préventives
- **Renforcer** les formes de communication interactives
- **Faciliter l'accès** au service médical
- Garantir et/ou rendre transparente la **protection du secret médical**
- **Supprimer les sanctions** « handicapantes » ou discriminantes (concernant les relations homosexuelles, par exemple)
- **Aborder les thèmes de la violence** et des relations sexuelles en prison en engageant des médiateurs
- Créer un réseau de **collaboration régulière avec les professionnels** externes.

Depuis lors, l'OFSP n'a pas émis de recommandation particulière dans ce domaine particulier ni n'a suscité de campagne spécifique.

IV. Situation dans les prisons du canton de Vaud

En 2002, le canton de Vaud a eu la charge de 1941 détenus répartis sur plusieurs sites pénitentiaires et subissant des régimes d'incarcération différents. Ces détenus ont subi 2385 séjours dans les différents établissements pénitentiaires. Il arrive souvent, en effet, qu'un détenu change de prison ou soit libéré puis réincarcéré. Le nombre de 1941 correspond ainsi au nombre effectif d'individus pris en charge (tableau n°1).

A. Organisation des soins

Le Service de Médecine et de Psychiatrie Pénitentiaires (SMPP) du canton de Vaud est rattaché au Département de Psychiatrie du Centre Hospitalier Universitaire Vaudois (CHUV). Il est indépendant des autorités pénitentiaires. Il regroupe les services médicaux des prisons en une seule équipe répartie sur les 5 prisons du canton.

Ces 5 prisons accueillent environ 500 détenues et détenus (ce chiffre correspond à ce qui pouvait être constaté au moment de l'enquête, il est maintenant plus proche de 600) incarcérés sous différents régimes (exécution de peine: réclusion et emprisonnement, détention préventive, arrêts, semi-liberté).

Les établissements sont de tailles variables, allant de 30 à 250 détenus. :

- **Etablissements de la Plaine de l'Orbe** (Colonie et Bochuz), exécution de peine
- **Prison de la Croisée**, détention préventive
- **Prison du Bois-Mermet**, détention préventive
- **Prison de la Tuilière**, accueille des femmes en détention préventive et en exécution de peine et des hommes en détention préventive
- **Prison de Vevey**, arrêts (fermé depuis novembre 2004).

Certains établissements ont aussi une mission concordataire et accueillent, de ce fait, des détenus provenant de tous les cantons romands. Les prisons du canton de Vaud permettent ainsi d'étudier la situation infectiologique des détenus en tenant compte des différents régimes qui peuvent être rencontrés en milieu pénitentiaire.

La dynamique créée par la mise en route d'un service médical unique en 1995 a permis aussi d'esquisser une politique de prévention permettant une certaine unité dans les différents sites pénitentiaires. Ceci facilitera à l'avenir la création et l'évaluation d'un modèle dans les domaines de l'information et de la formation.

B. Eléments statistiques (Canton de Vaud, SMPP)

Les données statistiques sont recueillies par le Service de Médecine et de Psychiatrie Pénitentiaires (SMPP) lors de l'entrée et du suivi de chaque détenu. Ces données sont collectées par les infirmiers du service qui remplissent un document spécifique pour chaque détenu. Elles sont complétées par certaines données du dossier médical relevées à la sortie du détenu ou en fin d'année (diagnostic, prise en charge psychiatrique, etc.).

Le tableau n°1 donne quelques éléments généraux sur la population carcérale du canton de Vaud au sein de ces différents établissements. Il indique que près de 75% des détenus sont d'origine étrangère. Une grande partie de ceux-ci provient de régions où les hépatites virales sont endémiques (Afrique, notamment).

Le tableau n°2 donne des éléments sur l'évolution de l'activité médicale du SMPP au cours des années 1997 à 2003

On constate que pendant les 7 années concernées par le relevé statistique, la population pénale vaudoise est restée relativement stable, ce qui s'est répercuté sur l'activité médicale somatique qui se

répartit entre consultations médicales et infirmières, consultations externes, hospitalisation, dépistage de la tuberculose. L'activité de prévention (pharmacies personnelles) a, pour sa part, augmenté régulièrement (cf. plus loin). A noter que cette stabilité a été démentie par l'évolution récente puisqu'en 2004, les établissements pénitentiaires vaudois ont enregistré 2934 séjours.

Toxicodépendance

Les données statistiques indiquent que, pendant l'année de l'enquête (2002), un **quart des détenus environ (492 sur 1941), sont toxicodépendants** (cf. tableau n°1). Le diagnostic de toxicodépendance mentionné dans ces statistiques repose essentiellement sur les déclarations du détenu à ce sujet. Cette déclaration donne une idée plus précise de l'importance du phénomène que la seule étude des dossiers médicaux.

En effet, tous les détenus sont rencontrés par les infirmiers lors de leur entrée en prison, alors qu'ils ne bénéficient pas tous d'une consultation médicale (détenus se déclarant en bonne santé et donc ne nécessitant pas une visite médicale rapide et/ou sortant trop vite de prison pour bénéficier de la consultation médicale systématique d'entrée ou refusant celle-ci).

A noter que pendant l'année 2002, le nombre de traitements de sevrages prodigués par les services médicaux (49) était très nettement inférieur à celui des années précédentes. En 2003 ce nombre est de nouveau en augmentation (79). Par contre, le nombre de traitement de substitution est resté relativement stable, autour de 120, jusqu'en 2003 où il a augmenté pour concerner 157 personnes.

Prévalence du VIH (tableaux n°1 et n°3)

Il existe un écart entre les deux tableaux concernant le nombre de sujets repérés comme porteurs de VIH :

- **Le premier tableau (tableau n°1) concerne tous les détenus incarcérés** dans les prisons vaudoises. Si l'on additionne les porteurs de VIH repérés dans chacune des prisons on obtient le nombre de 51. Le nombre de 38 mentionné dans le tableau est obtenu après repérage des détenus incarcérés plusieurs fois ou dans plusieurs prisons successives et qui ne sont donc plus comptés qu'une seule fois.
- **Le second tableau (tableau n°3) ne concerne que les détenus ayant été rencontrés dans le cadre des consultations médicales et fait état seulement de 31 sujets suivis pour une séropositivité à VIH en 2002.** En effet, si la quasi-totalité des détenus est examinée dans le cadre d'une consultation infirmière lors de l'incarcération, comme indiqué plus haut tous ne bénéficient pas d'une visite médicale. De plus ce relevé ne peut pas éviter de compter plusieurs fois ceux qui effectuent plusieurs séjours successifs ou dans plusieurs prisons.

L'évolution sur 8 ans dans deux prisons pour lesquelles nous disposons de chiffres réguliers sur une longue période (prison de Lonay et Bois-Mermet), indique que le nombre de patients repérés comme porteurs du VIH était de 13 sur 1216 entrées en 1994 (1,06%), et passe à 23 sur 1106 entrées (2%) en 2002.

On pourrait en déduire une **relative stabilité en matière de VIH** indiquant une prévalence faible (autour de 2%) qui rejoint le constat mentionné plus haut dans d'autres prisons suisses.

Prévalence de l'hépatite (tableau n°3)

Celle-ci est déterminée à partir des diagnostics figurant dans les dossiers médicaux, un premier relevé diagnostique global effectué de 1997 à 2002 indique un **accroissement régulier des sujets présentant une hépatite C** :

Le nombre de cas est manifestement sous évalué par le simple fait que le dépistage sérologique n'est pas systématique. Il reste néanmoins important et préoccupant et témoignant d'une prévalence de 4% si l'on considère l'ensemble des détenus et de 6% si l'on ne considère que les détenus ayant bénéficié d'une consultation médicale.

Ces différents éléments statistiques ont servi de base de comparaison pour un certain nombre de résultats de notre étude.

Tableau n°1 : Population des prisons vaudoises pendant l'année de l'enquête (2002)*						
(Incluant les détenus présents au 01.01.2002 et les détenus entrants dans l'année)						
	Lonay	Croisée	Bois-Mermet	EPO	Vevey	TOTAL
	312	715	794	364	200	1941
NATIONALITES						
Suisse	95	129	168	101	85	474
Europe (Suisse non comprise)	120	313	360	170	69	852
Amériques	37	29	33	11	5	98
Asie	22	39	42	27	5	105
Afrique	38	205	191	55	36	412
NOMBRE DE TOXICOMANES						
Hommes	31	280	149	97	50	450
Femmes	46					42
Total	77	280	149	97	50	492
Nombre de détenus repérés VIH+	10	13	13	10	5	38
en % de la population pénale	3.20 %	1.81 %	1.63 %	2.74 %	2.5 %	1.95 %
DETENUS AYANT BENEFICIE D'UN TRAITEMENT DE SEVRAGE (AVEC PRESCRIPTION DE MEDICAMENTS)	13	31	18	3	1	49
PATIENTS SOUS METHADONE (POURSUITE DE CURE OU SEVRAGE DEGRESSIF)	30	55	38	19	22	121

* A noter qu'un détenu peut avoir été incarcéré à plusieurs reprises dans l'année ou avoir été admis dans plusieurs établissements successifs ce qui explique que le nombre d'individus figurant au total soit inférieur à la somme des différentes colonnes. En ce qui concerne le nombre global de séjours, si l'on ne tient pas compte des doublons, il se situe comme indiqué sur le tableau n°2 à 2385 détenus .

Tableau n°2

Prisons vaudoises : évolution des prestations fournies par le SMPP entre 1997 et 2003

Nombre de	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
Détenus présents en cours d'année	2381	2452	2509	2330	2422	2385	2568
Entrées dans l'année	1837	2016	1946	1784	1899	1902	2088
Détenus ayant bénéficié d'une visite d'entrée	1334	1461	1378	1214	1148	1229	1273
Détenus n'ayant pas bénéficié d'une visite d'entrée*	1045	878	1131	1116	1274	949	1294
Détenus ayant bénéficié d'au moins une consultation médicale en cours d'année					1453	1510	1553
Consultations de médecins généralistes ou internistes	4083	4358	3667	3543	3192	3430	3452
Consultations et orientations infirmières	12600	10569	9024	8585	10510	12104	15590
Consultations externes	389	268	533	537	524	494	491
Hospitalisations	94	59	55	57	56	58	48
Radiographies pulmonaires d'entrée	588	538	534	462	510	558	453
Pharmacies personnelles distribuées	598	634	611	982	1161	1480	1677

* Motifs : détenus sortis trop vite, refus de visite médicale d'entrée ou visite médicale d'entrée déjà effectuée l'année précédente

Tableau n° 3 : Maladies infectieuses

Evolutions des statistiques établies à partir des dossiers médicaux de 1997 à 2002

Codes CIM		1997	1998	1999	2000	2001	2002
B 16	Hépatite B (aiguë dès 2001)	13	13	24	32	4	1
B 17	Autres hépatites virales aiguës (hépatite C)					1	2
B 18	Hépatite B chronique	14	13	23	29	43	47
B 18.2	Hépatite C chronique	41	48	49	79	101	97
B 19	Hépatite (non précisé)	29	51	21	12	15	5
B 20-B 24	Maladies dues au VIH					7	13
Z 21	Infection asymptomatique par le VIH	21	20	21	37	22	31

C. Actions de prévention

1. Objectifs

Les actions de prévention actuelles reposent sur les objectifs définis par les médecins du SMPP et trouvent leur point de départ dans la recommandation du groupe de travail cantonal de coordination en matière de drogue qui soulignait la nécessité « **accentuer les actions de prévention et de traitement des maladies infectieuses en milieu pénitentiaire** » (Rapport Bonnard -Jaton du 14 juin 1994).

Le groupe de travail recommandait entre autres « *que de l'eau de Javel diluée ou tout autre produit de désinfection valide soit distribué aux détenus et que ceux-ci soient rendus attentifs à la nécessité de désinfecter au moyen de ce produit tout objet susceptible d'intervenir dans la propagation des maladies.* »

Un document précisant ces objectifs a, par la suite, été approuvé par la commission cantonale pour la prévention et la lutte contre la toxicomanie dans un courrier du 3 octobre 1997 et précisait les choix effectués dans le cadre défini par les autorités cantonales et accepté par le service pénitentiaire.

Ce document rappelait que la recommandation des autorités en matière de prévention n'était pas encore appliquée en raison de la difficulté à articuler ce type de politique entre cinq sites pénitentiaires qui connaissent des réalités différentes et des moyens limités :

« Rappelons que la situation varie considérablement d'une prison à l'autre en raison de la variété des régimes de détention, de l'architecture de la prison, des prises en charges dont peuvent bénéficier les détenus.(...) Sera proposée la distribution du kit de prévention mis à disposition depuis cinq ans à la prison de Pöschwies (Regensdorf); l'expérience du Dr Bolli (médecin chef de ce pénitencier) dans ce domaine apparaît probante.

Les kits sont proposés lors de l'entretien médical d'entrée et contiennent:

- **un flacon de solution antiseptique (Jodoplex®)**
- **des tampons de cellulose**
- **de la pommade Vita-Merfen®**
- **des pansements rapides**
- **des préservatifs**
- **un dépliant explicatif en 9 langues.**

2. Moyens et déroulement

La prévention mise en oeuvre dans le cadre de cette étude s'inscrit dans le respect des objectifs définis au paragraphe précédent. Le financement apporté par l'OFSP et la concomitance avec l'étude épidémiologique pilote ont permis de mettre en place une démarche systématique inscrivant la prévention dans une perspective plus active, mieux perçue par le milieu pénitentiaire et s'inscrivant pour un certain nombre d'aspects dans la durée.

Distribution de pharmacies personnelles

Afin d'éviter une perte de temps et de renouveler des investigations peu satisfaisantes quant à l'efficacité comparée d'un produit de désinfection par rapport à l'autre, il a été décidé, dans un premier temps, d'utiliser des pharmacies personnelles identiques à celles utilisées à la prison de Pöschwies depuis 1991 (Bolli, 1997). Le désinfectant proposé (Jodoplex) a, outre son efficacité, l'intérêt d'être très faiblement toxique, à la différence de l'eau de Javel.

Les pharmacies personnelles ont d'abord été achetées prêtes à l'emploi aux ateliers de cet établissement pénitentiaire. Par la suite un certain nombre de constituants (Vita-Merfen[®], etc.) ont été achetés directement auprès des fabricants. Le conditionnement final étant assuré par un atelier de la prison de la Croisée (ex-MAP).

La distribution systématique a ainsi pu débiter :

- en janvier 1997 au Bois-Mermet
- en juin 1997 aux EPO
- en janvier 1998 à la prison de la Tuilière
- en septembre 1999 à La Croisée
- en février 2000 à la prison de Vevey.

La démarche adoptée a respecté pour chaque site les étapes suivantes :

- information de la direction de l'établissement (surveillants chefs, notamment)
- formation des équipes soignantes
- information des surveillants par petits groupes
- mise en oeuvre à l'occasion de la visite infirmière d'entrée ou lors de la première visite médicale
- information des détenus dans les ateliers pendant la période de mise en oeuvre (au Bois-Mermet et à la prison de la Tuilière).

3. Formation du personnel soignant

Soutien

En 1997 et 1998, soit pendant la période initiale de la démarche, la formation des équipes soignantes a été assurée par Mme le Dr Ruedi-Bettex, de Pro Familia. Celle-ci a aussi participé à toutes les **séances d'information aux surveillants**. La présence d'un praticien rompu à la formation et à la sensibilisation des personnes confrontées au VIH a été d'une aide précieuse et a permis d'aborder plus facilement, et de manière plus large, les problématiques suscitées par cette démarche de prévention. Cet accompagnement attentif de la mise en oeuvre a permis d'intégrer de manière suffisamment harmonieuse les pratiques de prévention à la culture carcérale vaudoise et de les étendre sans difficulté à l'ensemble des sites concernés lorsque les ressources du SMPP l'ont permis. L'introduction des kits à La Croisée et à Vevey a donc pu se faire de manière plus autonome, et le rôle de Mme le Dr Ruedi-Bettex s'est alors davantage apparenté à celui d'un soutien extérieur, de référent disponible, plutôt qu'à celui d'un acteur toujours présent.

Rencontres

Dans les sites du Bois-Mermet, des EPO et de La Tuilière, une ou plusieurs rencontres ont été organisées entre l'équipe infirmière et Mme Ruedi-Bettex pour évoquer toutes les questions que pouvait poser une telle distribution et préparer le contenu des entretiens de prévention. A noter que plusieurs infirmières ont aussi suivi des séminaires de formation plus approfondis. A La Croisée et à Vevey, les ressources du SMPP ont permis de soutenir les équipes dans cette démarche. Des contacts plus ponctuels ont eu lieu avec Mme Ruedi-Bettex.

Schématiquement trois aspects étaient évoqués lors de ces séances :

- réactions des infirmiers face à cette pharmacie personnelle
- mode de présentation aux détenus
- prévention des résistances du personnel de surveillance.

Réactions

1. **Réticences** de certains vis-à-vis du dessin de seringues, trop explicites dans le mode d'emploi
2. **Plusieurs soulignent la contradiction** avec les règles de l'institution pénitentiaire, et la réticence de quelques membres du personnel médical qui voyaient dans cette distribution l'ouverture à une distribution large des seringues

3. D'autres manifestent le souci d'une **évaluation** qui indiquerait comment et pourquoi, les gens utilisent ce matériel
4. Certains craignent le **risque qu'une surveillance accrue** des détenus soit mise en place si le personnel de surveillance se rend compte de l'utilisation du contenu et augmente la fréquence des fouilles en conséquence
5. D'autres exprimaient leur **scepticisme** en relevant qu'une telle distribution pourrait donner bonne conscience en appliquant une approche minimale et avoir ainsi un effet de leurre. La nécessité d'un certain réalisme quant à la portée de l'action entreprise a été soulignée par d'autres qui relèvent dans tous les cas la dimension autodestructrice des conduites toxicomaniaques.

La présentation de la pharmacie

Celle-ci doit respecter les points suivants :

1. nécessité d'insister sur un **message initial de prévention** des infections en soulignant que cette pharmacie personnelle est distribuée à tous les détenus sans aucune discrimination
2. être effectuée **à l'occasion de l'entretien infirmier** d'entrée dans la prison. Cet entretien survient dans la majorité des cas dans les 24 heures suivant l'incarcération. Il est par contre évident qu'il s'intègre mal dans une situation d'entrée d'urgence. Finalement, il a été recommandé d'effectuer cet entretien de prévention le plus rapidement possible en fonction de la situation
3. ne pas omettre de **rappeler les règles d'interdit de consommation de drogue** et des sanctions existantes dans le milieu carcéral
4. insister sur un **message général de prévention** allant au-delà de la situation particulière du détenu et pouvant s'appliquer aussi à toutes les situations de la vie extérieure
5. dans un **2^{ème} temps, préciser le contenu de la boîte** en détaillant l'utilité de chacun des composants
6. enfin, fournir une **explication sur le schéma représentant la manière de désinfecter** une seringue
7. le **caractère personnel et individuel de la pharmacie** distribuée permet au détenu de l'emporter avec lui lors d'un congé ou lors de sa sortie de prison. Cela lui permet aussi de mieux accepter le préservatif (dont il récuse le plus souvent l'utilité en milieu carcéral). Il lui est aussi précisé qu'en cas de retour de congé une boîte neuve lui sera donnée pour éviter que cette pharmacie ne serve à transporter des produits illicites
8. le détenu est aussi informé que **la pharmacie peut-être fouillée** à tout moment par les surveillants et que son contenu doit rester conforme au descriptif inscrit sur l'emballage
9. certains éléments plus précis devaient être mentionnés en particulier **la très faible toxicité** du produit désinfectant utilisé
10. enfin, il est rappelé que chacun peut venir demander confidentiellement le **renouvellement** du matériel de désinfection utilisé. Celui-ci est à sa disposition dans chaque infirmerie.

4. Information des surveillants

Dans la phase initiale

Pour le Bois-Mermet, les EPO et La Tuilière, celle-ci a toujours respecté la même démarche :

- **planification** des séances avec les surveillants-chefs
- organisation de **séances suffisamment nombreuses** pour éviter des groupes trop importants qui rendraient la discussion plus difficile
- présence à chacune des séances **d'au moins un infirmier et un médecin** du SMPP ainsi que de Madame Ruedi-Bettex (pendant la période de la phase pilote)
- la séance elle-même débute en règle générale par une introduction effectuée par le médecin du SMPP présent à la séance qui situe le **contexte de l'étude** et rappelle la pratique du SMPP dans ce domaine. Dans un second temps l'infirmier présent **décrit le contenu** de la pharmacie personnelle. Enfin, à l'occasion de la discussion qui s'instaure après cette présentation, différents éléments d'informations concernant la transmission des maladies infectieuses et en particulier du VIH et des hépatites sont apportés. A ce propos, on insiste sur un certain nombre d'aspects que doit respecter toute démarche de prévention en milieu carcéral (accessibilité facile et continue à des gants, respect des règles d'hygiène, modalité de désinfection d'urgence, etc.).

Ont été organisées ainsi :

- cinq réunions à la prison du Bois-Mermet en janvier 1997
- six réunions aux Etablissements de la Plaine de l'Orbe en avril et mai 1997
- cinq réunions à la prison de la Tuilière en janvier 1998

Introduction dans les autres prisons

Au moment de leur introduction à la prison de la Croisée et à Vevey, les kits étaient déjà bien intégrés au paysage carcéral vaudois. Les surveillants passent souvent d'un établissement à l'autre au cours de leur carrière, et nombre de ceux qui étaient alors en poste dans ces deux prisons avaient déjà eu auparavant l'occasion de se familiariser avec les kits dans d'autres sites.

Dès lors, la distribution a pu être initiée selon les procédures habituelles propres au fonctionnement des équipes pénitentiaires : le service médical a d'abord informé les directions carcérales du projet, puis, avec leur aval, a rencontré les surveillants chefs concernés. Ceux-ci ont, à leur tour, informé les équipes de sécurité, le plus souvent en présence d'un ou de plusieurs membres du service médical. Parallèlement à l'introduction de cette prestation, les surveillants qui en ressentaient le besoin ont pu poser leurs questions aux équipes infirmières lors des contacts quotidiens qu'ils entretiennent avec celles-ci.

Poursuite de l'information dans le quotidien de l'institution

Des rencontres régulières entre surveillants et soignants, permettant aux premiers de questionner les seconds sur les problèmes de santé en prison, se sont, par ailleurs, développées au cours des dernières années. De manière similaire, le service médical est régulièrement invité à présenter sa structure et ses prestations dans le cadre des programmes d'accueil organisés par les directions des prisons à l'intention des nouveaux surveillants. Les questions liées à la distribution des kits de prévention sont alors régulièrement abordées.

Grâce à ces réunions, le personnel de surveillance des établissements peut être sensibilisé à la dimension de la prévention et exprimer son sentiment sur la question. Compte tenu du fort taux de renouvellement du personnel pénitentiaire, il est important d'être attentif à la poursuite de telles rencontres pour conserver un niveau d'information adéquat.

Depuis 1998, la surveillance de la santé du personnel pénitentiaire est assurée par **l'Institut de Santé au Travail** (IST) ce qui a permis de relayer un certain nombre d'informations, notamment à l'occasion d'événements laissant craindre le risque d'une éventuelle contamination. Ces dernières années, l'IST a étoffé ses actions de prévention et d'information en direction du personnel pénitentiaire, en fournissant une information systématique lors de l'embauche des surveillants et en proposant des rencontres régulières d'information sur différentes thématiques sanitaires et, en particulier, les maladies infectieuses.

Un certain nombre de questions reviennent de manière régulière dans les différentes discussions et présentations :

- ***La question du secret médical*** revient très régulièrement et de manière insistante. Elle traduit l'inquiétude récurrente des surveillants qui ont toujours le sentiment que le service médical leur cache les informations qui permettraient de se protéger avec plus d'efficacité. Les discussions ont été l'occasion de rappeler le caractère intangible du secret médical tout en signalant que le **devoir de protection sanitaire** du service médical s'appliquait autant au personnel de surveillance qu'aux détenus et qu'en ce sens le personnel médical de l'établissement est conscient de sa mission.
- Des interrogations sur la ***transmission de la tuberculose*** reviennent de manière récurrente, certains surveillants ayant été marqués par des cas de contaminations survenues il y a quelques années et craignant toujours une exposition à un risque dissimulé sous couvert du secret médical

- Ces remarques sur la tuberculose s'accompagnent de très nombreuses **préoccupations générales sur la santé au travail**, l'hygiène individuelle, le manque de respect des précautions sanitaires, etc.
- D'autres questions se sont intéressées au **coût de la campagne de prévention** et au **sentiment de déresponsabilisation** que peut amener chez le détenu le fait de distribuer gratuitement ce matériel de désinfection. Certains surveillants signalent qu'à l'extérieur les détenus auraient dû payer cette boîte avec leur propre argent
- Si, souvent, les surveillants ont le sentiment de disposer d'une information déjà assez complète, l'information apportée à cette occasion sur les voies de transmission des virus, les précautions à prendre, etc. ont été généralement bien reçues. Les surveillants ont déjà bénéficié par le passé d'un certain nombre d'informations, à la faveur des cours de formation du personnel pénitentiaire notamment. Les séances viennent donc surtout **réactualiser des connaissances**
- Dans un certain nombre de séances a été évoquée la **différence entre la prévention proposée à l'extérieur de la prison et celle proposée à l'intérieur des murs**. Plusieurs ont ainsi mentionné leurs interrogations quant à l'accès à des seringues stériles
- Globalement, l'accueil a été positif, de nombreuses questions pratiques ont été évoquées. Les surveillants apparaissent satisfaits de pouvoir eux aussi disposer de ce matériel de première nécessité et soulagés aussi de ne pas être en première ligne dans cette démarche.

Actuellement, l'information des surveillants est donc principalement effectuée suivant plusieurs modalités :

- lors de la prise en charge effectuée dans le cadre des visites de santé au travail effectuées par les praticiens de l'Institut de Santé au Travail
- lors d'information effectuées à l'occasion de chaque incident posant la question d'un risque infectieux
- lors d'échanges quotidiens, formels et informels, entre service de surveillance et service médical.

La mise en œuvre pratique de l'enquête épidémiologique a permis de nouveaux échanges d'information et une sensibilisation accrue.

Une information toujours insuffisante

Malgré toutes ces démarches, l'information du personnel de surveillance reste toujours insuffisante, compte tenu du renouvellement important du personnel, des idées erronées circulant dans le milieu pénitentiaire au sujet du risque infectieux et des craintes existant en permanence. Ce déficit d'information et d'échange est régulièrement source de tensions ou de malentendus. Néanmoins, ceux-ci n'ont jamais amené le service de surveillance à s'opposer à la distribution et l'utilisation de ce matériel de prévention.

5. Information des détenus et distribution des pharmacies personnelles

Difficultés et constats

Une des difficultés principales a résidé dans la présentation de cette pharmacie personnelle à des détenus **ne parlant pas français** ou étant de **culture les autorisant difficilement à évoquer leur sexualité**.

Le tabou entourant l'homosexualité masculine en milieu pénitentiaire est aussi une source de résistances importante vis à vis de la distribution des préservatifs qui sont souvent refusés, les détenus se montrant particulièrement vexés que l'on puisse envisager cette éventualité.

Si les détenus semblent relativement bien au courant des modes de contamination liés au VIH, les hépatites sont, par contre, beaucoup moins bien connues. Les modes de contamination et les différences entre les différentes variétés d'hépatites étant pratiquement inconnues.

Distribution

Lors de la mise en oeuvre des actions de prévention, **2 modes de distribution** ont été adoptés :

- **En groupe** : ce mode de distribution a été adopté lors de la mise en route pour éviter d'avoir à effectuer un trop grand nombre d'entretiens individuels et permettre que l'introduction de ces pharmacies bénéficie du maximum de simultanéité. Les groupes ont été constitués en fonction des différents ateliers existant (au Bois Mermet : buanderie, cuisine, entretien, etc.) ce qui permettait une meilleure dynamique de groupe les détenus se connaissant et ayant déjà l'habitude d'échanger entre eux. Ceci permettait aussi d'atténuer les difficultés liées à la langue, les détenus effectuant eux - même la traduction nécessaire à la bonne compréhension du message. Les questions et discussions portaient principalement sur des demandes de précision par rapport aux hépatites, des réflexions par rapport à l'usage des préservatifs. L'accueil était globalement satisfaisant.
- **Individuellement** : soit au service médical lors d'un entretien d'admission, soit à l'occasion d'une visite effectuée par l'infirmier, cellule par cellule en restant dans la confidentialité. L'accueil est globalement satisfaisant, suscitant moins de questions que lors des séances de groupe. Outre les aspects préventifs les détenus semblent apprécier la possibilité de pouvoir effectuer eux - même de petits soins (pansements) sans avoir à demander le matériel nécessaire.

Nombre de pharmacies distribuées

Celui-ci reste approximatif en raison de la difficulté à comptabiliser le renouvellement de certains produits. Le tableau n°4 indique le nombre de pharmacies distribuées chaque année depuis la mise en route dans chacun des établissements. Les fluctuations du nombre de pharmacies distribuées par établissement peuvent être induites par une surcharge de travail (surpopulation carcérale ou manque de personnel), qui ont pu amener les équipes à suspendre momentanément la distribution. L'expérience nous montre cependant que l'impact de ces fluctuations diminue avec les années, comme si cette prestation intégrait petit à petit la catégorie de celles qui sont les plus indispensables. Le tableau n°4 montre également que le nombre de pharmacies distribuées augmente régulièrement d'année en année.

Dans la mesure où le nombre d'entrées dans les prisons vaudoises n'a pas augmenté dans les mêmes proportions (allant de 2381 en 1997 à 2568 en 2003), nous pouvons constater que la **proportion des détenus bénéficiant de cette prestation de prévention augmente régulièrement** (tableau n°4).

Tableau n°4						
Distribution des kits de prévention par année et par site						
Année	Vevey	La Tuilière	La Croisée	Bois-Mermet	Etablissements de la Plaine de l'Orbe*	TOTAL
1997				450	148	598
1998		250		204	180	634
1999		128	146	116	220	610
2000	28	157	444	208	145	982
2001	73	170	498	285	135	1161
2002	124	166	563	502	125	1480
2003	181	168	647	528	153	1677

* Prison de Bochuz et de La Colonie

Durée et moment de l'information et de la distribution

La prestation de distribution et d'information à chaque patient implique idéalement une durée de quinze à vingt minutes. Une information bien faite prend du temps. Lorsque les entrées sont plus nombreuses, ce temps est malheureusement souvent réduit.

Après quelques mois, il est finalement apparu que le moment le plus propice n'est pas systématiquement la visite d'entrée effectuée par les infirmiers et infirmières. Suivant des critères aussi variés que la topographie des lieux, la composition des équipes soignantes ou le taux d'occupation des prisons, il peut s'avérer que les conditions les meilleures sont réunies pendant le premier entretien médical. Une telle information ne peut se faire de manière satisfaisante dans des conditions de précipitation, de surcharge, de manque de confidentialité ou dans des locaux inadaptés.

Le renouvellement des produits est possible en tout temps en s'adressant au service médical mais il est peu sollicité. A noter qu'une boîte neuve est systématiquement distribuée lors du retour de congé ou lors d'un changement de prison.

6. Bilan : critiques, développements, etc.

Cette distribution est à situer dans le cadre de l'activité médicale globale du SMPP qui accorde une place importante aux activités de prévention (notamment par le biais du dépistage radiographique systématique de la tuberculose). Le service médical est un interlocuteur reconnu par les détenus et le personnel pénitentiaire, notamment pour son indépendance et son respect de la confidentialité, ce qui facilite l'établissement d'une relation de confiance et permet de donner suite de manière satisfaisante aux différents besoins sanitaires qui peuvent apparaître au cours de ces entretiens.

La prévention proposée dans un tel contexte a fait l'objet d'une **bonne acceptabilité** tant de la part des détenus que du personnel de surveillance. Les détenus apparaissant sensibles à « l'effet cadeau » que peut constituer la remise de cette pharmacie ce qui les incite à s'y intéresser.

A relever que si l'usage détourné de ces pharmacies (boîtes découpées, sparadrap faisant office de scotch, etc.) n'est pas rare, l'utilisation des produits à d'autres fins que la désinfection n'a pas été rapportée. Notamment aucun tentamen n'a été signalé.

Les critiques formulées sont de plusieurs ordres :

- **Qualité de la protection** proposée aux détenus : la pharmacie personnelle ne garantit pas une véritable stérilisation des objets utilisés et ne permet qu'une simple désinfection qui pour être efficace doit respecter un certain nombre d'opérations suivant le schéma accompagnant le dépliant. Si celles-ci ne sont pas effectuées correctement une fausse sécurité peut exister.
- **Difficulté pour les soignants à disposer du temps nécessaire** à une information personnalisée pour chaque détenu lors de l'entrée. L'activité de prévention est vite rejetée au second plan lorsque l'activité du service médical augmente et que les soins à caractère urgent ou indispensable sont plus nombreux. Ce constat posait la question de la création de **postes de soignants spécifiquement dévolus à cette activité**. L'importance d'une action véritablement spécialisée dans ce domaine était par ailleurs mise en évidence à l'occasion de plusieurs discussions au sein des équipes médicales où il apparaissait que même si les médecins sont bien conscients de leur rôle dans ce domaine ils abordent moins spontanément cet aspect dans leurs consultations. Grâce au soutien de la *Commission cantonale pour la prévention et la lutte contre la toxicomanie*, un poste à 50% d'infirmière de prévention a pu être créé en 2003, malheureusement pour une durée limitée dans le temps.
- **Difficultés linguistiques et culturelles**, notamment lors de la distribution de préservatifs. Une difficulté supplémentaire réside dans la féminisation du personnel soignant. La perception de la femme par certains détenus rend souvent difficile l'abord de problématiques liées à la sexualité.

La tendance à la médicalisation du quotidien de la prison est aussi relevée. Certains estiment que la distribution de cette pharmacie a été la source de demandes plus fréquentes vis à vis du service médical.

L'insuffisance des connaissances en matière d'hépatite rend nécessaire la mise à disposition de supports informatifs en tenant compte du fait cependant que les dépliants distribués sont la plupart du temps peu lus (cf. résultats de l'étude plus loin).

L'importance des conduites à risques mises en évidence dans notre étude rend sûrement compte de l'insuffisance des démarches de prévention décrites plus haut. Celles-ci devront donc être développées, mieux ciblées et être constamment réévaluées .

D. Prise en charge des patients toxicodépendants

Celle-ci a été, en premier lieu, définie dans un rapport remis en 1997 aux autorités du canton de Vaud définissant les bases du traitement, de la prévention et les axes de recherche dans ce domaine. Elle a été, depuis, l'objet d'un certain nombre d'évolutions (Benmebarek, 2004)

1. Philosophie générale

a) Détention préventive

L'entretien systématique du détenu entrant en prison avec un membre de l'équipe infirmière permet de dresser un **premier bilan**. Dès celui-ci, un traitement peut être mis en route pour prévenir la survenue d'un état de manque ou permettre la poursuite d'une cure de substitution.

Sevrage

En l'absence d'un traitement de substitution documenté avant la détention, le détenu reçoit, si besoin, un **traitement de sevrage** adapté selon les normes médicales en vigueur dans la division d'abus de substance du CHUV et les possibilités effectives de suivi.

Il peut, mais plus rarement, bénéficier de l'instauration d'un **traitement de substitution** pour autant, en général, que des possibilités de suivi extérieur existent après l'incarcération ce qui pose la question de la prise en charge de détenus, théoriquement, expulsés au sortir de leur détention ou n'ayant qu'un accès précaire aux structures de soin.

Continuité thérapeutique

Pour éviter la mise en circulation dans la prison d'un nombre trop important de produits psychotropes, souvent utilisés pour des trafics internes, le SMPP adopte une attitude restrictive tout en **respectant le mieux possible les traitements conduits à l'extérieur**. En pratique, cela signifie que les traitements de substitution et les traitements anxiolytiques et sédatifs sont poursuivis mais en restreignant l'usage des benzodiazépines au profit d'autres molécules.

Le détenu peut bénéficier d'une **prise en charge spécifique** de sa dépendance et d'un suivi psychiatrique ou psychothérapeutique ambulatoire.

Lorsque le prévenu quitte la détention préventive, toutes les mesures nécessaires sont prises, dans la mesure du possible, pour assurer la continuité du suivi médical quel que soit son devenir.

b) Exécution de peine

Pour de nombreux détenus toxico-dépendants, la durée de la peine est relativement courte proportionnellement à d'autres types de délits (Statistiques Suisse). La durée de la détention peut être plus longue en cas d'infraction grave à la loi fédérale sur les stupéfiants ou en raison de l'accumulation des révocations de sursis, suite à de nouveaux délits survenus pendant la période de mise à l'épreuve.

Le suivi médical

Celui-ci est le même qu'en détention préventive. Les soignants ont néanmoins l'avantage de connaître la fin de la période de détention. Le cadre thérapeutique est alors discuté et aménagé en fonction de la demande du patient, des éventuelles co-morbidités psychiatriques ou somatiques et du contrat qui peut-être établi entre les différents partenaires pénitentiaires et le patient. Ce contrat permettra au patient un suivi de sa cure de substitution mieux intégré dans le cours de l'exécution de sa peine (cf. plus bas) (Devaud, 1999).

Volontaire la plupart du temps, il arrive parfois que le suivi psychiatrique s'intègre au cadre d'une obligation de soin imposée pendant la détention (art. 43 CPS). Les modalités pénales spécifiques aux personnes présentant une dépendance (art. 44 CPS) s'appliquent, la plupart du temps, après jugement et se traduisent par un placement dans un établissement spécialisé agréé par l'autorité pénitentiaire (Fondation du Levant).

Le suivi infectiologique éventuel s'effectue de concert avec les services spécialisés, notamment avec le service de Médecine 2 du CHUV et l'unité de toxicodépendance du CHUV.

Après la détention

La libération d'un condamné est préparée par l'équipe médicale en relation avec les services sociaux concernés (notamment les services sociaux des prisons ou la Fondation Vaudoise de Probation) et dans le respect des prescriptions du service pénitentiaire en cas d'octroi d'une semi-liberté ou d'une libération conditionnelle.

Un placement dans une institution spécialisée peut-être aussi envisagé dans le cadre d'une libération conditionnelle ou en fin de peine. L'organisation du suivi extérieur se fait en relation avec les différentes structures ambulatoires spécialisées ou les médecins traitants.

Le SMPP a pour philosophie de permettre le meilleur maintien possible du lien thérapeutique existant avant l'incarcération. Des rencontres de réseau sont possibles en tout temps.

2. Traitements de substitution

Un traitement de substitution (qu'il s'agisse de méthadone ou de buprénorphine) est reconduit par le médecin du SMPP, après confirmation par le médecin prescripteur ou la pharmacie qui délivre le traitement. En l'absence de confirmation, l'arrivant reçoit, en attendant, une partie de la dose du traitement de substitution qu'il déclare recevoir, même si celui-ci est prescrit dans un autre pays. Ceci afin de prévenir l'apparition d'un état de manque.

Poursuite du traitement de substitution

Le traitement, une fois confirmé, est maintenu en l'état, quelle que soit la durée de l'incarcération et si le patient le souhaite. Il peut-être adapté en fonction de l'évolution clinique. Il est possible de débiter une cure de substitution dans le cadre d'une détention préventive. Le suivi de la cure de substitution est effectué, en fonction de l'évaluation de la situation, soit par un médecin somaticien, soit par un médecin psychiatre.

La poursuite d'un traitement de substitution en exécution de peine (EPO) se fait selon les bases d'un double contrat médical et multidisciplinaire.

Le contrat médical rappelle les objectifs du traitement et les règles à respecter en matière de substitution et de contrôle de l'abstinence.

Le contrat multidisciplinaire signé par chaque secteur (médical, social, sécurité) et le détenu explique le dispositif de suivi du détenu en prison en lien avec le rôle et les limites de chaque intervenant (Gravier, 2002 ; Iten, 2003). Ce contrat a été mis en place pour anticiper les éventuelles difficultés qui pourraient survenir dans le déroulement de la cure et compliquer l'insertion du détenu dans les ateliers de la prison. Ce contrat précise, en particulier, la manière dont s'aménagera le travail du détenu en fonction de sa cure de substitution et l'attitude adoptée en cas de non-respect des règles ou d'une consommation illicite.

En détention préventive, seul un contrat médical est passé avec le patient. Celui-ci n'est pas, en effet astreint à l'obligation de travail comme en exécution de peine.

La poursuite de la cure de maintenance pendant toute la durée de la détention est l'attitude recommandée. Elle vise essentiellement la prévention des surconsommations aussi bien en prison qu'à la libération (Rotily, 1998; Devaud, 1999; Karger, 2000). Par le passé, plusieurs décès de patients ayant demandé ou subi un sevrage pendant leur détention ont pu être constatés dans les

semaines suivant la libération, raison pour laquelle nous insistons pour maintenir la meilleure continuité possible avec les suivis extérieurs et pour que l'incarcération ne soit pas l'occasion d'une rupture de cette continuité.

Le sevrage d'un traitement de substitution

Celui-ci n'est donc effectué qu'à la demande expresse du patient, la prison n'étant pas le lieu le plus adapté pour une telle démarche. La pratique qui voulait qu'un patient soit sevré de son traitement de substitution en cas de prolongation prévisible de l'incarcération n'a pratiquement plus cours dans les prisons vaudoises, devant le constat de l'inutilité et du risque de ce type de démarche dès lors qu'elle n'était pas véritablement consentie.

Malgré ce constat, certains patients, se sentant protégés par les murs de la prison, demandent à réduire la dose de méthadone, voire à l'arrêter. Nous essayons alors d'inscrire la demande de fin de traitement de substitution dans un processus de soins qui ne s'arrêtera pas aux portes de la prison ce qui reste souvent, malheureusement, un vœu pieux (Devaud, 1999).

En l'absence de véritable projet à la libération, le SMPP cherche à dissuader le patient de cette interruption. Celui-ci reste, toutefois, seul maître de sa décision, dans le respect du contrat thérapeutique signé et du libre choix du traitement par le patient.

Le sevrage est envisagé lorsque le détenu demande à bénéficier d'un placement dans un centre de traitement résidentiel axé sur l'abstinence à la fin de sa peine ou dans le cadre d'une libération conditionnelle.

A noter que le nombre de patients sous traitement de substitution ne fait plus l'objet d'aucune limitation dans les prisons vaudoises, comme cela a pu être le cas dans le passé.

Enfin, comme nous l'avons mentionné plus haut, il est possible, en tout temps, d'initier une cure de substitution pour autant que la suite de prise en charge puisse être organisée à la sortie (reprise de la cure par le médecin traitant ou un centre spécialisé).

E. Suivi infectiologique

Les éléments ci-dessous décrivent la manière dont s'effectue un suivi dans un environnement pénitentiaire et permettent de mieux comprendre l'hétérogénéité signalée dans le suivi infectiologique tel que nous l'avons observée pour les patients de l'étude.

1. Dépistage et attitude recommandée

a) Détention préventive

Un patient **arrivant** dans une prison préventive est vu à la consultation infirmière dans les 24 heures suivant son incarcération, puis examiné dans les 2 à 3 semaines par le médecin de la prison. En raison du caractère souvent transitoire de la détention préventive (une sortie peut avoir lieu du jour au lendemain), le dépistage des maladies infectieuses n'est pas automatique, mais effectué à la demande du détenu ou du médecin dans le cas d'une anamnèse évocatrice. En cas de prolongation de la détention préventive, une **radiographie du thorax** est effectuée après 3 semaines (dépistage de la tuberculose).

b) Exécution de peine (EPO)

A l'occasion de la visite d'entrée infirmière et médicale, cette dernière ayant lieu au plus tard dans la semaine suivant l'arrivée en prison, sont proposées d'emblée une vaccination DiTé (avec rappel à 1 mois), une radiographie du thorax (dépistage de la tuberculose) et, depuis 1998 une sérologie anti-HBc. La prise en charge proposée dans ce contexte essaye de rester la plus proche possible de la

démarche médicale qui pourrait être proposée en dehors d'une incarcération. Néanmoins, la réalité pénitentiaire rend souvent cette démarche plus difficile.

En cas de positivité de cette sérologie, le médecin peut choisir de ne pas vacciner (immunité) ou de demander un complément d'analyse afin d'exclure une hépatite B chronique (tests hépatiques, dosages des antigènes HBs et HBe, virémie.).

Si la sérologie est négative, le détenu reçoit la proposition de bénéficier d'une vaccination contre l'hépatite B habituellement selon un schéma rapide (T0, 1 mois, 3 mois et recommandation de compléter à 1 an) pour espérer aboutir à la protection donnée par une vaccination complète.

En fonction des facteurs de risque infectieux, le médecin peut également effectuer des tests hépatiques et compléter les sérologies virales hépatiques (hépatite A, hépatite C) et VIH, uniquement avec l'accord du patient.

Si les résultats évoquent une hépatite chronique, le détenu est convoqué pour discussion (anamnèse, conseils sur risques de transmission, possibilités de traitement). Un carnet de vaccination est rempli et sera remis au détenu à sa sortie.

2. Difficultés du suivi

a) *Formation et variabilité des points de vue médicaux*

Le médecin pénitentiaire, appelé à prendre en charge un patient porteur d'une sérologie positive pour HBV, HCV ou VIH, peut être confronté à de nombreuses difficultés théoriques, pratiques ou personnelles lorsqu'il s'agit de construire une stratégie thérapeutique concernant un patient particulier dans un contexte impliquant de nombreux paramètres qui ne sont pas seulement médicaux :

- **En raison, en premier lieu, de son expérience et de ses compétences** dans le domaine infectiologique (connaissances théoriques, habitudes pratiques) qui sont souvent hétérogènes et conduisent à des divergences d'appréciation entre médecins d'un même service.
- **En raison, ensuite des recommandations** de prise en charge médicale de ces maladies infectieuses qui évoluent rapidement et nécessitent pour le médecin une mise à jour par les moyens habituels (journaux médicaux, Medline) ou grâce à la collaboration entre les médecins du SMPP et les spécialistes hospitaliers de la Policlinique Médicale Universitaire ou du CHUV à Lausanne, où le détenu peut bénéficier de consultations spécialisées (service de Gastro-Entérologie ou consultations ambulatoires de Maladies Infectieuses).

Les propositions thérapeutiques émises par les services spécialisés sont, elles aussi, variables :

- Parfois défavorables au traitement d'un détenu au vu de sa situation sociale précaire, de son possible manque de compliance ultérieure, de certains préjugés, de la méconnaissance du système de soins en milieu carcéral, des coûts engendrés par la prise en charge spécialisée, de problèmes thérapeutiques pratiques, voire de l'avis contraire du médecin traitant.
- Parfois favorables à un traitement spécialisé en cas d'éléments de gravité ou si l'indication médicale paraît claire au vu de facteurs de bon pronostic, d'amélioration ou de guérison.

La mise en oeuvre d'un traitement

Dans ce contexte, celui-ci est donc tributaire de la décision du médecin d'entreprendre des investigations médicales complémentaires après mise en évidence de résultats sérologiques positifs. Ces investigations peuvent être simples (prise de sang) ou plus complexes (imagerie hépatique, ponction, biopsie hépatique, etc.). Elles ne sont théoriquement envisagées qu'en cas de suspicion de signes de gravité ou si un traitement est envisageable.

L'absence de véritable consensus en matière de médecine en milieu pénitentiaire à ce sujet, laisse le médecin seul responsable d'un choix complexe où peu d'unanimité existe alors que les pressions de tous ordres peuvent, parfois, être fortes dans un sens ou l'autre et que les difficultés de mise en œuvre peuvent être majeures.

b) Difficultés liées à la problématique du détenu

Il n'est pas rare que le détenu insiste pour bénéficier d'investigations complètes indépendamment des réserves de l'équipe soignante, de la durée de sa peine, de la poursuite de comportements (sexuels, toxicomaniaques) à risque ou d'éventuels problèmes de compliance.

La compliance du détenu à un éventuel traitement peut être souvent compliquée par ses habitudes (toxicomanie), son comportement durant la consultation (agressivité), sa mauvaise compréhension du problème (dépendant de son niveau de connaissances générales, de son taux d'alphabétisation, des difficultés culturelles, de sa compréhension de la langue française, de son intérêt ou de l'indifférence marquée vis-à-vis de son problème infectieux). Ses antécédents judiciaires ne devraient pas interférer, mais il est difficile d'en faire abstraction lorsque les médecins sont confrontés à des récidives multiples ou à des comportements transgressifs qui rendent hypothétique une bonne compliance.

La mise en œuvre est aussi compliquée par les contraintes que le détenu doit accepter, liées, notamment, au transport afin d'avoir accès aux services spécialisés (horaires et disponibilité de la garde policière, port de menottes, durée des investigations en milieu hospitalier).

Les contraintes pénitentiaires interfèrent aussi par la pression que le service pénitentiaire ou les surveillants peuvent exercer pour aller dans le sens du détenu ou d'une perception erronée de la problématique médicale. Le milieu peut compliquer la prise en charge par les réactions et remarques d'autres détenus, l'insuffisance de la disponibilité infirmière et médicale pour les prises de sang et injections, la nécessité de consultations ultérieures en cas d'effets secondaires, etc.

Enfin, le devenir pénal du détenu peut compliquer la prise en charge : fin inopinée de prison ou absence de suivi thérapeutique possible à l'extérieur ; expulsion du territoire suisse, voire évasion.

c) Difficultés à développer une philosophie commune entre confrères

Les médecins somaticiens du SMPP sont des généralistes et des internistes ayant l'habitude de prendre en charge dans leur pratique de cabinet des infections chroniques telles que VIH et hépatites B et C, chez des patients qui leur sont connus et en collaboration avec des spécialistes.

La situation est différente en prison où le médecin, non choisi par le détenu, intervient en quelque sorte sur mandat et, en général, sur demande des infirmiers du service médical. Par ailleurs, la perspective de prise en charge est fondamentalement différente selon le régime de détention (détention préventive parfois prolongée, peines d'arrêts de courte durée ou exécution de peine de longue durée). Il existe aussi d'importantes variations dans l'attitude des médecins en raison, autant de questions médicales que du flou pouvant résulter de la manière dont les problématiques pénales et pénitentiaires sont analysées par le médecin et de ce qu'il en déduit de leur retentissement possible sur le suivi médical.

En détention préventive

Seule la répétition des consultations ou une durée de séjour prolongée peut permettre au médecin pénitentiaire un contact plus étroit avec le prévenu. Le temps de séjour est par définition indéterminé et **en général bref**, donc peu propice à un suivi basé sur la durée. Ainsi, la recherche de ces maladies infectieuses est-elle plutôt axée sur leur dépistage en présence de comportements à risque, ainsi que sur la proposition d'une vaccination en particulier contre l'hépatite B.

Lorsqu'un diagnostic d'hépatite B ou C ou d'une infection VIH est connu et que le patient bénéficie d'un traitement spécifique, celui-ci sera poursuivi. En revanche, un patient séropositif au VIH sans traitement se verra en général proposer une prise de sang afin de connaître le niveau d'immuno-

suppression; cela permettra aussi au médecin d'aborder le risque de transmission du virus et de rappeler l'existence d'une consultation spécialisée.

Concernant les hépatites B et C, l'initiation de traitement en prison préventive dans le canton de Vaud est, jusqu'à présent, exceptionnelle. Cette éventualité reste possible en tout temps, mais se heurte à de nombreux obstacles liés au flou existant quant aux indications reconnues ou en raison du statut pénal de la personne (risque d'expulsion à court terme).

Lorsqu'un patient porteur d'une hépatite B ou d'une hépatite C avec des symptômes graves (hépatite aiguë, cirrhose sévère, cancer hépatique), la question se pose de la compatibilité de son état avec la détention. Le dossier médical est alors soumis aux services du médecin cantonal et le magistrat instructeur est informé de la situation.

En tout temps, une hospitalisation est possible à l'Unité Cellulaire Hospitalière des Hôpitaux Universitaires de Genève.

Lorsque l'état ne nécessite pas d'hospitalisation, mais que la poursuite de la détention dans une prison ordinaire reste problématique en raison des atteintes à la santé, la décision est difficile en l'absence de structures pénitentiaires adaptées.

Si la décision de remise en liberté appartient à l'autorité judiciaire en fonction de la situation pénale, de l'état d'avancement de l'enquête et du risque qu'une remise en liberté peut faire courir, elle essaye dans la pratique de tenir compte de l'avis du médecin cantonal à qui il incombe parfois de trouver un lieu de privation de liberté compatible avec l'état de santé.

Lorsqu'un prévenu annonce un diagnostic de séropositivité VIH, d'hépatite B ou C, le médecin pénitentiaire cherche à documenter le status médical en demandant, après décharge médicale signée par le patient, les résultats des analyses effectuées à l'extérieur et les éléments pertinents du dossier médical. Cela permet de discuter à nouveau du sujet avec le patient, parfois de préciser ou de récuser un diagnostic erroné (exemple typique : sérologie pour hépatite C positive mais virémie négative) ainsi que d'avoir une documentation précise qui peut s'avérer très utile en cas de contamination potentielle lors d'un accident, avec un autre détenu, un membre du personnel pénitentiaire ou médical.

Un patient séropositif pour le VIH se verra, en règle, proposer un suivi à la consultation de Médecine 2 au CHUV à Lausanne (ou, comme indiqué plus haut, par la consultation infectiologique de l'unité de toxicodépendance). En cas de refus, le bilan biologique habituel et les vaccinations initiales de base seront effectuées par le médecin pénitentiaire, qui pourra, si nécessaire, présenter la situation par téléphone au spécialiste.

Concernant les MST, le dépistage n'est effectué qu'en cas de suspicion clinique, ce qui est rarissime.

En exécution de peine

Une peine prolongée crée des conditions souvent plus favorables à l'établissement d'un suivi et **d'une relation médecin-malade plus classique** qu'en détention préventive. Avec le temps, le médecin pénitentiaire et le service médical deviennent des interlocuteurs privilégiés, permettant l'évocation de sujets médicaux plus spécifiques, en particulier les diagnostics connus du patient, les tenants et les aboutissants des investigations et des traitements effectués, les facteurs de risque de maladies sexuellement transmissibles, les symptômes de maladies chroniques, les vaccinations.

Le médecin a davantage de temps pour recueillir les informations médicales concernant son patient, ainsi que pour évoquer avec celui-ci la nécessité ou non de poursuivre des investigations et d'assurer un suivi spécialisé.

Il n'est pas rare que des patients souffrant d'une hépatite B ou C chronique, demandent un bilan intermédiaire, voire de pouvoir débiter un traitement antiviral durant leur détention, en mettant en avant par exemple l'abstinence en milieu protégé (pour un toxicomane) l'accessibilité quasi quotidienne au service médical et la durée prolongée de la peine de prison.

Par ailleurs, les médecins spécialistes hospitaliers (en particulier les gastro-entérologues ou les infectiologues), qui figurent en bonne place dans la chaîne thérapeutique liant le médecin pénitentiaire

au détenu, ont une importante méconnaissance du système carcéral et des soins accessibles en prison. Ces éléments, davantage que les préjugés vis-à-vis des prisonniers, jouent un rôle non négligeable dans la récusation fréquente de cas de détenus qui pourraient bénéficier d'investigations (et éventuellement être traités). A cela s'ajoutent les difficultés pratiques limitant l'accès du prisonnier à une prise en charge spécialisée (difficulté des prises de rendez-vous, transports sous surveillance) nécessitant tout particulièrement la multiplication des consultations afin de préciser des diagnostics (après imagerie, ponction biopsie hépatiques) et le suivi (par exemple prises de sang).

De ce point de vue, on peut tracer un parallèle entre la situation des prisonniers et celle des requérants d'asile.

On mentionnera que la prise en charge des séropositifs VIH est toutefois plus aisée du fait de l'existence de la policlinique de Médecine 2 au CHUV, où les consultations ambulatoires sont en général trimestrielles, permettant assez facilement l'adaptation des traitements anti-rétroviraux et les conseils téléphoniques avec le médecin pénitentiaire.

On voit donc que la prise en charge d'un prisonnier séropositif VIH ou présentant une hépatite virale chronique B ou C dépend de multiples facteurs ne permettant pas de définir une stratégie globale et unique de prévention, de dépistage et de traitement, mais qu'au contraire elle doit s'intégrer dans un concept de pluridisciplinarité des soins en tenant compte tout particulièrement du statut du prisonnier, de la durée de sa peine et ultérieurement du suivi médical extra carcéral, qui est par ailleurs souvent absent ou chaotique.

d) Réactions des détenus

Le détenu purge une peine de prison dans un milieu souvent vécu comme hostile, anxiogène, peu enclin à l'écoute et où le sentiment d'incompréhension représente une composante majeure des revendications. La consultation infirmière et médicale est un espace de liberté lui permettant d'exprimer ses craintes, ses angoisses, ses reproches et d'aborder des problèmes plus spécifiques liés à sa santé.

De ce fait, il est rare, aux yeux des praticiens, qu'un prisonnier refuse d'entreprendre un dépistage ou une vaccination contre l'hépatite B (ou par ex. A en complément d'une hépatite C) lorsqu'il lui est proposé.

Cela dit, quand **les diagnostics, sérologiques en particulier, sont connus** des détenus, ceux-ci l'annoncent en général à la visite d'entrée infirmière et médicale.

Toutefois, ils sont parfois établis en cours de séjour à l'occasion d'analyses demandées par le patient ou le médecin sur la base de l'anamnèse. On verra dans les résultats de l'enquête qu'il existe chez les détenus beaucoup de demandes non satisfaites en matière de dépistage. Se pose alors la question de l'adéquation de la demande et celle de l'attitude du praticien face à une demande jugée excessive ou inappropriée.

Par ailleurs, des cas de séroconversion (VIH, hépatites) ont déjà été documentés dans les prisons du Canton de Vaud.

Comme on le verra dans les résultats de l'enquête, malgré la possibilité d'un suivi médical adéquat et soutenu, un écart important subsiste entre ce qui est constaté dans la consultation et la réalité sérologique de ces patients.

La réaction du détenu à l'annonce d'une séropositivité

Celle-ci ne se différencie pas fondamentalement de celle d'un patient non incarcéré et dépend du diagnostic :

- § En général étonnement et curiosité lors de l'annonce d'un **diagnostic d'hépatite**, maladie plutôt mal connue du grand public. Ceci donne l'occasion de discuter du mode probable de contamination, de l'infectiosité et du pronostic ainsi que d'un éventuel traitement. Les patients sont surtout concernés par les risques de morbidité à long terme, de contagiosité, la possibilité ou non d'avoir des enfants et peuvent souhaiter avoir un aperçu du traitement et du

suivi médical ultérieur. Il est rare qu'une consultation spécialisée ou un traitement soient réclamés d'emblée, en particulier si la peine de prison n'excède pas quelques semaines ou quelques mois. De telles demandes sont plus fréquentes après documentation des résultats ou discussion avec les proches du détenu.

- § En revanche, la découverte d'une **séropositivité VIH** est généralement vécue comme une catastrophe et synonyme de fin de vie. Une consultation psychiatrique et une anxiolyse sont de ce fait fréquemment demandées par le détenu ou proposées par l'équipe médicale.

Dans les deux cas, **les modes de contamination** les plus souvent évoqués semblent être liés aux injections intraveineuses et aux relations sexuelles hétérosexuelles.

En cas de diagnostic inaugural de VIH, il n'est pas rare que le patient refuse l'examen de confirmation indispensable qui lui est recommandé. L'argumentation habituelle est souvent une **méfiance** vis-à-vis de la fiabilité du laboratoire ayant effectué l'analyse, fantasmé comme lié au Service Pénitentiaire ; les détenus signalent souvent vouloir effectuer un nouveau test dès leur sortie.

Ultérieurement, on constate que le patient consulte en général de nouveau à plusieurs reprises afin de discuter du pronostic et des possibilités de traitement. La proposition de consultation spécialisée hors prison est alors souvent acceptée, en particulier en cas de séropositivité VIH.

V. Rappel des résultats de l'étude pilote, (avril 1996-mars 1997)

Une première phase de l'étude s'est déroulée d'avril 1996 jusqu'en mars 1997 et a fait l'objet d'un rapport en mars 1999. Il nous a semblé important d'en rappeler les principaux éléments pour illustrer l'écart existant dans ce domaine entre une étude pratiquée sur un échantillon restreint dans un seul site pénitentiaire et une étude plus vaste englobant tous les régimes et les modes de détention.

Nos résultats sont donc présentés en 2 volets :

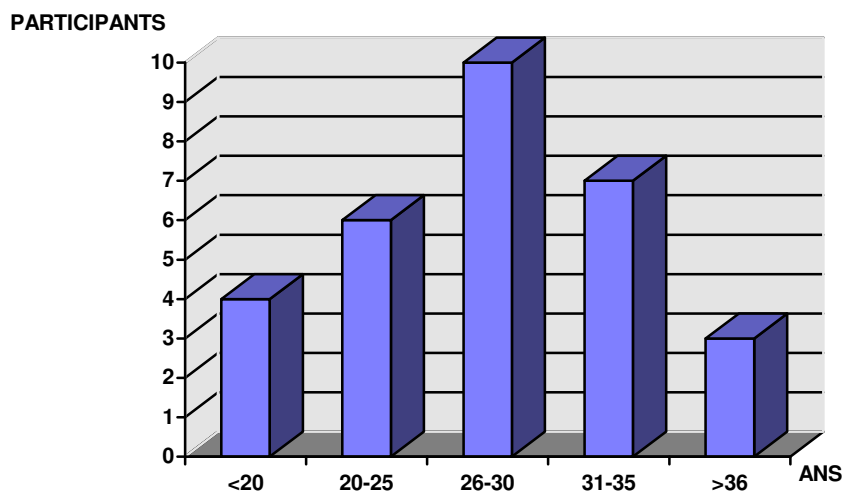
1. Etude pilote, (30 sujets) résumée dans ce chapitre
2. 2^{ème} phase de EPIPS, (352 sujets) présentée dans la partie VII de ce rapport.

Pour faciliter la lecture des résultats les tableaux correspondants sont dorénavant présentés à la fin du texte (ch. XIII).

A. Collectif

L'étude pilote a été proposée à 30 personnes (tableau n°5) qui toutes ont accepté de participer. Il s'agissait d'hommes, capables de parler et de lire en français, incarcérés dans la **prison préventive du Bois-Mermet**, d'une moyenne d'âge de 28.5 ans (minimum : 18 ans, maximum : 51 ans, médiane : 27.5 ans).

AGE DES PARTICIPANTS



B. Questionnaire

Le questionnaire était plus succinct que celui de la deuxième phase (ce dernier est présenté au ch. XIV, dans l'annexe C). Les questions abordaient les thèmes suivants:

- incarcération actuelle
- antécédents carcéraux
- comportements en relation avec la drogue

- habitudes sexuelles à l'extérieur et à l'intérieur de la prison
- connaissances des détenus concernant leur état de santé.

1. Incarcération au moment de l'enquête

Tous les sujets étaient détenus préventivement, sauf un qui exécutait sa peine, mais lui aussi incarcéré dans la prison du Bois-Mermet. **Un biais important** était constitué par le mode de sélection : seul les détenus parlant français étaient retenus.

Au moment de l'enquête, la **durée moyenne de l'incarcération en cours était de 188 jours** (minimum: 1 jour, maximum : 730 jours, médiane: 120 jours). Pour les 29 personnes en détention préventive, la durée moyenne de l'incarcération était de 182 jours (minimum: 1 jour, maximum : 730 jours, médiane: 105 jours) (tableau n°6).

Cette détention préventive durait depuis :

- § 2 mois pour 11 personnes (36.6%)
- § exactement 3 mois pour 3 personnes (10.0%)
- § plus de 3 mois pour 16 autres (53.3 %).

Pour la personne en exécution de peine, l'incarcération durait depuis 1 an.

Si 18 personnes (60%) étaient incarcérées pour une infraction à la Loi Fédérale sur les stupéfiants, **23 (76.6%) indiquaient que leur incarcération avait un lien avec la drogue**, 7 n'ont pas voulu expliciter la raison de leur détention (tableau n°7). Ce taux important d'incarcération en lien avec la drogue étant probablement à mettre sur le compte du biais de sélection.

14 sur 23 (60.9%) des détenus ayant déjà été incarcérés auparavant, étaient alors incarcérés pour des faits en relation avec la drogue, tandis que ce nombre était de 3 sur 7 (42.8%) pour ceux sans antécédents carcéraux.

2. Antécédents pénaux

25 sujets (83,3%) avaient déjà été privés de liberté dans une institution fermée ou en milieu carcéral:

- 2 (6.6%) uniquement comme enfant ou comme adolescent
- 11 (36.6%) comme mineur puis à l'âge adulte
- 12 (40.0%) uniquement à l'âge adulte.

Dans cet échantillon, la très forte proportion de sujets ayant connu des problèmes judiciaires en relation avec la drogue s'illustre par une **trajectoire pénitentiaire ou pénale marquée par la récidive**.

a) *Durant l'adolescence*

8 sur 13 sujets qui ont connu des placements par la justice des mineurs (soit 61,5%) sont détenus lors de l'enquête, pour des problèmes de drogue. Parmi les 16 sujets restants, le pourcentage de détenus pour des questions en relation avec la toxicomanie est similaire (tableaux n°8 et n°9).

La précocité de la délinquance ne semble donc pas pouvoir être mise sur le compte de la toxicomanie.

b) *A l'âge adulte*

23 sur 30 ont déjà séjourné en prison à l'âge adulte (tableau n°10). L'âge moyen de ce groupe de détenus était de 25.5 ans (minimum: 20, maximum: 52, médiane: 29.4).

c) **Condammations précédentes**

20 personnes avaient déjà été condamnées dont 14 (70%) pour des problèmes de drogue: 7 pour vente et consommation, 6 pour consommation uniquement et 1 pour vente (tableau n°11).

3. Vente et consommation de drogues

a) **Consommation de drogue dans la vie courante**

Les réponses indiquent que la plupart des produits addictifs sont consommés une fois ou l'autre par ceux qui consomment (tableau n°12).

Une analyse plus fine des réponses indique que **7 détenus indiquaient consommer de la drogue à l'extérieur et être poly toxicomanes**. Un seul signale consommer exclusivement de l'alcool.

Ce chiffre doit être rapproché du nombre de détenus incarcérés pour infraction à la loi fédérale sur les stupéfiants (18). Il peut signifier soit une difficulté à se déclarer toxicomane, soit correspondre à une plus grande importance du nombre de trafiquants dans l'échantillon.

b) **Durant l'incarcération précédente**

(1) **Consommation de drogue**

Nombre de sujets concernés

14 personnes (61 %) sur les 23 déjà incarcérés, disent avoir consommé de la drogue lors de leur précédente détention (tableau n°13). Certains ont purgé une peine dans des établissements d'exécution de peine où la drogue circule plus facilement qu'en détention préventive.

En comparant ces données avec celles du tableau n°12 et celles du tableau n° 14, on remarque *que 10 détenus disent finalement ne consommer des drogues, ou d'autres substances entraînant une dépendance, qu'en prison.*

Ce constat nous a conduit à nous interroger sur la fiabilité des réponses et à nous poser la question de l'importance du toxique dans la vie pénitentiaire. Point que nous avons étudié plus finement dans l'enquête EPIPS.

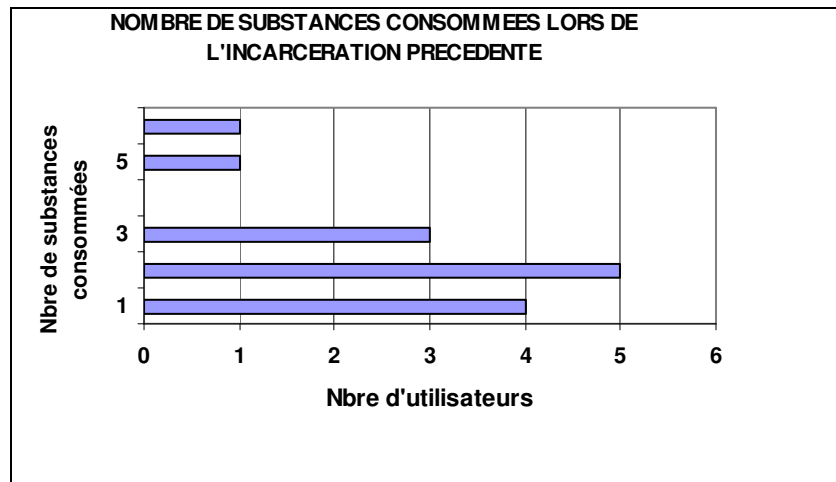
Nature des produits consommés

Les drogues consommées (tableau n°14) étaient essentiellement du haschich, de l'alcool et des opiacés (héroïne, méthadone illégale). **Les détenus, qui s'étaient procuré ces drogues, les ont utilisées tantôt occasionnellement, tantôt plusieurs fois par semaine. Ces drogues étaient avalées, inhalées ou fumées.**

Mode de consommation

5 personnes les ont consommées sous forme d'injections: il s'agissait d'opiacés autres que de l'héroïne ou de cocktails associant héroïne et cocaïne. Très souvent, de l'alcool était consommé en même temps.

9 sur les 14 détenus se déclarant consommateurs au cours d'une précédente incarcération, signalaient avoir associé de l'alcool à la prise d'autres substances. On remarque que les détenus indiquent avoir pu se procurer des produits différents, jusqu'à 5 ou 6 pour certains ! (tableau n°15)



Consommation en prison et en liberté

De manière surprenante en première analyse, si nous comparons le nombre de consommateurs à l'extérieur et à l'intérieur de la prison, on constate que le nombre de détenus indiquant avoir consommé des produits induisant une dépendance à l'extérieur (6) est inférieur au nombre de détenus signalant en avoir usé lors d'une incarcération précédente(14) mais supérieur au nombre reconnaissant en user lors de l'incarcération actuelle (4) (tableau n°16) :

En résumé, parmi ceux qui ont déjà été incarcérés :

- 4 personnes consomment dans tous les cas de figure (consommation actuelle en prison, antérieure en prison et en liberté)
- 14 ont consommé lors d'une incarcération antérieure
- 6 se disent consommateurs lorsqu'ils sont en liberté.

A noter que le nombre de consommateurs actuels est inclus dans le nombre de consommateurs à l'extérieur.

Ce résultat, à priori surprenant (9 personnes disent ne consommer qu'en détention) (tableau n°16), ne met pas en évidence, à notre avis, un accroissement sensible des conduites de dépendance pendant l'incarcération mais, par contre, pourrait signaler que **l'occurrence de consommations occasionnelles est considérablement augmentée**. Il est aussi à noter que cette consommation occasionnelle concerne tous les types de produits.

Un lien fort entre toxico dépendance et problèmes pénaux :

- § 14 personnes sur les 23 qui avaient déjà été incarcérées disent donc avoir déjà consommé pendant une précédente incarcération.
- § 9 de ces 14 avaient fait l'objet d'une condamnation (pour les autres, arrêt des poursuites ou mise en liberté provisoire ?), toutes pour consommation de drogue
- § 9 étaient de nouveau incarcérés au moment de l'enquête pilote pour des problèmes liés à la drogue

Les personnes ayant consommé de la drogue lors d'incarcérations précédentes ont cependant subi moins d'incarcérations que les autres, celles ci étaient, par contre, de plus longue durée (tableau n°17).

(2) Vente de drogue

Parmi les 23 personnes déjà incarcérées, 3 disent avoir effectivement vendu de la drogue lors d'une incarcération précédente (tableau n°18).

c) **Durant l'incarcération en cours au moment de l'étude**

Les détenus répondaient à des questions concernant leur consommation éventuelle de drogue pendant la détention qu'ils subissaient au moment de l'étude - pilote. Il est important de rappeler que cette phase de l'étude a été réalisée à la prison du Bois-Mermet où, en principe, les détenus sont strictement surveillés, notamment pendant les visites, et ne bénéficient pas de congé ni de conduite (sortie accompagnée par un membre du personnel de la prison) et passent la majeure partie de leur temps en cellule.

Nombre de consommateurs

- § **5 des 30 participants (16.6%) affirment qu'ils consomment de la drogue durant la période de détention considérée** (tableau n°19).
- § La drogue consommée est avalée, inhalée ou fumée. **Une personne pratique des injections** (tableau n° 20).

Produits consommés

Les 5 personnes qui ont consommé des substances psychotropes ont précisé les substances utilisées et la fréquence de consommation (tableau n°21):

- **Le sujet A** consomme occasionnellement de l'alcool, du Rohypnol® et des cocktails associant héroïne et cocaïne. Il avale les 2 premiers et **s'injecte les derniers. Pour pratiquer ces injections, il dispose du matériel donné par un autre détenu ou provenant de sources diverses, visiteurs notamment.** Il utilise un désinfectant personnel pour désinfecter son matériel d'injection. Durant cette détention, il n'a pas donné ni prêté son matériel d'injection à quelqu'un d'autre.
- **B** fume du haschisch et sniffe de la cocaïne chaque jour. Parfois, il lui arrive de sniffer des cocktails (héroïne et cocaïne).
- **C** consomme de l'alcool et du haschisch plusieurs fois par semaine, de l'ecstasy, des médicaments non prescrits et occasionnellement du Rohypnol®. Le haschisch est fumé, les autres substances consommées par voie orale.
- **D** sniffe de temps en temps du haschisch ou de l'héroïne.
- **E** sniffe plusieurs fois par semaine du haschisch.

En résumé, sur la base de l'échantillon interrogé, l'étude pilote indique que parmi les sujets toxico-dépendants incarcérés, **la consommation ne cesse jamais véritablement pendant la détention et que celle-ci s'étend aussi à des consommateurs occasionnels.**

4. Sexualité à l'extérieur et à l'intérieur de la prison

a) **Généralités**

La majorité des sujets (22, soit 73,3%) se déclarent hétérosexuels, aucun ne se déclare homosexuel. (tableau n°22)

b) **Sexualité à l'extérieur de la prison**

Nombre de partenaires

26 ont répondu à la question leur demandant de préciser le nombre de partenaires (tableau n°23).

- 11 personnes avaient un seul partenaire, 8 parmi eux n'utilisaient jamais de préservatif, 3 toujours.
- 10 participants avaient plusieurs partenaires, parmi eux 4 avaient toujours utilisé un préservatif, **5 parfois et 1 jamais.**

Prostitution

Le thème de la prostitution était abordé par 2 questions. La prostitution n'est pas rare et concerne 3 sujets (10%) de notre échantillon (tableau n°24). 2 sujets ont recours à la prostitution pour avoir des relations sexuelles (tableau n°25). Le tableau n°26 indique que **les personnes qui ont recours à la prostitution utilisent de manière très inégale le préservatif.**

Utilisation du préservatif

Parmi les 10 participants qui avaient plusieurs partenaires, 4 avaient toujours utilisé un préservatif, 5 parfois et 1 jamais. Cette personne avait donné et reçu de l'argent pour des relations sexuelles. Deux des personnes qui ont répondu « parfois » avaient reçu de l'argent pour des relations sexuelles.

Selon les réponses fournies, ces personnes disaient oublier d'utiliser le préservatif ou ne voulaient pas l'utiliser. Les personnes ayant reçu ou donné de l'argent pour des relations sexuelles se retrouvent uniquement dans ce groupe.

c) *Sexualité à l'intérieur de la prison*

Six questions traitaient du comportement sexuel à l'intérieur de la prison. Elles demandaient si, durant la détention en cours:

- le détenu avait eu des rapports sexuels avec un seul partenaire
- le détenu avait eu des rapports sexuels avec plusieurs partenaires et dans ce cas s'il avait utilisé un préservatif: toujours, parfois ou jamais
- il avait déjà reçu quelque chose (des cigarettes, des objets utiles à la vie privée, de la drogue, de l'argent, etc.) pour des rapports sexuels
- il avait déjà donné quelque chose (des cigarettes, des objets utiles à la vie privée, de la drogue, de l'argent, etc.) pour des rapports sexuels
- il avait été contraint à des rapports sexuels.

Toutes ces questions ont reçu des réponses négatives. Les détenus éludaient toute possibilité de relations sexuelles, compte tenu des conditions de détention de la prison du Bois-Mermet.

5. Connaissances des détenus concernant leur état de santé

a) *Hépatites B et C*

12 des 30 participants se souviennent d'avoir une jaunisse ou une hépatite, 6 d'entre eux auraient eu des tests sérologiques pour ces infections. Une sérologie virale pour les hépatites B et C aurait été effectuée chez 10 autres participants qui ne se souviennent pas d'avoir été atteints par une telle maladie.

Au total, sur les 16 personnes disant avoir bénéficié d'un test, 6 personnes disaient savoir qu'elles avaient une sérologie positive pour l'hépatite B et 3 pour une hépatite C. Une personne pense que les résultats des sérologies HBV et HCV étaient négatifs. Les 6 autres participants ne peuvent pas donner de précision

Comme on le constate plus bas, **ces réponses sont en dessous de la réalité puisque 11 personnes ont été atteintes d'une hépatite B active ou guérie, et 7 d'une hépatite C** (tableau n°27).

b) *Infection VIH*

26 des 30 participants ont eu un test de dépistage antérieur pour VIH, 3 n'en ont pas eu et 1 ne donne pas de réponse. **Sur les 26 personnes déjà testées, un seul se déclare positif.**

C. Résultats sérologiques

Parmi les 30 participants, 2 personnes ont refusé de subir une prise de sang, en raison du mauvais état de leurs veines périphériques, ce qui était la réalité. Pour la même raison et malgré des tentatives répétées, il a été impossible de faire une prise de sang chez 4 autres personnes. Ces 6 personnes avaient des antécédents de toxicomanie et s'étaient injectées de la drogue par voie intraveineuse. Elles étaient donc à risque pour une infection à HBV, HCV ou VIH.

Prévalences HBV, HCV, VIH, Syphilis

Les résultats sérologiques des **24 sujets qui ont pu être testés** (tableau n°27) confirment l'importance des contaminations antérieures par **l'hépatite B (11) ou par l'hépatite C (7)**. Ils indiquent que toutes les sérologies pour la syphilis étaient négatives. La prévalence du VIH apparaît faible (1 seul sujet).

Risque infectieux

Si on analyse plus précisément le profil sérologique des personnes testées (tableau n°28) c'est à dire en identifiant pour chaque individu les différentes sérologies positives, on arrive à la conclusion que sur les 24 personnes testées, **7 présentent un risque sérieux de contamination pour autrui** par voie sanguine ou sexuelle :

- soit en raison d'une **sérologie HCV positive** (pour les 7 sujets)
- soit en raison d'une **séropositivité VIH** (1 sujet aussi porteur de l'hépatite C et du virus de l'hépatite B),
- soit parce qu'ils sont **porteurs du virus de l'hépatite B** (2 sujets aussi porteurs du virus de l'hépatite C).

1. Résultats sérologiques et utilisation de drogue en prison

5 des 30 participants à cette étude ont utilisé de la drogue **par voie intraveineuse** en milieu carcéral 4 durant l'incarcération précédente (tableau n°15) et 1 durant les 2 périodes considérées (incarcérations précédente et actuelle) (tableaux n°15 et 21).

Pour permettre la lisibilité des résultats nous avons attribué une lettre aux 5 personnes consommant de la drogue pendant l'incarcération actuelle (tableau n°21, sujets A à E) et aux 2 personnes ayant consommé de la drogue par voie injectable lors d'une l'incarcération précédente (tableau n°15, sujets F et G) et indiquant ne pas en consommer lors de l'incarcération actuelle. Un seul sujet (A) indique s'être injecté de la drogue dans les deux cas.

Profil sérologique et consommation par voie injectable

Nous avons essayé de déterminer le profil sérologique des 5 sujets qui se sont injecté de la drogue (sur 7 consommateurs) en prison.

3 sur les 5 sujets qui s'étaient injectés de la drogue pendant l'une ou l'autre incarcération, ont pu avoir une prise de sang.

- C présentait une hépatite B chronique active et était porteur des virus HCV et VIH. Il savait qu'il était positif pour les virus HBV et VIH.
- G avait une sérologie compatible avec une hépatite B chronique active et était positif pour HCV. Il se souvenait d'avoir eu une hépatite et savait qu'il était positif pour HCV.
- Chez F, toutes les sérologies réalisées lors de l'étude étaient négatives. Excepté une sérologie VIH négative, aucune autre sérologie préalable n'était disponible.

Conduite à risque (injection) et existence d'un risque infectieux

On peut en déduire que **2 détenus sur ces 5 avaient consommé de la drogue en prison par voie injectable (1 dans la période de l'enquête, 1 auparavant), présentaient un risque de contamination et ont donc eu une conduite à risque.**

Chez les personnes A et E, nous n'avons pas réussi à faire de prise de sang en raison de l'état de leur réseau veineux. L'une d'entre elle, A, utilise régulièrement de la drogue par voie intraveineuse à l'extérieur et à l'intérieur de la prison. Durant la détention en cours, il utilise comme matériel d'injection, une seringue qui provient d'un autre détenu. Comme désinfectant, il utilise du désinfectant personnel. Cette personne aurait eu une hépatite B. Un test VIH a été réalisé un an avant l'étude: il était négatif.

2. Résultats sérologiques et habitudes sexuelles des participants

Parmi les personnes qui avaient 1 seul partenaire durant les 6 mois qui précèdent l'incarcération, 3 utilisaient toujours le préservatif: 1 personne était négative pour tous les pathogènes testés, une 2ème personne était positive pour une hépatite B ancienne. Chez la troisième, la prise de sang n'a pas pu être réalisée. Cette personne était incarcérée en raison de problème de drogue et aurait une hépatite.

Conduite à risque (pas d'utilisation régulière du préservatif) et risque infectieux

6 personnes ayant des partenaires multiples n'utilisent pas ou pas régulièrement le préservatif. Si l'on considère les sérologies de ces personnes:

- 1 personne a une hépatite B guérie et une sérologie positive pour Chlamydia
- une 2ème a une sérologie compatible avec une hépatite B ancienne et une hépatite C
- une 3ème est positive pour HCV uniquement
- chez 2 personnes, toutes les sérologies pratiquées lors de l'étude sont négatives
- chez la dernière, nous n'avons pas pu réaliser de prise de sang.

Toutes ces personnes sont détenues en raison de problèmes de drogue. Parmi ces personnes, une seule a consommé de la drogue en prison. Il s'agit du participant B pour qui toutes les sérologies testées lors de l'étude étaient négatives.

3. Résultats sérologiques et connaissance des sujets sur leur état de santé

Sur les 30 participants, 24 prises de sang ont été réalisées. Les résultats de ces tests comparés aux connaissances des participants sur leur état de santé se résument de la manière suivante :

- Pour les **hépatites B et C** :
 - 1 personne sur 24 donne des renseignements concordants avec les sérologies
 - 4 personnes donnent des renseignements partiellement corrects
 - 2 personnes donnent de mauvais renseignements
 - 4 personnes ne veulent pas répondre
 - 13 ne répondent pas.
- Pour la **sérologie VIH**, résultats sérologiques et connaissance des participants sont concordants : 1 personne est VIH positive et elle le sait.

D. Récapitulatif des principaux résultats de l'étude pilote

Sur un échantillon de 30 détenus incarcérés dans une prison préventive, d'un âge moyen de 28,5 ans et incarcérés pour une durée moyenne de 188 jours, on relève :

- 18 détenus (60 %) incarcérés pour infraction à la Loi Fédérale sur les Stupéfiants
- 23 détenus déjà incarcérés auparavant, dont :
 - 14 détenus pour des problèmes de stupéfiants
 - 13 détenus ayant connu des placements institutionnels alors qu'ils étaient mineurs

• 7	détenus se déclarent consommateurs à l'extérieur de l'institution
• 14	détenus ont consommé de la drogue ou de l'alcool lors d'une incarcération précédente dont 9 n'ont consommé qu'à l'occasion de cette précédente incarcération
• 4	détenus ont consommé de la drogue lors d'une incarcération antérieure, à l'extérieur et lors de l'incarcération actuelle
• 5	détenus se sont injecté des opiacés ou des cocktails lors d'une incarcération précédente
• 5	détenus consomment de la drogue pendant l'incarcération actuelle
• 1	détenu s'injecte de la drogue pendant l'incarcération actuelle et s'est déjà injecté de la drogue lors d'une incarcération précédente

• 10	détenus ont plusieurs partenaires sexuels à l'extérieur de la prison
• 3	détenus ont des rapports sexuels dans un contexte de prostitution occasionnelle ou régulière à l'extérieur de la prison
• 6	détenus ayant à l'extérieur plusieurs partenaires sexuels n'utilisent pas régulièrement un préservatif
• 0	aucun détenu ne déclare avoir des relations sexuelles à l'intérieur de la prison

• 24	détenus ont accepté de se soumettre à une prise de sang
• 7	détenus présentent des risques sérieux de contamination (que ce soit pour l'hépatite B, l'hépatite C ou le VIH)
• 2	détenus présentant des risques sérieux de contamination ont présenté de manière indiscutable des conduites à risques pendant l'une ou l'autre incarcération
• 1	détenu est positif pour VIH et le sait.

L'étude pilote comportait un certain nombre de biais (détenus ne parlant que français et uniquement dans un milieu de détention préventive). Ces biais ont contribué à surdéterminer l'importance des détenus à risque de toxicomanie dans l'échantillon.

Conclusions de l'étude pilote

Malgré tout, cette étude nous a apporté des renseignements essentiels pour préparer la seconde phase :

- une telle étude est faisable et dans de bonnes conditions scientifiques
- un petit échantillon nous permet de mettre en évidence un **risque certain et important**, qui est largement sous-estimé en détention préventive.

Nous avons été aussi confrontés à un certain nombre de difficultés qui nous ont permis de mieux préparer la suite de la recherche. Notamment , la difficulté à différencier consommateurs occasionnels et personnes effectivement dépendantes.

Elle nous a permis de bien nous rendre compte, cependant, que la prison est un milieu inducteur de consommation en soi, soit en raison de la circulation de produits à l'intérieur, soit en raison des effets de l'incarcération, soit en raison de la fragilité psychique des détenus.

Un tel constat qui s'éloigne de la perception intuitive de ceux qui sont sur le terrain et qui luttent contre la diffusion de drogue au sein de l'institution pénitentiaire amène à reconsidérer l'ensemble des politiques et nous a donc incité à proposer une seconde phase plus exhaustive.

VI. Etude : buts et méthodologie

L'étude EPIPS a duré de novembre 2001 jusqu'en août 2004.

A. Hypothèses de travail et buts de l'étude

Les acteurs de la santé en milieu pénitentiaire manquent de données chiffrées suffisamment fiables concernant la population carcérale. Il est donc très difficile d'estimer le risque de transmission, en particulier en fonction des caractéristiques des détenus, du type de détenu, du niveau de connaissance et de compliance à des mesures préventives, etc.

Il est indispensable de recueillir des données suffisantes pour définir une stratégie optimale de prévention à l'intérieur de la prison et pour améliorer les approches anamnestiques et thérapeutiques. Ceci a également des implications en terme de coût-bénéfice. Une bonne connaissance de l'épidémiologie des maladies infectieuses et des comportements à risque permet aussi de mieux cibler les messages de prévention.

Ainsi nous avons exploré les hypothèses suivantes:

1 - Dans le canton de Vaud, une proportion importante des détenus provient de groupes de personnes ayant des habitudes qui favorisent la transmission d'infections à VIH, HBV, HCV ainsi qu'aux agents responsables de MST au sens strict.

Cette proportion pourrait être plus importante chez les femmes détenues. La présence de ces détenus appartenant à des groupes à risque conduit à un risque infectieux beaucoup plus important que dans la population générale. Ce risque infectieux est très largement méconnu et sous - estimé en raison de l'absence de dépistage systématique des infections concernées.

2 - Les comportements à risque pour la transmission de ces agents infectieux sont nombreux en milieu carcéral:

- § dès les premiers jours d'incarcération en prison préventive (certains toxicomanes continuent à consommer des stupéfiants et pratiquent le partage des seringues)
- § en exécution de peine, l'échange de seringues usagées et des relations sexuelles non protégées sont des pratiques courantes; le risque s'aggrave lorsque les détenus bénéficient de congés.

3 - Les comportements à risque ne bénéficient que faiblement des mesures de prévention actuellement disponibles du fait de la méconnaissance de ces dernières.

4 - Le risque de transmission est corrélé à la prévalence des agents infectieux en cause dans la population carcérale. Il va également dépendre de la nature et de la fréquence de ces comportements à risque et du recours à des moyens préventifs.

1. But et objectifs de l'étude

- a. **Evaluer la séroprévalence** de certaines infections dans les prisons du canton de Vaud.
 - § Décrire certains **aspects de la population carcérale** du canton de Vaud (conduites de dépendances, sexualité, etc.)
 - § Déterminer l'importance et la nature des **groupes à risque**
 - § Déterminer dans les prisons du canton de Vaud la **prévalence des infections** à VIH, HBV, HCV, syphilis et Chlamydia

- § Evaluer s'il existe une **différence significative sur le plan infectiologique** (VIH, HBV, HCV, syphilis et Chlamydia) suivant:
- le sexe
 - l'âge
 - l'appartenance à l'un ou l'autre groupe à risque
 - l'origine
 - la scolarité
 - la formation et l'activité professionnelles
 - les conditions de vie
 - le motif d'incarcération
 - les séjours antérieurs
 - le type d'incarcération (détention préventive, exécution de peine, arrêts)
 - les différents lieux de détention
 - la durée de détention
 - les comportements à risque
 - les connaissances en matière de prévention
- b. **Evaluer la nature, la fréquence et la distribution des comportements à risque** parmi les détenus du canton de Vaud.
- § Vérifier l'existence de **comportements à risque** et évaluer leur fréquence dans les prisons du canton de Vaud (en détention préventive, en exécution de peine, aux arrêts)
- § Décrire la **perception du risque infectieux** dans la population carcérale.
- c. **Evaluer les connaissances et le recours** à des mesures de prévention
- Evaluer les **connaissances des détenus en matière de prévention** pour VIH ou MST et vérifier la mise en pratique des diverses recommandations.
 - Déterminer **l'importance numérique des sujets à risque pouvant bénéficier d'une vaccination** contre l'hépatite B ou d'autres mesures préventives ou thérapeutiques.

2. Perspectives

L'identification de l'importance du risque de transmission du VIH, des hépatites B et C et des MST dans le milieu carcéral vaudois nous permet de proposer certaines réponses développées en fin de ce rapport et notamment :

1. nécessité ou non de proposer systématiquement un **dépistage** du virus VIH et des virus des hépatites B et C à tous les entrants en milieu carcéral
2. nécessité ou non d'envisager la **vaccination** contre l'hépatite B dans toute la population carcérale non contaminée ou réserver cette vaccination aux seuls groupes à risque.
3. évaluer les **secteurs pénitentiaires où il faut développer en priorité** le dépistage et la prise en charge des pathologies infectieuses
4. dégager des **priorités en matière de prévention du risque** (counselling et information, distribution de préservatifs, agents désinfectants, échange de matériel d'injection stérile) en tenant compte de l'organisation de la détention, de l'engagement du personnel actuel, du coût financier et de l'éthique médicale
5. améliorer les réponses thérapeutiques existantes et, notamment les indications à un traitement de l'hépatite C en prison
6. identifier des pistes de recherche ultérieures.

B. Méthodologie de l'étude

a) Equipe de recherche

Sous la direction du Dr Bruno Gravier, responsable du SMPP et requérant principal, celle-ci était constituée de:

- Dresse Anne Iten, médecin interniste, responsable de la réalisation de l'étude
- Mme Agnès Khelifa, infirmière chargée de l'organisation pratique (passation des questionnaires, prises de sang, informatisation des données) aidée par Maya Grossenbacher
- Dr Eric Brenner, médecin épidémiologiste, qui a élaboré la base de recherche et effectué l'analyse statistique.

L'équipe de recherche a bénéficié du concours à tous les stades de l'étude de :

- Dr Daniel Beer, coordinateur des soins somatiques du SMPP
- M. Jean-Philippe Duflon, infirmier-chef du SMPP.

Pour les travaux préliminaires, l'équipe de recherche a collaboré avec les Drs L. Avigdor, A. Cugini et P. de Vevey, médecins vacataires dans les prisons du canton de Vaud.

De plus, elle a travaillé en étroite collaboration avec les médecins et les infirmier(ère)s travaillant dans les différentes prisons vaudoises.

b) Déroulement de l'étude : 1/11/2001 –31/08/2005

Dates de mise en oeuvre

- Dépôt demande de subside 27/09/2000
- Décision favorable FNRS : 28/05/2001
- Avis favorable de la commission d'éthique de la recherche clinique de l'UNIL : 8/08/2001
- Déblocage du subside : 13/11/2001 pour un début officiel au 1/11/2001
- Collecte des données : 01/02/2002-30/06/2002
- Analyse des données, restitutions aux participants, rédaction du rapport : 01/07/2002-30/11/2005

La dernière phase a duré beaucoup plus longtemps que prévu dans le projet en raison de la **complexité et du grand nombre de données recueillies**, en raison aussi de la difficulté à obtenir la disponibilité des membres de l'équipe une fois la période d'engagement prévue pour la recherche achevée, en raison, enfin, de la maladie de longue durée d'un des membres de l'équipe.

Les différentes phases sont détaillées plus bas. Elles ont comporté notamment:

- l'élaboration du questionnaire
- la prise de contact avec les différents partenaires: directions des prisons de tout le canton de Vaud, surveillants, équipes médicales
- l'organisation de la réalisation pratique de l'étude: planification et mise sur pied de l'étude en collaboration avec les services médicaux et les équipes de surveillance, mise en place des procédures de respect de l'anonymat
- les interviews avec remplissage du questionnaire et prises de sang
- l'expédition des prélèvements sanguins aux différents laboratoires
- la réception des résultats sanguins
- la remise des résultats aux participants à l'étude ayant accepté la prise de sang dans le respect de la plus stricte confidentialité
- l'informatisation des données

- l'analyse des résultats
- la rédaction du rapport.

c) **Organisation**

De nombreuses **rencontres** ont été nécessaires à la mise sur pied de cette phase de l'étude.

L'équipe de recherche a rencontré notamment les **responsables du service pénitentiaire** (M. A. Vallotton, chef de service, M. J.L. Girod, adjoint, Mme A.-L. Pages, chef de l'office d'exécution des peines), des différents sites d'incarcération (M. C. Péquignot, directeur des MAPS, M. D. Pieren, directeur des EPO, M. J.E. Richard, directeur de la Prison de la Tuilière) et de la Fondation Vaudoise de Probation (M. J. Monnet, directeur).

Les responsables des prisons vaudoises se sont montrés particulièrement soucieux de la problématique présentée et ont fait en sorte que l'étude puisse se dérouler dans les meilleures conditions.

Dans un deuxième temps, l'infirmière répondante EIPS, en collaboration avec les équipes soignantes et un référent du Service pénitentiaire, a organisé l'étude dans ses aspects pratiques :

- locaux
- organisation de la journée
- planification de l'horaire des entrevues
- transports des participants
- information aux détenus
- information aux surveillants.

Référents du Service pénitentiaire	
Sites	
Bochuz (EPO)	M. Surdez, surveillant-chef M. Ansermet, surveillant-chef
Bois-Mermet	M. Knuchel, surveillant sous-chef
La Colonie (EPO)	M. Niederhauser, surveillant-chef M. Chabloz, surveillant sous-chef M. Huguet surveillant sous-chef M. Joseph, surveillant sous-chef
La Croisée	M. Freiburgerhaus, surveillant sous-chef M. Schuppisser, surveillant sous-chef
La Tuilière	M. Berset, surveillant-chef
Vevey	M. Ottinger, surveillant-chef

Toutes ces personnes se sont assurées que l'étude se ferait dans le respect de l'intérêt des personnes détenues et en tenant compte de la charge de travail du personnel du service pénitentiaire. Par ailleurs, elles ont fait en sorte que le déroulement de l'étude s'intègre au fonctionnement de l'institution.

La collecte des données a débuté début février 2002 et s'est achevée fin juin de la même année.

Périodes de collecte des données de l'étude EIPS Dans les prisons vaudoises		
Site	Début	Fin
Bochuz	06.05.2002	28.06.2002
Bois-Mermet	04.02.2002	01.03.2002
La Colonie	29.04.2002	05.06.2002
La Croisée	11.03.2002	26.04.2002
La Tuilière	11.03.2002	12.04.2002
Vevey	10.06.2002	26.06.2002

d) Collectif des sujets de l'étude

D'entente entre les responsables des différents sites de détention et ceux de l'étude, il a été décidé que tous les détenus seraient invités à rencontrer l'équipe de recherche, dans les locaux du service médical. Une information a été dispensée en préalable aux détenus par différents canaux : télévision interne, affichage, service médical, etc.

Critères d'exclusion

Ont été exclus totalement :

- § certains détenus présentant des **troubles psychiatriques graves** ou susceptibles de **comportements imprévisibles et dangereux** pour les deux infirmières de l'équipe de recherche, notamment des détenus se trouvant en quartier de sécurité renforcée aux EPO
- § les détenus **ne comprenant pas une des 15 langues** proposées pour le questionnaire.

Ont été exclus partiellement (pas de prise de sang) :

- § les détenus **refusant la communication** des résultats des prises de sang (cf. plus bas, confidentialité et communication). Ils pouvaient cependant répondre au questionnaire
- § les détenus pour lesquels la communication des résultats ne serait pas possible (expulsion).

Rencontres avec les participants potentiels

Ceux-ci ont rencontré individuellement les membres de l'équipe de recherche. En l'absence de tout membre du personnel du service médical ou pénitentiaire, il leur a été expliqué :

- les motifs et les objectifs de l'étude
- son déroulement en trois parties (un questionnaire, une prise de sang puis dans un deuxième temps la remise des résultats sanguins) et ses modalités
- la garantie de l'anonymat et de la confidentialité
- l'utilisation des résultats à des seules fins de recherche, sans transmission des données aux autorités, ni au service médical de l'établissement, sauf demande de leur part
- la présentation des résultats: rédaction du rapport actuel, présentation de celui-ci aux différentes personnes impliquées, stratégies de valorisation, etc.

Formulaire de consentement

Chaque participant potentiel a pris connaissance d'un document d'information écrit (Annexe B). En cas d'accord, il devait signer un formulaire de consentement éclairé (Annexe B).

Traduction des formulaires et du questionnaire

Ces textes étaient **disponibles en 15 langues** : français, albanais, allemand, anglais, arabe (Maghreb), espagnol, italien, lingala, portugais, roumain, russe, serbo-croate, swahili, tamoul et turc.

Transmission des résultats et confidentialité

Une fois l'accord donné, les infirmières de l'étude relevaient le nom du participant et les autres coordonnées nécessaires. Au cas où l'un d'eux aurait quitté la prison au moment de la remise des résultats, les infirmières fixaient avec lui les modalités selon lesquelles elles reprendraient contact avec lui en respectant la confidentialité et les règles déontologiques. Elles seules avaient accès aux **données nominatives, conservées dans un lieu sûr, à l'extérieur** de la prison.

Au terme de cette procédure sur les 490 détenus présents, 352 (68.9%) ont accepté de participer (tableau n°29), parmi ceux-ci certains ont accepté l'ensemble de l'étude, d'autres seulement une partie (cf. plus loin description du collectif).

e) Questionnaire

Celui-ci a été élaboré par A. Iten, B. Gravier, D. Beer, J. – P. Duflon.

La première version du questionnaire utilisée pour la phase préliminaire a bénéficié du concours de la Dresse F. Dubois-Arber et du Dr J.–P. Gervasoni (Institut de Médecine Sociale et Préventive, CHUV, Lausanne). Cette première version du questionnaire a été soumise à la critique de l'équipe soignante de la prison du Bois – Mermet ainsi qu'aux membres de la consultation VIH du CHUV (Médecine 2).

Le questionnaire définitif (cf. Annexe C) aborde sept thèmes:

1. situations personnelle et professionnelle du détenu
2. détention en cours
3. passé carcéral du détenu
4. consommation de drogues durant la détention en cours et la détention précédente
5. comportements sexuels des détenus à l'intérieur et à l'extérieur de la prison
6. connaissance de leur propre état de santé
7. appréciation de la prévention effectuée en prison.

Dans la mesure du possible, les questions ont été formulées de manière à pouvoir comparer les réponses à des études antérieures (Benninghoff, 1996).

Anonymat

Une attention toute particulière a été portée au respect de l'anonymat des participants. Pour cette raison, nous avons renoncé à demander certaines précisions (comme la date de naissance ou la profession) qui auraient permis d'identifier la personne interrogée.

Traduction

Tout comme le document d'information et le formulaire de consentement, les questionnaires étaient disponibles **en quinze langues** : français, albanais, allemand, anglais, arabe (Maghreb), espagnol, italien, lingala, portugais, roumain, russe, serbo-croate, swahili, tamoul et turc.

Déroulement

Si la personne donnait son accord, elle recevait un questionnaire numéroté. Pendant que le participant à l'étude remplissait le questionnaire, un des membres de l'équipe se tenait à sa disposition pour répondre à d'éventuelles questions mais ne vérifiait ni n'influçait la façon de répondre.

f) Prélèvements sanguins et technique de prise de sang

Les échantillons ont été acheminés :

- pour les sérologies pour VIH et les hépatites B et C au Laboratoire d'Immunologie du CHUV (M. V. Aubert et Mme B. Morel)
- pour la sérologie TPHA: Laboratoire de Sérologie du Service de Bactériologie CHUV (M. R. Sahli et Mme A. Bertschy)
- pour la sérologie à Chlamydia: Laboratoire Immunosa à Yverdon (M. J. - M. Druon).

Procédure

Cette prise de sang n'était effectuée que si les personnes interrogées confirmaient leur accord. L'infirmière qui prélevait le sang vérifiait que le participant à l'étude était d'accord pour le prélèvement, qu'il donnait son consentement éclairé pour un test VIH et les sérologies pratiquées et qu'il était d'accord de recevoir les résultats.

Prise de sang

Selon le protocole, les prises de sang devaient être pratiquées par voie veineuse périphérique. Dans de rares cas et avec l'accord du patient, le Dr D. Beer a pratiqué des ponctions dans la veine jugulaire externe. Les prélèvements sanguins portaient le même numéro d'identification que le questionnaire.

Le temps nécessaire à la passation du questionnaire et à la prise de sang a été en moyenne de 40 minutes.

g) Confidentialité et communication des résultats aux intéressés

Accord de la commission d'éthique

Le protocole de recherche a été soumis à la Commission d'Ethique des Hospices cantonaux /CHUV qui a validé notre démarche (Cf. Annexe A), et en particulier les protocoles de consentement et questionnaires (Cf. Annexe B et C).

Consentement et communication des résultats

Avant d'être inclus dans l'étude, chaque participant a donné un consentement écrit à sa participation. En dehors des deux infirmières de recherche, personne n'a eu accès à ces documents.

Après réflexion et après avoir pris plusieurs avis autorisés, l'équipe de recherche a décidé que la prise de sang n'aurait lieu que si la personne testée était d'accord de recevoir les résultats de ces tests sérologiques.

Dans un premier temps, il avait été envisagé de recueillir des échantillons de sang rendus anonymes dès le prélèvement, ce qui rendait impossible l'identification de la personne concernée, mais aussi la communication des résultats. Après réflexion sur cette démarche, validée en recherche, mais peu compatible avec la situation de détention, il a semblé beaucoup plus conforme aux règles éthiques d'opter pour la communication systématique des résultats à la personne concernée sachant que celle-ci pouvait bénéficier, si nécessaire, de l'information disponible. Les personnes refusant de prendre connaissance de leurs résultats ont été en conséquence exclues de l'étude.

Cette démarche nous a évité de nous trouver en présence d'échantillons sanguins témoignant d'une infection en cours sans que la personne concernée puisse être renseignée sur son état sérologique.

Confidentialité

Personne au sein de l'établissement pénitentiaire, mis à part les détenus concernés, n'a eu accès aux résultats. Ni la direction de la prison, ni le service médical concerné ne se sont opposés à cette façon de procéder.

Suivi des résultats

Chaque détenu ayant accepté un prélèvement sanguin a été revu par une des deux infirmières de l'étude qui lui a communiqué ses résultats sérologiques, expliqué leur signification et donné les

informations et recommandations utiles à sa situation. La durée de cette 2^{ème} rencontre peut être estimée à 15 minutes.

Les infirmières EIPS ont discuté tous les résultats positifs avec un médecin de référence dans l'équipe de recherche. Elles ont remis les résultats aux participants dans la confidentialité la plus stricte. Le médecin de référence était à disposition, en cas de besoin pour répondre à leurs questions et les aider à l'orientation éventuelle des détenus.

Avant de débiter l'étude, il avait été convenu qu'en cas de test positif, le détenu concerné serait, avec son accord, adressé au service médical de la prison pour qu'il puisse bénéficier de la prise en charge médicale habituelle. Rappelons que celle-ci obéit aux règles déontologiques de tout exercice médical, en particulier en ce qui concerne les règles du secret médical. Lorsque les résultats sérologiques justifiaient un suivi médical, les participants ont donc été encouragés à consulter un médecin. Dans ces cas, les résultats sérologiques n'ont été transmis au service médical qu'avec l'autorisation signée du participant.

h) Conservation des données

A la fin de chaque période de travail, tous les documents étaient acheminés à l'extérieur de la prison :

- les questionnaires dans le bureau des infirmières de recherche. Ils ont été saisis informatiquement, puis classés en lieu sûr (armoire fermée à clé dans le bureau des infirmières de recherche).
- les prélèvements sanguins dans les laboratoires respectifs. Aucun de ces derniers n'a eu accès au nom des personnes testées. Les résultats des tests effectués ont été rendus de façon confidentielle à chaque participant.

i) Faisabilité et difficultés rencontrées

(1) Introduction d'une recherche dans le milieu pénitentiaire

La première étape nécessaire et primordiale au bon déroulement de toute étude en milieu pénitentiaire, est l'**approbation des partenaires**. Différents éléments ont favorisé une collaboration de bonne qualité.

Les intervenants de l'équipe de recherche ont dans un premier temps fait connaissance avec le milieu carcéral (les règles institutionnelles et leurs applications sur les différents sites) et les collaborateurs du Service de médecine et psychiatrie pénitentiaires (SMPP) et du Service pénitentiaire (SPEN) (spécificités, compétences et besoins).

Différentes **réunions préparatoires** ont été planifiées afin de rencontrer les collaborateurs du SPEN (les Directeurs et leurs adjoints, les Surveillants-Chefs et les Surveillants, les équipes socio-éducatives), de la Fondation vaudoise de probation (assistants sociaux) et du SMPP (les médecins, les équipes infirmières et administratives). Lors de ces réunions, les différents partenaires ont bénéficié d'informations ciblées et détaillées concernant le but, les objectifs et le déroulement de l'étude, ainsi que le rappel des résultats de l'étude préliminaire effectuée à la prison du Bois-Mermet (phase – pilote de ce projet).

Au cours de l'étude, des **rencontres régulières** ont contribué à maintenir une excellente collaboration entre les infirmières EIPS et les collaborateurs SMPP et SPEN.

La **prise en compte des besoins et des contraintes** de chacun, tout particulièrement celles inhérentes au milieu carcéral (horaires d'ateliers, des promenades, disponibilité ou accessibilité des surveillants ou collaborateurs du SMPP...), a permis un déroulement optimal.

A notre niveau, nous avons été attentifs, tout au long de ce travail, au **ressenti** des différents acteurs du milieu pénitentiaire face à l'image qui pourrait être donnée de leur travail à travers les résultats.

(2) Difficultés pratiques

Délais

L'étude devait être présentée à environ cinq cent participants potentiels sur six lieux différents d'incarcération.

Le temps nécessaire à l'interview (présentation de l'étude et si consentement, questionnaire et prise de sang) a été évalué à une heure, y compris le temps de transport du participant. Celui de la remise des résultats à quinze minutes.

L'organisation des interviews a dû tenir compte des contraintes carcérales : temps des interviews limité à trois heures par demi-journée, locaux ou personnels non disponibles tous les jours de la semaine.

Sur chaque site, des solutions adaptées ont été trouvées pour répondre à ces contraintes : un deuxième local (du SMPP ou du SPEN) a été mis à disposition, l'enquête s'est effectuée sur deux sites en parallèle, la saisie a été pratiquée en parallèle des interviews, une infirmière auxiliaire est venue seconder l'infirmière répondante.

Le planning a été établi tenant compte de ces contraintes et obligeant à étaler la collecte de données sur 4 mois, alors qu'idéalement un temps plus court aurait dû être consacré à ce recueil sur les différents sites. Le planning ainsi établi a pu être respecté sur chaque site, la collecte des données s'est terminée dans les délais fixés (février à juin 2002).

Information aux détenus

La population carcérale se compose d'une majorité de personnes en détention préventive et d'origine étrangère (Rapport d'activité SMPP 2001 : sur 1957 personnes, total de la population carcérale, 1402 (72%) sont d'origine étrangère). Le temps d'incarcération est souvent très court (Rapport d'activité SMPP 2001 : incarcérations entre 1 à 50 jours : 981. Beaucoup durent moins d'une semaine). De plus, sur chaque site, les modalités d'information disponibles diffèrent.

Dans un premier temps, une **information globale** a été présentée aux détenus par les canaux d'information propres à chaque site : affichage ou moyen de communication audiovisuel.

L'information a été relayée par les collaborateurs du SMPP ou du SPEN (compléments, précisions) ou par les co-détenus (traductions, discussions). Lors des interviews, chaque participant potentiel a reçu une information personnalisée. Certains détenus, au départ réticents, ont fini par adhérer à la démarche de l'étude et se sont avérés des soutiens efficaces par les informations qu'ils ont relayées auprès des autres détenus.

Réalisation des interviews

De nombreux collaborateurs du SPEN se montraient convaincus du bien fondé d'une telle recherche mais pensaient que les détenus n'y participeraient pas par manque d'intérêt. On verra dans les résultats que la réalité s'est montrée bien différente.

Certains détenus, pour leur part, ont exprimé leurs **craintes du non-respect de la confidentialité** et de l'anonymat ainsi que l'utilisation des données à d'autres fins que celles présentées. Bien entendu, toutes les assurances leur ont été données.

Les directions médicales et pénitentiaires se sont accordées pour **ne pas pénaliser les participants** : les interviews ont été organisés pendant le temps passé en cellule ou le temps de travail et non sur les temps de loisir ou de visite.

Les entretiens étaient conduits dans un état d'esprit de respect et d'écoute : les infirmières EPIPS rappelaient aux participants leur position extérieure à l'institution pénitentiaire, ne portaient aucun jugement sur les propos tenus et étaient attentives à ne pas influencer par leur attitude la décision des détenus. Une communication de bonne qualité a pu s'instaurer dans la grande majorité des cas.

De nombreux participants ont manifesté leur reconnaissance de l'intérêt porté à leur situation et ont exprimé le désir d'être informés des résultats de l'étude.

Passation du questionnaire

Pour des personnes parlant peu le français ou parfois illettrées dans leur langue maternelle, le questionnaire pourtant traduit dans quinze langues s'est avéré long et compliqué (82 items).

Son contenu aborde des sujets privés qui touchent la sphère médicale, mais aussi l'histoire de vie et la vie carcérale. Il a, parfois, remis à jour des souvenirs enfouis difficiles à se remémorer et à partager.

L'infirmière qui conduisait l'entretien apportait au détenu son appui le plus neutre possible dans la compréhension des questions (respect du temps nécessaire à chacun, reformulation, traduction); ainsi, la majorité des questionnaires a été remplie à plus de 90% (cf. plus loin chapitre VII B).

Les personnes ne parlant pas ou ne comprenant pas le français et ne lisant pas une des langues à disposition ont été exclues de l'étude.

Prise de sang et transmission des résultats

Trois laboratoires différents ne travaillant pas habituellement avec le SMPP ont été chargés de l'analyse des échantillons sanguins. Cependant le dépôt des prélèvements et la réception des résultats étaient centralisés. Grâce à un échange fréquent d'informations avec un référent au sein de chaque laboratoire, une excellente collaboration s'est instaurée : aucun échantillon n'a été égaré, tous les résultats ont pu être transmis dans le délai fixé (quinze jours) et l'anonymat a été respecté.

La transmission des résultats aux participants s'est faite dans le respect de l'anonymat et de la confidentialité. Les personnes susceptibles d'être libérées ou transférées dans un autre établissement signaient une autorisation de transmission des résultats par courrier.

Les personnes qui ne désiraient pas connaître leurs résultats sérologiques ou qui ne pouvaient pas les recevoir (expulsion, etc.) pouvaient contribuer à l'étude en remplissant uniquement le questionnaire.

Les résultats sérologiques de deux personnes n'ont pas pu être transmis, ils étaient négatifs.

(3) Difficultés cliniques et dans l'organisation des suivis

Organisation du suivi médical

Lorsque les résultats sérologiques justifiaient un suivi médical, les participants ont été encouragés à consulter un médecin : avec leur autorisation signée, les résultats étaient alors transmis aux équipes médicales.

Chez les participants, cette nouvelle information concernant leur santé était souvent génératrice d'angoisse, elle-même majorée par le milieu carcéral (solitude, accès limité aux informations, craintes engendrées par les limites imposées, etc.). **Une transmission rapide au service médical** a permis d'organiser la prise en charge la plus adéquate possible de telles situations.

Les craintes des collaborateurs du SMPP portaient sur une surcharge de travail apportée par l'enquête.

Des rencontres entre les membres de l'équipe de recherche et les équipes du SMPP ont permis de réajuster l'organisation du suivi médical. **Un délai maximum d'une semaine entre l'annonce de la sérologie positive et la première consultation médicale** a été respecté. Entre temps une consultation infirmière a parfois été envisagée. Avant de rencontrer le détenu, le médecin prenait connaissance du dossier. Lors de situations complexes une discussion d'équipe permettait d'opter pour une stratégie commune.

En tout, **cinquante participants** (dont le status sérologique pour certains était déjà connu) ont été adressés aux neuf médecins internistes du SMPP. Ainsi les craintes quant à une surcharge de travail ne se sont pas avérées fondées.

Documentation et information du personnel médical et infirmier

Afin d'assurer un suivi médical et infirmier tenant compte des connaissances actuelles, notamment pour l'hépatite C, différentes rencontres ont permis de réfléchir aux difficultés liées à la pratique carcérale et d'apporter des solutions appropriées dans le respect du principe d'équivalence des soins défendu en médecine pénitentiaire (cf. directives de l'Académie Suisse des Sciences Médicales).

Une documentation actualisée a été fournie aux équipes : recommandations de prise en charge médicale, élaboration d'un classeur de référence incluant des informations de prévention et de la documentation « grand public ». Le médecin répondant EPIPS était atteignable pour compléter l'information.

Suivi thérapeutique

Le but principal de l'étude était de déterminer la prévalence des infections VIH, HBV, HCV, syphilis et Chlamydia.

Il nous est apparu important d'approfondir **la manière dont le suivi était effectué pour les personnes dont le dépistage avait indiqué qu'elles étaient porteuses de l'un ou l'autre pathogène**. Un complément à l'étude EPIPS (Annexe D et E) a été élaboré et soumis à la commission d'Ethique qui a donné oralement son aval. Il a permis d'améliorer la connaissance de la prise en charge médicale offerte aux détenus notamment à ceux qui justifiaient d'un suivi médical.

(4) Difficultés éthiques et médico-légales

Secret professionnel et transmission d'informations

L'étude a suscité un certain nombre de **questionnements éthiques chez les soignants**. Les situations les plus fréquemment problématiques ont été l'annonce d'une sérologie positive ou la transmission des résultats d'EPIPS à un participant ayant quitté la prison.

En milieu carcéral, la mise en évidence d'une maladie entraîne généralement une vive inquiétude chez les détenus. Il a fallu expliquer aux personnes qui avaient accepté la prise de sang la signification des résultats sérologiques et les conséquences potentielles tout en veillant à ne pas provoquer d'angoisses inutiles. Dans les cas où cela était nécessaire, nous avons conseillé au participant de rencontrer rapidement le médecin.

Lorsqu'il s'agissait de **transmettre des résultats à l'extérieur de la prison**, il a fallu prendre contact avec la personne concernée en étant attentif aux précautions respectant la discrétion concernant de tels renseignements. Pour faciliter ces démarches, au moment de la prise de sang il avait été convenu avec le participant de la manière de procéder pour lui transmettre les résultats en toute discrétion.

Certaines **situations difficiles et complexes** ont été discutées avec les équipes soignantes lors de rencontres. On peut citer comme exemple l'histoire d'un détenu connu comme hétérosexuel, installé dans une relation stable, contaminé par le VIH lors d'un rapport sexuel au cours de son incarcération. L'équipe médicale pouvait douter qu'il informe sa partenaire de sa séropositivité. Cette situation n'a pas été révélée par notre enquête, mais l'équipe de recherche a participé à la réflexion suscitée par cette situation. Comment concilier éthique professionnelle et respect des droits du patient lorsqu'une personne, par son comportement, met ses partenaires sexuels en « situation à risque » ? Une telle situation, déjà complexe en liberté, devient particulièrement difficile dans le contexte de l'incarcération.

L'équipe de recherche a aidé à mettre à jour les connaissances sur le risque de contamination de la partenaire, sur les droits et devoirs du détenu et de son amie, sur les textes de référence existant à ce propos. Finalement, suite au travail de l'équipe dans son ensemble et plus particulièrement du psychothérapeute du détenu, ce dernier a informé lui-même sa compagne.

Risque de contamination vécu par les détenus

Tout le monde s'accorde pour dire que **l'environnement pénitentiaire est un milieu à risque**. L'appréciation du risque varie en fonction des catégories concernées. Il nous est apparu, en particulier

au cours des entretiens, que les détenus étaient particulièrement sensibles à ce risque de contamination. Certains éléments contribuent à renforcer cette insécurité : promiscuité, hygiène insuffisante des sanitaires, partage des couverts et des rasoirs. On peut d'autre part penser qu'une information lacunaire renforce les peurs et l'insécurité.

Lors des interviews, les infirmières EIPS ont pu se rendre compte des connaissances insuffisantes ou erronées de la population carcérale, elles ont pu apporter certaines réponses individuelles.

Les équipes du SMPP, principalement lors de l'entretien d'entrée, fournissent un certain nombre **d'informations en remettant le kit de prévention** (Cf. actions de prévention décrites plus haut). Il est notamment recommandé d'utiliser un rasoir individuel. Mais nous avons pu mesurer à quel point il était indispensable de recourir à des **démarches continues et répétées** pour arriver à une information efficace.

Parallèlement à l'augmentation de la prévalence des maladies infectieuses, particulièrement de l'hépatite C, on pourrait craindre **une augmentation des actions judiciaires contre les institutions pénitentiaires en raison du risque lié à la promiscuité pénitentiaire**. Par exemple, un détenu placé en détention préventive qui, suite à sa participation à EIPS, a été informé de sa sérologie positive pour l'hépatite C, a estimé que celle-ci lui avait été transmise par son camarade de cellule lors de l'utilisation commune du même rasoir. Dans le cadre de la défense de son client, son avocat entend invoquer les circonstances dans lesquelles il pourrait avoir contracté cette maladie.

On aurait tort de négliger ce risque : renforcer les informations et mesures de prévention est un moyen d'anticiper des situations non seulement coûteuses en terme de santé individuelle, mais aussi d'un point de vue collectif et institutionnel.

Risque de contamination vécu par les surveillants

De nombreux surveillants disent ne pas se sentir en sécurité face à des situations « à risque » ou vécues comme telles. Ils remettent souvent en cause le secret médical qu'ils vivent comme les excluant non seulement d'une prise en charge interdisciplinaire, mais aussi des mesures de protection optimales.

Ils bénéficient **d'informations de prévention transmises par l'Institut de Santé au Travail** qui assure le service médical du personnel des Institutions pénitentiaires. Les équipes du SMPP relaient ces informations lors de situations ponctuelles ou à leur demande, mais, le plus souvent, de façon informelle (Cf. plus haut ch. IV C 4).

L'amélioration constante des interfaces et des actions de formation continue est une exigence pour développer une attitude plus adaptée aux situations à risque. C'est une évidence qui doit être constamment rappelée pour souligner combien les peurs et les incompréhensions sont profondes et qu'elles hypothèquent souvent la collaboration existante, pourtant souvent plus satisfaisante qu'on ne veut bien le dire.

Notre enquête a permis de mesurer à travers les nombreuses rencontres qui ont pu avoir lieu au cours de sa préparation et de sa réalisation, à quel point **l'inquiétude était vive** et à quel point celle-ci devait être prise en considération.

(5) Bilan de la faisabilité

L'étude EIPS s'est déroulée dans de bonnes conditions : l'équipe de recherche a pu s'adapter aux règles du milieu carcéral et grâce à une collaboration constante et d'excellente qualité avec les partenaires SMPP et SPEN, les difficultés pratiques rencontrées ont pu être résolues.

La passation des questionnaires, les émotions et interrogations vécues à cette occasion ont été sources de nombreuses discussions, autant au sein de l'équipe qu'avec les autres équipes concernées.

Nous devons aussi souligner que grâce à la **collaboration constante et à tous les niveaux** des équipes de surveillance, cette recherche a pu se dérouler sans que le quotidien pénitentiaire soit notablement affecté et surtout sans entorse aux règles éthiques qui avaient été fixées.

VII. Résultats d'EIPIS

A. Collectif des participants

Au moment de l'étude EIPIS, 607 places de détention étaient disponibles sur les différents sites de concernés.

Détenus sollicités

514 détenus étaient présents pendant la période où l'étude s'est déroulée. Ce chiffre correspond à l'addition des différents chiffres de détenus présents le premier jour où l'enquête était effectuée sur chaque site. Ce qui fait que ce chiffre n'est qu'approximatif, compte tenu de l'importance des mouvements dans les prisons vaudoises et compte tenu aussi du décalage dans le temps que ce type de décompte implique. C'est aussi ce décalage qui fait qu'un détenu a pu être sollicité sur un site et aurait pu l'être de nouveau, quelques semaines plus tard, après avoir été transféré dans un nouveau site concerné par l'étude.

24 détenus n'ont pas été sollicités : 5 étaient en Division d'Attente aux EPO (quartier de haute sécurité), 8 étaient en semi-liberté (absents au moment de l'étude), 11 autres avaient déjà participé à l'étude sur un autre site.

Ainsi, **490 détenus ont été sollicités** pour participer à EIPIS.

Les personnes à qui l'étude était présentée pouvaient :

- refuser de participer à l'ensemble de celle-ci
- participer :
 - ⇒ en répondant au questionnaire
 - ⇒ en acceptant une prise de sang. Cette dernière était effectuée uniquement si le participant potentiel était d'accord de recevoir ses résultats sérologiques (Cf. plus haut : « méthodologie : collectif » et feuille de consentement Annexe B).

Le refus de l'une des modalités ne signifiait pas l'exclusion de l'étude. Les personnes dont on savait qu'il ne serait matériellement pas possible de les contacter pour leur transmettre leurs résultats sérologiques (exemple : expulsion du territoire suisse) ne remplissaient que le questionnaire. De même certains n'ont subi que la prise de sang, si pour une raison ou une autre ils ne souhaitaient pas répondre au questionnaire.

Refus de participation

Parmi les 490 détenu(e)s sollicité(e)s :

- 28 détenus ont refusé de rencontrer l'équipe d'EIPIS
- 94 détenus ont refusé de participer à l'étude après avoir reçu l'information donnée par l'équipe
- 9 détenus ont décliné l'offre participer à l'étude en raison de problèmes de langues (2), du travail qu'ils devaient faire (2), d'une extradition prochaine (1) et de raisons qu'ils n'ont pas voulu exposer (4)
- 7 détenus n'ont pas participé et pour lesquels nous disposons pas de précision.

Au total, **138 détenus ont refusé de participer**, ce qui fait que **162 détenus, au total, ont été exclus**.

Les motifs explicités pour justifier le refus étaient les suivants :

- 13 ne sentent pas concernées par le sujet abordé dans l'étude
- 11 avaient des problèmes de langues (ne connaissent pas les langues dans lesquelles le questionnaire est disponible, problème de lecture)
- 4 sont opposées à ce genre de démarche (notamment manque de confiance)

- 12 travaillaient en cuisine le jour de l'étude
- 2 personnes se sont désistées en début de questionnaire
- 1 invoque une expulsion prochaine
- 1 évoque des problèmes personnels.

Taux et répartition de la participation

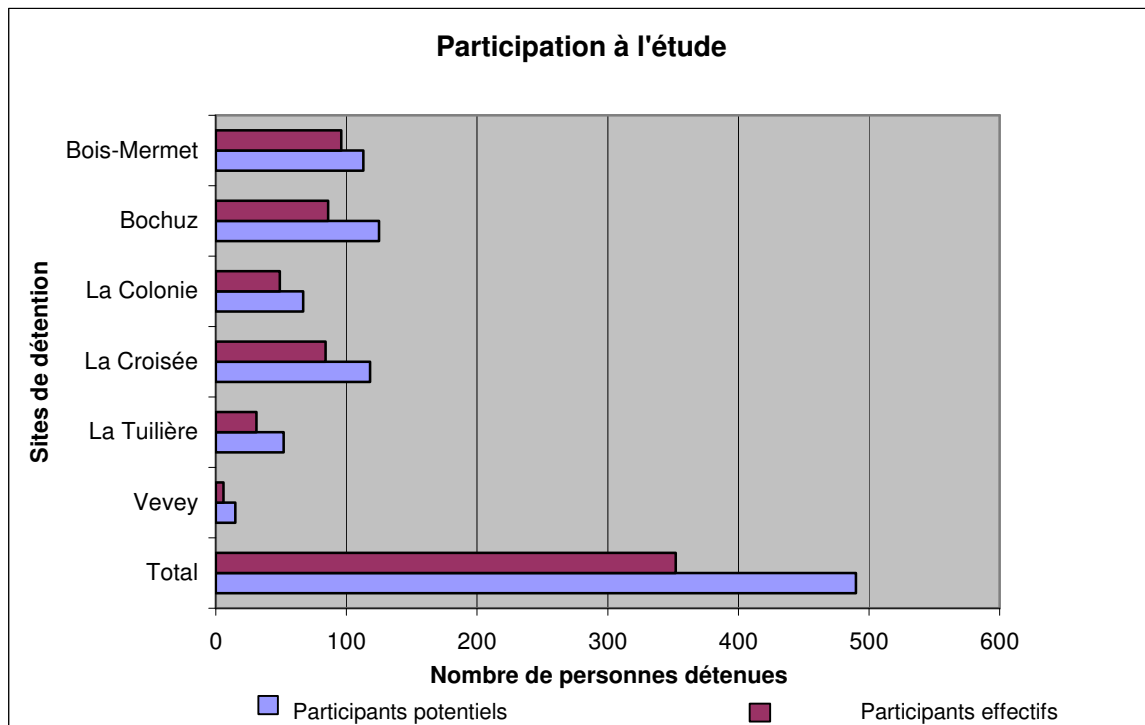
La participation des 490 participants potentiels se résume ainsi (tableau n°30):

- **138 détenus ont refusé de participer à l'étude.**
- 14 ont été d'accord de subir seulement une prise de sang,
- 77 uniquement de répondre au questionnaire;
- 261 personnes ont accepté questionnaire et prise de sang.

Autrement dit

352	(71.8%)	personnes ont accepté de participer à l'étude
338	(68.9%)	personnes ont répondu au questionnaire
275	(56.1%)	personnes ont accepté une prise de sang
261	(53.3%)	personnes ont accepté questionnaire et prise de sang

Ces personnes étaient réparties sur **6 sites de détention** : les prisons du Bois-Mermet, de La Croisée, de La Tuilière, de Vevey et les Etablissements de la Plaine de l'Orbe (EPO) (ceux-ci étant divisés entre Bochuz et la Colonie) (tableau n°29).



- **Dans la première partie de l'analyse des résultats**, nous utiliserons les données récoltées parmi **les 338 personnes qui ont répondu au questionnaire** et seront identifiés comme « participants ».
- **Pour l'analyse des résultats sérologiques**, nous ne tiendrons compte, sauf exception, que des prises de sang réalisées pour l'étude EPIPS, ce qui correspond aux **résultats sérologiques de 274 personnes**.

B. Questionnaire

Le questionnaire comportait 82 questions. Il a été rempli de manière cohérente et quasi complètement par la large majorité des participants. Cependant, seuls 23 questionnaires (6.8%) ont été remplis dans leur totalité, du fait de la structure du questionnaire.

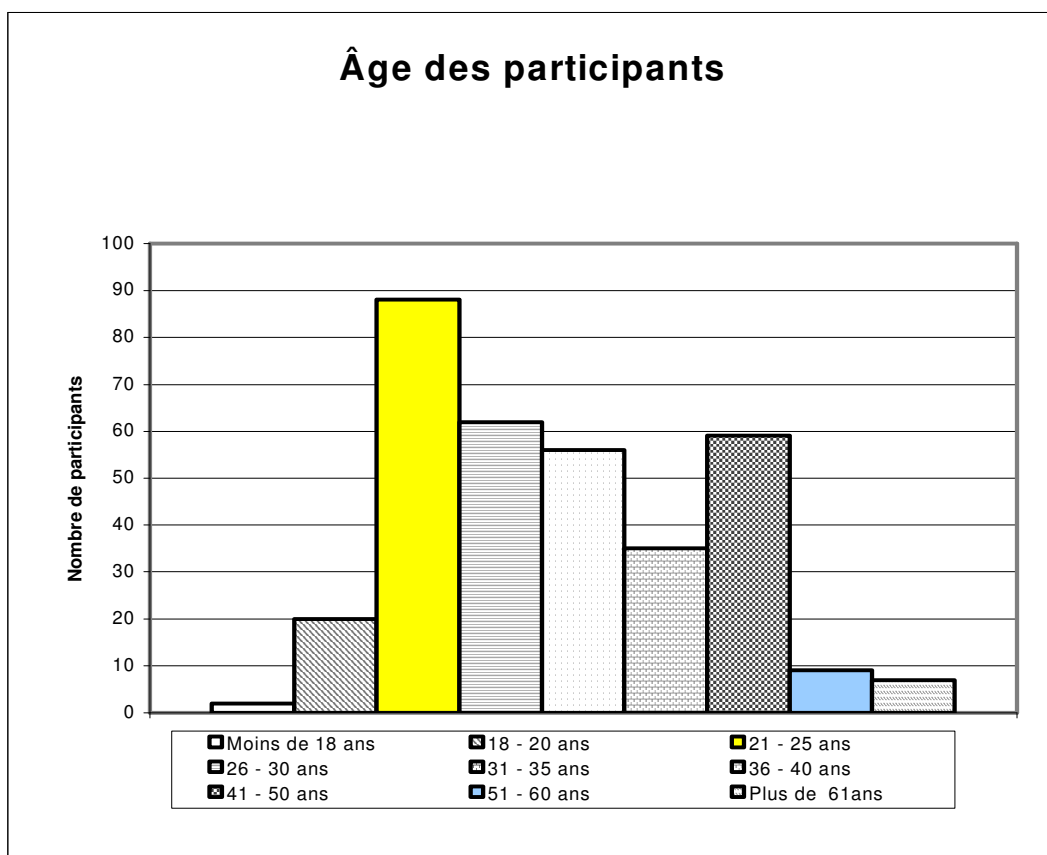
Le taux de réponse à chaque question ou groupe de questions est indiqué dans le chapitre concerné.

1. Age

L'âge moyen des 338 participants était de **32.2 ans** (médiane : 30 ans).

Le plus jeune des participants avait 17 ans, les plus âgés 63 ans.

50.8% est âgé de moins de 30 ans.



Comparaison age des détenus du collectif EPIPS et age des détenus en Suisse (OFS)

Pour disposer d'une idée plus précise de la validité de nos résultats pour une population carcérale plus large, nous avons comparé la répartition des groupes d'âge du collectif EPIPS et celle fournie par l'OFS en 2000 pour la population carcérale suisse (relevé à un jour donné). Malheureusement les seuls chiffres disponibles auprès de l'OFS ne concernent que les personnes condamnées et détenues. Les chiffres des prévenus ne sont pas inclus dans les statistiques fédérales disponibles.

La répartition observée est différente (tableau n°32), notamment pour la tranche d'âge des 20 - 24 ans qui est plus importante dans notre collectif ($X^2=32.17$, $dl=8$, $p<0.0001$).

Les différences sont probablement à mettre sur le compte d'une répartition différente entre détenus en exécution de peine et détenus en détention préventive. Les prévenus ayant une moyenne d'âge plus

basse que les condamnés. Hormis cette différence pour les classes d'âge inférieures à 29 ans, les classes d'âge suivantes restent superposables.

Des comparaisons plus fines entre ces différentes populations seront à envisager dans des études ultérieures pour suivre l'évolution du risque infectieux en fonction du mode de détention.

Comparaison de l'âge des détenus du collectif EIPS et de celui des détenus de l'ensemble des prisons vaudoises

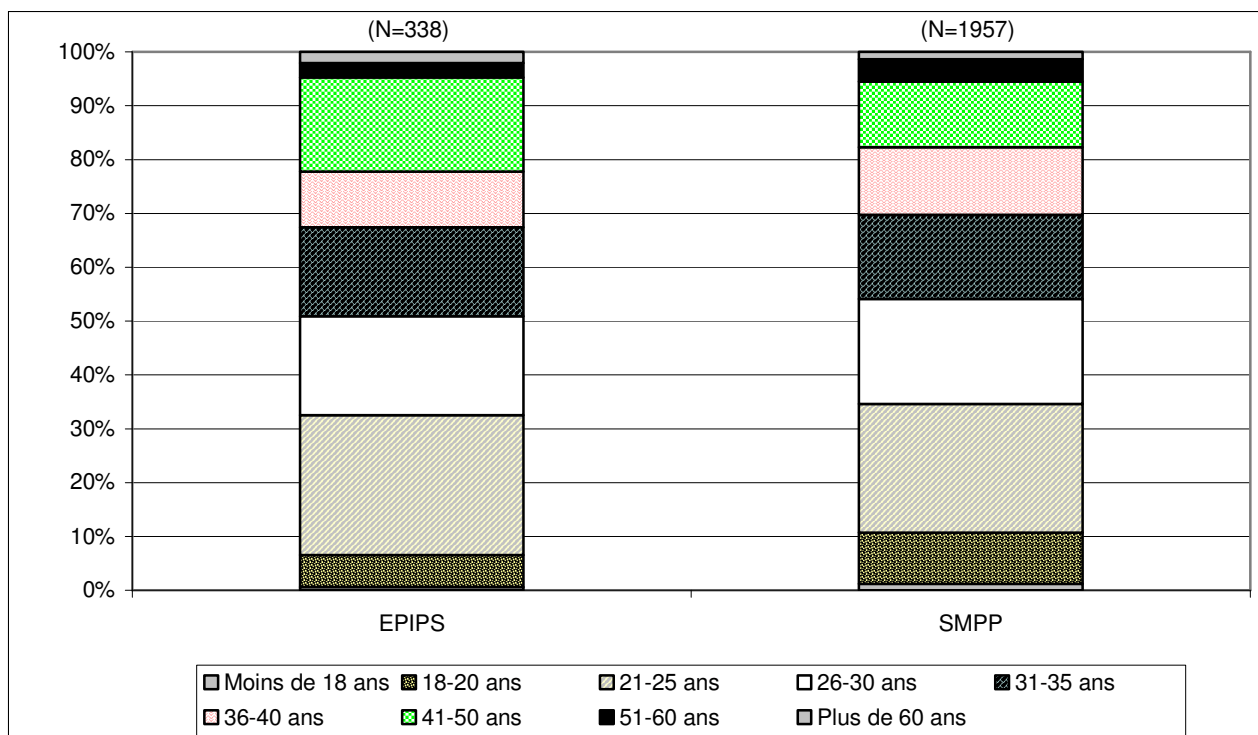
Le collectif des participants à l'étude répartis en fonction de leur lieu de détention et de leur âge a été comparé à celui des détenus incarcérés dans les prisons du canton de Vaud pendant toute l'année 2001 (chiffres SMPP disponibles lors de l'analyse des résultats).

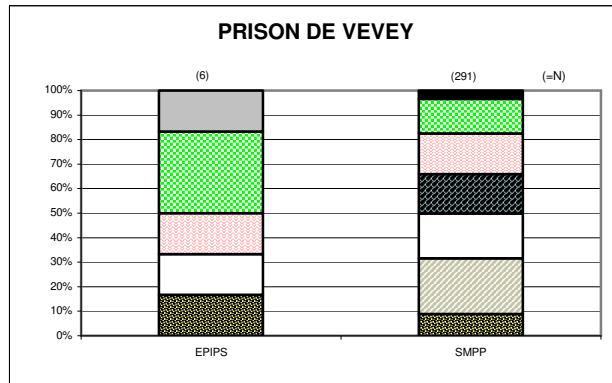
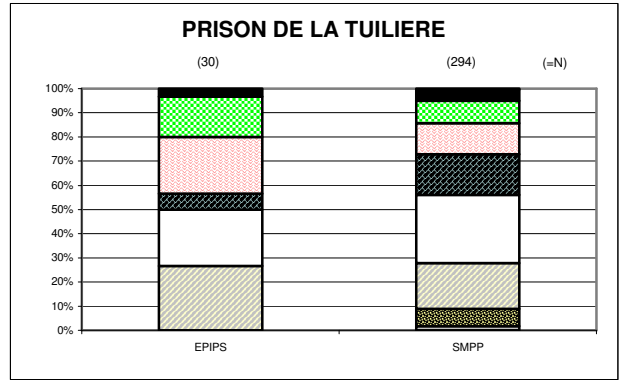
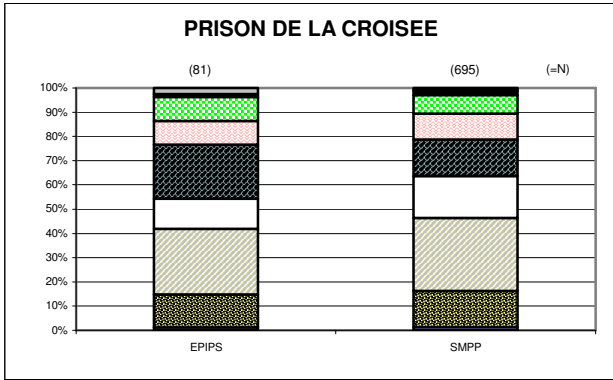
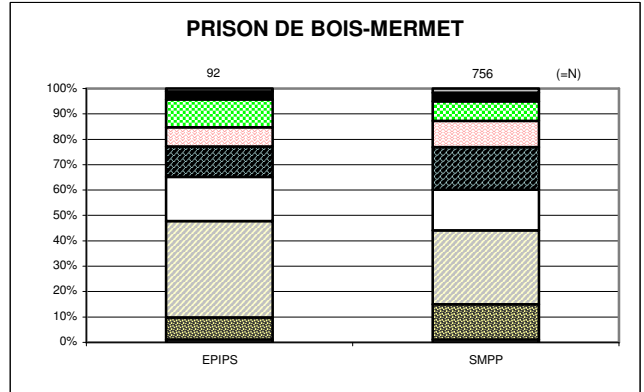
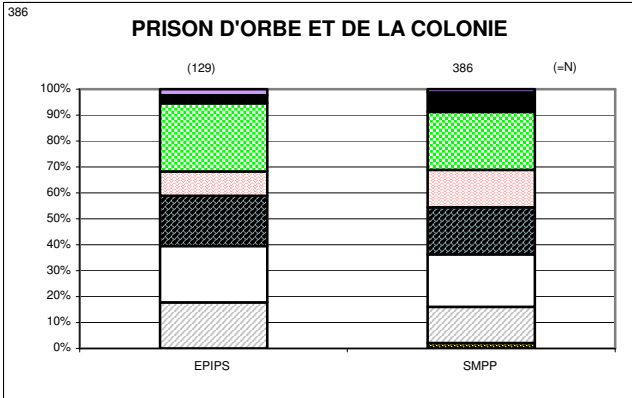
Les groupes d'âge utilisés pour ce rapport sont ceux auxquels le SMPP recourt pour tous ses rapports. Excepté pour la prison de Vevey, la distribution des âges de notre collectif correspond à la distribution des âges de la population carcérale vaudoise (tableaux n°32, 33 et 34 et graphiques suivants). Si des différences existent en comparant le collectif et la population carcérale vaudoise, site par site et classe d'âge par classe d'âge (tableaux n°33 et 34), les populations demeurent globalement superposables.

En effet, le tableau n°35 qui compare les données EIPS et celles utilisées dans les statistiques annuelles du SMPP regroupées pour l'ensemble des établissements, **rend compte de la grande équivalence entre les différents groupes d'âge.**

Il est illustré par les graphiques suivants. Nous pouvons, malgré l'artéfact statistique mentionné, estimer que le **collectif de l'étude EIPS est indicatif de la population carcérale vaudoise.**

COMPARAISON DU COLLECTIF EIPS ET DE L'ENSEMBLE DES PERSONNES DETENUES DANS LE CANTON DE VAUD EN 2001, EN FONCTION DE L'ÂGE





2. Sexe

Le collectif était composé de 316 hommes et 22 femmes. Ces dernières séjournèrent à la prison de la Tuilière.

Leur âge moyen était de 34.3 ans (médiane : 31 ans). La plus jeune d'entre elles avait 21 ans et la plus âgée 57 ans.

3. Origine géographique

Les 338 personnes provenaient de plus de 50 pays différents, regroupés en tenant compte de leur proximité géographique et du contexte politique des années 1990 - 2002.

Nous avons effectué une répartition permettant de faire ressortir les principales régions d'origine des participants et les problématiques culturelles et épidémiologiques qui pourraient avoir une incidence sur l'objet de notre étude. Nous avons, par contre, renoncé à adopter la répartition de l'OMS, effectuée principalement sur la base de critères politiques ou confessionnels et non géographiques ou épidémiologiques.

Compte tenu de la répartition régionale retenue, les pays d'origine indiqués par les participants à EPIPS se répartissent de la manière suivante :

- **Afrique subsaharienne** : Angola, Cameroun, Cap Vert, Congo, Ethiopie, Guinée, Guinée Bissau, Guinée Conakry, Libéria, Mauritanie, Nigeria, Rwanda, Sénégal, Sierra Leone, Somalie, Tanzanie, Zaïre
- **Amérique latine** : Argentine, Bolivie, Brésil, Chili, Colombie, Pérou
- **Asie** : Ile Maurice, Irak, Pakistan, Sri Lanka, Vietnam
- **Europe des Balkans** : Albanie, Bosnie, Croatie, Kosovo, Macédoine, Serbie, Slovénie, Yougoslavie
- **Europe de l'Est** : Lituanie, Roumanie, Russie
- **Europe de l'Ouest** : Allemagne, Belgique, Espagne, France, Grande Bretagne, Italie, Portugal
- **Méditerranée – Moyen-Orient** : Algérie, Egypte, Liban, Libye, Maroc, Palestine, Tunisie, Turquie
- **Suisse**

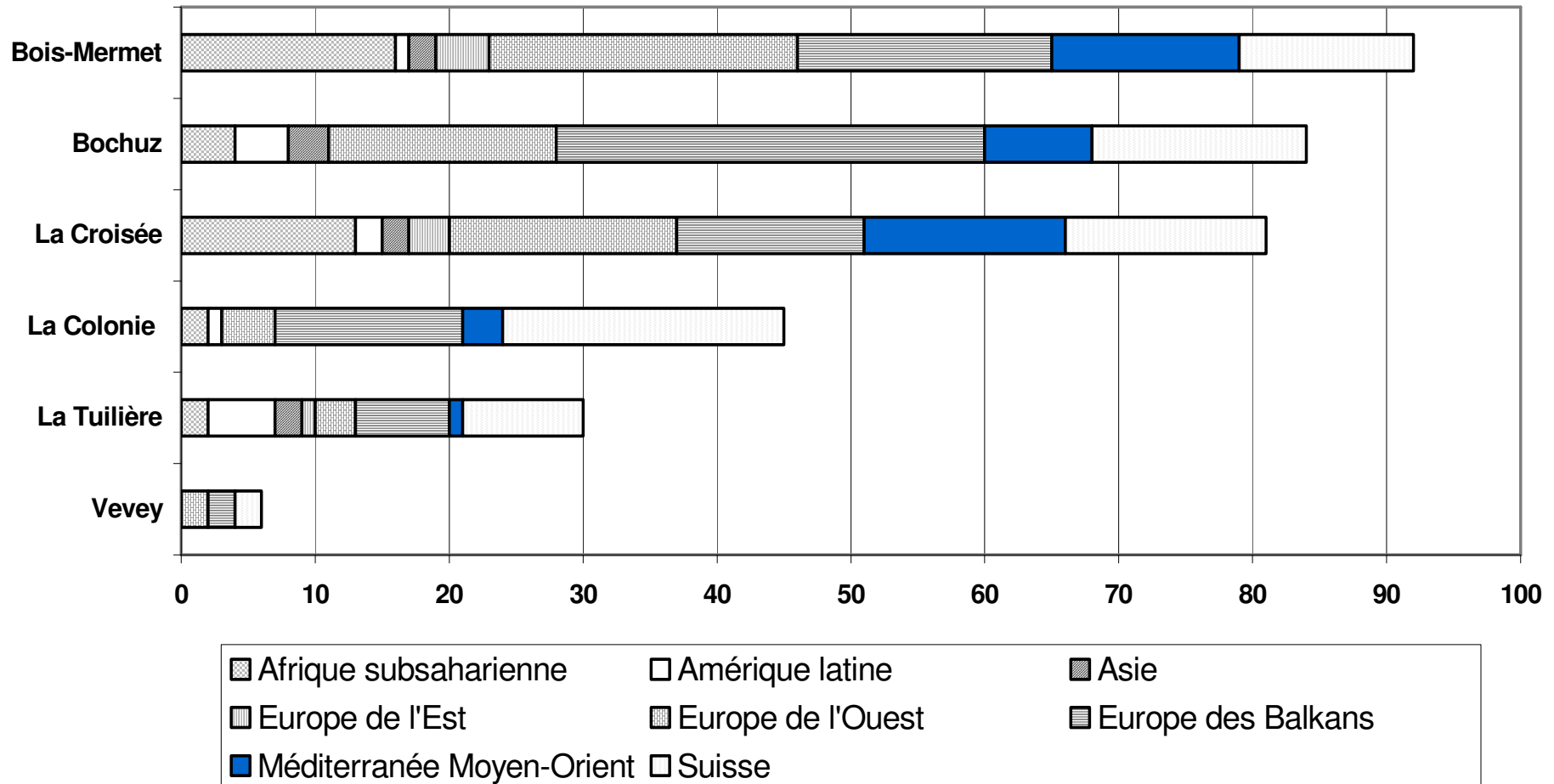
Compte tenu de la distribution des sujets participant à EPIPS et les chiffres documentés par le SMPP durant l'année 2001 (tableaux n° 37, 38 et 39), les deux collectifs peuvent être considérés comme équivalents du point de vue de l'origine des détenus, les différences apparaissant plus de l'ordre de fluctuations inévitables.

Origines les plus représentées (tableau n°39)

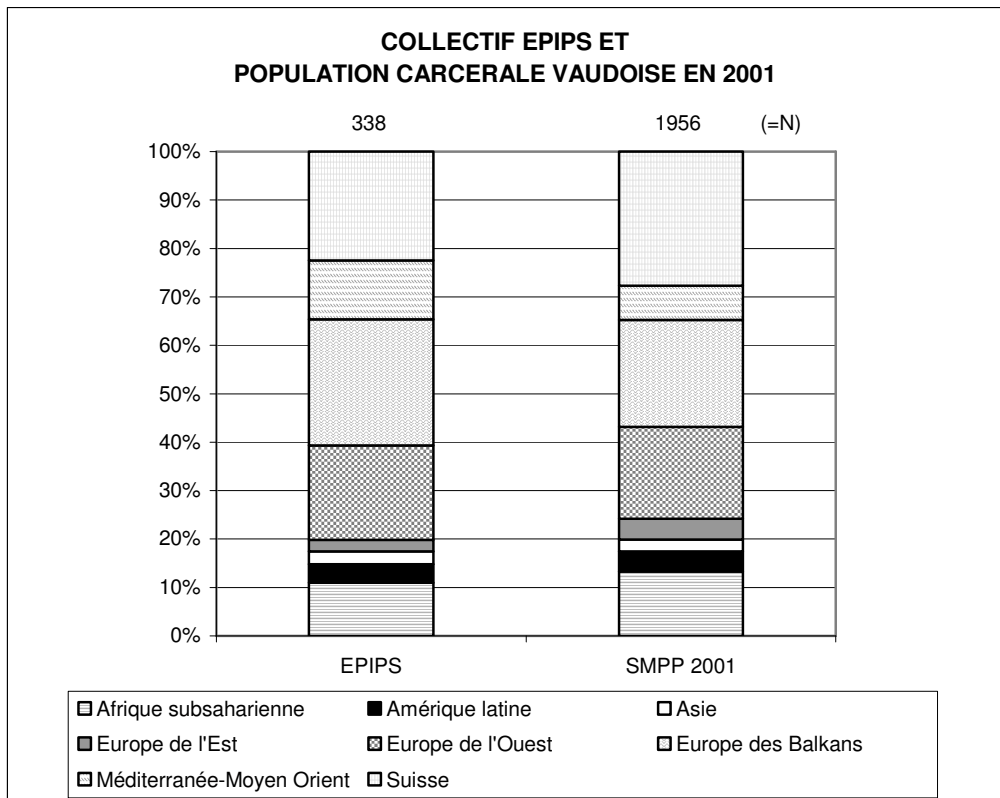
Ce sont les suivantes :

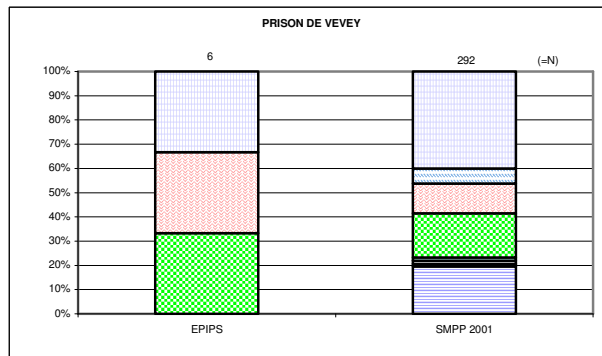
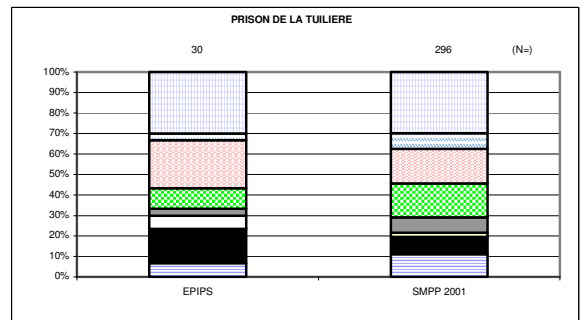
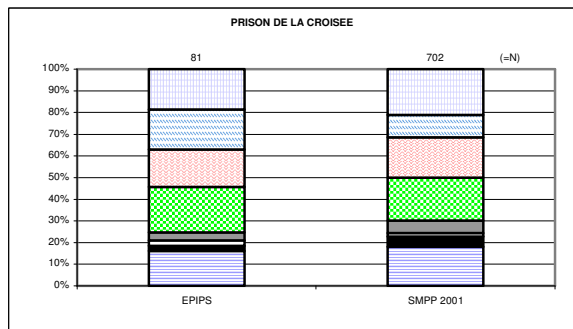
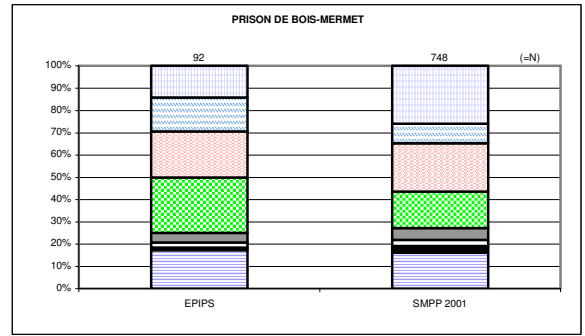
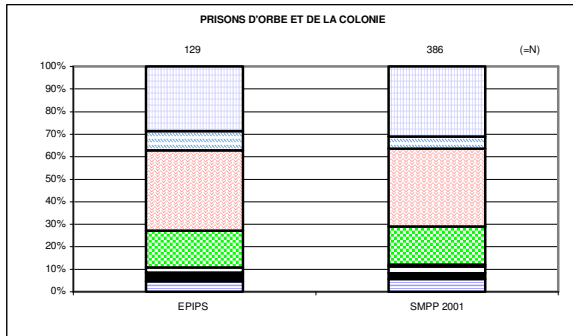
- **Balkans** (88 sujets, 26.0%)
- **Suisse** (76 sujets, 22.5%), ces deux derniers groupes étant inversés pour la population 2001 (tableau n°39)
- **Europe de l'Ouest** (66, 19.5%)
- **Pourtour méditerranéen** (41, 12.1%)
- **Afrique subsaharienne** (37, 10.9%).

Répartition des participants selon leur site de détention et leur origine



Répartition des sujets du collectif et des personnes détenues dans le canton de Vaud en 2001 en fonction de leur origine





4. Situation personnelle et professionnelle

a) *Niveau de scolarité*

Les 338 participants avaient 5 réponses possibles :

- scolarité inférieure à la scolarité obligatoire
- scolarité obligatoire
- formation professionnelle
- maturité, formation professionnelle supérieure
- sans formation.

La population du collectif de l'étude possède un niveau de scolarité **nettement inférieur** à celui de la population générale suisse (tableau n°40).

Dans le collectif EIPS, **49.1% des sujets ne sont donc pas allés au delà de la scolarité obligatoire** (contre 27.1% des sujets dans la population générale suisse) et 50.9% ont effectué une **formation professionnelle ou supérieure** (contre 63.8% dans la population suisse).

Scolarité en fonction de l'origine

Cette différence est nettement tributaire de l'origine géographique (tableau n° 41). Près de 54% des ressortissants d'Afrique subsaharienne n'ont pas terminé leur scolarité obligatoire (20/37).

Le niveau de formation reste aussi inférieur dans la population originaire des Balkans où 41/88 soit **46.5%** ont effectué une formation professionnelle ou supérieure (et 47/88 soit 53% qui ne sont pas allés au delà de la scolarité obligatoire) contre 41/66 soit **62.7%** pour les ressortissants d'Europe de l'ouest et 49/76, soit **64.4%** pour les personnes originaires de Suisse.

A noter que 23/88 soit 31.9% des personnes originaires des Balkans disent avoir suivi une formation supérieure contre 19.4 % chez les sujets originaires de Suisse ou de l'Europe de l'Ouest. Cette différence est probablement imputable à un cursus scolaire différent dans les pays de l'ex-Yougoslavie ou à une mauvaise interprétation des questions.

b) *Situation professionnelle avant l'incarcération*

Les trois réponses proposées correspondaient à la classification utilisée par l'Office fédéral de la statistique (OFS) :

- actif occupé
- sans emploi (chômeur)
- non actif (AI, AVS, retraite, etc.)

Nombre de détenus sans emploi et non actifs

Le pourcentage de détenus sans emploi lors de l'incarcération est nettement supérieur à ce même nombre dans la population suisse (10.7% pour 2.0%, tableau n°42). Ce nombre doit être augmenté du nombre de requérants d'asile (15.4%), non actifs de fait (mentionnés dans la rubrique « non actifs » du tableau n°42).

Au total, 95 détenus sur 337, soit 28.7% du collectif étudié sont sans activité pour des raisons autres que l'AI ou la retraite contre 2% dans la population générale suisse en 2002.

Les participants ne précisaient pas dans quel pays ils avaient exercé leur dernière activité professionnelle.

En fonction du sexe

Il n'y a pas de différence significative entre hommes et femmes lorsque l'on considère les sous-groupes « Actif occupé », « Sans emploi » et « Non actif » ($\chi^2=2.04$, $dl=2$, $p=0.36$) (tableau n°43).

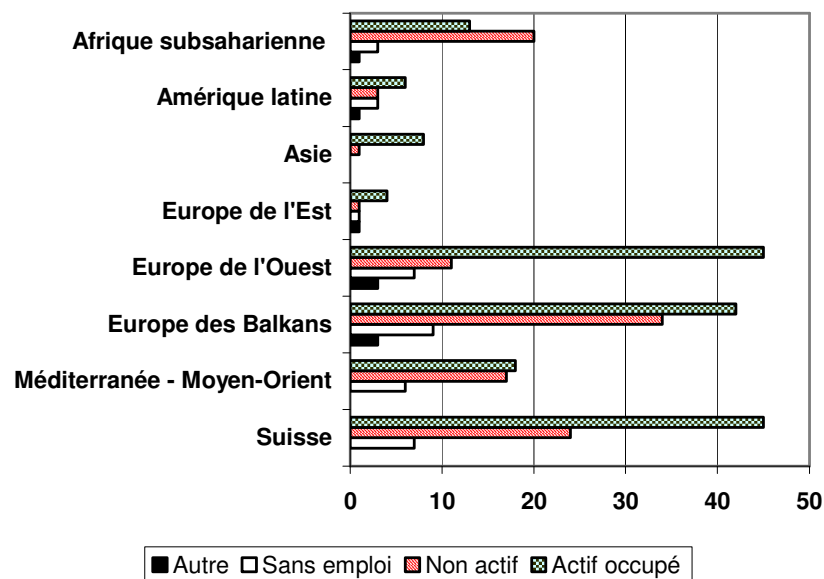
En fonction de l'origine

A la différence de la scolarisation, le lieu d'origine semblerait, à priori, peu intervenir dans cette question.

En effet, si l'on compare, le nombre de personnes « non actives » provenant des groupes les plus représentés, par exemple les Balkans au reste du collectif EPIPS, il n'y a pas de différence significative ($p=0.18$). Il en va de même pour les sujets provenant de Suisse ($p=0.77$).

Le tableau n° 44 et le graphique ci-dessous, rendent compte cependant de variations non négligeables d'une origine à l'autre qui sont probablement à mettre en relation avec les trajectoires très différentes des détenus avant leurs incarcération (toxicomanie, désinsertion, migrations, etc.) pouvant expliquer l'absence d'emploi ou l'inactivité des uns ou des autres.

SITUATION PROFESSIONNELLE DES PARTICIPANTS



Type d'emploi

La grande majorité (59.6%) de ceux qui exerçaient un emploi occupent un poste non qualifié (tableau n°45).

On note que seules 181 personnes se déclarent « actifs occupés » (tableau n° 42), alors que 203 personnes peuvent préciser leur type d'activité (tableau n°45). Cette différence peut-être due à une mauvaise compréhension des questions, mais aussi au fait que certaines personnes peuvent se déclarer non actif tout en occupant partiellement un emploi.

Parmi les 45 personnes déclarant être titulaire d'une maturité ou une formation professionnelle supérieure et exerçant une activité professionnelle avant leur incarcération, seuls 17 (37.7%, tableau n°46) exerçaient une position cadre (ingénieur, professeur, dirigeant d'entreprise, etc.).

c) Conditions de vie

Notre collectif diffère de la population générale vivant en Suisse. Nous avons adopté la classification proposée par l'OFS qui permet de répartir la population en 5 groupes :

1. vit seul
2. vit en couple sans enfant (éventuellement avec un autre membre de la famille)
3. vit avec ses enfants
4. vit avec d'autres membres de la famille, mais ni en couple, ni avec ses enfants
5. vit avec des camarades ou en foyer

Mode de vie principal

En comparant les deux populations (tableau n°47), on note que les participants à EPIPS vivent majoritairement **seuls ou avec des adultes** (conjoint, autres membres de la famille, camarades ou foyers). Les différences sont très largement significativement significatives entre le collectif EPIPS et la population générale.

Le pourcentage des sujets vivant avec des enfants est ainsi largement inférieur à celui de la population générale puisque il ne concerne seulement 17.2% des sujets contre 56.5% dans la population générale (tableau n°47).

Le collectif EPIPS diffère aussi sensiblement de la population des requérants. Ceux-ci vivent majoritairement avec leurs enfants ou seuls.

Il n'apparaît pas, à priori, de différence notable, lorsqu'il s'agit de détenus incarcérés pour des problèmes de drogue.

Différences en fonction de l'âge

Les tableaux n° 47 et 48 et le graphique ci-dessous qui illustre ce tableau, rendent compte de la différence entre notre collectif et la population suisse. Cette différence semble être surtout à mettre en relation avec l'importance des tranches d'âge les plus jeunes (21-25 ans). De façon logique, les sujets de cette tranche d'âge vivent plus souvent chez leurs parents ou dans un foyer.

La sur représentation de la classe 21-25 ans dans notre collectif peut aussi rendre compte de la tendance d'ensemble.

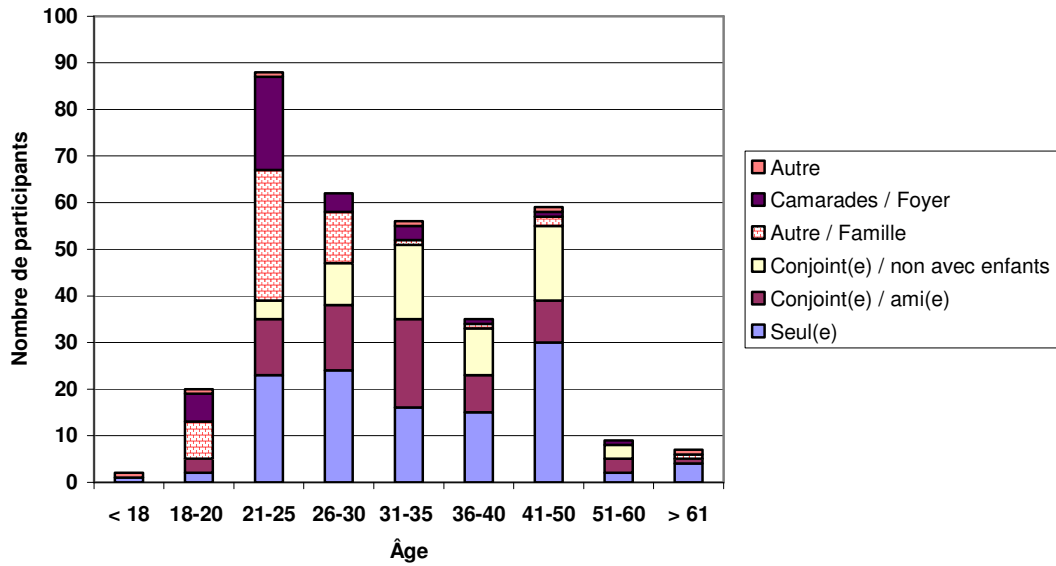
Différence en fonction de l'origine

L'analyse du mode de vie en fonction de l'origine (tableau n°49) rend aussi compte des conditions d'existence et de déracinement des personnes concernées par notre collectif.

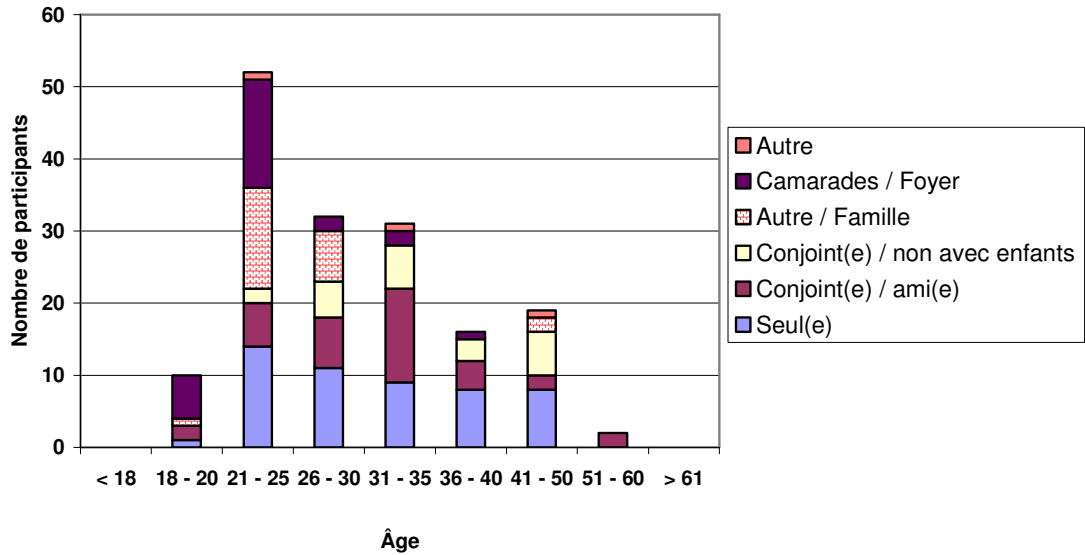
La vie en foyer d'accueil concerne, en particulier, une part importante des sujets originaires d'Afrique, du pourtour méditerranéen.

Par contre, seule une minorité de ces sujets vivent avec leurs enfants, quelque soit leur pays d'origine, ce qui apparaît donc bien comme le reflet du fait que les classes d'âge majoritaires dans notre collectif sont jeunes (21-25 ans).

Âge et mode de vie des sujets du collectif



Âge et mode de vie des détenus incarcérés pour des problèmes de drogue



Différence en fonction de la perception de l'état de santé

Si nous croisons ces données avec la perception de l'état de santé (chapitre suivant), la comparaison entre les personnes vivant seules et les autres montre que les personnes qui décrivent leur état de santé comme mauvais, voire très mauvais, vivent plus fréquemment seules ($p=0.006$).

Toxicodépendance et antécédents judiciaires

Le groupe de détenus toxicodépendants ne présente pas de différence significative avec le reste du collectif EPIPS (tableau n°47).

Il n'y a pas, en particulier, d'association entre solitude dans la vie et personnes qui ont été ou sont dépendantes ($p=0.42$).

Il en va de même pour les items « vivre seul(e) » et « avoir séjourné antérieurement en prison » qui n'ont pas de relation significative ($p=0.48$).

5. Perception de l'état de santé

La perception de son état de santé par le détenu est une notion subjective, fortement marquée par le contexte pénitentiaire. C'est néanmoins la question posée par les surveillants lors de l'entrée en détention pour orienter le service médical et dépister une éventuelle urgence. Il s'agissait donc d'apprécier si cette question a une certaine pertinence en regard de la problématique étudiée.

La majorité (71.9%) des détenus interrogés estiment que leur état de santé est bon, 20.4% le jugent acceptable et **moins de 10% l'estiment mauvais (18 personnes) voire très mauvais (8 personnes)** (tableau n°50).

Les 8 personnes qui se décrivent en très mauvaise santé sont pour la plupart des personnes non actives, vivant seules, ayant des antécédents d'incarcération et détenues pour des problèmes en lien avec la drogue ; 6 sur 8 ont bénéficié de calmants ou de somnifères prescrits par les médecins de la prison.

Âge

Ce sont essentiellement des hommes (24/26) qui estiment que leur état de santé est mauvais ou très mauvais. Ils se retrouvent dans toutes les classes d'âge (médiane : 28.5 ans), avec une majorité entre 21 et 30 ans, sans qu'il y ait une relation significative (tableau n°51).

Origine

Si on prend chaque origine séparément, celle-ci n'influence pas significativement l'appréciation de l'état de santé ($p = 0.24$). Cependant, en regroupant les données et en comparant entre ceux qui viennent d'Europe et ceux venant d'autres continents, les personnes originaires d'une région non-européenne (tableau n°52) semblent se percevoir en moins bonne santé que les personnes originaires d'Europe ($p=0.0005$).

Antécédents infectieux

Dans ce groupe de 26 personnes, 11 ont effectivement une histoire infectieuse qui pourrait étayer leur perception :

- § 5 personnes portent les séquelles d'une hépatite B ancienne
- § 3 sont porteuses de l'antigène HBsAg
- § 1 est positive pour anti-HBc et anti-HCV
- § 1 pour anti-HCV seulement
- § 1 est positive pour anti-HBc, anti-HCV et HIV.

Consommation de substances, état infectiologique

Il n'y a pas d'association significative entre la perception de l'état de santé et la consommation de substances.

Il n'y a pas d'association significative entre la perception de l'état de santé et une sérologie positive pour l'hépatite C.

Les sujets porteurs de HbsAg se disent pour leur part plus souvent en mauvaise santé que les participants non porteurs ($p=0.07$). Leur nombre peu élevé, ne permet pas, cependant, de tirer de véritables conclusions statistiques. On peut supposer que l'allégation d'un mauvais état de santé est alors directement corrélée avec la connaissance d'une pathologie infectieuse.

A contrario la différence avec les sujets porteurs d'une sérologie positive à HCV provient probablement du fait que l'existence de cette sérologie positive à HCV est souvent ignorée.

Finalement cette question apparaît peu pertinente, du moins en ce qui concerne la problématique infectieuse.

6. Antécédents policiers, judiciaires et pénitentiaires

a) *Durant l'adolescence*

39 personnes (11.57%) indiquent avoir été placées dans une institution par la justice des mineurs à l'adolescence (tableau n°53).

Il s'agissait essentiellement d'hommes (38 hommes/ 1 femme), la plupart d'origine européenne (34) et, notamment, de Suisse, 18 (46.2%), d'Europe de l'Ouest, 9 (23.1%) et de l'Europe des Balkans, 7 (17.9%) (tableau n°54).

23.1% n'avaient pu achever leur scolarité obligatoire. Plus de la moitié (53.8%), l'avaient accomplie sans aller plus loin.

Dans ce groupe :

- Au moment de l'étude, plus de la moitié de ces sujets (22 soit 56.4%) **étaient en détention en raison de problèmes liés à la vente ou la consommation de stupéfiants**. Il n'y a cependant pas de différence significative avec le reste du collectif dans lequel près de 50% des sujets sont incarcérés pour des difficultés « en lien avec la drogue » (Cf. plus loin ch 7. Incarcération actuelle).
- 31 des 39 personnes ont séjourné plusieurs fois en prison avant l'incarcération actuelle. **Ce groupe, comparé aux autres participants (133/297), a donc été incarcéré antérieurement plus fréquemment de manière significative** ($p < 0.001$)
- 13 sur 30 sont contaminées par le virus HBV (43.3%) et 5 sur 30 par le virus HCV (16.7%). Comparé au reste du collectif, **il n'y pas d'association significative entre le fait d'avoir connu une détention comme mineur et une sérologie positive pour HBV** ($p = 0.11$) **ou pour HCV** ($p = 0.25$).

Les collectifs des personnes qui consomment de la drogue lors de la détention en cours et celui des personnes présentant une sérologie positive au VIH sont trop restreints pour examiner une possible relation.

b) *A l'âge adulte*

(1) Contrôles de police

Nous avons émis l'hypothèse qu'il pouvait exister une corrélation entre l'existence de conduites à risque et la fréquence des démêlés avec la police dans les mois précédant l'incarcération. Nous avons donc demandé aux participants le nombre de fois où ils avaient été contrôlés par la police durant les 6 mois précédant l'incarcération actuelle.

Pour analyser ces résultats, nous avons partagé notre collectif en 2 groupes : les personnes qui avaient subi moins de 6 contrôles de police durant les 6 mois précédant l'incarcération actuelle et celles qui en avaient subi 6 et plus. Ce seuil, compte tenu de l'éventualité d'un contrôle lors d'un passage de frontière,

nous apparaissait potentiellement indicatif d'une fréquentation régulière de lieux plus exposés à des contrôles de police (cf tableau n°55).

Durant les 6 mois qui précédaient l'incarcération actuelle, la majorité des participants déclarent n'avoir subi aucun (194, 60.2%), un seul (42, 13.0%) ou moins de 6 contrôles de police (279, 86.6%). 43 personnes indiquaient cependant avoir subi un nombre important de contrôles (13.3%).

Contrôles de police et éléments épidémiologiques

L'analyse statistique des données indique que **l'âge, le sexe, la région d'origine et la situation professionnelle n'ont, a priori, pas de corrélation avec le nombre de contrôles de police**. Les corrélations que nous avons effectuées se sont révélées non significatives (tableaux 56, 57, 58 et 59).

Les personnes dont la détention était en lien avec une problématique de stupéfiants n'avaient pas, non plus, subi plus de contrôles de police que les autres ($p < 0.05$).

Contrôles de police et dépendance

Il y a, par contre, une corrélation entre le nombre de contrôles de police et le fait d'être ou d'avoir été dépendant. 20/81 parmi les détenus toxico-dépendants contre 17/209 parmi le reste du collectif ont subi, au moins, 6 contrôles de police durant les 6 derniers mois précédant l'incarcération actuelle ($p < 0.001$).

Contrôles de police et séroprévalence

Il n'y a pas de corrélation entre le nombre de personnes infectées par le VIH ou HBV et le nombre de contrôles de police.

Par contre, **cette corrélation existe avec les personnes infectées par HCV** ($p = 0.0004$), ce qui pourrait être cohérent avec le fait qu'en général, les sujets porteurs du HCV présentent une toxicodépendance plus sévère et qu'ils sont plus exposés à la marginalité et à la vie dans la rue.

L'analyse a été faite pour les 322 personnes qui ont fourni les informations nécessaires.

(2) Séjours antérieurs en prison

Un peu plus de la moitié, soit 173 (51.34% des 337 qui répondent à cette question) **n'ont jamais été incarcérés**, 164 (48.66%) l'ont déjà été.

La majorité des sujets concernés est capable de préciser le nombre de détentions antérieures (159/164) (tableaux n°60 et n°61).

Nombre de séjours antérieurs

Sur les 159 sujets déjà incarcérés et qui précisent le nombre de séjours antérieurs, 76 (47.8%) ont été incarcérés à une reprise, 25 (15.7%) à deux reprises, 22 (13.8%) à trois reprises et 36 (22.7%) à plus de 3 reprises (tableau n°61).

Données épidémiologiques

Lorsque l'on compare le groupe des sujets ayant déjà séjourné en prison avec le groupe pour lequel il s'agit d'une première incarcération, il n'y a **pas de différence significative en terme d'âge, de niveau de scolarité, de situation professionnelle et personnelle** avant l'incarcération.

On ne relève de véritable différence qu'entre hommes et femmes ($p = 0.037$) : trois quarts des détenues sont incarcérées pour la première fois.

Relation avec la drogue

Les participants ayant déjà été incarcérés ne le sont pas plus souvent actuellement pour des problèmes en relation avec l'usage ou le trafic de drogue que ceux qui connaissent leur premier séjour. En effet, sur les 337 participants, 163 ont déjà été incarcérés antérieurement : 73 sont actuellement incarcérés pour des problèmes en lien avec la drogue, 90 pour d'autres motifs. Parmi les 170 qui n'ont pas été incarcérés auparavant, 89 sont actuellement incarcérés pour des problèmes en lien avec la drogue, 81 pour d'autres motifs ($p=0.16$).

Si, par contre, on ne considère que le collectif des détenus ayant ***répondu au questionnaire et chez qui une prise de sang a pu être effectuée*** (N= 260) (tableau n°62), on observe sur ce collectif plus réduit une tendance signifiant une différence entre les sujets déjà incarcérés pour des problèmes de drogue et les autres, mais dans le sens inverse à celui attendu (tableau n°62). Les détenus ayant une incarcération en cours en lien avec la drogue sont en majorité incarcérés pour la première fois (la différence est significative, $p=0.031$)

Par contre, dans ce collectif, **les détenus toxicodépendants (62) ont plus souvent déjà séjourné en prison (47 pour 15, $p<0.005$)** (tableau n°62).

Ceci pourrait indiquer que l'histoire délinquante est plus souvent « lisible » chez les détenus toxicomanes qui ont un passé pénal souvent important. Par contre, cette lisibilité apparaît moindre chez les personnes incarcérées pour une infraction à la LFstup dans un contexte de trafic ou de revente, sans véritable histoire de toxicomanie. Ceci peut s'expliquer par le fait que beaucoup de personnes incarcérées dans ce contexte sont originaires de l'étranger et connaissent ainsi leur première histoire pénale en Suisse.

Ceci confirmerait une évidence qui mérite d'être rappelée : une incarcération en lien avec une infraction à la LFstup ne recoupe pas la réalité du rapport à la toxicodépendance.

Status sérologique

Les **porteurs d'une hépatite C ont plus souvent connu une incarcération antérieure ($p<0.005$) que les autres**. Ceci corroborerait le lien entre ancienneté de la dépendance, récurrence d'incarcération et contamination par l'hépatite C.

Durée totale des détentions précédant la détention actuelle

La durée moyenne de détention antérieure pour les 162/164 participants ayant déjà séjourné en prison et capables de préciser cette durée, est de **2 ans 10 mois et 8 jours**. La répartition précise est mentionnée dans le tableau n°63.

Pour les hommes, elle est de 2 ans 10 mois et 25 jours et pour les femmes de 1 an 7 mois et 6 jours.

75 sujets (22.25%) avaient déjà été incarcérés pour des durées supérieures à une année, 40 d'entre eux se trouvaient aux EPO au moment de l'enquête (Bochuz et Colonie, tableau n°66).

La **durée d'incarcération antérieure est significativement supérieure ($p=0.0002$) pour les détenus incarcérés aux EPO**. Cette différence s'explique par le fait que les EPO est un établissement de détention accueillant des détenus condamnés à de longues peines ou récidivistes.

(3) Condamnations précédentes

146/336, soit 43.45% indiquent avoir déjà été condamnés avant l'incarcération actuelle (une condamnation antérieure n'implique pas obligatoirement une incarcération, il peut s'agir d'une peine avec sursis ou amende).

On relève, que plus d'hommes (141/314, soit 44.9%) que de femmes (5/21, soit 23.8%) ont déjà fait l'objet d'une condamnation sans pour autant que cela soit significatif ($p=0.059$). Lorsque que l'on considère les

participants en fonction de leur origine, les personnes originaires de Suisse (54/76, soit 73.7%) sont, en nombre, significativement supérieurs au reste du collectif ($p < 0.001$).

Les personnes incarcérées pour un motif en lien avec la drogue n'ont, à priori, pas plus souvent été condamnés que le reste du collectif.

Si l'on ne considère que le collectif des personnes ayant subi une prise de sang et ayant répondu au questionnaire, parmi les **126** personnes déjà incarcérées, **100** soit 79.3% ont déjà fait l'objet d'une condamnation. **Il n'y a pas de différence entre les sujets déjà condamnés et les autres du point de vue sérologique.**

(4) Parcours des sujets ayant été placés alors qu'ils étaient mineurs

31 des 164 sujets ayant déjà été incarcérés auparavant (18.9%) avaient aussi été placés comme mineurs (39 sur l'ensemble du collectif, cf plus haut 6a).

Ces personnes sont originaires de Suisse (54.8%), de l'Europe de l'Ouest (25.8%), de la région des Balkans (12.9%), de l'Amérique latine et de l'Afrique subsaharienne (6.5%).

Plus des trois-quart (76.8%) ont terminé leur scolarité obligatoire. La moitié d'entre eux (51.6%) se déclarent actifs, occupés avant leur incarcération, les autres sont non actifs (35.5%) ou chômeurs (12.9%), 41.9% vivent seul, 22.6% avec leur conjoint(e) ou ami(e), 9.7% avec des camarades ou dans un foyer d'accueil. Un quart vivent avec leur(s) enfant(s) ou d'autres membres de leur famille.

Parmi ces 31 personnes, 18, soit 58.1%, sont en détention lors de l'étude en raison de problèmes touchant à la vente ou à la consommation de stupéfiants.

25 sur les 124 personnes déjà incarcérées (15.2%) figurent parmi les 31 qui ont déjà connu des placements comme mineurs et ont un parcours carcéral conséquent, puisque, outre le placement dans une institution pour mineurs, elles ont été incarcérées puis condamnées avant l'incarcération actuelle (tableau n°67 et schéma ci dessous).

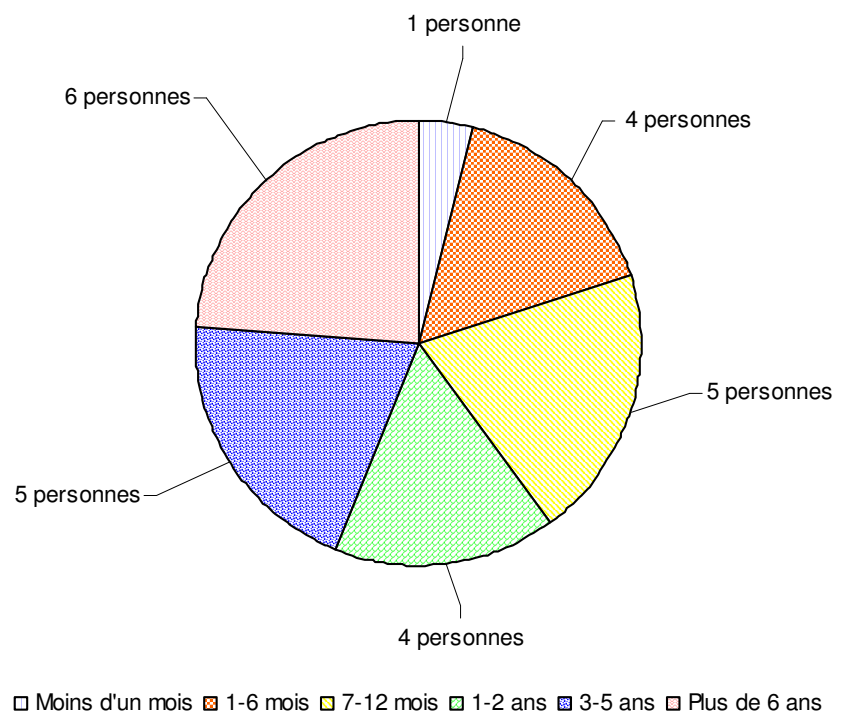
En résumé :

Sur 338 sujets :

- **39 ont connu des placements dans une institution pour mineurs**
- **31 ont connu des placements dans une institution pour mineur puis ont été incarcérés avant la détention actuelle**
- **25 ont connu des placements dans une institution pour mineur, ont été incarcérés avant la détention actuelle et ont été déjà condamnés**

Ce groupe devrait être potentiellement considéré à haut risque si on remarque l'importance de la prévalence de la toxicomanie et de l'hépatite C chez les personnes ayant des antécédents policiers ou judiciaires. Ceci n'est cependant pas, à priori, confirmé par les sérologies pratiquées (Cf. plus haut chap. 6a)

**DUREE D'INCARCERATION ACCOMPLIE ANTERIEUREMENT
PAR LES PERSONNES DEJA CONDAMNEES
(N=25)**



7. Caractéristiques de l'incarcération actuelle

Sur 338 participants :

- 178 (52.6%) sont en détention préventive
- 160 (47.4%) en exécution de peine.

a) *Détention préventive (N=178)*

Age

Le collectif comprend 169 hommes (94.9%) et 9 femmes (5.1%), **âgés en moyenne de 29.8 ans** (médiane : 26.5 ans, âge minimal : 17.0 ans, âge maximal : 63.0 ans). Il s'agit d'une population **jeune** (tableau n° 69), 79/178 (44.4%) ont moins de 25 ans et 108/178 (60.1%) ont moins de 30 ans contre, respectivement, 32.5% et 50.3% pour l'ensemble du collectif EIPS.

Origine

Ces personnes sont originaires d'Europe de l'Ouest (41, 23.0%), de l'Europe des Balkans (35, 19.7%), d'Afrique subsaharienne (30, 16.9%), de Suisse (30, 16.9%), du bassin méditerranéen (26, 14.6%), d'Europe de l'Est (8, 4.5%), d'Amérique latine (5, 2.8%), d'Asie (3, 1.7%) (tableau n° 71).

Conduites de dépendance

52 soit 32.7% indiquent qu'elles ont déjà été dépendantes d'une ou plusieurs substances comme l'alcool, le haschisch, l'héroïne, la cocaïne, etc.

87 sur 175 (49.7%) répondent de manière affirmative à la question « Votre incarceration actuelle a-t-elle un lien avec la drogue » ?

Durée d'incarcération

Les 178 personnes en détention préventive sont incarcérées en moyenne depuis **6 mois et 8 jours** (médiane : 9 mois, minimum : 0 jour, maximum : 5 ans 4 mois jours). 24.71% sont incarcérés depuis moins d'un mois, et 65.16% depuis moins de 6 mois (tableaux n°69 et 70).

Fort logiquement, et de manière conforme aux prescriptions du code pénal, ces sujets sont pratiquement tous incarcérés dans les établissements dédiés à la détention préventive (Bois-Mermet, Croisée et Tuilière)

b) *Exécution de Peine (N=160)*

Age

Le collectif comprend, dans ce cas, 147 hommes (91.9%) et 13 femmes (8.1%), **âgés en moyenne de 34.8 ans** (médiane : 32.0 ans, âge minimal : 19.0 ans, âge maximal : 63.0 ans).

Il s'agit **d'une population largement plus âgée** que celle de détention préventive. En effet, seuls 31/160 (19.4%) ont moins de 25 ans, contre 44% en détention préventive (tableau n° 72).

Origine

Ces personnes proviennent de l'Europe de l'Ouest (25, 15.62%), de l'Europe des Balkans (53, 33.1%), de Suisse (46, 28.8%), du bassin méditerranéen (15, 9.4%), d'Amérique latine (8, 9.4%), d'Europe de l'Est (8, 4.5%), d'Afrique subsaharienne (7, 4.4%), d'Asie (6, 3.8%) (tableau n° 73).

La répartition de l'origine des détenus apparaît sensiblement différente en exécution de peine de celle retrouvée en détention préventive. **Le pourcentage de détenus d'origine suisse y est en particulier sensiblement plus important** (tableau n°75). Seule une analyse démographique plus fine de la population carcérale pourrait donner une signification claire à ces chiffres qui sont influencés, par exemple, par les expulsions qui peuvent survenir avant le jugement à l'issue de la période de détention préventive ou par le fait que nombre de détenus d'origine étrangère sont aussi incarcérés en raison d'une petite criminalité « alimentaire ». Ce type d'analyse n'entre pas dans le cadre de notre étude

Conduites de dépendance

32/16 (22.1%) indiquent avoir déjà été dépendants d'une ou plusieurs substances comme l'alcool, le haschisch, l'héroïne, la cocaïne, etc.

75/159 (47.2%) répondent de manière affirmative à la question « **Votre incarcération actuelle a-t-elle un lien avec la drogue** ». Ce pourcentage est voisin de celui retrouvé en détention préventive, alors que le nombre de détenus indiquant avoir connu des problèmes de dépendance est nettement inférieur en exécution de peine.

Durée d'incarcération

Ces 160 sujets sont incarcérés depuis une durée moyenne de **3 ans 4 mois 17 jours** (médiane : 2 ans 8 mois, minimum : 1 jour, maximum : 16 ans 6 mois).

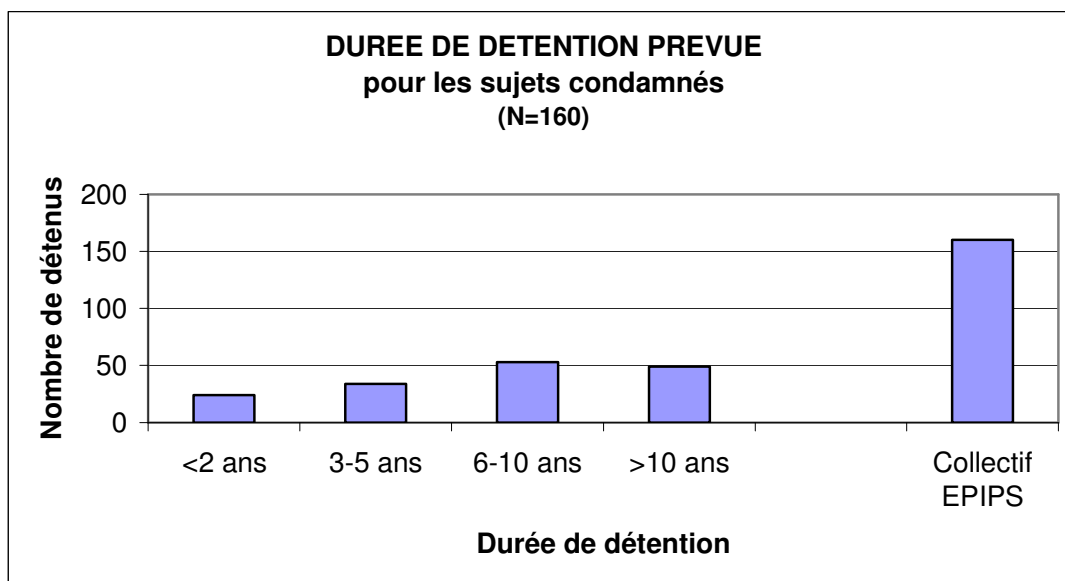
104 (65%) sont incarcérés depuis plus de 2 ans et se retrouvent, logiquement, incarcérés aux EPO (La Colonie et Bochuz), pour 94 des 104 détenus ou à la prison de la Tuilière (8/104) pour les femmes. Seuls deux détenus incarcérés depuis plus de deux ans le sont encore dans des établissements de détention préventive (tableau n°74).

Ils doivent purger une peine moyenne prévue de 19 ans (médiane : 7 ans, minimum : 0 jour, maximum : 99 ans).

Néanmoins, si on exclut les 15 personnes sous art. 43, c'est à dire dont la durée de peine est indéterminée (durée enregistrée par le dossier pénitentiaire de 99 ans) la durée moyenne prévue pour l'exécution de la peine est de 10.5 ans.

Si l'on retire encore les 2 personnes qui sont condamnées à perpétuité, **la durée moyenne prévue pour l'exécution de la peine devient 7.5 ans.**

La longueur des peines est à mettre en relation avec la fonction des EPO qui accueillent des détenus récidivistes, souvent condamnés à des peines de réclusion et devant souvent être incarcérés dans un milieu de haute sécurité. Elle est illustrée par le graphique suivant.



c) ***Incarcération actuelle : délits***

Le questionnaire demandait aux détenus interrogés de spécifier la raison pour laquelle ils étaient incarcérés (question 13 du questionnaire). S'agissant de données auto rapportées, concernant pour beaucoup des détenus en détention préventives, donc non jugés, ces éléments doivent être considérés avec beaucoup de précautions et ne peuvent donner que des indications larges.

Délits et sérologies

Sur les 274 personnes qui ont subi la prise de sang, la majorité était incarcérée pour une infraction à la législation sur les stupéfiants (105, 38.32%), viennent ensuite les délits contre les personnes (75, 27.37%), puis contre les biens (66, 24.08%).

La comparaison entre les sujets infectés par HBV (79, soit 28.83%) et les sujets non infectés par ce virus montrent une différence significative ($p < 0.005$) à propos des différents types de délits commis (tableau n°76). Cette différence est due à l'importance du nombre de sujets qui déclarent être incarcérés en raison d'infractions à la LFStup. et qui sont HBV+ (50 sur 79, soit 63.29%). Cette proportion est nettement plus faible chez les sujets incarcérés en raison d'infractions à la LFstup et qui sont HBV- (55 sur 195, soit 28.20%).

La même comparaison entre les sujets infectés par HCV (26, soit 9.48%) et les sujets non infectés ne montre pas de différence ($p=0.30$) (tableau n°76). Cette disparité ne permet pas de donner une véritable indication en faveur du lien entre consommation et trafic de drogue et risque infectieux : elle invalide, a priori les études basées sur la seule étude du délit.

Agression sexuelle et sérologies

Une des questions pouvant susciter une certaine préoccupation est le risque infectieux éventuel dans le groupe des sujets auteurs d'agressions sexuelles. Parmi les auteurs de délits contre les personnes de notre collectif on relève 19 détenus poursuivis pour agressions sexuelles (6.9%) ce qui rend compte des 6.07% de détenus poursuivis ou condamnés pour agressions sexuelles et incarcérés dans les prisons vaudoises en 2002. Parmi ceux-ci, 4 sur 19, soit 21.05% sont HBV+ et 1 sur 19, soit 5.26% sont HCV+, ce qui témoigne d'une prévalence légèrement inférieure à la moyenne du collectif.

8. Consommation de drogues ou d'alcool

a) *Consommation de drogue/alcool dans la vie courante*

Nous avons essayé de définir précisément les habitudes et les antécédents de consommation de produits addictifs parmi les sujets de notre collectif. Les paragraphes ci-dessous détaillent la consommation de ces sujets.

Les questions sur la consommation de substances à l'extérieur de la prison, étaient complétées par des questions permettant de mieux cerner le contexte et les conséquences de cette consommation et concernant les aspects suivants:

- **Dépendance**

84 sujets (27.63%), sur 304 qui répondent à la question, se disent dépendants, 220 (72.37%) se disent non-dépendants.

Ce pourcentage correspond au pourcentage retrouvé chaque année dans la cohorte des détenus pris en charge dans les services médicaux des prisons vaudoises.

- **Condamnation pour infraction à la Loi Fédérale sur les Stupéfiants (LFS) ?**

82 sujets (24.70%) sur 332 répondent oui à la question «Avez-vous déjà été **condamné-e pour infraction à la Loi Fédérale sur les Stupéfiants (LFS) ?** ».

33 précisent qu'ils étaient alors consommateurs, 15 revendeurs, 30 consommateurs et revendeurs, 3 transporteurs et 1 complice.

- **1^{ère} consommation en prison**

13 sujets (4.53%), sur 287 qui répondent à la question, indiquent avoir consommé pour la première fois en prison.

Ces 13 personnes ont consommé en sniffant (1), en avalant (2), en fumant (2) et **une majorité en s'injectant (8). Parmi celles-ci, 6 sont HBV+ et 5 HCV+.**

6 précisent que cela s'est passé, soit lors de la détention actuelle (1), soit lors de la détention précédente (3) ou encore lors de détentions plus anciennes (2).

(1) Alcool

84.32% du collectif, soient 285 des 338 participants, ce qui représente une très large majorité, consomment de l'alcool (soient **270/316 hommes et 15/22 femmes**). La différence est significative (p <0.001) entre les deux sexes.

L'âge moyen est de 32 ans (médiane : 30.0 ans). L'origine de ce collectif de personnes est comparable à celle de l'ensemble des participants. Une proportion identique de personnes se trouve en détention préventive (50.5%) ou en exécution de peine (49.5%).

La question posée ne précisait ni le nombre ni la régularité de la consommation. On ne peut donc pas tirer de véritables conclusions à partir de cette donnée qui témoigne uniquement de la place de l'alcool dans la consommation habituelle de la population.

La 1^{ère} consommation d'alcool a lieu en moyenne à l'âge de 16.5 ans (médiane: 16 ans, âge minimal: 4 ans, âge maximal: 30 ans).

(2) Haschisch/Marijuana

47.63 % du collectif, soient 161 des 337 participants, disent avoir déjà consommé du haschisch et de la marijuana. Ce pourcentage est largement plus élevé que celui retrouvé par l'OFS dans la population générale pour l'année 2002 pour le groupe d'âge 15 à 39 ans (27.7%).

Il s'agit de 153 hommes et de 8 femmes, âgés en moyenne de 30.9 ans (médiane : 29 ans).

87 (54.0%) sont en détention préventive et 74 (46.0%) en exécution de peine.

Origine

Les sujets originaires de Suisse sont plus représentés dans ce groupe (32.3%) que dans l'ensemble du collectif EPIPS (22.5%) (tableaux n°39 et 77).

Si on rapporte ces données en fonction du pourcentage de consommateurs dans le groupe d'origine, (tableau n° 77) cette consommation apparaît surtout concerner les personnes originaires de Suisse (68.4%), du Bassin méditerranéen (63.4%) ou d'Amérique latine (61.5%) (p : 0.03).

On remarque la **faible consommation alléguée de la part des sujets originaires des Balkans**. Près de 75% déclarent **ne pas** consommer. La consommation de haschisch/marijuana des ressortissants des Balkans est significativement différente de celle des autres participants (p=0.00).

La prévalence observée pourrait refléter deux modes culturels de consommation bien distincts, à priori, entre les sujets originaires de Suisse et ceux originaires d'un pays où la consommation de haschisch ou de marijuana correspond à une habitude plus traditionnelle (Afrique subsaharienne, pourtour méditerranéen).

Age de la première consommation

Lors de leur 1^{ère} consommation de haschisch ou de marijuana, les participants étaient âgés de 17.9 ans en moyenne (médiane: 16 ans, âge minimal: 10 ans, âge maximal: 41 ans). **40.3% des consommateurs de haschisch/marijuana commencent leur consommation à moins de 16 ans**, 31.5% entre 16 et 19 ans, 27% entre 20 et 39 ans et 1.2% au delà de 40 ans.

En comparaison, les données de l'OFS pour la population générale, en 2002, indiquent que **seuls 21.4% des consommateurs de haschisch/marijuana consomment pour la première fois alors qu'ils sont âgés de moins de 16 ans**, 56.2% entre 16 et 19 ans et 22.4 entre 20 et 39 ans.

La consommation de haschisch/marijuana est manifestement plus précoce dans notre collectif, ce qui pourrait témoigner d'une exposition plus précoce ou d'une vulnérabilité plus grande, reflet de la forte tendance à la toxicodépendance de nombre de sujets incarcérés.

(3) Héroïne

19.53% du collectif, soient 66 des 338 participants, disent avoir consommé de l'héroïne. 63 sont des hommes et 3 des femmes. En moyenne, ils sont âgés de 31.2 ans (médiane : 31 ans).

Ce pourcentage diffère singulièrement de la prévalence de la consommation d'héroïne dans la population générale en Suisse, puisque sur un échantillon de 6988 personnes vivant en Suisse, l'OFS indique que 0.9% de la population âgée entre 15 et 39 ans consomme de l'héroïne.

Ces personnes se répartissent de manière comparable entre détention préventive (51.5%) et exécution de peine (48.5%).

Origine

Près de la moitié des consommateurs d'héroïne (49.3%) viennent de Suisse de façon largement supérieure (tableaux n° 39 et 78) à leur proportion dans l'ensemble du collectif EPIPS (22.5%).

Ces résultats permettent de donner une idée plus précise des **consommateurs qui sont majoritairement originaires de Suisse ou des Balkans** (ce dernier groupe restant cependant sous représenté par rapport à la répartition de l'ensemble du collectif EPIPS).

En termes de prévalence par rapport au groupe d'origine (tableau n°78), **les sujets originaires de Suisse, et ceux originaires d'Europe de l'Est** (mais l'échantillon est trop faible pour en tirer une véritable conclusion), apparaissent plus particulièrement exposés, alors que les sujets originaires des Balkans le semblent significativement moins ($p : 0.005$).

Age de la première consommation

En moyenne, **c'est à l'âge de 20.3 ans qu'a lieu la 1^{ère} consommation d'héroïne** (médiane: 19.0 ans, âge minimal: 12 ans, âge maximal: 38 ans).

(4) Autres opiacés

Etaient considérés comme autres opiacés des produits comme la codéine, contenue dans les sirops contre la toux.

6.5% du collectif, soient 22 des 338 participants consomment ce type de substance : il s'agit de 19 hommes et de 3 femmes, âgés en moyenne de 30.7 ans (médiane : 31.5 ans).

9 sont en détention préventive et 13 en exécution de peine.

Origine

La majorité vient de Suisse (16, soit 72.7%).

Age de la première consommation

L'âge auquel les participants débutent leur consommation de ces substances est de 18.3 ans (médiane : 18.0 ans, âge minimal : 13.0 ans, âge maximal : 16.0 ans).

(5) Méthadone obtenue illégalement

7.1% du collectif soient 24 des 338 participants consomment illégalement de la méthadone : 22 hommes et 2 femmes. Ils sont âgés de 30.9 ans (médiane : 30.5 ans). Une moitié est en détention préventive et l'autre en exécution de peine.

Origine

La majorité est originaire de Suisse (14, soit 58.3%).

Age de la première consommation

L'âge de la 1^{ère} consommation de méthadone est de 22.1 ans (médiane : 21.0 ans, âge minimal : 16.0 ans, âge maximal : 36.0 ans).

(6) Cocaïne

33.1% du collectif, soient 112 des 338 participants déclarent consommer de la cocaïne sans que celle-ci soit incluse dans un « cocktail » ou un autre mélange. Il s'agit de 107 hommes et de 5 femmes, âgés en moyenne de 30.1 ans (médiane : 29.0 ans).

En comparaison, les données de l'OFS pour 2002, sur un collectif de 6987 personnes âgées de 15 à 39 ans, indiquent **que 2.9%** déclarent consommer de la cocaïne. Selon ces données, **le pourcentage de cocaïnomanes de notre collectif serait donc 10 fois plus grand.**

Une majorité de ces sujets est en détention préventive (65 soit 58.0%). On remarque, de plus, que le nombre de sujets déclarant consommer de la cocaïne (112) est supérieur au nombre de sujets qui se déclarent dépendants (84).

Origine

Ces personnes proviennent en majorité de Suisse (30.4%) ou des Balkans (17.0%) (tableau n°79), de façon supérieure à l'ensemble du collectif EPIPS pour les Suisses et inférieure pour les personnes originaires des Balkans (Tableau n°39).

Cependant si on considère ces données en % du groupe d'origine, nous obtenons les résultats suivants (tableau n°79) :

- 48.7% des personnes originaires d'Afrique subsaharienne
- 44.7% des personnes originaires de Suisse (pour 38.3% pour l'héroïne)
- 34.1% des personnes originaires du Bassin méditerranéen (pour 22.0% pour l'héroïne)
- 28.8% des personnes originaires de l'Europe de l'Ouest (pour 15.2% pour l'héroïne)
- 21.6% des personnes originaires des Balkans.

Ces données indiquent que la **cocaïne est, malgré les variations signalées plus haut, consommée largement quelque soit le groupe d'origine** sans prévalence significative pour l'un ou l'autre groupe. ($p= 0.17$) à la différence de l'héroïne ou du haschich.

Age de la première consommation

L'âge moyen de la 1^{ère} consommation est de 21.8 ans (médiane : 20.0 ans, âge minimal : 13.0 ans, âge maximal : 45.0 ans).

(7) Cocktail de différentes drogues

14.2% du collectif soient 48 des 338 participants déclarent consommer des cocktails de drogues (mélanges à base d'héroïne et de cocaïne). Il s'agit de 46 hommes et de 2 femmes, âgés de 29.9 ans (médiane : 30.5 ans).

30 (62.5%) sont en détention préventive

Origine

Une majorité d'entre eux provient de Suisse (19, 39.6%), d'Europe de l'Ouest (10, 20.8%) et d'Afrique subsaharienne (7, 14.6%).

Age de la première consommation

L'âge moyen de leur 1^{ère} consommation est de 20.5 ans (médiane : 19.5 ans, âge minimal : 10 ans, âge maximal : 37.0 ans).

(8) Free-base / crack

6.8% du collectif, soient 23 hommes (âgés de 31.3 ans, médiane : 31.0 ans) en consomment. 13 (56.5%) sont en détention préventive.

Origine

Ils proviennent en majorité de Suisse (11, 47.8%), d'Europe de l'Ouest (7, 30.4%), du Bassin méditerranéen et d'Afrique subsaharienne (2, 8.7%).

Age de la première consommation

L'âge moyen de la 1^{ère} consommation est de 22.4 ans (médiane : 23.0 ans, âge minimal : 12.0 ans, âge maximal : 34.0 ans).

(9) LSD

5.6% du collectif, soient 18 hommes (âgés en moyenne de 31.6 ans, médiane : 30.0 ans) consomment du LSD.

11 (57.9%) sont en détention préventive.

Origine

Leur origine se répartit entre la Suisse (10, 52.6%), l'Europe de l'Ouest (7, 36.8%), l'Afrique subsaharienne et l'Europe des Balkans (1, 5.3%).

Age de la première consommation

L'âge de la 1^{ère} consommation est de 18.2 ans (médiane : 18.0 ans, âge minimal : 12.0 ans, âge maximal : 28.0 ans).

(10) Ecstasy / amphétamines

15.4% du collectif soient 52 des 338 participants sont consommateurs d'ecstasy ou d'amphétamines. Ce sont 49 hommes et 3 femmes, âgés en moyenne de 29.5 ans (médiane : 28.5 ans). En Suisse, l'OFS en 2002 estime à 1.0% les personnes âgées de 15 à 39 ans qui ont déjà consommé des amphétamines et à 2.2% les personnes de la même catégorie ayant consommé de l'ecstasy. 29 (55.8%) sont en détention préventive.

Origine

Ils proviennent essentiellement de Suisse (23, 44.2%), de l'Europe de l'Ouest (12, 23.1%), et de l'Europe des Balkans (6, 11.5%).

Age de la première consommation

L'âge moyen de leur 1^{ère} consommation est de 20.1 ans (médiane : 19.0 ans, âge minimal : 13.0 ans, âge maximal : 37.0 ans).

(11) Médicaments non prescrits

13.0% du collectif, soient 44 des 338 participants consomment des médicaments non prescrits: il s'agit de 42 hommes et de 2 femmes âgés en moyenne de 31.5 ans (médiane : 31.0 ans). 24 (54.5%) sont en exécution de peine.

Origine

Ils sont principalement originaires de Suisse (20, 45.5%), du Bassin méditerranéen (8, 12.6%) et de l'Europe de l'Ouest (6, 13.6%).

Age de la première consommation

L'âge moyen de la 1^{ère} consommation de médicaments non prescrits est de 21.7 ans (médiane : 20.0 ans, âge minimal : 11.0 ans, âge maximal : 40.0 ans).

(12) Rohypnol[®] / Dormicum[®]

12.7% du collectif, soient 43 des 338 participants font usage de Rohypnol[®]/Dormicum[®]. Il s'agit de 40 hommes et de 3 femmes. Leur âge moyen est de 30.7 ans (médiane: 31 ans, âge minimal: 20.0 ans, âge maximal: 56 ans). 23 (53.5%) sont en détention préventive.

Origine

Une majorité provient de Suisse (22, 51.2%), du Bassin méditerranéen (10, 23.3%), de l'Europe de l'Ouest et de l'Europe des Balkans (5, 11.6%).

Age de la première consommation

L'âge moyen de leur 1^{ère} consommation est de 22.1 ans (médiane : 20.0, âge minimal : 12.0 ans, âge maximal : 38.0 ans).

(13) Commentaires

La prison reste **un lieu où convergent les consommateurs de produits addictifs**. Le nombre et le pourcentage de consommateurs pour chacun des produits consommés sont récapitulés dans le tableau n°80. Cette récapitulation indique que près de 8 substances ont été, chacune, consommées par plus de 10% du collectif.

Le tableau n° 83, indique qu'indépendamment de l'alcool, si 159 sujets ne consomment aucun produit, **179 sujets consomment un produit ou plus**.

Ce constat n'est probablement pas à mettre uniquement en relation avec la question de la pénalisation des drogues, car on sait, qu'a priori, le délit de consommation conduit, actuellement, rarement à une incarcération.

L'importance de la consommation de ces produits au sein de cette population rend compte de la forte proportion de personnes dépendantes ou à risque de dépendance. Elle est probablement aussi à interroger en fonction de la marginalisation, de la transgression de l'interdit que l'on y observe.

Toutes les origines sont représentées

Hormis pour le haschisch et l'héroïne pour lesquels on remarque une sur-représentation de certaines origines chez les consommateurs, les autres drogues (notamment certaines dites dures comme la cocaïne) touchent de manière plus ou moins équivalente toutes les origines (schémas en fin de chapitre).

Une forte prévalence

La prévalence du nombre de consommateurs dans notre collectif est, en général, 10 fois supérieure à celle observée dans la population libre (à l'exclusion des consommateurs de haschisch qui représentent 45.6% pour 27.7% dans la population générale). Ceci est par contre particulièrement notable pour l'héroïne (19.53% pour 0.9%), la cocaïne (33.1% pour 2.9%), l'ecstasy (15.4% pour 2.2%).

Importance de la consommation de cocaïne

On mesure aussi dans la population carcérale **l'importance de la consommation de cocaïne**. 33.1% des sujets de notre collectif disent en avoir consommé, soit notablement plus que le nombre de sujets qui s'annoncent dépendants (27.63%). Cette tendance retrouvée aussi à l'extérieur confirme la place prédominante de la cocaïne autant chez les toxicomanes que chez les consommateurs occasionnels.

Associations de produits

Le tableau n° 82 récapitule les produits consommés par chacun des membres du collectif. Il permet de voir les associations de produits les plus fréquentes :

- alcool, haschich et cocaïne pour 19 sujets,
- alcool et cocaïne pour 10 sujets,
- alcool, haschisch, héroïne et cocaïne pour 6 sujets
- polyconsommation à tous les produits pour 6 sujets.
- alcool, haschich, cocaïne et cocktail de drogue pour 4 sujets

Ce tableau indique aussi que la polyconsommation de produits addictifs est majoritaire dans cette population puisque 171 sujets indiquent consommer plus de deux substances (si on inclut l'alcool dans ces 2 substances).

Le tableau n°83 précise la répartition du collectif en fonction du nombre de substances consommées si on inclut l'alcool dans les substances consommées ou si on exclut celui-ci. Dans ce dernier cas, une consommation à un seul produit concerne en premier lieu le haschisch (48 sujets) et à un degré moindre la cocaïne (13 sujets), pour un total de 64 sujets ne consommant qu'une seule substance. Les autres produits sont consommés en association les uns avec les autres par 115 sujets (tableau n°83 et schémas suivants)

Précocité de la consommation

En ce qui concerne l'âge de la première consommation (tableau n° 81 et schémas), on est frappé par le fait que la moyenne de l'âge de la première consommation de haschisch (17.9 ans) est finalement très proche de la moyenne de l'âge de la première consommation d'autres drogues (20 ans à 22 ans).

Par contre, comme relevé pour le haschisch, **la drogue est consommée de façon générale par les détenus beaucoup plus tôt que par le reste de la population qui consomme des produits addictifs.**

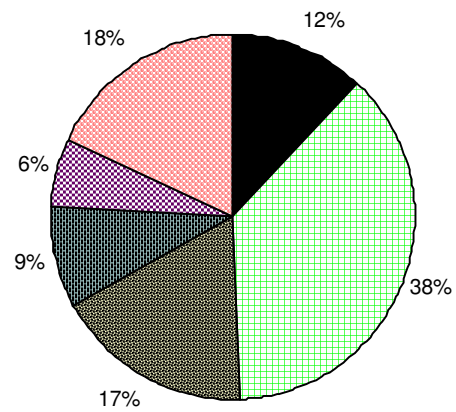
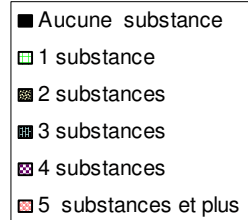
En résumé, la population carcérale est une population fortement exposée à la consommation de produits stupéfiants. Cette consommation dépasse de très loin le seul groupe de sujets avérés toxicomanes ou déjà condamnés pour des infractions à la loi fédérale sur les stupéfiants.

L'alcool est aussi de consommation très précoce (16.5 ans en moyenne).

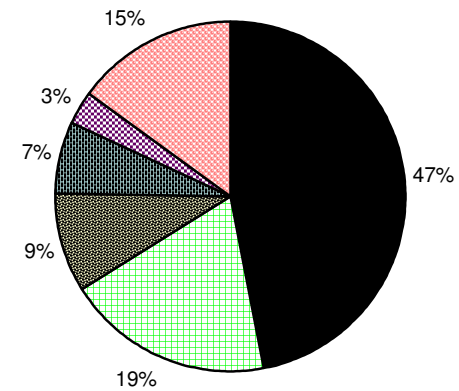
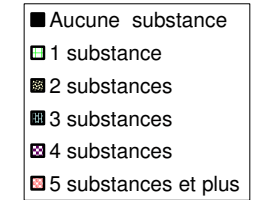
REPARTITION DES CONSOMMATEURS EN FONCTION DU NOMBRE DE SUBSTANCES CONSOMMEES DANS LA VIE COURANTE

(N=338)

Alcool inclus

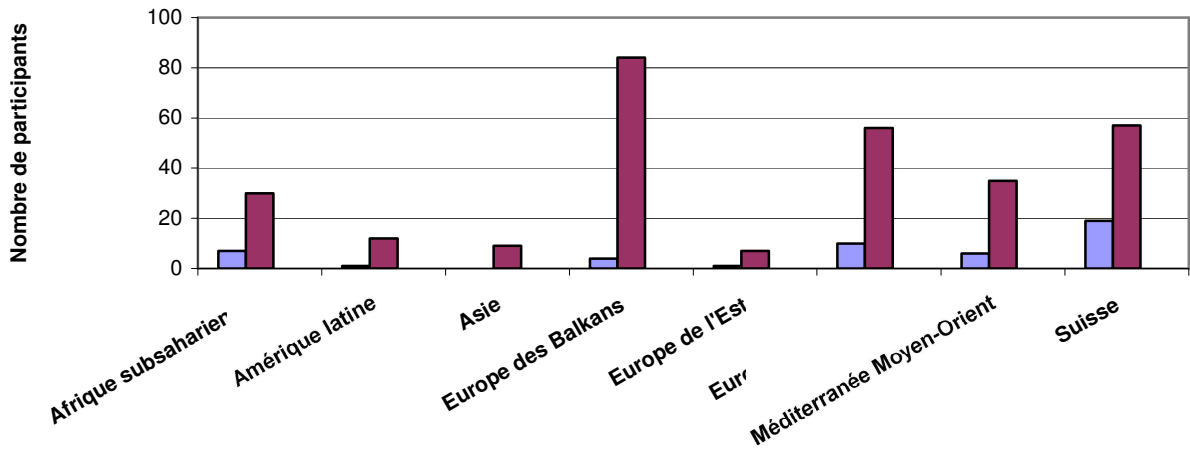


Alcool exclu

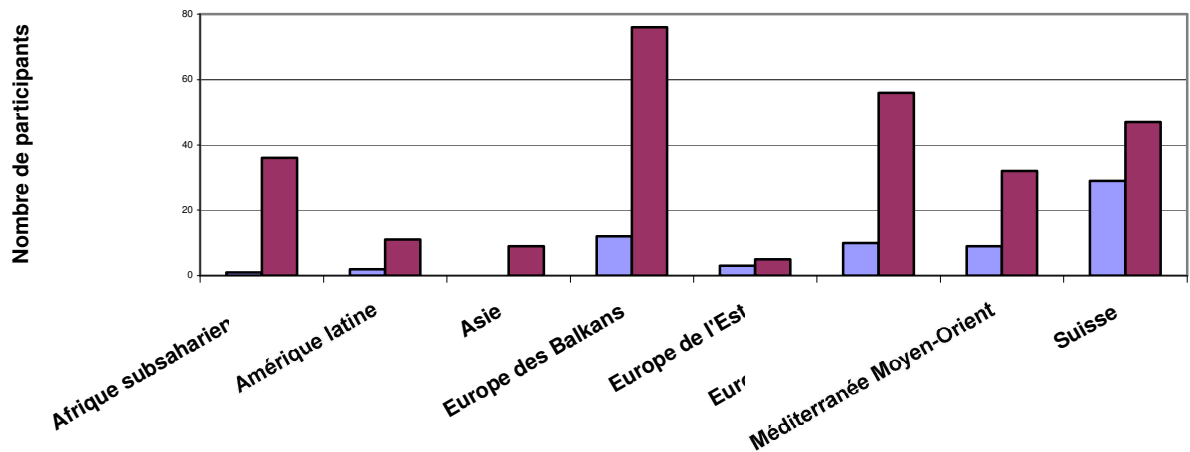


CONSOMMATION DE DROGUE SELON L'ORIGINE DES PARTICIPANTS

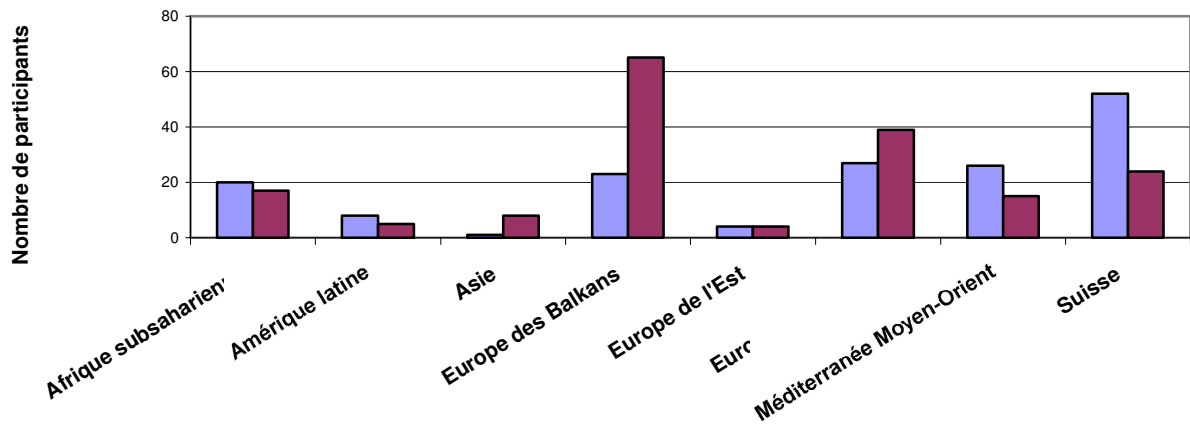
CONSOMMATION DE COCKTAILS D'HEROÏNE ET DE COCAÏNE



CONSOMMATION D'HEROÏNE



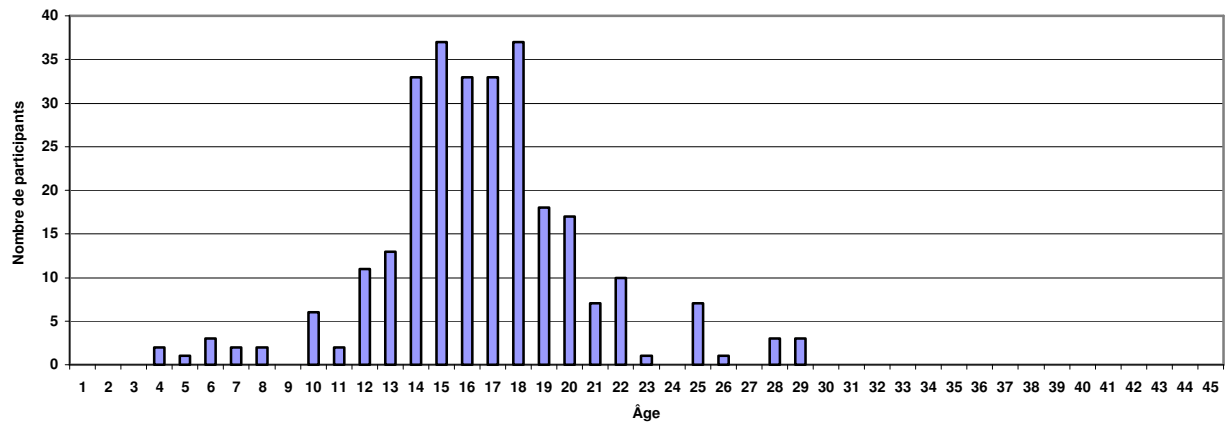
CONSOMMATION DE HASCHISCH-MARIJUANA



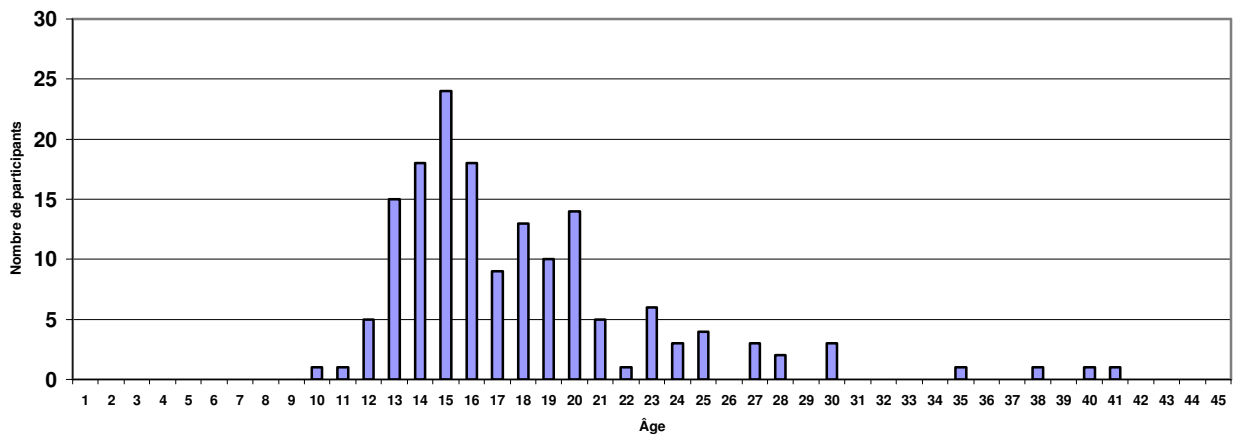
Consommateurs

Non-consommateurs

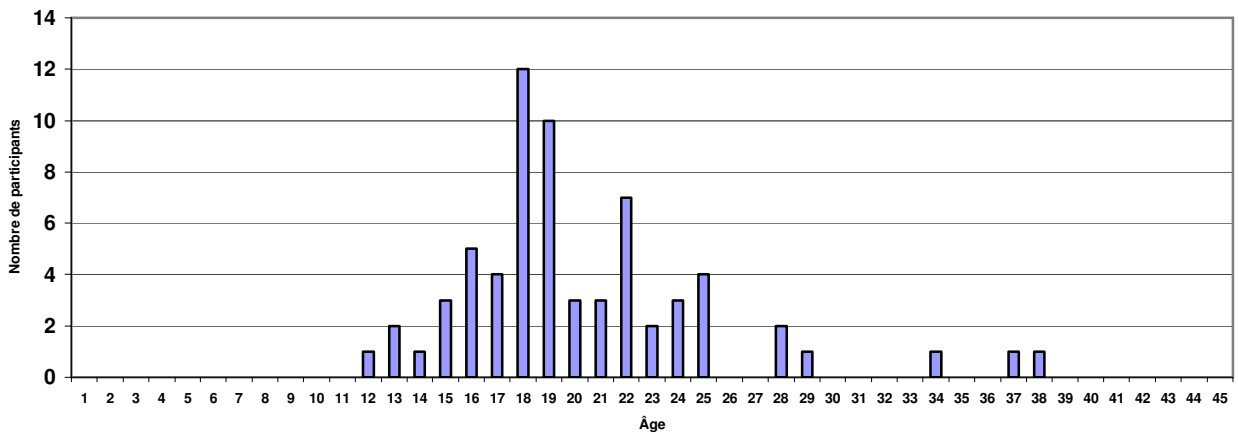
ÂGE DES PARTICIPANTS LORS DE LEUR 1^{ERE} CONSOMMATION D'ALCOOL



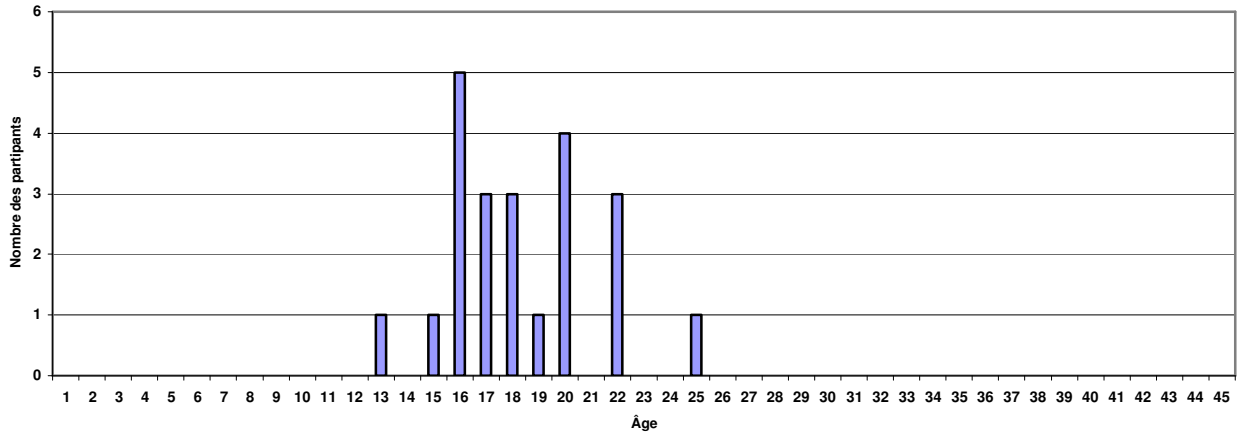
ÂGE DES PARTICIPANTS LORS DE LEUR 1^{ERE} CONSOMMATION D'HASCHISCH-MARIJUANA



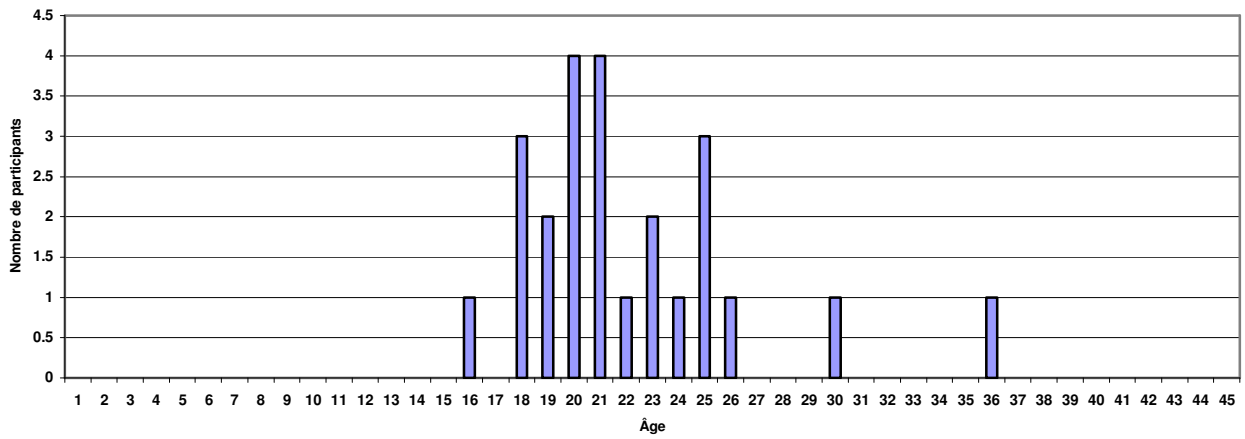
ÂGE DES PARTICIPANTS LORS DE LEUR 1^{ERE} CONSOMMATION D'HEROÏNE



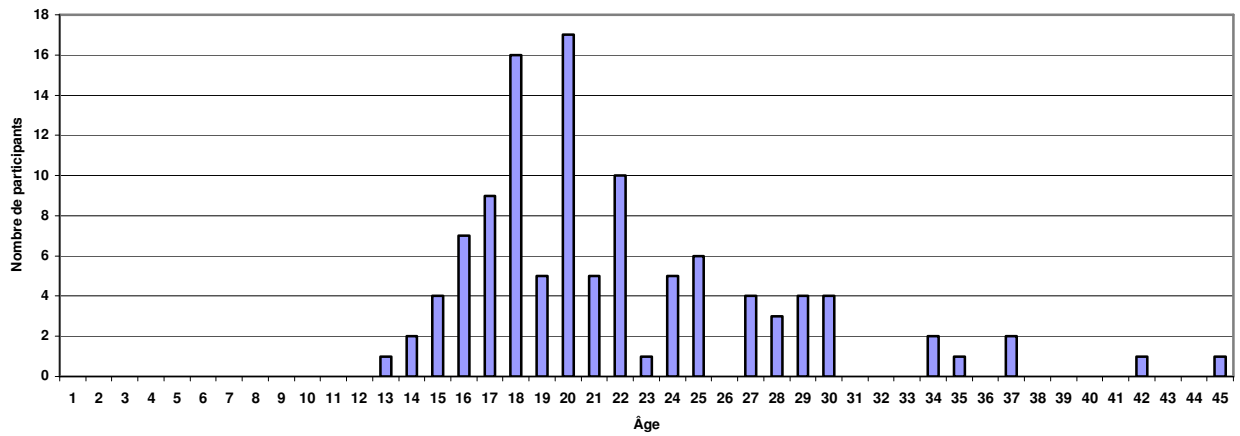
ÂGE DES PARTICIPANTS LORS DE LEUR 1^{ERE} CONSOMMATION D'AUTRES OPIACES



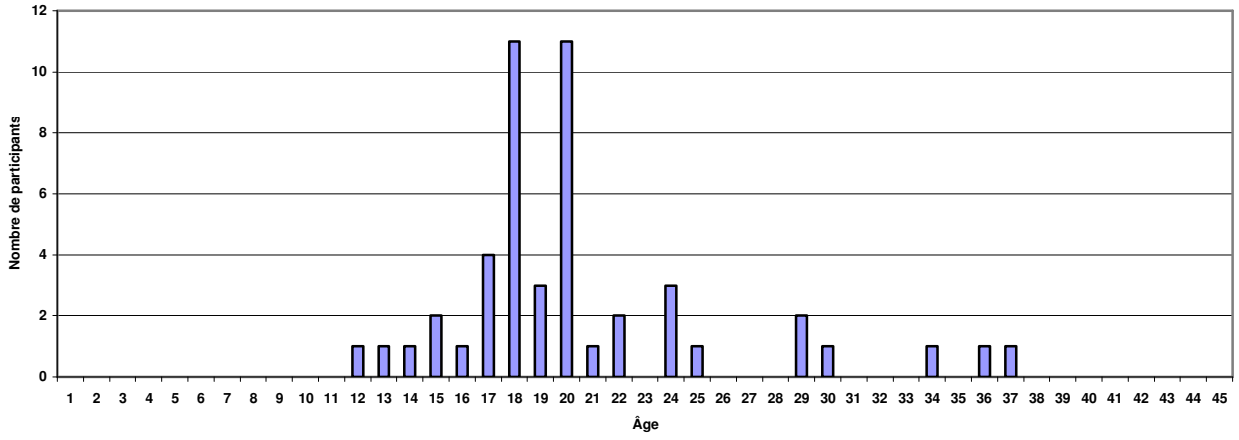
ÂGE DES PARTICIPANTS LORS DE LEUR 1^{ERE} CONSOMMATION ILLEGALE DE METHADONE



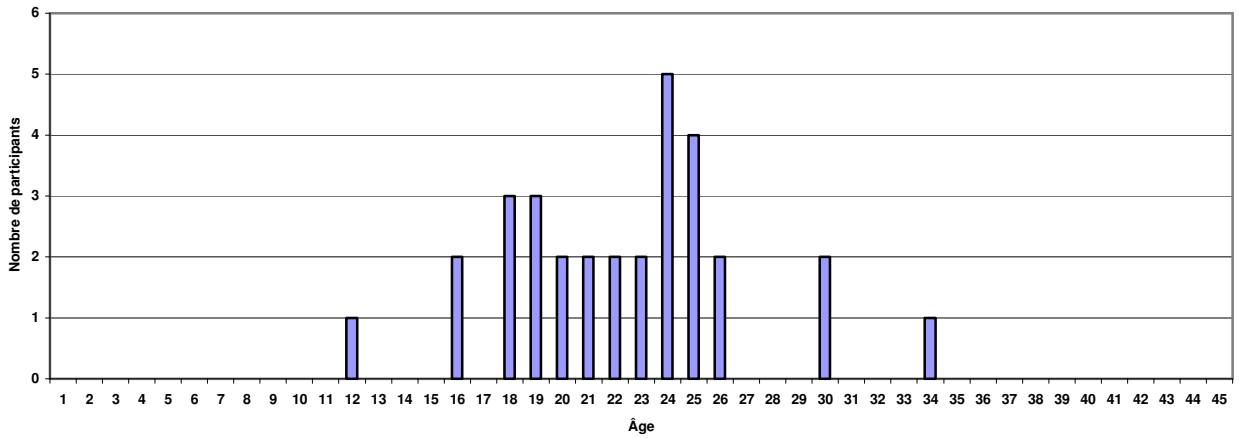
ÂGE DES PARTICIPANTS LORS DE LEUR 1^{ERE} CONSOMMATION DE COCAÏNE



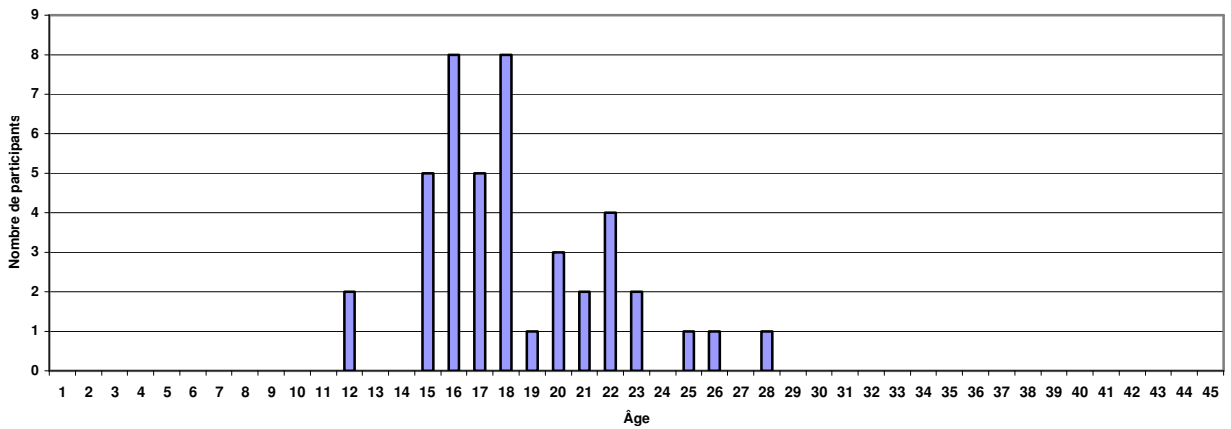
ÂGE DES PARTICIPANTS LORS DE LEUR 1^{ERE} CONSOMMATION DE COCKTAILS D'HEROÏNE ET DE COCAÏNE



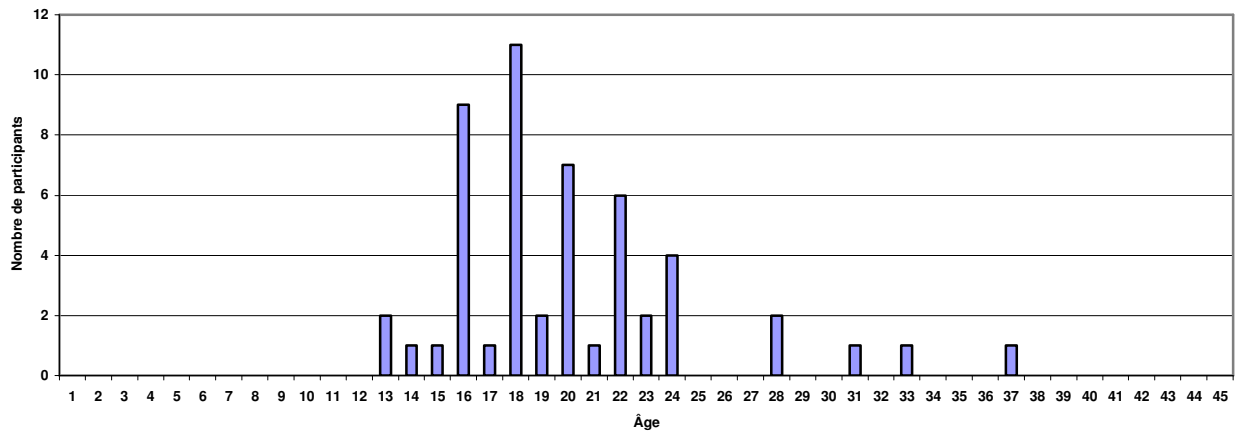
ÂGE DES PARTICIPANTS LORS DE LEUR 1^{ERE} CONSOMMATION DE FREE-BASE / CRACK



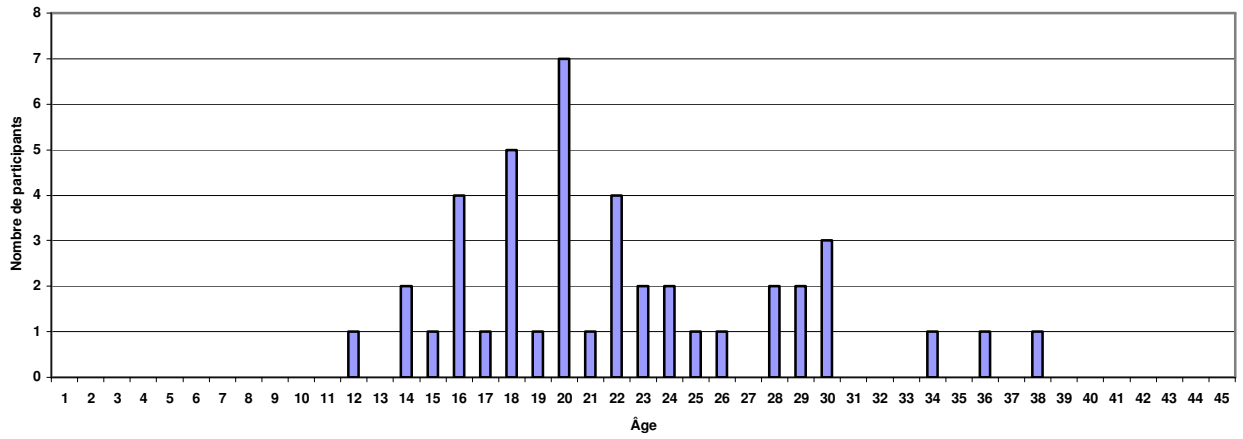
ÂGE DES PARTICIPANTS LORS DE LEUR 1^{ERE} CONSOMMATION DE LSD



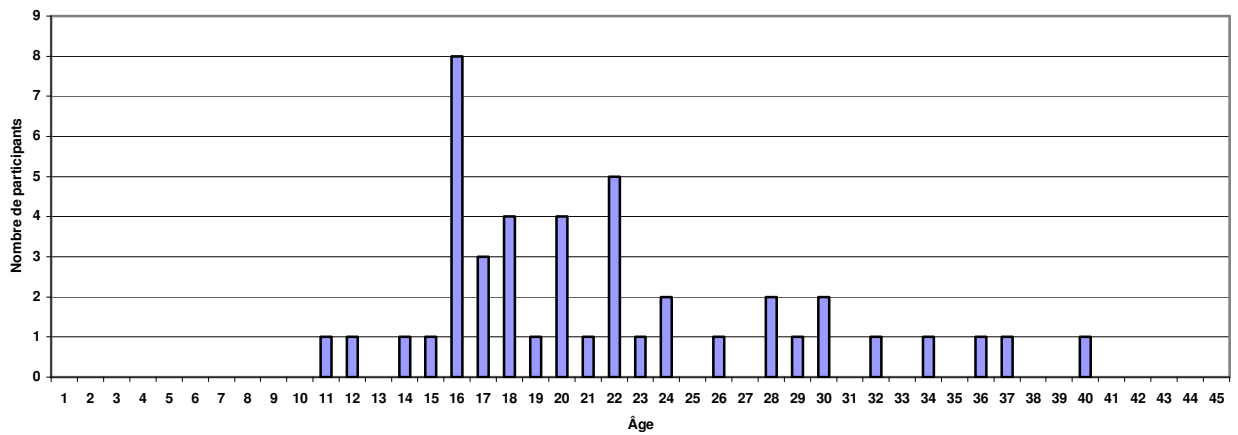
ÂGE DES PARTICIPANTS LORS DE LEUR 1^{ERE} CONSOMMATION D'ECSTASY / AMPHETAMINES



ÂGE DES PARTICIPANTS LORS DE LEUR 1^{ERE} CONSOMMATION DE ROHYPNOL® OU DE DORMICUM®



ÂGE DES PARTICIPANTS LORS DE LEUR 1^{ERE} CONSOMMATION DE MEDICAMENTS NON PRESCRITS



b) *Durant l'incarcération précédente*

(1) Consommation de drogue et d'alcool

51 (31.48%) sur les 164 qui ont déjà été incarcérés (162 réponses) indiquent avoir consommé une ou plusieurs substances pendant la détention précédente (tableau n°84).

Produits consommés

50 précisent la nature et le mode de consommation (tableau n° 85) :

- **Alcool**
31 personnes en ont consommé, 24 occasionnellement, 6 plusieurs fois par semaine, 1 une fois par jour
- **Haschisch**
36 personnes en ont consommé, 23 occasionnellement, 7 une fois par jour, 6 plusieurs fois par semaine
- **Héroïne**
11 personnes en ont consommé, toutes occasionnellement
- **Cocaïne**
15 personnes en ont consommé, 13 occasionnellement et 2 plusieurs fois par semaine.

Les situations d'injection de produit ne sont pas rares et concernent 8 réponses (4 fois l'héroïne, 2 fois un cocktail contenant de l'héroïne et de la cocaïne et 2 fois de la cocaïne) (tableau n°85).

Les produits sont inhalés par voie nasale dans 19 cas (tableau n°85).

Associations de produits

Sur ces 50 personnes, 9 consomment occasionnellement uniquement du haschich, 8 consomment occasionnellement uniquement de l'alcool, 3 occasionnellement de l'alcool ou du haschich.

Pour le reste, **les associations sont nombreuses et les consommations, parfois, fréquentes, notamment pour la cocaïne et les médicaments non prescrits** (cf. tableau n°86 qui précise les associations de produits consommés pour chacun des participants ainsi que la fréquence des consommations).

27 personnes ont consommé 2 substances ou plus, si on y inclut l'alcool.

Si on retire les 10 personnes qui n'ont consommé que de l'alcool, 17 personnes n'ont consommé qu'une substance et les **23 autres (14.02%) ont consommé 2 substances ou plus** (Cf. tableau n°87 précise le nombre de substances consommées en y incluant ou en y excluant l'alcool).

La consommation régulière ou occasionnelle de produits addictifs en prison, malgré l'interdit et la surveillance, est une réalité qui concerne donc, à priori, 31.4% des détenus.

Tous ces produits se retrouvent à un moment ou l'autre de l'incarcération.

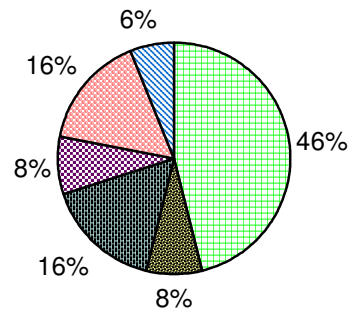
Nous n'avons pas posé la question de la désinfection éventuelle du matériel d'injection pendant l'incarcération précédente, estimant que la sollicitation de souvenirs parfois anciens pouvait être peu fiable. Cet aspect a, par contre, été abordé dans le contexte de l'incarcération actuelle.

REPARTITION DES CONSOMMATEURS EN FONCTION DU NOMBRE DE SUBSTANCES CONSOMMEES DURANT L'INCARCERATION PRECEDENTE

(N=50)

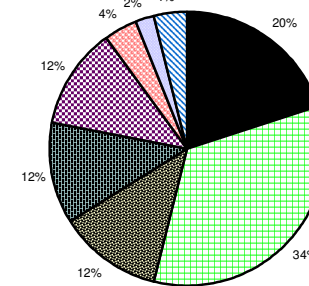
Alcool inclus

- 1 substance
- 2 substances
- 3 substances
- 4 substances
- 5 substances
- 7 substances



Alcool exclu

- Aucune substance
- 1 substance
- 2 substances
- 3 substances
- 4 substances
- 5 substances
- 6 substances
- 7 substances



(2) Vente de drogue

Pour avoir une idée de la circulation de produits stupéfiants en détention, nous avons essayé d'évaluer le nombre de détenus qui reconnaissent s'être livrés à du trafic de stupéfiants au sein de l'institution pénitentiaire. Nous avons, par contre, limité cette question à l'incarcération précédente pour ne pas mettre les répondants en situation de faire état d'un acte délictuel en cours et, surtout, pour éviter de susciter une défiance vis-à-vis de l'enquête et du questionnaire. Les réponses fournies nous indiquent cependant que le trafic à l'intérieur des murs n'est pas anecdotique puisque **8 des 164 personnes ayant déjà séjourné en prison** disent y avoir vendu de la drogue (tableau n°88).

c) *Consommation de drogue ou d'alcool durant l'incarcération en cours*

41 (12.1%) disent consommer des substances, précisent leur nature et décrivent le mode principal de consommation, 296 (87.57%) nient toute consommation, 1 personne (0.29%) ne peut/veut pas répondre (tableau n°89) :

- **Alcool**
28 personnes en consomment, 26 occasionnellement, 2 plusieurs fois par semaine
- **Haschisch**
26 personnes en consomment, 18 occasionnellement, 7 chaque jour, 1 plusieurs fois par semaine
- **Héroïne**
7 personnes en consomment, 5 occasionnellement et 2 plusieurs fois par semaine
- **Méthadone illégale**
5 personnes en consomment, 3 occasionnellement et 2 plusieurs fois par semaine
- **Cocaïne**
4 personnes en consomment, 3 occasionnellement et 1 plusieurs fois par semaine
- **Rohypnol® ou Dormicum®**
5 personnes en consomment, 4 occasionnellement et 1 plusieurs fois par semaine.

1 seule personne indique s'injecter de la drogue. La drogue est majoritairement fumée (héroïne et haschisch 29 personnes) ou **sniffée (6 personnes)**.

Produits consommés : nombre et fréquence

Le tableau n°90 précise les **associations de produits consommés** pour chacun des participants ainsi que la fréquence des consommations.

Ainsi, sur 41 personnes :

- 10 disent ne consommer qu'occasionnellement de l'alcool
- 7 uniquement du haschich ou de la marijuana (la plupart du temps occasionnellement)
- 7 occasionnellement alcool ou marijuana ou haschich.
- Les 17 autres personnes (5.08%) consomment les autres substances seules ou en association, occasionnellement ou régulièrement

9 personnes (2.68%) disent consommer tous les jours ou plusieurs fois par semaine. Dans ce cas, la substance la plus souvent utilisée est le haschisch. Une personne dit consommer plusieurs fois par semaine plusieurs substances. Il s'agit probablement d'une réponse fantaisiste.

Le tableau n°91 précise le nombre de substances consommées (en y incluant ou en y excluant l'alcool).

22 ne consomment qu'une seule substance (en dehors de l'alcool), les autres disent associer les produits. Si nous excluons l'alcool, 9/41 personnes peuvent être considérées comme poly-consommateurs.

Lieu de détention

Les 41 personnes qui consomment pendant l'incarcération en cours **se trouvent majoritairement aux EPO** (33 personnes) et, en particulier à Bochuz (21, 51.2%), et à La Colonie (12, 29.3%).

Les 8 autres se répartissent entre le Bois-Mermet (5, 12.2%), La Tuillière (2, 4.9%) et La Croisée (1, 2.4%).

Injections

2 des 41 personnes indiquant avoir consommé disent avoir pratiqué des injections (alors qu'une seule ne dit consommer par injection dans le tableau n°89) ce qui représente 4.88% des personnes qui ont consommé des substances illicites et 0.59% du collectif de l'étude. Une des deux personnes précisait qu'elle s'était procuré son matériel lors d'un retour de congé. Un visiteur pourrait être le pourvoyeur de la 2^{ème} personne.

Les deux personnes qui ont fait usage de drogue par voie intraveineuse en cours de détention ont utilisé du matériel non usagé.

Elles ne donnent pas de précision sur la manière de désinfecter leur matériel d'injection. Les réponses proposées dans le questionnaire étaient :

- avec de l'eau du robinet
- avec du parfum ou de l'eau de toilette
- avec votre désinfectant personnel
- avec du matériel de désinfection fourni par la prison
- d'une autre manière.

Ni l'une, ni l'autre n'aurait donné son matériel d'injection à un tiers.

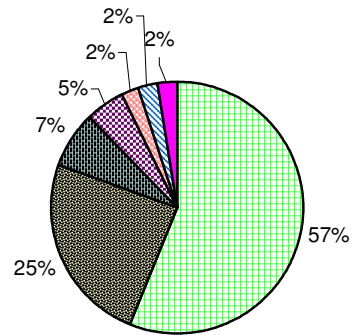
Globalement, le nombre de personnes recourant à des drogues dures lors de l'incarcération actuelle apparaît nettement inférieur à ce même nombre lors d'une incarceration précédente, ce constat concerne particulièrement le recours à la cocaïne (5 personnes contre 14) et le nombre de personnes déclarant s'injecter de la drogue (1 ou 2 contre 7).

REPARTITION DES CONSOMMATEURS EN FONCTION DU NOMBRE DE SUBSTANCES CONSOMMEES DURANT L'INCARCERATION EN COURS

(N=41)

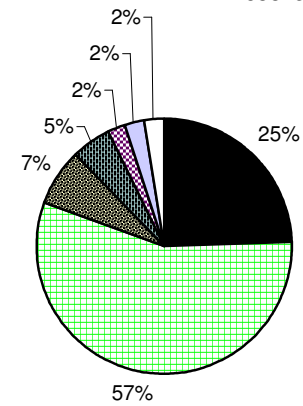
Alcool inclus

- Aucune substance
- 1 substance
- 2 substances
- 3 substances
- 4 substances
- 5 substances
- 6 substances
- 7 substances
- 11 substances
- 12 substances



Alcool exclu

- Aucune substance
- 1 substance
- 2 substances
- 3 substances
- 4 substances
- 6 substances
- 7 substances
- 11 substances
- 12 substances



d) Profil de consommation des stupéfiants

Nous avons essayé d'interroger la relation existant éventuellement entre consommation et incarcération en identifiant :

- La proportion des détenus qui ne consomment que lors des incarcérations
- Le nombre de détenus qui consomment à l'extérieur et qui ont aussi consommé pendant les incarcérations, que ce soit durant l'incarcération actuelle, la précédente, ou une plus ancienne.

Bien entendu, l'examen des consommations pendant une détention antérieure ne peut concerner que les détenus qui se présentent comme récidivistes (164).

Il ressort de cette analyse que, sur le collectif de 338 personnes, et si l'on considère l'ensemble de la consommation de substances (alcool y compris) que (tableau n° 92):

- 39 personnes (11.6%) disent ne jamais consommer
- 226 personnes (67.0%) disent consommer mais uniquement à l'extérieur de la prison
- 72 (21.4%) personnes consomment à l'extérieur de la prison et lors de l'une ou l'autre détention
- Aucun ne consomme uniquement à l'intérieur de la prison.

Par contre, les données changent si l'on exclut la consommation d'alcool de cette analyse (tableau n° 93):

- 150 (44.6%) disent ne jamais consommer
- 115 (34.1%) disent consommer mais uniquement à l'extérieur de la prison
- **7 (2.1%) (qui consomment de l'alcool) disent ne consommer d'autres substances qu'à l'occasion d'une incarcération**
- **65 (19.2%) consomment aussi bien à l'extérieur de la prison que pendant leur incarcération** que ce soit pendant l'incarcération actuelle (19), pendant une incarcération précédente (27) ou à la fois pendant une incarcération précédente et celle en cours (19).
- Parmi ces derniers, 10 personnes ont commencé leur consommation en prison (sur les 13 qui font cette déclaration)

Ces données confirment que la consommation de produits addictifs pendant la détention reste une réalité importante puisque **plus du cinquième des personnes (72, soit 21.3%) répondant à notre enquête disent consommer ou avoir consommé un produit autre que de l'alcool à l'occasion d'une incarcération.**

e) 1^{ère} consommation en prison

Comme l'indique le tableau récapitulatif (tableau n°94), 12 personnes (4.1%) ont donc consommé pour la 1^{ère} fois de la drogue en prison, que ce soit pendant le séjour considéré par l'étude ou lors d'une incarcération précédente (la précédente ou une antérieure). Nous avons identifié par des lettres dans les tableaux n°92, 93 et 94 ces 12 sujets. Tous disent consommer à l'extérieur (tableau n°93).

A noter que 3 sujets (D, F et G) n'ont pas consommé lors de l'incarcération actuelle ou la précédente, mais qu'ils ont commencé à consommer en prison lors d'une incarcération antérieure à la précédente et qu'ils disent continuer à consommer à l'extérieur (tableau n°92). A noter une réponse incohérente (sujet I).

Cette drogue a été consommée lors de ce premier contact par injection dans la majorité des cas (8), certains l'ont avalée (2), d'autres l'ont fumée (1) et une inhalée (1).

Toutes ces personnes sont poly-toxicomanes, 7 d'entre elles précisent qu'elles ont été dépendantes de l'une ou l'autre substance à un moment de leur vie.

6 de ces 12 personnes sont positives pour l'hépatite B (11 ont pu avoir une prise de sang, la 12^{ème} nous a autorisé à consulter son dossier médical), mais aucune n'est porteuse de l'antigène, **5 sont contaminées par le virus de l'hépatite C**.
Toutes sont négatives pour le virus VIH .

f) Conduites à risque en prison : injection ou inhalation

Compte tenu des informations obtenues à l'aide de notre questionnaire, nous relevons donc **26 personnes qui s'injectent** (12 personnes, tableau n°95) **ou sniffent** (15 personnes, tableau n°96) **des produits entraînant une toxicodépendance en prison pendant l'incarcération actuelle ou la précédente :**

- 6 pendant l'incarcération actuelle
- 17 pendant l'incarcération précédente.

Dans tous les cas, il s'agit soit d'héroïne soit de cocaïne.

Ceci indique que **7.7% des sujets de notre collectif s'exposent potentiellement à HBV, HCV ou VIH**. Les deux modes de consommation (injection et sniff) sont, en effet, actuellement considérés comme des conduites à risque.

A ce propos, rappelons que le risque d'infection lors de piqûres ou de blessures avec des objets contaminés par le virus HBV se situe entre 5% et 40%, par le virus HCV entre 2.5% et 10% et par HIV à 0.3%. Pour ce dernier, le risque d'une infection résultant d'une projection dans les yeux ou la bouche est de l'ordre 0.1% (Jost, 2003).

De plus, le risque de contamination lors de l'inhalation de produits stupéfiants est de plus en plus fréquemment évoqué par les spécialistes travaillant avec des toxicomanes : la fragilité des capillaires du nez amène fréquemment le passage de sang dans les produits sniffés et sur les objets qu'utilisent et font circuler entre eux les consommateurs.

9. Tatouages

Se faire tatouer est une pratique courante en milieu carcéral.

C'est aussi un risque potentiel de contamination avec les virus HBV, HCV et VIH. Pour cette raison, nous avons demandé aux participants s'ils portaient des tatouages réalisés en prison.

17 (5.04%) répondent par l'affirmative.

Sur ces 17 personnes,

13 ont utilisé du matériel désinfecté (tableau n°97) soit :

- avec du parfum ou de l'eau de toilette (4)
- avec du désinfectant personnel (3)
- avec du matériel de désinfection fourni par la prison (6)
- en chauffant l'aiguille avec l'aide d'une flamme (5)
- et/ou en faisant bouillir l'aiguille puis en la désinfectant (1).

4 personnes associent différentes façons de désinfecter leur matériel de tatouage.

3 disent n'avoir procédé à aucune désinfection du matériel de tatouage, une dernière personne ne répond pas à cette question.

10. Sexualité à l'extérieur et à l'intérieur de la prison

a) Généralités

334 personnes ont répondu à la question « *Vous considérez-vous comme hétérosexuel, bisexuel ou homosexuel ?* » : la grande majorité se déclare hétérosexuelle, 10 sujets se déclarent bisexuels, 3 homosexuels, 2 ne souhaitent pas répondre (tableau n°98). Ces réponses sont en adéquation avec les pratiques sexuelles déclarées par les participants (tableau n°99).

Parler de sexualité ?

Les détenus dans leur grande majorité (285 sur 334), estiment qu'il leur est facile de parler de sexualité. 50 autres, reconnaissent cependant que cela leur pose plus de problèmes. Les femmes estiment plus difficile que les hommes de parler de sexualité ($p = 0.003$). L'origine des participants n'influence pas, à priori, ces réponses.

Les personnes qui disent avoir des difficultés pour parler de sexualité sont en majorité des hommes (42 hommes et 8 femmes), dont l'âge moyen et médian est de 31 ans (âge minimal : 17 ans, âge maximal : 57 ans). Ces personnes sont originaires de :

–	Europe des Balkans	18
–	Europe de l'Ouest	10
–	Suisse	6
–	Méditerranée Moyen-Orient	5
–	Asie	4
–	Afrique subsaharienne	3
–	Amérique latine	3
–	Europe de l'Est	1
	Total	50

47/50 peuvent expliquer cette difficulté (tableau n°100) :

- la pudeur est évoquée par 26 participants
- les origines culturelles par 17
- des motifs religieux par 10
- la peur par 7.

Sans qu'il n'y ait de différences évidentes, on peut toutefois relever que les ressortissants des régions des Balkans sont ceux qui évoquent le plus souvent la pudeur (8), les origines culturelles (7) et les motifs religieux (4).

Perception de l'homosexualité

Nous avons aussi demandé aux participants leur point de vue sur l'homosexualité pour essayer de mieux cerner les tabous existant dans le milieu pénitentiaire. Les réponses indiquent l'hostilité à laquelle peut être confronté un détenu vivant une relation homosexuelle en prison.

On peut ainsi mesurer la difficulté qu'un détenu peut alors avoir pour évoquer sa situation (et alors s'exposer à ce que cette relation soit connue au sein de la détention) et, en conséquence, pour adopter des mesures de protection adéquates.

136/335, soit 40.60% des détenus ont une réaction, à priori, tolérante (absence d'hostilité ou trouvent l'homosexualité normale).

Les autres (199, soit 59.4%) manifestent des réactions négatives (« je préfère ne pas en parler », « cela me met en colère », etc.) (tableau n°101).

Les commentaires spontanés sur l'homosexualité associés aux réponses donnent une idée de la violence de certaines réactions. Ils sont reflétés dans les propos qui étaient inscrits de manière libre par les participants sur le questionnaire et qui sont rapportés ci-dessous :

• « C'est pas normal »	55
• Dégoût	27
• Liberté de choix	14
• Indifférence	14
• « C'est une maladie mentale »	10
• Compréhension	8
• « C'est contraire à la morale, à la religion »	6
• « Je n'aime pas »	5
• « Je déteste »	5
• « Il faut les tuer »	5
• « C'est la fin du monde »	4
• Possession démoniaque	3
• « Normal pour les femmes »	3
• Non respect des autres	3
• Incompréhension	3
• « Je n'approuve pas »	2
• « Ça dépend de l'attitude des gens »	2
• « C'est un vice »	1
• Attirance	1
• « Parfois il n'y a pas de choix possible »	1

b) **Sexualité en dehors de la prison**

(1) **Partenaires**

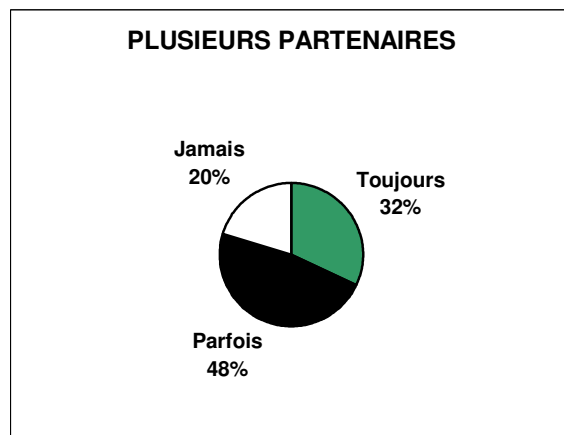
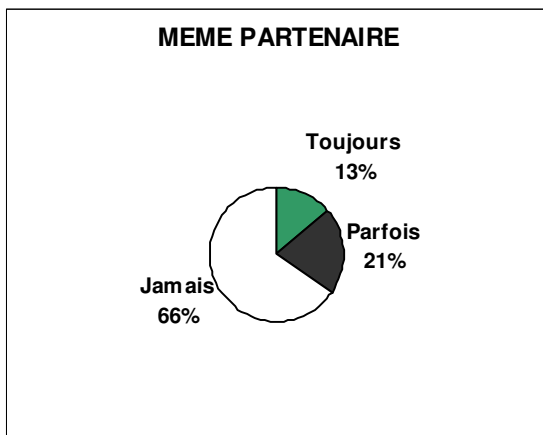
335 sur les 338 personnes interrogées répondent à la question « *Avez-vous eu des rapports sexuels au cours des 6 mois qui ont précédé votre détention actuelle ?* » (tableau n°102).

Environ 87% des participants disent avoir eu des relations sexuelles dans les 6 mois précédant l'incarcération.

Près de la moitié (163, soit 48.65%) ont eu des relations sexuelles avec un(e) même partenaire et 128 (38.20%) avec plusieurs partenaires.

(2) **Usage du préservatif et contextes**

Pour les 290 personnes qui répondent à la question, l'usage du préservatif est loin d'être la règle comme l'indiquent le tableau n°103 et le schéma ci-dessous qui montrent que **87 (68%)** sujets ayant eu plusieurs partenaires n'utilisent **jamais** (26 soit 20.3%), ou seulement **occasionnellement** (61 soit 47.7%), de préservatif.



Partenaire unique

Quand les sujets n'ont eu des relations sexuelles qu'avec un seul partenaire, peu expliquent pourquoi ils utilisent systématiquement ou occasionnellement le préservatif et si cet usage est à mettre en relation avec une conduite de réduction des risques ou s'il s'agit d'un usage principalement contraceptif.

La lecture des questionnaires ne fournit une hypothèse explicative sur l'attitude adoptée que pour 2 personnes porteuses de l'HbsAg (dont une ne se disait pas dépendante de substances).

Plusieurs partenaires

86 sur les 128 personnes ayant plusieurs partenaires et ne suivant pas les recommandations en vigueur pour l'usage du préservatif **précisent les raisons de leur comportement.**

69 (84.15%) d'entre elles, soit la grande majorité, indiquent qu'elles agissent par choix (tableau n°104).

Ce sont essentiellement des hommes de moins de 35 ans, originaires de l'Europe des Balkans (44.0%), d'Europe de l'Ouest (20.9%) et de Suisse (15.1%).

- Ils se déclarent toxicodépendants dans respectivement 16.7%, 35.3% et 58.3% des cas.
- Plus de la moitié (62.2%) n'ont pas de relation de couple stable et se trouvent dans une situation sociale précaire.
- 3 sont porteurs de l'HBsAg et un est VIH positif.

Des précisions ont été données par écrit en complément des réponses sollicitées pour expliciter les choix effectués (tableau n°105). Les réponses, dans leur grande majorité se réfèrent à la **confiance** mise dans le/la partenaire dès qu'une relation semble s'être établie, ou sur des à priori qui relèvent d'une certaine naïveté ou d'attitudes pouvant révéler une méconnaissance du problème.

A côté de certaines réponses provocatrices témoignant d'une certaine recherche du risque ou d'une mise en danger d'autrui à partir du moment où le partenaire habituel n'est pas concerné, on retrouve les réserves liées aux valeurs personnelles ou à l'aspect déroutant de l'usage du préservatif. Les arguments avancés indiquent **l'importance de la méconnaissance du risque de contamination** dans cette population qui apparaît peu perméable aux campagnes de prévention.

Le schéma ci-dessous indique aussi certaines disparités dans les pratiques de prévention en fonction de l'origine des personnes et obligerait à réfléchir à une prévention plus ciblée en rapport avec celle-ci. On observe, en particulier, une **très grande réserve vis-à-vis du préservatif de la part des détenus originaires des Balkans.**

Toxicodépendance

Elle constitue un facteur de risque non négligeable mais n'inciterait cependant pas les sujets exposés à adopter une meilleure prévention. En effet, l'utilisation du préservatif reste le fait d'un groupe minoritaire de sujets, même parmi ceux qui se déclarent toxicodépendants. De plus, on ne note globalement pas de différence quant à l'utilisation du préservatif ($p=0.54$) entre personnes **toxico-dépendantes** et celles ne présentant pas de dépendance

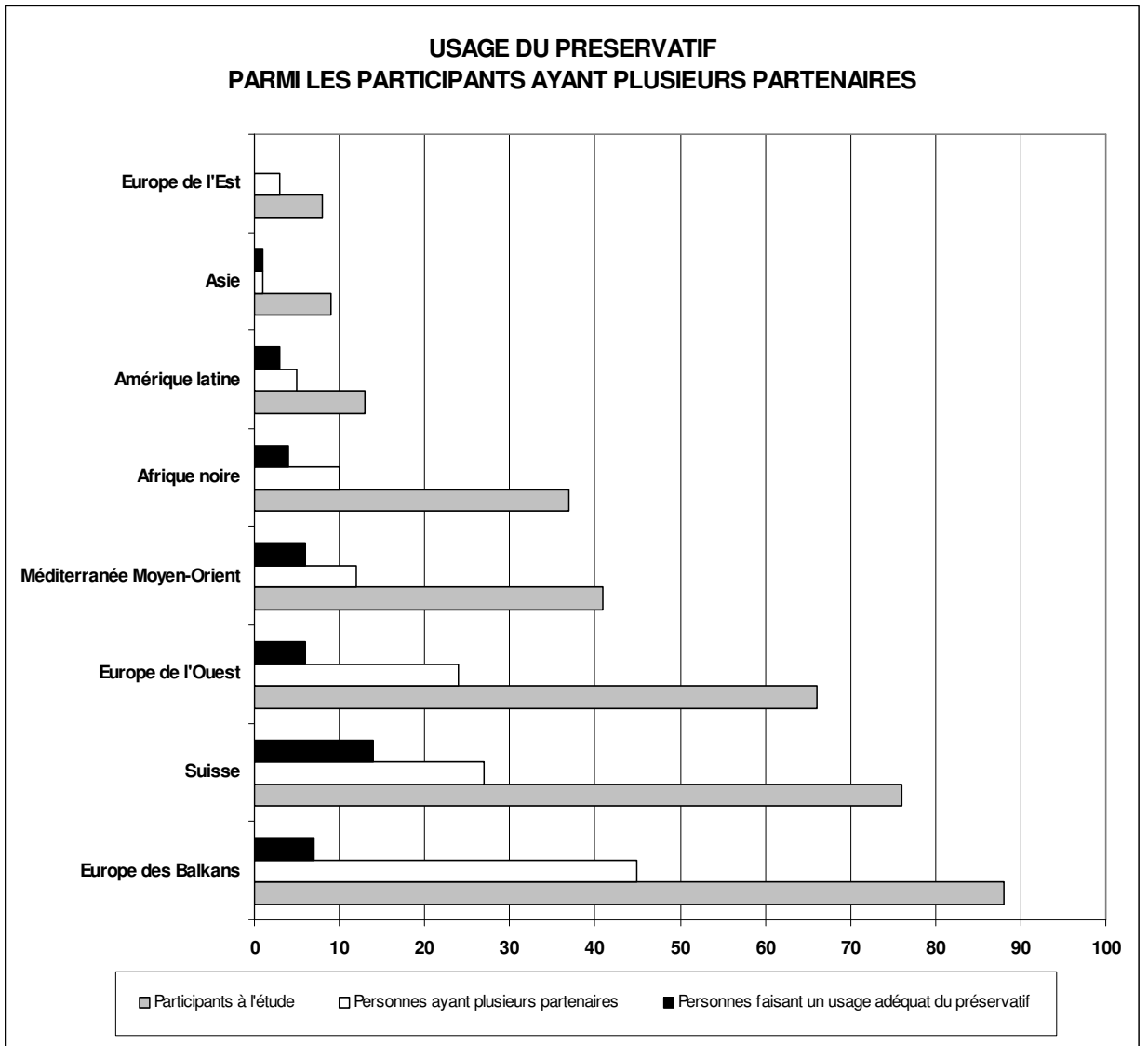
Une analyse plus fine des réponses, permettant de différencier les sujets toxico-dépendants ayant toujours le même partenaire de ceux en ayant plusieurs, nuance cependant ce constat :

38 sujets sur les 164 qui disent avoir toujours le même partenaire se disent dépendants de substances :

- **6 (dont une personne HCV positive) utilisent toujours le préservatif soient 15.78% des personnes toxicodépendantes**
- **7 (dont 1 personne HCV positive et 1 HbsAg positive) parfois**
- **25 (dont 3 personnes HCV positives et 1 personne HCV et VIH positive) jamais.**

35 sujets sur les 128 qui disent avoir plusieurs partenaires indiquent être dépendants de substances :

- **13 (dont 2 personnes HCV positives) utilisent toujours le préservatif, soient 37.14% des personnes toxicodépendantes**
- **15 (dont 1 personne positive pour TPHA et Chlamydia, 4 positives pour HCV et 1 positive pour HCV et VIH) parfois**
- **7 (dont 1 personne positive pour HCV) jamais.**



Facteurs déterminants dans les attitudes

Si on essaye d'analyser plus en détail ces comportements en fonction des risques existants (partenaires multiples, toxicomanie, risque infectieux) certaines tendances peuvent se dégager (tableau n°106) :

- Logiquement, les participants ayant **plusieurs partenaires** utilisent plus le préservatif que les participants ayant un seul partenaire ($p < 0.001$).
- En particulier, les personnes toxico-dépendantes ayant plusieurs partenaires utilisent significativement plus le préservatif que les personnes toxico-dépendantes ayant un seul partenaire ($p = 0.0004$).

On pourrait finalement en déduire avec prudence que le message de prévention est apparemment mieux reçu chez les personnes toxicodépendantes.

L'existence d'une contamination par un agent infectieux (connue ou non, mais qui devrait être considérée comme possible la plupart du temps en raison de la prise de risque qu'une telle contamination implique souvent) ne conduit pas à une attitude en rapport avec le risque existant. Ceci pourrait principalement être mis en relation avec le fait que ces personnes ne connaissent pas leur diagnostic.

En effet, parmi les **14 personnes porteuses de l'antigène HbsAg**,

- 1 personne connaît son diagnostic et utilise **toujours** un préservatif
- 4, dont 1 qui connaît son diagnostic, l'utilisent **parfois**
- 6, dont 1 seule connaît son diagnostic, n'utilisent **jamais** de préservatif
- 3 personnes ne donnent pas d'information sur leur usage du préservatif.

Sur les 3 personnes HIV positives, 1 utilise toujours le préservatif, la 2ème **parfois** et la dernière **jamais**.

(3) Argent reçu pour des rapports sexuels en dehors de la prison

25 sur les 338 participants ont reçu de l'argent en échange de rapports sexuels lorsqu'ils étaient en liberté (tableau n°107).

Il s'agit de 5 femmes et de 20 hommes. Les femmes incarcérées connaissent, à priori, la prostitution dans une proportion significativement plus grande que les hommes (femmes : 22.72%, hommes : 6.33%) ($p = 0.0044$). L'échantillon est cependant trop faible pour en tirer une certitude même si cette donnée correspond aux constatations des praticiens travaillant en prison.

- Parmi les 5 femmes, 4 sont polytoxicomanes, 3 se disent bisexuelles et 2 hétérosexuelles.
- Parmi les 20 hommes, 15 sont polytoxicomanes, 13 se présentent comme hétérosexuels et ont eu des relations occasionnelles avec des hommes, 3 sont bisexuels et 3 homosexuels.

Ces résultats confirment l'importance de la prostitution parmi les personnes toxicodépendantes et indiquent l'importance des efforts à accomplir dans ce groupe puisque **8 de ces 25 personnes n'utilisent qu'occasionnellement ou jamais de préservatif**.

(4) Argent donné pour des rapports sexuels en dehors de la prison

84 personnes sur 336 répondants, soit 25% , (uniquement des hommes) disent avoir donné de l'argent pour obtenir des rapports sexuels lorsqu'ils étaient en liberté (tableau n°108).

Parmi eux :

- 82 (97.6%) sont hétérosexuels, dont 6 ont eu des relations occasionnelles avec des hommes. Un homme se dit bisexuel et un autre homosexuel.
- 36 (42.9%) sont polytoxicomanes.

- 53 (soit 63.1%) n'utilisent pas systématiquement le préservatif.

Ceux, qui disent avoir plusieurs partenaires et ne pas utiliser systématiquement le préservatif, sont originaires de Suisse (32%), d'Europe de l'Ouest (28%), d'Amérique latine (12%), de l'Europe des Balkans (12%), de l'Afrique (4%) et de l'Europe de l'Est (4%).

c) Sexualité à l'intérieur de la prison

40 personnes déclarent avoir eu des rapports sexuels durant leur détention actuelle.

34 personnes disent avoir eu des relations sexuelles avec un-e seul-e partenaire (tableau n°109).

Toutes ces personnes sont condamnées :

- 23 de ces personnes sont condamnées à une réclusion
- 8 personnes sont condamnées à un emprisonnement
- 3 autres sont internés sous l'article 43 CPS.

L'analyse de ces données montre que

- 22 ont eu des relations sexuelles à l'occasion de parloirs privés avec leur(e) partenaire
- 5 à l'extérieur de la prison, manifestement lors de congés
- 7 réponses sont suffisamment ambiguës pour ne pas exclure des relations avec des co-détenus sans toutefois pouvoir être formel à ce sujet. Des relations, soit lors de parloirs privés, soit lors de sorties sont aussi possibles.

6 personnes disent avoir eu des relations sexuelles avec plusieurs partenaires (sur 309 qui répondent à la question) (tableau n°110)

Parmi ces 6 personnes, 2 peuvent avoir bénéficié de congés. Les autres, compte tenu de leur statut carcéral, peuvent avoir bénéficié de parloirs privés sans possibilité de congé. En suivant la logique des règlements pénitentiaires, elles n'auraient du avoir, en principe, qu'un seul partenaire.

Ces personnes pourraient donc avoir eu des relations avec des co-détenu(e)s. Une d'entre elle l'indique dans des commentaires annexes.

Usage du préservatif

Malgré la mise à disposition de préservatifs à tous les détenus (cf chapitre IV C, actions de prévention) l'usage de celui-ci est encore loin d'être la règle (tableau n°111) :

Utilisent **toujours** le préservatif :

- 2 personnes (5.9%) indiquant n'avoir eu des relations sexuelles qu'avec un seul partenaire.
- 2 personnes (33.3%) indiquant avoir eu des relations sexuelles avec plusieurs partenaires

N'utilisent **jamais** le préservatif :

- 23 parmi les personnes n'ayant qu'un(e) partenaire.
- 4 sur les 6 indiquant avoir eu plusieurs(e)s partenaires n'utilisent jamais de préservatif.

Au total, parmi les 40 personnes qui ont eu des relations sexuelles pendant leur incarcération, **31 personnes n'ont jamais utilisé de préservatif ou ne l'ont utilisé qu'occasionnellement.**

Motif du refus de l'utilisation du préservatif

Nous avons essayé de faire préciser les motifs qui président à cette attitude (tableau n°112 et 113). La grande majorité des réponses rend compte **du choix de ne pas faire usage d'un préservatif**, même si **tous les participants disent qu'ils auraient pu en obtenir un.**

- 25 personnes sur 31 indiquent ne pas vouloir utiliser de préservatifs (à noter que 23 personnes n'avaient qu'un seul partenaire)
- 3 personnes n'avaient pas de préservatifs : une semble avoir des relations avec sa partenaire habituelle, les 2 autres personnes sont détenus pour des délits sexuels et évoquent pour l'une la gêne d'avoir à demander un préservatif à l'infirmerie, pour la seconde l'absence de pénétration (ces 2 personnes indiquaient avoir eu des relations sexuelles avec plusieurs partenaires).
- 1 personne dit avoir oublié d'utiliser le préservatif et ne pas vouloir l'utiliser.
- 6 personnes ne voulant pas utiliser le préservatif justifiaient ce refus par la confiance mise en leur partenaire.
- 4 personnes évoquaient une autre raison :
 - 2 femmes ont des relations homosexuelles
 - dans un cas, un des partenaires refuse l'utilisation de préservatifs
 - un détenu a des relations sans pénétration.

Parmi les 25 personnes qui ne voulaient pas utiliser de préservatifs, la plupart étaient en exécution de peine et étaient incarcérées pour des motifs qui n'avaient pas de lien avec la drogue.

Prostitution et sévices sexuels en prison

Les réponses ne semblent pas refléter ce qui se dit ou se décrit dans les écrits sur la prison. Là encore, la taille de l'échantillon ne suffit probablement pas à rendre compte de cette réalité. Sur les 40 personnes indiquant avoir eu des relations sexuelles pendant l'incarcération actuelle :

- **1 personne répond de manière affirmative** et 33 personnes de manière négative à la question « **Avez-vous reçu quelque chose pour des relations sexuelles ?** ». Cette personne n'utilise jamais de préservatif.
- 34 personnes répondent par la négative quand on leur demande s'ils avaient « donné quelque chose pour des relations sexuelles ».
- **1 personne** dit avoir été **contrainte** à des relations sexuelles, elle n'a pas utilisé de préservatifs au cours de la détention en cours. Elle est VIH et HCV négative. Par contre, elle a eu une hépatite B dont elle est guérie. Cette personne exécute une peine et a une partenaire avec qui elle a des relations lors de parloirs privés. Nous ne disposons pas de renseignements sur le contexte de cette contrainte sexuelle.

11. Traitements psychotropes prescrits par le service médical

Nous avons essayé de déterminer la proportion de détenus qui reçoivent un traitement psychotrope en cours de détention, et avons demandé à ceux-ci s'ils avaient bénéficié d'un des traitements suivants prescrits par le service médical :

- sevrage avec des calmants
- méthadone
- somnifères
- calmants ou autres traitements pour les nerfs.

Nature des traitements prescrits

Les 338 participants ont répondu à cette question (tableau n° 114) :

168 personnes (49.7% des participants) ont reçu à un moment ou l'autre un traitement psychotrope prescrit par le service médical.

Parmi ceux ci,

- 126 (37.28% du collectif EPIPS) disent recevoir des calmants
- 106 (31.36% du collectif EPIPS) des somnifères
- 25 (7.40%) disent avoir bénéficié d'un traitement de sevrage
- 22 (6.51% du collectif EPIPS) de la méthadone.

Consommation de substances et prescription de psychotropes

Parmi les personnes qui ont bénéficié d'un tel traitement, 166 peuvent préciser leur consommation en dehors de la prison :

6 ne consomment aucune substance

46 personnes consomment une seule substance dans la vie courante

- 40 boivent de l'alcool
- 3 consomment du haschisch
- 1 personne, de la cocaïne
- 1 personne, des tranquillisants
- 1 personne, de l'ecstasy

114 sont consommateurs répétés ou occasionnels de substances addictives multiples :

- 89 consomment plusieurs substances dont de l'alcool
- 19 consomment de l'alcool et du haschisch
- 3 sont des polyconsommateurs ne consommant pas d'alcool
- 2 boivent de l'alcool et consomment de la cocaïne
- 1 consomme haschisch et cocaïne

Prescription de psychotropes, prison et dépendance

60 détenus (39.2% du collectif EPIPS) parmi les 153 qui reçoivent un traitement prescrit par le service médical et répondent à la question concernant une éventuelle dépendance, **se disent dépendants**, (soit 71.4% des détenus dépendants du collectif EPIPS).

La prescription de médicaments psychotropes au sein de la détention est une réponse à la survenue de difficultés préexistantes ou intercurrentes à l'incarcération : troubles du sommeil, troubles anxieux, etc (Gravier, 1998, Monceaux et coll. 1996).

Elle est aussi le reflet d'une population fortement encline à la consommation de psychotropes de toutes natures. Dans un tel contexte les intervenants médicaux oscillent régulièrement entre une

attitude restrictive pour limiter les trafics internes et une attitude plus souple s'inscrivant en continuité avec les pratiques extérieures à l'institution pénitentiaire.

Les réponses à cette question reflètent la multiplicité des sollicitations dont peut faire l'objet un service médical en prison et indiquent que la plus grande partie des détenus toxicomanes bénéficient d'un traitement.

12. Déclarations des détenus concernant leur situation infectiologique

a) Hépatites B et C

337 des 338 participants ont répondu à la question leur demandant s'ils « *avaient déjà eu une hépatite (« jaunisse »)* » :

- 39 (11.57%) répondent par l'affirmative
- 280 par la négative
- 18 ne se rappellent plus (tableau n°115).

A la question « *Avez-vous déjà eu une prise de sang pour les hépatites ?* » :

- 181 répondent oui
- 128 non
- 27 ne se souviennent plus.

38 personnes qui indiquent avoir souffert d'une hépatite auraient eu une sérologie pour les hépatites.

137 participants n'ont pas eu d'hépatite, mais pensent avoir eu une sérologie. Ce sont essentiellement des personnes originaires de Suisse (34, 24.8%), de l'Europe des Balkans (33, 24.1%) et de l'Europe de l'Ouest (29, 21.2%).

Hépatite et toxicodépendance

Les participants qui annoncent des antécédents d'hépatite(s) et ceux qui ont déjà subi une sérologie pour une hépatite sont le plus souvent des personnes toxicodépendantes de manière significative. Dans les deux cas, p est inférieur à 0.0005.

Type d'hépatite

179/181 personnes qui pensent avoir eu une sérologie, donnent plus de précisions (tableau n°116). 32 personnes sur les 38 qui disent avoir eu une hépatite peuvent ainsi en préciser le type :

- 14 (7.82%) se disent positifs pour l'hépatite C
- 9 (5.03%) pour l'hépatite B
- 9 (5.03%) pour l'hépatite B et l'hépatite C simultanément.

Ce qui donne 18 personnes estimant avoir ou avoir eu une hépatite B et 23 personnes estimant avoir ou avoir eu une hépatite C.

Mode de contamination allégué

28 détenus ont indiqué comment ils pensaient avoir été en contact avec ces virus (tableau n°117) : 8 à la suite de rapports sexuels, 9 à la suite d'échange de seringue, 1 à la suite de transfusion.

Les réponses « autres » concernaient les cas de figure suivants :

- 1 personne a eu une hépatite B suite à l'injection de sang contaminé par le virus de l'hépatite B dans un contexte de torture
- 1 personne a eu une hépatite C suite à la consommation de drogue (*en l'absence d'échange de seringues mais avec partage de matériel de préparation*)
- 1 personne a eu une hépatite C et 2 autres une hépatite B et une hépatite C suite « à des rapports sexuels et à l'échange de seringues ».

Enfin sur les 28 personnes qui répondent à cette question, 4 personnes disent avoir eu une hépatite B, mais ignorent comment.

Au total :

- **18 participants disent avoir ou avoir eu une hépatite B.** Sur ces 18 participants, 14 ont accepté une prise de sang et ont donc une sérologie disponible. **Cette sérologie est positive dans 11 cas, dont 3 HBsAg positif (78.5%).**
- **23 participants disent avoir (eu) une hépatite C.** Sur ces 23, 17 ont accepté une prise de sang qui n'a pu être effectuée que dans 16 cas. Nous avons donc une sérologie disponible pour ces 16 cas, **cette sérologie est positive dans 12 cas (75%).**

Il existe donc un certain décalage entre ce que les détenus pensent avoir eu comme problème de santé et la réalité, puisque **la contamination n'est pas vérifiée dans environ un quart des situations.**

b) Infection VIH

Séropositivité

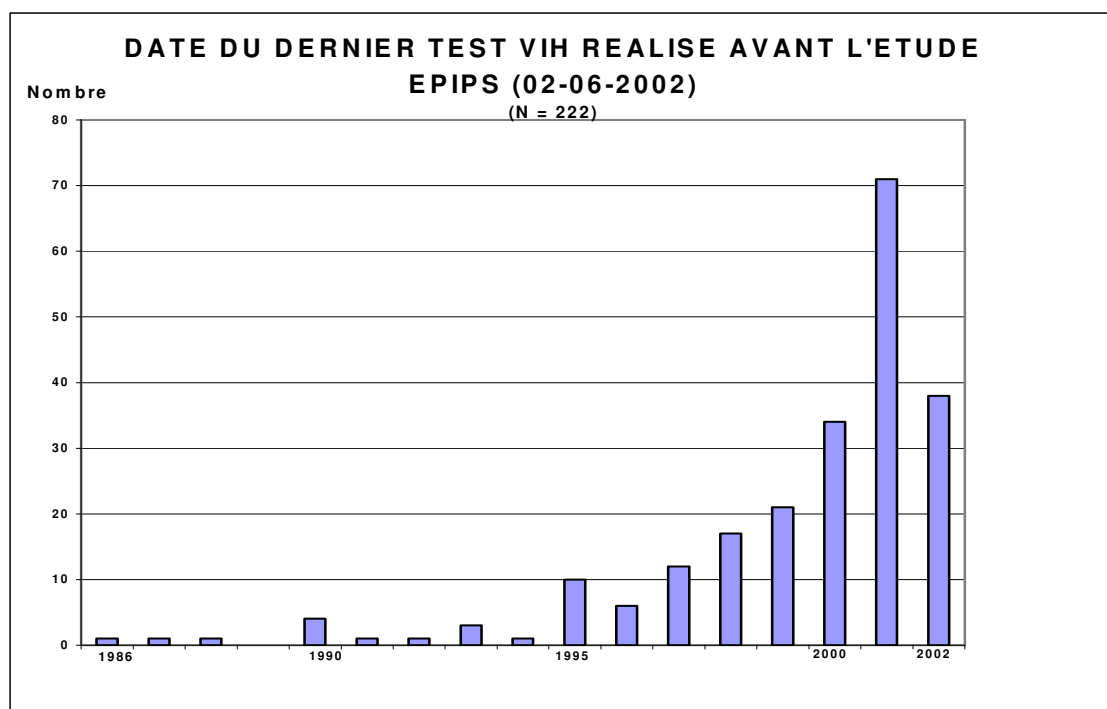
3 personnes se disent positives, ce que vérifient les sérologies documentées (par la prise de sang ou l'étude du dossier). Pour 2 de ces personnes la contamination avec le virus VIH est survenue à la suite de rapports sexuels, pour la 3^{ème} l'échange de seringues est en cause.

Dernier test effectué

Les deux tiers des participants à EPIPS ont déjà fait un test VIH, soit 224 (66.4%) sur 337.

Au total, 222 personnes peuvent préciser l'année de leur dernier test (cf schéma ci-dessous). Dans la grande majorité des cas le test est récent et date de moins de 2 ans. Un certain nombre de ces tests ont été effectués pendant la détention. La question du lieu du testing n'ayant pas été précisée dans le questionnaire, certains éléments mentionnés plus bas procèdent d'extrapolations.

Il faut relever que 16 personnes sur 224 ne peuvent ou ne veulent pas donner leur résultat VIH. Parmi ces personnes, 7 se disent toxico-dépendantes et 7 sont requérants d'asile, 12 ont accepté de faire la prise de sang lors d'EPIPS, les sérologies pour le VIH se sont alors toutes révélées négatives.



Utilisation du préservatif et tests sérologiques

Parmi les personnes ayant plusieurs partenaires sexuels et n'utilisant « *que parfois ou jamais* » le préservatif (86), **18 (20.9%) n'ont jamais fait de tests VIH avant l'étude**. 14 ont accepté de subir un test sérologique à cette occasion.

Aucune de ces personnes n'est positive pour le virus VIH. 6 sont positives pour l'hépatite (antiHBV) dont 2 pour l'antigène HbsAg. Toutes les autres sérologies sont négatives.

La pratique du test VIH chez les personnes ayant plusieurs partenaires n'est pas associée de manière significative avec l'usage du préservatif ($p=0.7$) (tableau n°118). Pour 128 personnes déclarant avoir plusieurs partenaires, le test VIH a été effectué dans la même proportion chez les personnes utilisant toujours le préservatif et chez les personnes ne l'utilisant que parfois ou jamais.

Régime de détention et tests sérologiques

En exécution de peine : 108/160 personnes précisent la date approximative du dernier test VIH. Ceci permet d'en déduire que 62 ont effectué le test avant la détention actuelle et 46 (28.75%) pendant une période où ils étaient incarcérés.

En détention préventive 115/178 personnes, précisent la date de leur dernier test VIH. 154 tests ont été réalisés avant la détention en cours, 24 pourraient avoir été réalisés, soit avant, soit durant la détention en cours.

(Le questionnaire tel qu'il a été conçu ne nous permet pas plus de précision, en effet notre questionnaire demandait uniquement l'année où ce test avait été pratiqué, ce qui permettait, par extrapolation, de recouper cette donnée avec la période d'incarcération. Cette estimation devient impossible lorsque le participant indique avoir bénéficié du test l'année de son incarcération).

Néanmoins, il ressort de ces résultats que la pratique d'une sérologie VIH en cours d'incarcération est loin d'être la règle, une telle décision se fondant surtout sur l'enquête anamnétique réalisée par le service médical. Les chiffres disponibles au sein du SMPP confirment cette démarche puisqu'en 2001 des tests VIH ont été faits chez 93 des 1957 détenus soit pour 4.7% des détenus.

Dépendance et tests sérologiques

Parmi les **80 personnes qui disent avoir été dépendantes** d'une ou de plusieurs substances, il y a **significativement plus de personnes ayant eu un test VIH** avant la détention en cours (75, soit 94%) que parmi les 211 personnes qui se disent non dépendantes (130, soit 62%) ($p<0.0001$).

L'imprécision de notre questionnaire sur ce point ne nous permet pas d'apprécier si le test VIH est plus systématiquement proposé en détention aux personnes souffrant de toxico dépendance.

c) Maladies sexuellement transmissibles (MST)

68 personnes disent avoir des antécédents de MST (tableau n°119). Parmi les personnes ayant répondu qu'elles avaient eu une MST, 7 avaient reçu un traitement dans les 6 mois précédant l'incarcération.

Seules 4 personnes sur les 57 ayant déclaré avoir eu des antécédents de MST et ayant pu avoir une prise de sang **ont effectivement une sérologie positive**.

Compte tenu du peu de fiabilité de la sérologie de l'infection à Chlamydiae, il nous est difficile d'estimer si les résultats négatifs (53) chez des personnes indiquant avoir souffert d'une MST témoignent d'une véritable méconnaissance. Par contre, nous observons que 8 personnes sur 208, soit 4% ignorent avoir été victime d'une MST à un moment ou l'autre de leur trajectoire alors qu'elles présentent une sérologie positive.

13. Prévention en prison : appréciation par les détenus

a) *Entretien d'entrée*

Selon les directives du SMPP, l'entretien d'entrée par un-e infirmier-ère est obligatoire et systématique.

Sur 338 participants, 336 répondent à la question « *Lorsque vous êtes arrivé-e dans la prison où vous vous trouvez actuellement, avez-vous rencontré un-e infirmier-ère du service médical pour un entretien d'entrée ?* » (tableau n°121).

297 répondent par l'affirmative (88.39%), 26 répondent non (7.74%), 13 (3.87%) ne peuvent/veulent pas répondre.

Absence d'entretien d'entrée

Les personnes qui répondent par la négative sont incarcérées aux EPO (11), au Bois-Mermet (7), à La Croisée (3) et La Tuilière (5).

Pour celles-ci, aucune corrélation ne peut être faite avec l'origine, l'âge, le lieu de détention, la consommation de drogues, donc rien qui permettrait, à priori, de dégager le profil d'un détenu « oublié » par le service médical à son entrée.

Cet oubli pourrait correspondre à une incarcération pendant le week-end, ce qui reporte l'entretien d'entrée à un jour ouvrable en l'absence de problème médical manifeste. Il peut aussi arriver, en cas de transfert d'une prison à l'autre que l'entretien d'entrée ne soit pas répété si la personne ne présente pas de problème particulier de santé.

12 sur les 13 personnes qui ne se rappellent plus si elles ont eu un entretien d'entrée avec un(e) infirmier(e) du service médical (« ne peut ou ne veut répondre »), disent avoir reçu un kit de prévention et 1 non. Ceci indiquerait que l'entretien d'entrée a probablement eu lieu (cf chapitre sur la prévention).

Prévention des maladies infectieuses lors de l'entretien d'entrée

126 (42.28%) sur les 297 personnes, qui ont eu un entretien d'entrée, se souviennent avoir alors parlé de prévention du sida, des hépatites et des maladies sexuellement transmissibles (tableau n°122).

Un peu plus de la moitié (125, soit 56.0%) donnent une évaluation de cette information (tableau n°123) :

- 70 (56.0%) l'estiment utile,
- 35 (28.0%) estimaient déjà tout connaître de ce qui leur a été expliqué
- 20 (16.0%) ne se sentent pas concernés par ces questions et estimaient l'entretien inutile.

Sur les 35 personnes qui disent « déjà tout » connaître ce qui leur a été expliqué:

- 10/35 sont toxicomanes
- 25/35 ont une formation professionnelle ou une maturité ou une formation professionnelle supérieure
- 13 personnes viennent de l'Europe de l'Ouest, 13 autres de la région des Balkans et 8 de Suisse

Sur les 20 personnes qui ne se sentent pas concernées par ces questions :

- 14 précisent qu'elles ne sont pas toxicomanes
- 5 n'ont pas terminé leur scolarité obligatoire, 3 l'ont accomplie, 7 ont une formation professionnelle, 5 une maturité ou une formation professionnelle supérieure
- ces personnes sont originaires de toutes les régions du monde : 6 de Suisse, 5 de l'Europe de l'Ouest, 4 d'Afrique subsaharienne, 4 de l'Europe des Balkans et 1 de l'Europe de l'Est.

b) Kit de prévention

Suivant les directives du SMPP, toute personne incarcérée dans une des prisons du canton de Vaud reçoit une pharmacie personnelle (« kit de prévention »). Celle-ci contient du Vita Merfen pommade 3 gr, du Jodoplex (désinfectant cutané) 30 ml, des pansements rapide Sparadrap, des tampons de cellulose, un étui contenant 3 préservatifs Ceylor bande bleue et un mode d'emploi pour la désinfection des seringues (cf chapitre IV C sur les actions de prévention)

Distribution

Nous avons demandé aux participants s'ils avaient reçu ce kit lors de leur entrée en prison (tableau n°124).

Une large majorité (92.26%) l'avait reçu. Les personnes qui ne l'avaient pas reçu étaient incarcérées indifféremment dans un site ou dans un autre, ce qui témoigne d'une certaine homogénéité dans la politique de distribution de ces kits (tableau n°124).

Comparé au relevé de la distribution des « kits de prévention » en 2001 dans le cadre du SMPP qui indiquait que 61.14% des détenus avaient reçu ce kit (tableau n°125), le taux de distribution dans notre collectif apparaît beaucoup plus important ce qui pourrait correspondre à une intensification des pratiques de prévention concomittantes à notre étude. En effet, en 2002, année de notre étude, 1480 pharmacies personnelles ont été distribuées pour 1941 détenus, soit 76.24 %.

Usage

Les deux tiers environ (201 personnes, soit 64.84%) des 310 personnes qui ont reçu un « kit de prévention » disent en avoir fait usage, majoritairement pour désinfecter une plaie ou faire un pansement (tableaux n°126 et 127). Une personne l'avait utilisée pour désinfecter une seringue et 4 personnes pour avoir un rapport sexuel protégé.

La personne qui disait avoir utilisé le kit «pour désinfecter une seringue » était toxicomane et avait une hépatite B guérie. Les sérologies HCV et VIH étaient négatives. D'après ses réponses au questionnaire, elle n'aurait pratiqué aucune injection au cours de sa détention actuelle, son lieu de détention ne lui permettrait pas d'avoir des congés et elle n'aurait pas réalisé de tatouage au cours de cette détention.

A noter que cette personne ne figure pas parmi celles qui indiquent s'être injectées de la drogue et ne précisent pas comment leur matériel a été désinfecté.

Sur les 4 personnes qui disaient avoir utilisé le kit « pour avoir un rapport sexuel protégé », 1 personne en détention préventive disait ne pas avoir eu de rapports sexuels durant cette période (!!!), 1 personne avait eu des rapports sexuels lors de parloirs privés, 2 personnes avaient fait usage de préservatifs lors de congés.

Parmi les personnes qui n'ont pas reçu le kit, une a déclaré s'être injectée des substances avec du matériel fourni par un tiers lors de son incarcération actuelle.

Le « kit de prévention » est utilisé dans d'autres circonstances :

- § 5 personnes l'avaient utilisé après une blessure lors d'une activité sportive

- 4 personnes l'avaient utilisé à l'occasion de blessures légères
- 2 personnes avaient donné le préservatif à une autre personne
- 1 personne l'avait utilisé « pour un tatouage »
- 1 personne avait absorbé le produit désinfectant dans un but suicidaire.

En conclusion, la pharmacie personnelle apparaît facilement accessible, distribuée à une grande majorité des détenus, utilisée largement pour des petits soins mais de manière beaucoup plus restreinte à des fins de prévention.

c) *Opinion vis-à-vis de l'utilisation de matériel stérile en prison*

A travers le questionnaire nous avons demandé aux participants leur avis sur la mise en œuvre d'une politique de distribution ou d'échange de seringues en prison.

Sur 305 réponses, 155 (50.82%) sont favorables, 150 (49.18%) n'y sont pas favorables. On relève une population partagée, perméable aux points de vue circulant autant dans le public que chez les professionnels de la santé.

Parmi les 155 personnes favorables à l'échange de seringues stériles, les raisons invoquées sont les suivantes :

- | | |
|--|-----|
| • Il faut éviter une contamination | 117 |
| • Il faut protéger l'entourage de la drogue et des toxicomanes | 9 |
| • En prison, on a droit aux mêmes conditions qu'à l'extérieur | 6 |
| • La drogue existe, il faut faire avec | 3 |
| • Raisons multiples et diverses | 17 |

Parmi les 150 personnes opposées à l'échange de seringues en prison, 130 argumentent de la manière suivante :

- | | |
|---|----|
| • La prison devrait être l'occasion d'arrêter la consommation de drogue | 27 |
| • On est contre la drogue et/ou les drogués | 31 |
| • L'échange de seringues est une incitation à la consommation de drogue | 18 |
| • Il ne devrait pas y avoir de drogue en prison | 13 |
| • On craint l'utilisation de seringues comme arme | 9 |
| • La drogue n'est pas bonne pour la santé | 8 |
| • On devrait plutôt offrir des traitements, notamment de sevrage | 7 |
| • Ce n'est pas le problème des personnes interrogées | 6 |
| • L'échange de seringues augmente le risque de contamination | 5 |
| • Echanger des seringues pourrait briser la sphère de confidentialité du toxicomane | 2 |
| • Raisons multiples et diverses | 4 |

d) *Dépistage de maladies transmissibles*

Le questionnaire nous a permis d'investiguer ce que les détenus avaient retenu de la prise en charge du risque infectieux et quel était leur point de vue.

(1) Dépistage de la tuberculose

Une loi cantonale impose un dépistage radiographique systématique de la tuberculose pour tout détenu. Dans la pratique, une radiographie thoracique est réalisée pour tous les arrivants pour lesquels un examen radiologique récent n'a pu être retrouvé, notamment lors de l'examen de frontière.

Principes

Au moment de notre étude :

- Ce cliché est effectué dans un délai de 3 semaines après l'incarcération pour les prisons du Bois Mermet, de la Tuilière et de Vevey (pôle lémanique)
- Aux EPO (Bochuz et La Colonie), un cliché est fait à l'entrée si le dernier cliché date de plus de 1.5 ans
- A La Croisée, un test de Mantoux est effectué en fonction de l'anamnèse et sur ordre médical. Il complète la radiographie effectuée dans les 3 semaines suivant l'entrée.

Indépendamment du dépistage systématique, en cas de suspicion de tuberculose pulmonaire, une radiographie thoracique est réalisée sur ordre médical et une investigation plus approfondie est éventuellement effectuée après avis spécialisé. Les directives ont été élaborées en collaboration avec un médecin expert en matière de tuberculose (Dr Zellweger).

Dépistage effectif

211 des 336 participants (62.8%) indiquent qu'on leur a proposé une radiographie pulmonaire, voire un test de Mantoux, cela ne semble pas avoir été le cas pour 109 (32.44%), 16 participants (4.76%) ne se souviennent pas (tableau n°128).

Il n'y a pas de corrélation entre la réalisation des tests de dépistage pour la tuberculose et l'origine des personnes, leur activité professionnelle ou leur mode de détention.

A titre de comparaison, le relevé des radiographies d'entrée pratiquées en 2001 dans le cadre de l'activité du SMPP sur les différents sites de détention donne un taux nettement inférieur puisque 510 détenus seulement, soient 26.9%, en auraient alors bénéficié (tableau n°129). Alors que pour le collectif EPIPS on ne note pas de différence notable entre les sites, le relevé annuel du SMPP indique que les détenus en exécution de peine (EPO) bénéficient de ce dépistage à un taux beaucoup plus élevé (71.5%).

La différence entre le taux important de radiographies pulmonaires effectuées pour notre collectif et celui, beaucoup plus bas, effectué sur l'ensemble de l'année peut être expliqué de plusieurs manières :

- Présence irrégulière d'un technicien en radiologie qui fait que les détenus incarcérés pour de courtes périodes ne bénéficient pas systématiquement de ce dépistage
- Exclusion du dépistage des détenus incarcérés pendant moins de 15 jours (ceci expliquant le pourcentage plus faible de radiographies dans l'ensemble de la population répertoriée)
- Biais de sélection de notre collectif qui n'a pas pu retenir dans l'étude les détenus incarcérés pour de très courtes périodes (quelques jours), ce qui pourrait expliquer le % plus élevé dans ce groupe.

(2) Sérologie de dépistage pour HBV, HCV et VIH

Les recommandations au sein du SMPP voudraient que sur tous les sites une sérologie pour les hépatites B et pour le VIH soit:

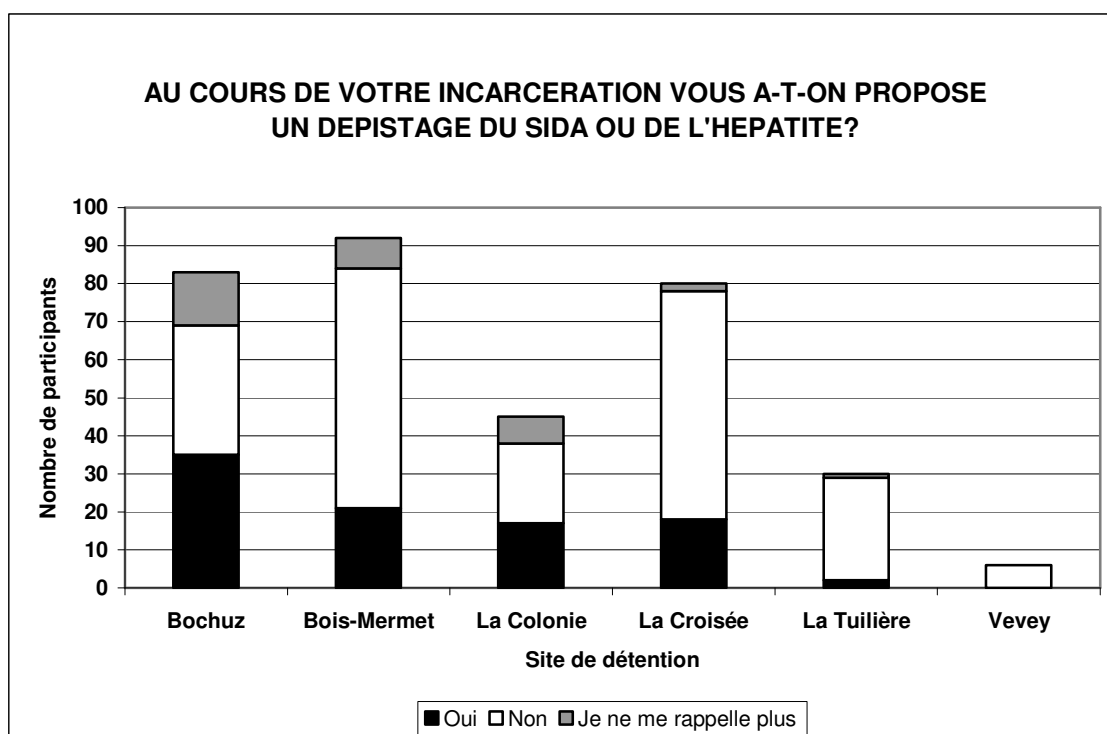
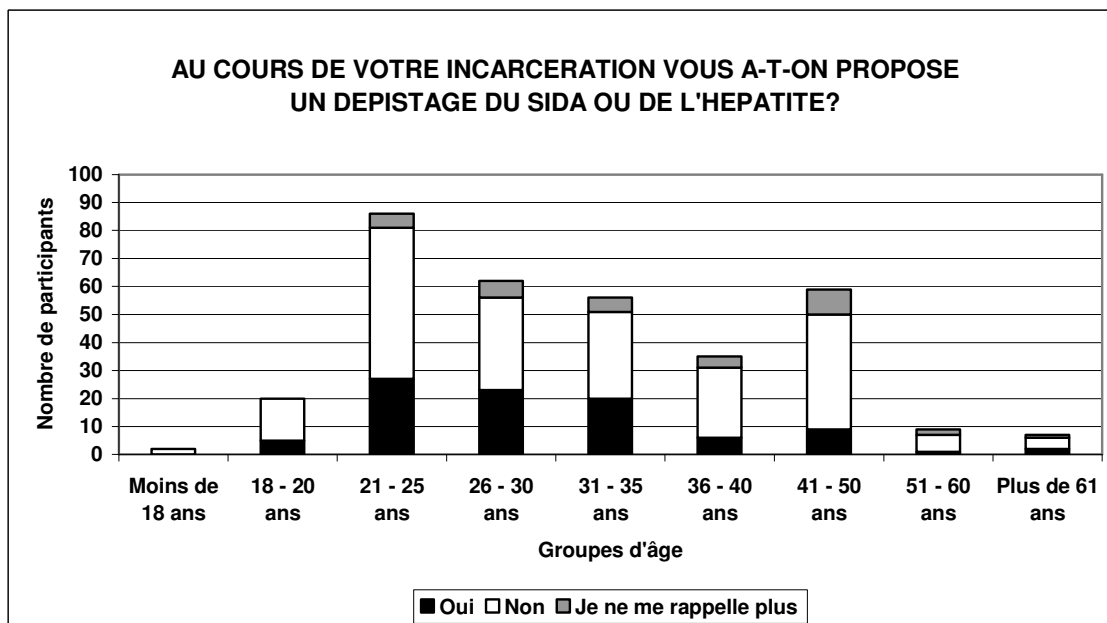
- proposée aux détenus si des facteurs de risque sont identifiés
- réalisée à la demande du détenu après accord médical, si la demande apparaît fondée.

Fréquence de la proposition de dépistage

Le questionnaire demandait aux participants si on leur avait proposé un test de dépistage pour le Sida ou pour les hépatites (tableau n°130). **93 détenus, soit 27.7% se rappelaient avoir eu cette proposition.**

Les tests de dépistage pour les hépatites et pour le VIH sont proposés aux personnes toxico-dépendantes et aux personnes non toxico-dépendantes sans qu'il n'y ait de différence significative entre les deux groupes ($p=0.31$).

Par contre, **le dépistage est plus fréquemment proposé en exécution de peine** (Bochuz ou La Colonie, dans le schéma ci-dessous) qu'en détention préventive (différence significative $p < 0.001$). La formulation de la question sur notre questionnaire pouvait cependant prêter à confusion : ceux qui répondaient par l'affirmative pouvant se référer à un dépistage proposé tout au long de leur détention. Il apparaît cependant que la possibilité d'offrir un dépistage devrait être augmentée en détention préventive. Nous y reviendrons dans la discussion.



Avis des détenus à propos de la nécessité du dépistage

La grande majorité (149, soit 65.3% des 228 à qui ce test n'avait pas été proposé) des détenus à qui ce dépistage n'avait pas été proposé estimaient que celui-ci aurait pourtant été nécessaire (tableau n°131). On peut cependant estimer que cette demande n'est pas véritablement liée à la perception

d'un risque encouru mais peut être mise en relation avec un besoin de réassurance. **A relever cependant que parmi ces personnes, 40 se déclarent toxicodépendantes, 48 disent avoir plusieurs partenaires sexuels**, ce qui donne un argument supplémentaire pour estimer que la politique de dépistage demeure encore trop restrictive malgré les fréquentes discussions et informations à ce sujet.

Le questionnaire demandait aussi aux participants si on leur avait refusé ces tests lorsqu'ils les avaient demandé (tableau n°132). 14 personnes répondent dans ce sens. Cette demande apparaîtrait, à priori justifiée puisque 4 parmi eux se disent toxicodépendants et 3 disent avoir plusieurs partenaires sexuels (pour 6 personnes). A noter que ces 6 personnes ont toutes été l'objet d'un test VIH avant ou pendant leur incarcération, mais avant notre étude.

e) **Vaccinations**

(1) **Vaccination contre la diphtérie et le tétanos**

Les pratiques au sein du SMPP concernant les vaccinations contre la diphtérie et le tétanos sont les suivantes :

- Diphtérie : ce vaccin est proposé systématiquement aux EPO (Bochuz et La Colonie). Dans les autres prisons, il n'est pas proposé.
- Tétanos : ce vaccin est proposé systématiquement aux EPO (Bochuz et La Colonie). Dans les autres prisons, il n'est pratiqué qu'en cas de blessure.

Les résultats confirment ces pratiques (tableau n°133) puisque la proposition de vaccin n'a été effectuée, dans l'immense majorité des cas, qu'aux EPO ($p < 0.001$). A noter que ce vaccin est proposé dans cette prison principalement en raison du fort pourcentage de détenus affectés, à un moment ou l'autre de leur parcours pénitentiaire, à des travaux agricoles, ce qui n'est pas le cas dans d'autres prisons. A noter aussi que cette vaccination ne semble, à priori, proposée qu'à moins de la moitié des détenus.

Ainsi, au cours de leur détention, **68 des 337 participants au total (20.18%) se rappellent avoir eu la proposition d'une vaccination contre le tétanos et la diphtérie. 56 se trouvent aux EPO.**

Ces personnes sont originaires de Suisse (20, 29.4%), de l'Europe des Balkans (18, 26.5%), de l'Europe de l'Ouest (11, 16.2%), de l'Afrique subsaharienne (8, 11.8%), du Bassin méditerranéen (8, 11.8%) et de l'Amérique latine (4, 5.9%) (pas de différence significative $p=0.25$).

(2) **Vaccination contre le virus de l'hépatite B**

La vaccination contre le virus de l'hépatite B fait partie des directives du SMPP. Il est recommandé de la proposer le plus largement possible dès qu'une conduite à risque est identifiée. **Elle ne semble concerner qu'une minorité de détenus (63, soit 16.37% du collectif EIPS).**

De plus, la grande majorité des personnes ayant bénéficié de cette vaccination se trouvent aux EPO (55 sur 63, soit 87.2%, $p < 0.001$).

Les cas de vaccination dans les autres prisons sont beaucoup plus rares : 5 au Bois-Mermet (7.9%), 2 à La Tuilière (3.2%) et 1 à La Croisée (1.6%) (tableau n°135).

Les personnes vaccinées ne se déclaraient pas toxicomanes pour la plupart (45, 76.3%). Elles étaient essentiellement originaires de l'Europe des Balkans (22, 34.9%), de Suisse (18, 28.6%), et de l'Europe de l'Ouest (10, 15.9%) ($p=0.48$).

La longueur des délais nécessaires à une vaccination complète est cependant souvent avancée pour ne pas faire cette proposition en détention préventive où la durée d'incarcération est, de plus, très souvent incertaine et imprévisible.

C. Prises de sang et leurs résultats

1. Prises de sang acceptées

Comme nous l'avons indiqué plus haut, parmi les 490 participants potentiels :

- 261 ont accepté de répondre au questionnaire et de faire la prise de sang
- 77 de répondre uniquement au questionnaire
- 14 étaient seulement d'accord pour une prise de sang
- 138 ont refusé de participer à l'étude

A l'étude	Au questionnaire	A la prise de sang	Nombre de personnes
Oui	Oui	Oui	261*
Oui	Oui	Non	77
Oui	Non	Oui	14
Non	Non	Non	138
Total	-	-	490

} 352

*N.B. 1 seule prise de sang n'a pas pu être réalisée en raison du mauvais état veineux du participant.

Autrement dit,

352	personnes ont accepté de participer à l'étude
338	personnes ont accepté de remplir le questionnaire
275	personnes ont accepté une prise de sang
261	personnes ont accepté questionnaire et prise de sang.

Motif du refus de la prise de sang

13 personnes parmi les 77 qui ont refusé la prise de sang mais ont cependant rempli le questionnaire ont commenté leur refus ou donné des indications complémentaires :

- 3 personnes ont de mauvaises veines
- 3 personnes devaient être expulsées dans un délai inférieur à 3 semaines
- 3 personnes ont eu une sérologie dans un délai inférieur à 3 mois
- 3 personnes craignent les prises de sang, sans autre précision
- 1 personne ne voit pas d'intérêt à faire ce test.

33 personnes ne veulent pas subir de prise de sang mais étaient d'accord pour que l'on consulte leur dossier médical

2. Prises de sang réalisées

275 détenus ont donc consenti à une prise de sang. **Une seule n'a pu être réalisée en raison du mauvais état veineux du participant.**

Nous avons recherché les résultats sanguins des 33 participants qui nous avaient autorisés à consulter leur dossier médical, mais avaient refusé la prise de sang. Ce travail ne nous a apporté que des résultats partiels ou incomplets et donc inutilisables dans notre perspective.

Pour cette raison, dans notre analyse, nous n'avons tenu compte que des prises de sang réalisées spécifiquement pour l'étude.

Les résultats sérologiques provenant des dossiers n'ont été utilisés qu'à une seule reprise dans notre analyse. La source est alors mentionnée.

3. Résultats sérologiques

a) *Hépatite B (HBV)*

79 des 274 personnes ayant subi une prise de sang présentent une sérologie positive pour l'hépatite B.

14 d'entre elles sont porteuses de l'antigène HbsAg et donc potentiellement contaminantes.

Ces chiffres témoignent donc

- **d'une prévalence de 28.8% pour les personnes porteuses d'une cicatrice sérologique d'une ancienne hépatite B**
- **d'une prévalence de 5.1% pour celles atteintes d'une hépatite B chronique.**

Parmi les 79 sujets HBV+, 76 ont subi la prise de sang et répondu au questionnaire (sur 261 répondants).

Dans une première partie qui concerne des éléments ne dépendant pas du questionnaire (par exemple, le lieu de détention), les résultats sont exprimés en fonction du nombre de personnes ayant uniquement subi la prise de sang (79).

Dans une seconde partie, lorsque le point concerné est traité par le questionnaire, les résultats sont présentés en fonction des 76 répondants.

(1) Données concernant les 79 sujets HBV+ ayant subi la prise de sang (N= 274)

Age

L'âge moyen des personnes porteuses d'une cicatrice sérologique d'une hépatite B est de **32.7 ans** (médiane : 31.0 ans).

Celui des personnes atteintes d'une hépatite B chronique est de **35.2 ans** (médiane : 32.0 ans).

Sexe

76 des 79 personnes contaminées par le virus de l'hépatite B sont de **sexe masculin** et 3 sont de sexe féminin. Les personnes atteintes d'une hépatite B chronique sont toutes de sexe masculin (tableau 150).

Origine

Ces 79 personnes sont essentiellement originaires de :

- **Europe des Balkans** (27, soit 34.2% des sujets HBV+ et 39.7% de leur groupe d'origine),
- **Afrique subsaharienne** (18, soit 22.8% des sujets HBV+ et 66.7% de leur groupe d'origine)

- **Suisse** (16, soit 20.2% des sujets HBV+ et 28.5% de leur groupe d'origine) (tableaux n°136 et 150).

Ces trois groupes ont une prévalence HBV significativement supérieure aux autres ($p < 0.001$).

Nous relevons, en particulier une **prévalence particulièrement forte dans le groupe originaire d'Afrique subsaharienne**, puisque 18 sur 27 sujets testés (66.6%) sont positifs pour HBV.

A un degré moindre, la prévalence est importante chez les **sujets originaires des Balkans** (27 sur 68 sujets, soit 39.7%).

Si nous ne considérons que les personnes porteuses de l'HBsAg et leur origine, il n'y a pas de différence significative entre une région et une autre ($X^2=4.75$, $df=7$, $p=0.69$). L'échantillon est cependant trop petit pour tirer une véritable conclusion.

Statut pénal

Au moment de l'étude, ces sujets sont pratiquement **également répartis entre exécution de peine et détention préventive** (tableaux n°137 et 150). Cette répartition se retrouve aussi pour les personnes potentiellement contaminantes, ce qui confirme que le travail de prévention concerne tous les types de détention.

Lieu de détention

Cette égalité de répartition se retrouve aussi si l'on considère les sites de détention (même si un certain nombre de sujets en exécution de peine sont encore détenus en détention préventive, faute de place) : 36 personnes se trouvent aux EPO (Bochuz et la Colonie), 21 à la Croisée (dont 4 exécutent leur peine), 17 au Bois-Mermet et 3 à la Tuilière (tableau n°138).

(2) Données concernant les 76 sujets HBV+ ayant subi la prise de sang et rempli le questionnaire (261)

Hépatite B et abus de substance

Sur les 76 personnes qui ont été contaminées par le virus de l'hépatite B et ont répondu à l'une ou l'autre question ci-dessous (tableau n°140 et 151) :

- **54 (71.1%** des 76 répondants à la question 13A Annexe C) indiquent que leur **détention actuelle est en lien avec la drogue** (infraction à la Lfstup ou autre délit en rapport direct ou indirect avec la consommation ou le trafic)
- **22 (33.8%** des 65 répondants à la question 20 Annexe C) estiment avoir été **dépendantes à l'une ou l'autre des substances mentionnées** (alcool, haschisch, marijuana, héroïne ou d'autres opiacés, méthadone consommée illégalement, cocaïne).
- **8 (10.5%** des 76 répondants à la question 30 Annexe C) disent avoir **consommé des stupéfiants durant la détention actuelle**.

Les participants détenus pour des problèmes en lien avec la drogue sont significativement plus nombreux que les autres parmi les sujets HBV+ ($p < 0.005$).

Par contre, il **n'y a pas de différence significative entre sujets toxicodépendants et non toxicodépendants** ($p=0.13$). Même constat pour les participants consommateurs ou non durant la détention en cours ($p=0.43$) (tableaux n°140,151 et 154).

Séjour antérieur en prison

40 (52.6%) des 76 personnes infectées par le virus de l'hépatite B et ayant répondu au questionnaire ont déjà séjourné en milieu carcéral, 36 n'ont pas d'antécédents carcéraux et 3 ne répondent pas.

Une incarcération antérieure **ne différencie pas significativement** les personnes infectées par HBV des autres : ($X^2 = 1.15$, $dl=2$, $p=0.38$, tableaux n° 140, 151).

Placement comme mineur

13 (17.1%) ont été placés-es dans une institution par la justice des mineurs durant leur enfance. Dans ce cas il n'est pas exclu que le placement comme mineur soit plus fréquemment associé à une contamination par HBV ($X^2 = 3.84$, $dl=2$, $p=0.07$, tableau n° 140, 151).

Ce constat justifierait, à notre avis, des études ultérieures.

Connaissance de l'état de santé et de leur statut sérologique

La majorité de ces personnes se disent en bonne santé (60.8%) ou en état de santé acceptable (24.1%). Cinq personnes décrivent leur état de santé comme étant mauvais et 4 comme très mauvais. 3 n'ont pas répondu au questionnaire.

Dans la grande majorité des cas, ces personnes ne connaissent pas leur diagnostic.

En effet, parmi les personnes ayant répondu au questionnaire, **seules 9 (11.4%) des 79 personnes contaminées par le virus de l'hépatite B disent connaître leur diagnostic** (tableau 146).

Sur les 14 personnes porteuses de l'antigène HBsAg, **seules 2 connaissent leur statut sérologique** : une personne provient de l'Europe de l'Ouest, la seconde vient de Suisse et a déjà été dépendante de substances.

En résumé, 12 personnes potentiellement contaminantes l'ignorent.

Pratiques à risque chez les sujets HbsAg+

Parmi les personnes porteuses de l'HBsAg, **aucune n'a pratiqué d'injection ou n'a échangé du matériel d'injection, aucune ne s'est fait faire de tatouage durant la détention en cours.**

Une seule personne dit faire usage du préservatif. Elle sait qu'elle a une sérologie positive pour le virus de l'hépatite B. Ses sérologies pour les virus HCV et VIH sont négatives.

b) Hépatite C (HCV)

26 des 274 personnes ayant subi une prise de sang ont une sérologie positive pour le virus de l'hépatite C.

13 sujets HCV+ sont aussi HBV+ .

Ce chiffre témoigne, pour notre collectif, d'une prévalence de 9.5%.

Ces 26 personnes sont potentiellement contaminantes.
25 sur ces 26 personnes ont répondu au questionnaire.

(1) Données concernant les 26 personnes HCV+ ayant accepté la prise de sang (sur 274)

Age

L'âge moyen des personnes ayant une hépatite C est de 31.7 ans (médiane : 32.0 ans). Il est voisin de l'âge des sujets HBV+.

Sexe

Il s'agit essentiellement d'hommes (25 hommes / 1 femme) (tableau 152).

Origine

Les **ressortissants suisses sont largement majoritaires** dans ce collectif et représentent plus de la moitié des sujets (14 sur 26, soit 53.8% des sujets HCV+ et 25.0% de leur groupe d'origine dans le collectif) (tableau n°152). La différence avec les autres origines est nettement significative ($X^2=25.73$, $df=7$, $p=0.0005$) (tableau n°141).

Les autres origines ne sont pas significativement représentées dans ce groupe.

Statut pénal

Au moment de l'étude, les participants contaminés par le virus de l'hépatite C se répartissent de manière homogène entre détention préventive et exécution de peine (tableau n°142).

Lieu de détention actuel

La **majorité est détenue sur le site des EPO** (12 sujets sur 26, soit 46.1%, Bochuz (15.4%) et Colonie (30.8%)).

La répartition n'est cependant pas exclusivement centrée sur l'exécution de peine, puisque dans la prison de La Croisée on retrouve 10 détenus HCV+ représentant 38.5% du groupe de sujets HCV+ (tableau n°143).

Les sites pénitentiaires sont donc à peu près également concernés par cette problématique. Ce constat invaliderait, à priori, l'idée de focaliser les stratégies de prévention sur un site plus exposé.

(2) Données concernant les 25 personnes HCV+ ayant subi la prise de sang et ayant répondu au questionnaire (sur 261)

Hépatite C et abus de substance

Sur les 25 personnes contaminées par le virus de l'hépatite C et qui ont répondu au questionnaire (Tableaux n°144, 145, 153 et 154) :

- **19 (76.0%** des 25 répondants à la question 13 A Annexe C) indiquent que leur détention actuelle **est en lien avec la drogue**
- **16 (61.5%** des 22 répondants à la question 20 Annexe C) estiment **être ou avoir été dépendants** à l'une ou l'autre des substances mentionnées (alcool, haschisch, marijuana, héroïne ou d'autres opiacés, méthadone consommée illégalement, cocaïne)
- **10 (38.5%** des 25 répondants à la question 30 Annexe C) **disent avoir consommé des stupéfiants durant la détention actuelle.**

A la différence des personnes infectées par le virus de l'hépatite B, il apparaît clairement que les porteurs de l'hépatite C sont plus fréquemment des personnes **avec des antécédents de**

toxicomanie ($p < 0.005$) et sont plus fréquemment **consommateurs de substances** pendant l'incarcération ($p < 0.005$).

Comme pour les sujets infectés par le virus de l'hépatite B, **Les participants détenus pour des problèmes en lien avec la drogue sont significativement plus nombreux** que les autres parmi les sujets HCV+ ($p < 0.005$). (tableaux n°145, 153 et 154).

Séjour antérieur en prison

19 sur 25, soit 76%, ont déjà séjourné en milieu carcéral.

Les personnes ayant des antécédents carcéraux comme adulte sont de manière significative ($p < 0.005$) **plus souvent contaminés par le virus de l'hépatite C** que les autres

Placement comme mineur

5 sur 25, soit 20%, ont été placés dans une institution par la justice des mineurs durant leur adolescence.

Les sujets placés en institution comme mineurs ne sont pas significativement plus nombreux parmi les sujets HCV+ ($p = 0.16$) (tableaux n°145, 153 et 154).

Connaissance de l'état de santé

Ces personnes se décrivent en bonne santé ou dans un état de santé acceptable dans une large majorité des cas (23, 88.4%). 2 personnes se disent en mauvaise, voire très mauvaise santé (7.6%), 1 n'a pas répondu au questionnaire.

13 des 25 personnes contaminées par le virus de l'hépatite C (soit 50.0%) connaissent leur diagnostic (tableau 146).

Tout en étant encore largement insuffisante, cette connaissance est supérieure à celle des personnes contaminées par le virus de l'hépatite B et porteuses d'HbsAg pour qui seule une faible minorité des sujets avait connaissance du diagnostic.

Les groupes sont trop petits pour tirer une conclusion statistique, mais les pourcentages sont suffisamment évocateurs pour dégager une tendance. La recherche d'une corrélation entre abus de substances et connaissance du diagnostic d'infection par le virus HCV serait intéressante, mais là aussi les groupes sont trop petits.

Les 13 personnes qui connaissent leur diagnostic sont originaires de Suisse (10), de la région des Balkans (2) et d'Europe occidentale (1). Une majorité (9/13) est dépendante d'une ou de plusieurs substances.

Pratiques à risque chez les sujets HCV+

Parmi les personnes porteuses de HCV, 8 ont pratiqué au moins une injection en prison :

- 4 ont consommé pour la première fois de la drogue en prison en se faisant une injection
- 2 se sont injecté une substance lors de la détention précédente
- 1 personne a consommé une substance pour la première fois en prison sous forme d'injection et a pratiqué au moins une injection lors de l'incarcération précédente
- **1 indique s'être injecté des produits lors de sa détention actuelle.** Le matériel d'injection utilisé avait été « fourni par un visiteur ou acquis lors d'un congé » et n'avait pas été utilisé auparavant : il était considéré comme « propre ». Cette personne était VIH négative et positive pour anti-HBc.

Aucun ne dit avoir **échangé** du matériel d'injection.

3 se sont fait faire des **tatouages** durant la détention en cours. L'un précise qu'il a utilisé du matériel propre et son désinfectant personnel.

13 ont des **partenaires multiples** : 8 personnes utilisent le préservatif « Parfois », 4 « toujours » et 1 « Jamais ». Parmi les personnes qui utilisent irrégulièrement ou jamais le préservatif, 5 personnes, dont 1 HIV+, portent les séquelles sérologiques d'une hépatite B.

c) **Modes de contamination à HBV et HCV évoqués**

Concordance globale

Si on réunit toutes les réponses données par les sujets concernant une possible sérologie positive et la réalité indiquée par les prises de sang (tableau n° 146), on se rend compte que la concordance globale est très mauvaise et témoigne d'une mauvaise connaissance du status sérologique par les sujets concernés.

Sont inclus dans le tableau n°146 tous les sujets ayant une sérologie positive à HBV (79) ou à HCV (26) qu'ils aient ou non répondu au questionnaire. Dans ce dernier cas les sujets n'ayant pas répondu au questionnaire sont compris dans la ligne « pas de réponse donnée à la question de la sérologie annoncée ».

Ainsi :

- 5 sujets pensent être HBV+ et le sont effectivement (sur 66 atteints uniquement par HBV+)
- 8 sujets pensent être HCV+ et le sont effectivement (sur 13 atteints uniquement par HCV+)
- 1 sujet se dit HBV+ et HCV+ et n'est atteint que par HCV+
- 4 sujets se disent HBV+ et HCV+ simultanément, et le sont effectivement (sur 13 sujets atteints par les 2 virus simultanément)

soit

- 9 sujets qui ont une vision exacte de leur séropositivité à HBV sur 79 réellement atteints
- 13 sujets qui ont une vision exacte de leur séropositivité à HCV sur 26 réellement atteints
- 18 sujets qui ont une vision exacte de leur séropositivité à HBV ou HCV sur 92 réellement atteints par l'un et /ou l'autre (66 HBV +, 13 HCV+, 13 HCV+ et HBV+)

A noter que 17 sont HBV+ et 5 sont HCV+ alors qu'ils indiquent être séronégatifs, 39 sont HBV+ et 4 HCV+ et ne donnent pas de réponse.

Au total donc seulement **18 sujets sur 92 sont adéquatement au courant de l'une ou l'autre contamination** et pour laquelle nous avons une confirmation sérologique.

Modes de contamination

A partir des réponses formulées par les 18 sujets estimant avoir été contaminés par le virus de l'hépatite B ou de l'hépatite C et dont la sérologie s'avérait effectivement positive pour l'un de ces deux pathogènes (Tableau n° 146) nous avons essayé de mettre en évidence le mode de contamination évoqué par les sujets contaminés (Tableau n° 147) :

- 3 sujets disent avoir été contaminés à l'occasion de relations sexuelles
- 6 à l'occasion d'échange de seringues
- 3 autres signalent que cette contamination a pu avoir lieu soit lors de consommation de produit entraînant une dépendance, soit lors d'un rapport sexuel.

Ces chiffres ne sont bien sûr qu'indicatifs compte tenu de la faible taille de l'échantillon, mais ils montrent bien à quel point la prévention doit rester particulièrement ciblée sur les deux modes principaux de contamination connus, sans négliger les autres voies de contamination.

d) **VIH**

Une seule des 274 personnes testées lors de l'étude s'est révélée VIH +. Elle connaissait ce résultat sérologique. 2 autres personnes sur l'ensemble du collectif (qui ont répondu au questionnaire et

refusé la prise de sang savaient qu'elles étaient VIH positives). Elles ont accepté que l'on consulte leur dossier médical.

Prévalence

Au total donc, 3 sur les 338 personnes ayant répondu au questionnaire sont séropositives au VIH et représentent 1.1% de notre collectif. Les chiffres relevés dans les dossiers médicaux du SMPP en 2001, indiquaient que le nombre d'entrants VIH+ était de 27 sur 1957 personnes, soit 1.37%. A priori, à la différence des chiffres de HBV et HCV, nos données apparaissent donc superposables à celles des dossiers médicaux.

Risque d'un biais de sélection ?

On peut, bien sûr, se demander si certains détenus VIH+ ont refusé de participer à l'enquête par peur de voir leur status connu dans la prison.

Sans pouvoir totalement exclure ce biais, nous pouvons cependant en diminuer le risque pour les raisons suivantes :

- L'étude a été effectuée par du personnel indépendant des équipes de soins et des équipes de surveillance
- Un soin tout particulier a été apporté au respect de l'anonymat, ce qui a pu être vérifié par les détenus
- L'obligation de restitution des résultats sérologiques aux participants n'impliquait pas d'en parler à d'autres personnes (service médical notamment)
- La composition du collectif est, dans la plupart de ses aspects, parfaitement superposable à la composition de la population carcérale relevée par les statistiques du SMPP, notamment en ce qui concerne les personnes toxicodépendantes
- La crainte aurait pu être du même ordre pour les sujets porteurs d'une hépatite C qui se sont cependant annoncés dans une proportion proche de celle retrouvée dans les consultations du SMPP (97 pour 2385 en 2002 pour l'hépatite C, soit 4.06% et 9 pour 274, soit 3.28% dans notre collectif)
- Ce risque aurait pu exister pour des sujets ne connaissant pas leur diagnostic et pensant avoir pris des risques et ne souhaitant pas connaître leur sérologie en prison. Cette hypothèse est invalidée par le nombre très important de sérologies positives pour HBV ou HCV découvertes à l'occasion de notre enquête et qui correspondent à une prise de risque du même ordre.
- La prévalence retrouvée dans notre collectif (1.1%) recoupe la prévalence retrouvée par Uchtenhagen (2005) à partir d'un questionnaire rempli par 39 établissements pénitentiaires suisses qui arrive à une prévalence de 2.4% ou par Macalino (2004) qui retrouve une prévalence de 1.8% dans les prisons de Rhode Island.

Caractéristiques des sujets VIH+

Ces sujets VIH+ sont de sexe masculin et leur âge moyen est de 24.6 ans. 2 personnes proviennent de Suisse et 1 d'Amérique latine.

- Le mode de contamination le plus probable serait la prostitution dans un cas et la toxicomanie pour les deux autres
- 2 ont séjourné antérieurement en milieu carcéral
- 1 a connu une institution pour mineure
- 2 sont incarcérés pour un motif en lien avec la drogue
- 2 se déclarent toxico-dépendants.

Sérologies associées et état de santé

- Une personne avait uniquement une sérologie positive pour VIH
- Une 2^{ème} souffre d'une hépatite C chronique et d'une infection VIH
- La dernière présente une hépatite B chronique active et une infection VIH.

Toutes ces personnes connaissaient leur diagnostic. Deux de ces personnes jugent leur état de santé bon et 1 très mauvais. Toutes bénéficiaient d'un suivi médical. Les 3 vivent dans une situation précaire.

Conduites à risque

Ces 3 personnes n'ont pas répondu aux questions concernant l'injection de drogues durant la détention actuelle.

L'une d'entre elles s'est fait faire des tatouages. Le matériel utilisé a été désinfecté à l'aide du désinfectant fourni par la prison (kit de prévention).

Les recommandations sur l'usage du préservatif ne sont pas suivies de manière optimale par deux de ces 3 personnes. Une personne a eu un même partenaire durant les six mois qui ont précédé l'incarcération actuelle et n'a pas eu de rapports sexuels en prison : elle n'utilise « Jamais » le préservatif. Les 2 autres personnes ont eu plusieurs partenaires durant les 6 mois précédant la détention actuelle et n'ont pas eu de rapports sexuels en prison : 1 l'utilise « Toujours » et l'autre « Parfois ».

En conclusion, sous réserve des biais de sélection (refus de détenus de participer à l'enquête, cf discussion) le nombre de détenus porteurs du VIH apparaît peu important et, à la différence des pathologies liées au HBV ou HBC, la contamination par le VIH semble bien connue des sujets qui en sont porteurs, donc plus susceptibles d'être attentif à une éventuelle contamination sans, forcément, en tirer toutes les conséquences en termes de conduites.

e) Syphilis

Au cours de l'étude, **une sérologie positive pour la syphilis a été retrouvée chez 10 personnes**. Il s'agissait de 9 hommes et d'une femme. L'une de ces personnes n'a pas répondu au questionnaire.

Les informations fournies par les 9 questionnaires disponibles, indiquent que :

- **L'âge** de ces personnes était en moyenne de 40.7 ans (médiane : 43.0 ans). Elles sont plus âgées que les personnes contaminées par les virus HBV ou HCV.

Abus de substance

- **3 sont incarcérées pour des problèmes en lien avec la drogue.**
- 1 indique « avoir déjà été dépendante d'une ou de plusieurs substances ».
- **Une 4^{ème} personne, incarcérée pour d'autres délits, se considère comme dépendante de l'alcool et du haschisch** dans la vie courante et en consomme occasionnellement pendant la détention en cours.

Origine

- Ces personnes étaient originaires d'Amérique latine (3), d'Afrique subsaharienne (2), d'Europe de l'Ouest (1), du bassin méditerranéen (1), de Suisse (1).

Incarcération antérieure

- Avant l'incarcération actuelle, **4 de ces personnes ont déjà séjourné en prison** comme adulte. L'une d'entre elles a été placée dans une institution par la justice des mineurs.

Statut pénal

- Au moment de l'étude, 3 de ces personnes sont en détention préventive et 6 en exécution de peine. Ces données se recoupent avec le lieu d'incarcération (Tableau n° 148).

Connaissance de leur état de santé

- **3 de ces 9 personnes, savaient** qu'« elles avaient déjà été atteintes d'une maladie sexuellement transmissible ». **Aucune n'avait reçu de traitement** pour cette maladie au cours de ces six derniers mois.

Prise en charge consécutive

- Toutes les personnes ayant une sérologie positive pour la syphilis ont été informées du résultat et avec leur accord adressées à leur médecin. La situation de chacune a été revue : 4 sérologies positives se sont avérées être anciennes et connues, **3 ont conduit à un traitement**. Une des personnes traitées ignorait son diagnostic, une 2^{ème} connaissait son diagnostic mais en raison de problèmes financiers n'avait suivi qu'un traitement partiel, pour la 3^{ème} nous n'avons pas de renseignements. Une 8^{ème} personne ayant été hospitalisée nous n'avons pas pu recueillir le suivi. Compte tenu des informations disponibles dans le dossier médical de la 9^{ème} personne, nous savons seulement qu'elle a consulté et qu'elle n'a pas reçu de traitement.

Conduites à risque

- Au cours des 6 mois qui ont précédé la détention en cours, 5 personnes ont eu des rapports sexuels avec le même partenaire : **4 n'utilisaient jamais le préservatif**, la 5^{ème} toujours. Les sérologies de cette dernière étaient négatives pour l'antigène HBsAg et pour le virus HIV. Durant la même période, 3 personnes avaient eu des relations sexuelles avec plusieurs partenaires : 2 utilisaient toujours le préservatif et 1 parfois.
- Une seule personne a des relations avec le même partenaire durant la détention en cours, elle n'utilise jamais le préservatif. La lecture du questionnaire donne à penser qu'il s'agit de relations homosexuelles avec une autre personne détenue.

Ces chiffres nous conduisent à conclure qu'une attention particulière devrait être portée à une anamnèse de syphilis et conduire plus fréquemment à une sérologie.

f) Chlamydia

Nos résultats doivent être interprétés avec prudence puisqu'ils sont le reflet de prélèvements sanguins et non pas urinaires. Nous avons décidé de procéder ainsi en raison des conditions dans lesquelles EPIPS s'est déroulée.

5 personnes ont une sérologie positive pour Chlamydia. L'âge moyen de ces personnes était de 36 ans (médiane : 39.0 ans). Il s'agissait uniquement d'hommes, provenant de l'Europe de l'Ouest (2), de l'Afrique subsaharienne (1), de l'Amérique latine (1) et de l'Europe des Balkans (1).

Abus de substances

2 de ces personnes sont en détention pour un problème en lien avec la drogue, l'une d'elle dit avoir déjà été dépendante d'une ou plusieurs substances. Une 3^{ème} personne a consommé de la drogue durant la détention en cours.

Incarcération antérieure

Avant l'incarcération actuelle, **4 personnes ont déjà séjourné en prison comme adulte**. L'une d'entre elles a été placée dans une institution par la justice des mineurs.

Statut pénal

Au moment de l'étude, 2 de ces personnes sont en détention préventive et les 3 autres en exécution de peine. Leurs sites de détention sont la prison de Bochuz pour 2 personnes, celle de Bois-Mermet pour 1, La Colonie pour une 4^{ème} et La Croisée pour la 5^{ème}.

Connaissance de l'état de santé

Une seule de ces 5 personnes disait qu'elle avait eu une maladie sexuellement transmissible. Aucune de ces personnes n'avait eu de traitement pour cette maladie au cours des 6 mois précédents.

Prise en charge consécutive

Des 5 personnes positives pour Chlamydia, **3 ont consulté et ont reçu un traitement**, 1 a consulté son médecin traitant, nous n'avons pas de renseignement pour la dernière.

Conduites à risque

Deux de ces personnes avaient eu le même partenaire durant les 6 mois qui précédaient leur incarcération. Une personne n'utilisait jamais le préservatif, l'autre toujours.

3 personnes avaient eu plusieurs partenaires, 2 disent utiliser parfois le préservatif, la 3^{ème} jamais. Au cours de la détention actuelle, 2 personnes ont eu des rapports sexuels avec le même partenaire. Une personne bénéficiait d'un parloir privé, la seconde avait des congés à l'extérieur de la prison. Elles n'utilisaient pas de préservatif.

4. Récapitulatif

Au total (tableau n°149), **101 sujets sur les 274 qui ont été testés ont présenté la marque sérologique** d'une infection explorée par notre étude.

Parmi ceux-ci, **39 sont porteurs (cicatrices sérologiques non comprises) d'un des virus suivants, donc potentiellement contaminants** : HBV, HCV ou VIH. Ces sujets représentent 14.1% du collectif (tableau n°149).

Hépatite B

Aucune caractéristique spécifique ne peut être mise en évidence chez les détenus contaminés par le virus de l'hépatite B (Tableau n°152 et 153). On observe tout au plus une tendance en lien avec le niveau de scolarité et le mode de vie. On relève aussi l'importance de la contamination par HBV chez les sujets originaires de l'Afrique subsaharienne. Comme indiqué plus haut le taux de sujets dépendants de substances n'est pas significativement plus élevé chez les sujets HBV+

Hépatite C

Les détenus infectés par le virus de l'hépatite C sont significativement plus nombreux parmi ceux qui ont été ou qui sont dépendants de l'une ou l'autre substances. Ces personnes proviennent essentiellement de Suisse (Tableau n°150 et 151) et ont majoritairement un parcours qui indiquent qu'ils ont été exposés à la toxicomanie et la marginalité.

Ces chiffres confirment que les détenus sont, en général, une population à fort risque pour l'hépatite B. Le risque varie, par contre, sensiblement en ce qui concerne l'hépatite C qui atteint principalement les sujets toxicodépendants (mais dans des proportions moindres à ce que l'on aurait pu attendre compte tenu de l'évolution de l'hépatite C chez les toxicomanes). Il est probable que la même étude donnerait des chiffres beaucoup plus importants dans quelques années.

Prise de risque

La prise de risque des sujets infectés se révélerait, à priori moins inquiétante dans ce qui est relevé dans les questionnaires remplis, puisque seul un sujet potentiellement contaminant dit s'être injecté un produit pendant la détention actuelle. 3 autres personnes se sont fait des tatouages.

Finalement le plus préoccupant est le nombre important de sujets qui sont porteurs de ces virus et l'ignorent, malgré un suivi médical relativement conséquent, ainsi que la prise de risque globale de ces sujets (poursuite de la consommation, faible protection lors de rapports sexuels, etc.).

Pour les détenus infectés par HBV, VIH, *T. pallidum* ou Chlamydia, un tel lien n'est pas retrouvé

VIII. Suivi médical observé pour les patients porteurs d'une sérologie positive

Une fois l'étude terminée, nous avons demandé aux participants qui avaient subi la prise de sang l'autorisation de consulter leur dossier (cf. annexes, extension de l'étude EPIPS).

Nous avons pu ainsi documenter la prise en charge médicale des sujets qui en nécessitaient une.

Nous avons pu consulter 59 sur 62 dossiers de participants qui avaient une sérologie positive pour VIH, HbsAg, HCV ou MST. C'est à dire pour tous les sujets donc l'état sérologique était susceptible de justifier un suivi médical voire un traitement.

a) **MST**

Syphilis

Les 10 personnes ayant une sérologie syphilitique positive ont toutes reçu la recommandation de consulter leur médecin en prison :

- 8 ont été vues par le médecin du SMPP : 3 ont fait l'objet d'une anamnèse, 5 d'une anamnèse et d'un examen clinique. Une sérologie complémentaire a été pratiquée chez 4 participants.

Dans 4 cas, l'infection à Tréponème est considérée comme guérie et il n'y a mention d'aucune autre démarche.

Un suivi médical a été proposé à 4 personnes :

- un suivi sérologique à 3 mois (1)
- un traitement de pénicilline (2)
- une prise en charge à l'occasion d'un séjour hospitalier pour un autre problème (1)
- une ponction lombaire (1). Ce dernier participant refuse l'examen : la prise en charge est interrompue.

Parmi ces personnes, 2 personnes ont reçu des informations de type préventif.

- 1 personne n'a pas vu de médecin mais a fait l'objet d'examens sérologiques complémentaires. Sur la base des résultats, l'infection est considérée comme « ancienne et guérie ». Dans ce dossier, aucune autre démarche n'est mentionnée.
- 1 personne n'a pu être rencontrée en raison d'une tentative de suicide. D'après les notes relevées dans le dossier, le problème de la syphilis n'a jamais été abordé.

Chlamydia

5 personnes avaient une sérologie positive pour une infection à Chlamydia. Les dossiers de 4 d'entre elles ont pu être consultés :

- 3 ont vu leur médecin :
 - 1 a reçu un traitement, subi un contrôle d'urine ultérieur et bénéficié de recommandations pour son épouse (contrôle gynécologique)
 - 1 a été traitée sans autre démarche
 - sur la base de l'anamnèse, le médecin de la dernière a estimé qu'une prise en charge complémentaire n'était pas nécessaire.
- 1 personne a été traitée sans que son médecin ne la voie, ni ne lui parle des infections à Chlamydia !

b) Infection VIH

Les 3 personnes VIH positives connaissent leur diagnostic, ont un suivi médical et biologique régulier antérieur à l'étude EPIPS.

Leur prise en charge est celle que l'on propose à toute personne séropositive vivant dans la population générale.

c) Infections à HBV et à HCV

Hépatite B

Des sérologies positives pour HbsAg ont été détectées chez 14 participants. Les dossiers de 12 d'entre eux ont pu être consultés. Rappelons que seuls 2 d'entre eux étaient au courant de leur diagnostic.

- 1 participant connaît son status sérologique pour lequel il a été suivi régulièrement avant et pendant sa détention. A l'occasion d'EPIPS, le médecin du SMPP lui parle des modes de contamination possibles.
- les 11 autres personnes détectées HbsAg+ (dont 1 qui a connaissance de son statut sérologique) ont reçu le conseil de consulter un médecin lors d'EPIPS :
 - Ø 1 personne dit ignorer son diagnostic mais est déjà suivie pour ce problème par le SMPP. A l'occasion d'EPIPS, un nouveau bilan est fait dont une ultrasonographie abdominale. Cet examen met en évidence une anomalie hépatique qui nécessite une prise en charge en milieu hospitalier. A l'occasion d'EPIPS, médecin et participant parlent du dépistage chez le partenaire et des problèmes liés à l'alcool.
 - Ø 6 personnes sont examinées par le médecin du SMPP et subissent des examens complémentaires [tests hépatiques (6), sérologie virales complémentaire (3), virémie (1)]. Une prise en charge à la sortie de prison est organisée pour 1 sujet, un suivi des tests hépatiques (uniquement) est planifié pour 2 autres. Pour 3 personnes, il est décidé de ne pas poursuivre la prise en charge. Dans ce groupe, 2 personnes reçoivent des informations à propos des hépatites : 1 discute des modes de contamination potentiels avec HBV, le 2^{ème} discute des infections à HCV.
 - Ø 3 personnes subissent uniquement des examens sanguins à la suite desquels 2 auront un suivi [des prises de sang (1), prise en charge chez un spécialiste en vue d'une ponction-biopsie de foie (1)]. Il n'y a pas de suivi prévu pour le 3^{ème}. Par contre toutes les 3 ont l'occasion de parler des mesures de prévention à prendre en raison de leur infection à HBV.
 - Ø on ne trouve aucune trace de prise en charge médicale pour la dernière.

Hépatite C

Les sérologies pratiquées lors d'EPIPS s'avéreront positives chez 26 participants.

- **13 personnes connaissaient leur diagnostic :**
 - Ø 3 personnes n'ont pas consulté le service médical suite à EPIPS :
 - une personne quitte la prison peu de temps après
 - la deuxième a eu des contrôles sanguins antérieurs à EPIPS
 - la 3^{ème} infectée par HIV n'est pas suivie pour HCV.
 - Ø 3 personnes étaient suivies antérieurement à leur incarcération en raison d'une infection à HCV. Une seule consulte durant sa détention à ce propos. Les résultats d'EPIPS sont l'occasion de refaire un bilan sanguin à la suite duquel une vaccination contre HAV est initiée et un suivi médical prévu. La 2^{ème} a déjà consulté un spécialiste : on ne dispose pas de l'avis de ce spécialiste dans le dossier médical et le transfert de ce détenu dans une

autre prison est prévue dans un futur proche. Pour la 3^{ème}, il y aurait éventuellement indication à un traitement d'interféron, mais aucune attitude thérapeutique n'est définie.

- ∅ 5 personnes avaient consulté le service médical avant EPIPS. Dans le dossier, nous disposons de résultats sanguins pour 4 d'entre elles. Ces 5 personnes consultent de nouveau après avoir participé à l'enquête :
 - un bilan extensif (dont une ponction-biopsie) est prévu pour l'une
 - un suivi des tests hépatiques est programmé pour 2 autres
 - pour les deux dernières personnes, il n'y aura pas de prise en charge médicale
 - trois de ces personnes ont l'occasion d'aborder avec leur médecin les questions de l'évolution et de la prévention de leur infection.

- ∅ 2 personnes ne veulent pas consulter le service médical du SMPP et souhaitent consulter à l'extérieur de la prison.

- **13 personnes ignorent ou sont mal informés à propos de leur diagnostic.** Les dossiers de 12 participants ont pu être consultés:
 - ∅ 1 participant dit ignorer son diagnostic mais **a eu un suivi avant et pendant son incarcération pour son infection HCV.** A l'occasion d'EPIPS, le participant est revu. A la suite de cette consultation, le médecin décide d'interrompre le suivi médical sur la base des tests hépatiques et d'une ultrasonographie abdominale. Le patient a déjà reçu une brochure à propos d'HCV
 - ∅ 2 participants ont consulté le service médical avant EPIPS, un dosage des ASAT et des ALAT est disponible pour l'un d'eux. **Suite à EPIPS, un suivi médical (tests hépatiques, virémie) est organisé.** De plus, ces 2 personnes sont informées sur l'évolution de leur infection et les mesures de prévention à prendre
 - ∅ 7 personnes consultent suite à EPIPS :
 - ∅ 4 participants sont examinés par le médecin du SMPP et subissent des examens sanguins complémentaires : une personne sera vaccinée contre HAV et suivie ultérieurement, une autre sera vaccinée contre HBC et sera aussi revue. Un 3^{ème} participant est transféré dans une prison de Suisse allemande où il sera suivi. Pour la dernière, il n'a été prévu aucun suivi médical. La question de la prévention est abordée avec 3 de ces personnes.
 - ∅ **1 participant n'a qu'une prise de sang.** Nous savons seulement qu'il a été hospitalisé à l'extérieur du canton de Vaud.
 - ∅ pour **2 participants** nous ne disposons d'aucune information. Dans leur dossier, il n'est fait mention d'**aucune investigation complémentaire**, suivi ultérieur ou recommandation de prévention.
 - ∅ 1 personne ne consulte pas le service médical et s'organise pour consulter son médecin traitant à l'extérieur de la prison
 - ∅ 1 personne est informée de ses résultats par l'équipe EPIPS, mais ne donne pas suite aux recommandations qui lui sont faites.

En conclusion, le suivi médical proposé apparaît hétérogène, souvent incomplet sans que l'on sache si les lacunes dans la prise en charge sont le fait du patient, de l'interruption de l'incarcération ou du manque de philosophie générale dans un domaine mouvant où l'attitude à tenir est loin de faire l'unanimité des médecins concernés.

IX. Synthèse

Notre étude avait trois objectifs principaux :

Evaluer la séroprévalence des principales infections à risque dans les établissements pénitentiaires.

- Décrire certains **aspects de la population carcérale** du canton de Vaud
- Déterminer l'importance et la nature des **groupes à risque**
- Déterminer la **prévalence des infections** à VIH, HBV, HCV, syphilis et Chlamydia et évaluer s'il existe **des différences significatives sur le plan infectiologique** (VIH, HBV, HCV, syphilis et Chlamydia) en fonction de paramètres épidémiologiques, pénitentiaires et judiciaires.

Evaluer la nature, la fréquence et la distribution des comportements à risque parmi les détenus.

- Vérifier l'existence de **comportements à risque** et évaluer leur fréquence dans les prisons du canton de Vaud (en détention préventive, en exécution de peine, aux arrêts)
- Décrire la **perception du risque infectieux** de la population carcérale.

Evaluer les connaissances et le recours à des mesures de prévention

- Evaluer les **connaissances des détenus en matière de prévention** pour VIH ou MST et vérifier la mise en pratique des diverses recommandations.
- Déterminer **la proportion de détenus pouvant bénéficier d'une vaccination** contre l'hépatite B ou d'autres mesures préventives ou thérapeutiques.

Lors de l'étude pilote, nous avons pu tester la faisabilité de notre projet. A ce stade de notre travail, nous avons, comme souhaité, mené à terme notre enquête dans l'ensemble des prisons du canton de Vaud.

A. Méthodologie

1. Acteurs

La possibilité de participer à EPIPS a été offerte à tous les détenus du canton de Vaud, présents dans les établissements pénitentiaires au moment de l'étude (février 2002 à juin 2002). Seuls ont été exclus les détenus présents au quartier de haute sécurité et ceux ne parlant pas une des 15 langues utilisées pour le questionnaire.

Au total, 352 personnes sur les 514 présentes (68.9%) et les 490 (71.8%) remplissant les critères d'inclusion ont accepté d'y contribuer. 338 ont accepté de répondre au questionnaire, 275 ont accepté la prise de sang, 261 ont accepté questionnaire et prise de sang. Les 5 sites pénitentiaires du canton de Vaud ont été successivement sollicités.

Ce **taux de participation** a été obtenu à l'issue d'une seule sollicitation, ce qui témoigne d'une bonne acceptation de l'étude par les détenus. Bien évidemment, aucune mesure incitative (financière ou autre) n'avait été associée à notre demande.

Les données ont été collectées sans difficulté, avec l'appui des personnels pénitentiaire et soignant qui avaient bénéficié d'une sensibilisation préalable après l'étude pilote et une information large. L'étude s'est déroulée dans le respect du fonctionnement pénitentiaire. Les détenus ont bénéficié des canaux d'information habituels de la prison (affichage, canal interne de télévision). Puis, chaque détenu a été rencontré individuellement par l'équipe de recherche qui lui a expliqué les objectifs, les conditions de participation et les modalités de l'enquête. La confidentialité et l'autonomie décisionnelle du détenu ont été respectées en tout temps.

L'équipe de recherche était constituée de personnes qui ne travaillent pas en milieu carcéral. Les documents qui ont servi à l'étude ont été conservés dans un lieu extérieur aux lieux de détention. De même les échantillons de sang ont été pris en charge par l'équipe de recherche elle-même et par des laboratoires désignés par elle.

Le fait que l'équipe de recherche soit rattachée au SMPP aurait pu constituer un obstacle rédhibitoire. Cependant, le maintien strict de la confidentialité et de la délimitation claire entre l'équipe de recherche et l'équipe soignante a grandement permis de minimiser ce biais potentiel.

2. Questionnaire

Le questionnaire abordait de **nombreux aspects** et comprenait 82 questions rédigées de manière à **respecter l'anonymat des détenus**.

Nous avons essayé de formuler nos questions pour que nos résultats puissent être comparés à ceux d'études antérieures réalisées en Suisse et qui abordent une thématique similaire ou très proche. Toutefois, l'évolution de ce paysage et la disparité des études sont telles que des comparaisons sont difficiles.

Ce constat souligne la nécessité de définir les **indicateurs standardisés** permettant une véritable comparaison entre les différents milieux concernés par les problèmes des dépendances.

Ayant dénombré plus d'une **cinquantaine de nationalités**, nous avons fait traduire le questionnaire en quatorze langues : albanais, allemand, anglais, arabe (Maghreb), espagnol, italien, lingala, portugais, roumain, russe, serbo-croate, swahili, tamoul et turc.

Malgré tout, un grand nombre de participants ont connu des difficultés importantes pour lire ou comprendre le questionnaire en raison de l'importance de l'**illettrisme** dans les populations concernées par l'étude. Pour pallier à cette réalité, les deux infirmières chargées de collecter les données ont aidé les participants à remplir le questionnaire, en essayant d'explicitier les questions auxquelles les détenus avaient des difficultés à répondre.

Cette observation suscite deux commentaires :

- cette difficulté à lire constitue un biais de sélection et la source probable d'un certain nombre de refus de participation à l'étude
- tout travail de prévention doit être attentif à cette dimension.

Les références écrites (brochures d'information, dépliants) ont finalement peu de chance d'être lues par une majorité de détenus ce qui devrait conduire à **privilégier des références audio-visuelles** (affiches, films) ou une information parlée.

3. Prises de sang

275 (56.1%) sur les 490 personnes à qui EPIPS a été proposée, ont accepté une prise de sang. La prise de sang a pu être réalisée chez toutes ces personnes, sauf une, soit 99.6%.

Ce pourcentage est sensiblement différent de celui observé lors de l'étude pilote : la prise de sang n'avait pas pu alors être réalisée chez 6 des 30 participants (20.0%) en raison d'un mauvais état du réseau veineux de plusieurs détenus.

Ce constat nous donne l'occasion de souligner l'hétérogénéité du milieu carcéral. Tout résultat doit être interprété en fonction de la prison concernée, de l'échantillon collecté, voire du moment où l'étude est réalisée. Si notre travail de recherche s'était limité à l'étude – pilote, nous aurions été amenés à des conclusions sensiblement différentes ce qui peut être redoutable, compte tenu de l'impact de telles conclusions et du bouleversement qu'elles peuvent apporter.

Une bonne représentativité doit tenir compte de ces fluctuations, de la diversité des régimes et statuts pénitentiaires

Pour présenter l'étude, remplir le questionnaire et réaliser la prise de sang, il a fallu, en moyenne, 40 minutes par personne. Pour restituer les résultats, il a fallu en moyenne 15 minutes.

4. Confidentialité

Nous avons été particulièrement attentifs au respect le plus strict de la confidentialité. Les documents et prélèvements sanguins ont été acheminés, analysés et conservés dans le respect de cette règle. Le personnel qui travaille sur les sites de détention n'a pas été impliqué dans le protocole de recherche (Cf. Confidentialité et communication des résultats (V.B.7) et Conservation des données (V.B.8).

L'ensemble des procédures a été approuvé par la commission d'éthique du CHUV.

5. Biais de sélection et représentativité du collectif

Plusieurs biais de sélection doivent être soulignés :

- **Difficultés de compréhension** liées soit à la barrière linguistique soit aux difficultés de lecture, voire l'illettrisme des détenus

- **Les craintes habituellement liées au milieu carcéral** (peur d'un manque de respect de la confidentialité, d'une incidence sur les procédures, etc.) ont probablement conduit certaines personnes à ne pas participer
- **La difficulté de certains des thèmes** abordés dans le questionnaire
- Le recours à des **sérologies sanguines**
- Les **critères d'exclusion** mentionnés plus haut
- La **répartition de notre collectif** qui est le reflet d'une situation cantonale ponctuelle et ne peut totalement garantir la représentativité de celui-ci à l'échelle suisse.
- Une minorité de détenus n'a pas participé en raison de **contraintes pénales** (audience chez le juge, rencontres avec les avocats, etc.).

Concernant plus spécifiquement le VIH et les autres maladies infectieuses

Certains pourraient objecter que les sujets se sachant à risque ou porteurs du VIH auraient pu refuser de participer de peur d'être dépistés et signalés à l'autorité judiciaire ou pénitentiaire ou par simple anxiété d'être confronté à une réalité qu'ils cherchent à éviter. Cette objection ne peut évidemment pas être totalement écartée, malgré les nombreuses précautions prises en matière de respect de la confidentialité et de l'anonymat de la part de tous les acteurs concernés.

Cependant, si l'on regarde le taux de prévalence pour HBV et HCV on se rend compte que le taux est nettement supérieur dans notre échantillon à celui retrouvé à travers les dossiers médicaux du SMPP. Cette augmentation de la prévalence va contre l'hypothèse d'un refus de participation corrélé à la conscience d'une prise de risque. Ces sujets, notamment ceux HCV+, appartenant, à priori aux mêmes groupes exposés que les sujets potentiellement exposés au VIH on peut estimer que, de ce point de vue, notre collectif est probablement représentatif de la population carcérale. La prévalence retrouvée pour le VIH va, d'ailleurs, dans le sens de nombreuses études déjà mentionnées.

Représentativité

Malgré ces différents biais, la taille du collectif, ses caractéristiques, sa répartition sur différents sites et régimes pénitentiaires nous autorisent à lui reconnaître une certaine représentativité qui fait vite défaut dans la plupart des études disponibles en milieu pénitentiaire.

Insuffisance des données autorapportées

La méconnaissance de leur status sérologique par les sujets rend aussi très aléatoire des études basées sur la seule étude des dossiers médicaux qui sont pourtant utilisés dans la plupart des données publiées. De ce fait la pratique d'une sérologie systématique dans notre collectif accroît considérablement la validité de notre travail.

Les biais mentionnés sont inhérents à toute recherche de ce type, à plus forte raison en milieu pénitentiaire. On peut considérer que la méthodologie que nous avons utilisée a permis, autant que possible, de limiter ces biais.

B. Evaluer la séroprévalence des principales infections à risque

1. Un collectif représentatif de la population carcérale

Age : une population jeune

La moyenne d'âge des participants était de 32.2 ans (médiane : 30 ans). La distribution des groupes d'âge de notre collectif est comparable à celle observée pour l'ensemble de la population carcérale vaudoise en 2001, année qui a précédé l'étude.

Il n'y a, en principe, pas de détenus mineurs en milieu carcéral en Suisse. L'équipe de recherche n'avait donc pas anticipé cette possibilité. Cependant, la situation s'est présentée. Comme lors de toute intervention médicale et sur le conseil de personnes de référence¹ à ce sujet, il a été tenu compte de la capacité de discernement du participant tout en veillant à obtenir l'accord parental lorsque cela était possible. Deux détenus âgés de 17 ans ont participé à l'étude.

Sexe

Notre collectif est constitué essentiellement d'hommes (93.5%).

Origine : plus de 50 pays

Les participants viennent de plus de 50 pays différents. Notre collectif se répartit essentiellement entre la région des Balkans (26.0%), la Suisse (22.5%) et l'Europe de l'Ouest (19.5%). Viennent ensuite le pourtour méditerranéen (12.1%), l'Afrique subsaharienne (10.9%), l'Amérique latine (3.8%), l'Asie (2.7%), l'Europe de l'Est (2.4%).

Cette répartition reflète les flux migratoires qui convergent vers la Suisse et s'explique aussi par le contexte de la région des Balkans durant ces deux dernières décennies. Elle est aussi conforme à la répartition géographique usuelle des détenus dans le système pénitentiaire, ce qui témoigne d'une bonne représentativité de notre collectif.

Scolarité

Le niveau de scolarité du collectif EPIPS est inférieur à celui de la population générale suisse : 49.1% ne sont pas allés au delà de la scolarité obligatoire, pour 27.1% dans la population générale suisse. 50.9% des sujets de notre collectif ont acquis une formation professionnelle ou supérieure tandis que ce pourcentage est de 63.8% pour la population suisse. Le niveau de scolarité est aussi largement tributaire du pays d'origine.

Situation professionnelle

Un large pourcentage (28.7%) se trouve sans emploi ou non actif. La majorité des personnes exerçant un emploi occupe un poste non qualifié

L'activité professionnelle alléguée était compatible avec le niveau de formation indiqué par les participants dans le questionnaire. Ceci donne une bonne indication sur la fiabilité des réponses.

Conditions de vie

Celles-ci témoignent de la particularité de la population carcérale : Il s'agit d'une population jeune, mais, aussi, peu organisée autour d'une vie familiale. En effet, **seulement 17.2% vivent avec leurs enfants**, contrairement à la population générale suisse dont 56.5% vivent avec des enfants ($p < 0.000$) et à la population des requérants d'asile dont le pourcentage de personnes vivant avec enfants s'élève à 73.7%. ($p = 0.000$).

¹ Avis oral de la Commission d'Ethique du CHUV et du responsable du Service de la Santé de la Jeunesse du Canton de Vaud

Ce mode de vie semble encore plus accentué chez les détenus toxico-dépendants qui ne vivent avec leurs enfants que dans 10.7% des cas. Ceci pouvant probablement être expliqué par le plus jeune âge, mais surtout par la marginalisation.

Dans le même ordre d'idée, **26.1% vivent avec d'autres membres de leur famille, des camarades ou dans des foyers**. Ce pourcentage est de 5.9% parmi les requérants d'asile et de 2.06% dans la population générale suisse ($p=0.000$).

Le mode de vie semble contribuer à la perception que ces détenus ont de leur santé puisque **les détenus qui vivent seuls à l'extérieur de la prison ont tendance à se percevoir en moins bonne santé que les autres ($p=0.006$)**.

Ces caractéristiques pourraient témoigner d'un mode de vie beaucoup plus déstructuré que la majorité des groupes de population qui ont habituellement recours aux structures d'accueil ou à leur entourage, hors de la famille nucléaire.

Cette observation pourrait aussi être la conséquence du nombre important de détenus toxicomanes ou de la marginalisation de beaucoup d'entre eux.

Situation pénale lors de l'étude

52.6% (178) des participants sont en détention préventive et 47.4% (160) en exécution de peine.

Les personnes incarcérées en détention préventive sont âgés de 29.8 ans en moyenne. 32.7% se considèrent comme dépendantes d'une ou de plusieurs substances. Ces personnes sont incarcérées en moyenne depuis 6 mois (médiane : 9 mois).

Les personnes qui exécutent une peine sont plus âgées : 34.8 ans en moyenne. 22.1% indiquent qu'ils ont déjà été dépendants d'une ou de plusieurs substances. En moyenne, ils sont en prison depuis un peu plus de 3 ans (médiane 2 ans et 8 mois). Leur peine est prévue pour une durée moyenne de 7.5 ans si l'on exclut les 16 personnes internées pour une durée indéterminée (art.43 ch.1 al.2 CPS) et les 2 personnes condamnées à perpétuité.

Ni l'un l'autre de ces modes de détention, préventive ou exécution de peine, ne peut être mis en relation avec le nombre de personnes toxico dépendantes ($p=0.07$), la prévalence de l'hépatite B ($p=0.81$) ou de l'hépatite C ($p=0.96$).

Délits commis

Sur les 274 personnes qui ont subi la prise de sang,

- 105 (38.32%) étaient incarcérés pour infraction à la législation sur les stupéfiants,
- 75 (27.37%) pour des délits contre les personnes,
- 66 (24.08%) pour des délits contre les biens.

Il est aussi important de différencier le rôle de la drogue dans le parcours pénal des détenus, car il existe de fréquentes confusions de niveau :

Ainsi :

- 84 sujets (27.63% des répondants à la question) se disent dépendant à une substance
- 82 sujets (24.70% des répondants à la question) ont déjà été incarcérés pour une infraction à la législation sur les stupéfiants, pour 105 (38.32%) qui le sont lors notre étude
- 162 sujets (48.79% des répondants à la question) sont incarcérés pour une infraction « en lien avec la drogue »

On peut en déduire que la toxicomanie suscite une délinquance (allant de la consommation au trafic ou à l'agression) qui concerne près de la moitié des détenus, tandis que seul le quart d'entre eux serait directement concerné par la problématique pathologique de toxicodépendance.

Perception de l'état de santé

Dans l'ensemble, les personnes interrogées décrivent leur état de santé comme bon (71.9%) ou acceptable (20.4%). Seules 7.7% se disent en mauvaise, voire très mauvaise santé. Ces dernières sont de tout âge. Les personnes provenant d'une région non-européenne se disent significativement plus facilement en mauvais état de santé ($p=0.0005$).

Il n'y a pas d'association entre mauvaise perception de l'état de santé et consommation de substances ou infection par le virus de l'hépatite C.

On remarque que les huit personnes qui indiquent un très mauvais état de santé vivent seules, ne sont pas actives, ont déjà été incarcérées et sont détenues pour des problèmes en lien avec la drogue. Paradoxalement, on ne relève cependant pas de problème somatique particulier dans ce groupe (en dehors des constatations sérologiques).

On peut en déduire que la perception de l'état de santé est surtout un indicateur de l'ensemble de la situation psycho-sociale.

2. Résultats sérologiques

a) *Hépatite B (HBV)*

79 détenus (soit 28.8%) sont porteurs de l'anticorps anti HBcAg, témoignant d'une infection actuelle ou passée par l'hépatite B.

14 (5.1%) sont, pour leur part, porteurs de l'antigène HbsAg, signant une infection actuelle.

Prévalence

Ces chiffres signent donc une prévalence de l'infection HBV dans les prisons vaudoises de 28.8%, c'est-à-dire 5 fois supérieure à la prévalence annoncée par l'OMS pour l'Europe de l'Ouest (4-6%).

Celle des personnes porteuses de l'antigène HBs est de 5.1% soit plus de 10 fois la valeur calculée par le même organisme international pour nos régions (0.2-0.5%).

La prévalence observée dans les prisons vaudoises correspond à celles indiquées par l'OMS en l'Europe de l'Est, dans le bassin méditerranéen, la Fédération de Russie, en l'Asie du Sud Est, en Amérique Centrale ou en Amérique du Sud.

Très peu de données existent en Suisse permettant de soutenir une comparaison valable entre nos chiffres et la population suisse. Seules existent des estimations d'après des données extrapolées de populations sélectionnées ou de pays voisins qui situent la prévalence de HBc entre 3 et 5% et celle de l'antigène HbsAg entre 0.3 et 0.5% (source OFSP, V. Masserey).

Des chiffres communiqués par le laboratoire du service de transfusion sanguine en 1995 (Kammerlander, données OFSP non publiées) permettent de donner une vision plus détaillée en fonction de l'âge et confirment que la prévalence de anti HBcAg est 5.2 fois plus élevée dans notre collectif que dans la population générale. Cet écart étant encore plus grand dans les classes d'âge inférieures à 34 ans où la prévalence oscille entre 30.6% et 43.5% dans notre collectif, tandis qu'elle oscille entre 0.9% et 3% dans la population suisse. (tableau N°155).

La consommation de stupéfiants et l'incarcération sont autant de facteurs susceptibles de rendre compte de prévalences particulièrement élevées dans les populations considérées. Par exemple, la prévalence est de 73% chez les usages de drogues IV en Suisse (Steffen, 2001) et de 23.1% dans les prisons de Rhodes Island (Macalino, 2005).

Dans ce contexte général, les prisons vaudoises n'échappent pas à la règle et témoignent d'un taux élevé de séropositivité à HBV. La question est de savoir si cette prévalence est à mettre sur le seul compte de la toxicodépendance.

Caractéristiques des sujets concernés

Très peu d'éléments semblent pouvoir être associés significativement à la séropositivité à HBV :

- 71.1% des personnes contaminées par HBV sont en détention pour des problèmes en lien avec la drogue, seul ce critère atteignant un seuil de significativité satisfaisant ($P=0.0001$). Ce critère, comme nous l'avons indiqué plus haut ne préjuge en rien de l'existence d'une dépendance.

Les autres critères ne donnent pas de résultats véritablement significatifs. En particulier, il n'y a pas de différence probante entre les personnes contaminées ou non si l'on tient compte du sexe, de la région d'origine, de l'activité professionnelle, des conditions de vie à l'extérieur de la prison, des antécédents carcéraux ou policiers ou de l'appartenance à l'un ou l'autre groupe à risque (toxicomane, partenaires sexuels multiples).

Conduites à risque

En ce qui concerne les conduites à risque de ces sujets on peut relever les points suivants :

- 70% ont consommé durant leur vie des substances pouvant induire une dépendance, 10% en consomment en prison.
- 33.8% se disent dépendants d'une substance
- Parmi ces personnes, 3 se sont injectées de la drogue en prison : une lors de la détention précédente, la 2^{ème} durant cette incarcération et la dernière lors des incarcérations précédente et actuelle. 4 personnes ont sniffé lors de la dernière détention. Aucune de ces personnes n'était porteuse de l'antigène HBs
- Il n'y a pas plus de personnes infectées par HBV parmi les personnes qui ont débuté leur consommation de substance en prison ($p=1.0$) ni parmi celles qui ont pratiqué leur 1^{ère} injection en prison ($p=0.07$)
- 6 personnes contaminées par HBV, dont une porteuse de l'antigène, se sont fait faire des tatouages en prison
- 9 des 10 personnes porteuses de l'antigène HBs n'utilisent pas de préservatif lors de relations sexuelles.

Une méconnaissance inquiétante

Les résultats détaillés ci-dessus doivent être placés dans le contexte de la méconnaissance que les détenus ont de leur santé. Rappelons à ce propos que **88.6% (70 sur 79) des détenus infectés par HBV l'ignorent de même que 12 sur 14 personnes porteuses de l'antigène HBs** et potentiellement contaminantes.

A noter que les porteurs de l'HbsAg (même sans manifestation clinique) auraient tendance à se décrire en moins bonne santé ($p=0.006$)

Nous avons aussi souligné de manière surprenante la très mauvaise concordance entre ce que les détenus disent d'une éventuelle contamination et leur réalité sérologique.

Existe-t-il une typologie des sujets ayant été contaminés par HBV ?

Nous avons essayé de construire un modèle de régression logistique pouvant avoir valeur prédictive à partir des éléments susceptibles d'avoir un lien statistique avec cette infection et récapitulés dans les tableaux N° 150 et 151.

Le tableau N°156 regroupe les odd ratios trouvés lorsque ces facteurs sont considérés individuellement, tandis que le tableau N°157 ne garde que les variables les plus significatives (sexe, pays d'origine, placement dans l'adolescence, mode de vie, préférence sexuelle). Ce modèle reste cependant peu satisfaisant comme le soulignent les figures répondant de la sensibilité et de la spécificité de ce modèle (cut off de 60%) et aire sous la courbe ROC de 0.6797.

Ce résultat peu satisfaisant indique la complexité infectiologique de notre population du fait de l'existence de plusieurs sous réalités hétérogènes pouvant rendre compte de l'infection : **La contamination peut à la fois procéder de facteurs dépendant de l'origine des sujets** (par exemple les personnes originaires d'Afrique sont manifestement particulièrement exposées à des transmissions mère enfant) mais, **pour d'autres elle semble devoir être plus mise en relation avec la prise de substance ou avec des facteurs psychosociaux plus diffus**, plus ou moins directement liés aux mode de transmission (mode de vie, etc.). Il n'en reste pas moins qu'une meilleure identification de ces facteurs, en améliorant le modèle, pourraient permettre d'orienter un dépistage qui tiendrait compte plus de « zones à risques » que de groupes à risque.

La contamination par HBV dans les populations des prisons suisses est donc le fruit de facteurs complexes et intriqués qui procèdent autant de l'origine des détenus que de leur exposition à des conduites de toxicodépendance. Des travaux ultérieurs devraient pouvoir s'orienter vers la créations de modèles mieux capables de rendre compte de cette réalité.

En résumé

Nous relevons une prévalence élevée de l'infection à HBV, l'existence de comportements à risque, et la méconnaissance de la part des détenus autant des situations à risque que de leur status sérologique.

Cette situation se complique d'un dépistage et d'une stratégie de vaccination insuffisants malgré les recommandations et les efforts consentis par le SMPP. La recommandation d'une politique vaccinale systématique rejoint les préoccupations de la littérature scientifique (Macalino, 2005)

b) Hépatite C (HCV)

26 détenus (soit 9.5%) présentent une sérologie positive pour l'hépatite C.

Prévalence

Dans notre collectif, la prévalence de l'hépatite C est supérieure à celle de la population générale de nos régions, estimée entre 1% et 2.5% selon les données de l'OMS. Les chiffres communiqués par l'OFSP pour la Suisse relèvent une prévalence encore plus faible : de 0.03% à 0.16% pour les nouveaux donneurs de sang de 1996 à 2003, ou de 0.51% pour 977 sérologies pratiquées sur du personnel de santé ayant déclaré un accident exposant au sang entre 1989 et 2004 (source OFSP, V. Masserey). La prévalence de HCV dans notre collectif se situe donc comme un groupe particulièrement exposé.

Il est maintenant bien établi que la prévalence est particulièrement importante chez les usagers de drogue intraveineuse, se situant en moyenne à 60% et oscillant entre 37et 98% suivant les études (Moirand, 2004). En Suisse, elle oscillerait entre 57% (Wang, cité par Masserey , chiffres OFSP) et 82% (Steffen, 2001).

Dans ce contexte et compte tenu du nombre important d'usagers de drogue incarcérés, il n'est pas étonnant de retrouver une prévalence de sujets porteurs du HCV particulièrement forte en prison oscillant entre 1.1% et 38% selon les études recensées récemment par Dolan (2005). Citons, en particulier l'étude de Macalino (2005) dans les prisons de Rhodes Island qui retrouve une prévalence de 23.1% dans une population de 4269 détenus. Notre étude confirme que les prisons suisses n'échappent pas à la règle.

Caractéristiques des sujets concernés

A la différence des sujets HBV+, on retrouve plus d'éléments significatifs d'une séropositivité à HCV dans notre collectif :

- Origine suisse, 53.8% des sujets (P=0.0005)
- Détention en lien avec la drogue, 76.0% des sujets (p<0.005)
- Existence d'une dépendance, 61.5% des sujets (p<0.005)
- Séjour antérieur en prison, 76% des sujets, (p<0.005)
- Nombre de contrôles de police avant l'incarcération (p=0.0004)

Nous ne pouvons mettre en évidence d'autres caractéristiques notamment en terme d'âge, de sexe, d'origine, de scolarité, de formation professionnelle, d'activité professionnelle, de conditions de vie, de motif d'incarcération, de nombre ou de type d'incarcération. La moitié des personnes contaminées par HCV exécutent une peine.

Conduites à risque

On relève les conduites à risques suivantes :

- 10 sujets (38.5%) disent avoir consommé durant la détention
- 8 se sont injecté des substances en prison
- 5 ont débuté ainsi leur consommation de substance
- 3 personnes se sont fait faire des tatouages
- 8 sur les 13 qui indiquent avoir des partenaires multiples n'utilisent qu'irrégulièrement le préservatif.

Une méconnaissance moindre

13 des 26 (50%) détenus contaminés par HCV connaissent véritablement leur statut sérologique. Sachant qu'il s'agit en grande partie de toxicomanes vivant en Suisse, on est en droit de s'interroger sur le sens d'un tel constat et sur la validité des politiques de dépistage en amont de l'incarcération.

Existe-t-il une typologie des détenus contaminés par HCV ?

A la différence du groupe de détenus infectés par HBV, les éléments concernant le groupe de détenus contaminés par HCV, quoique de taille plus faible (tableaux n°152 et 153) nous ont permis de construire un modèle de régression logistique ayant une valeur prédictive bien meilleure que pour HBV (tableau n°158) retenant préférentiellement 2 variables : origine suisse (OR=4.5, 95%) et dépendance à une substance (OR=7.5, 95%). Les calculs répondant de la sensibilité et de la spécificité confirment ce modèle (cut off de 0.1 et aire sous la courbe ROC de 0.8199).

En résumé

La proportion de détenus infectés par l'hépatite C est importante, très largement supérieure à la prévalence de l'hépatite C dans la population générale. Ce chiffre reste cohérent avec la proportion de sujets infectés autant chez les personnes toxicodépendantes que chez les sujets incarcérés dans d'autres pays.

Le profil des sujets atteints est plus facilement identifiable que pour ceux atteints par l'hépatite B

c) Hépatite B et C : conclusions

Nous avons donc affaire à deux groupes de détenus présentant des profils spécifiques et en conséquence des facteurs de risque variables d'un groupe à l'autre.

2 groupes différents

Un premier groupe, contaminé par le virus de l'hépatite B ne peut être caractérisé, ni du point de vue de son origine géographique, ni du point de vue de sa relation avec l'abus de substance potentiel, ni du point de vue de son exposition antérieure à l'incarcération, même si ces trois facteurs sont probablement en cause mais de manière indépendante les uns des autres. Il existe manifestement plusieurs sous-groupes qui participent soit de l'origine géographique des sujets, soit de leur dépendance actuelle ou passée à un produit. Cette dimension se retrouve pour les patients contaminés par HBV, qui restent porteurs du virus et donc potentiellement contaminants.

Par contre, le groupe de patients porteurs de l'hépatite C apparaît beaucoup plus spécifique : il s'agit en grande majorité de détenus d'origine suisse fortement exposés à l'abus de substance et présentant une histoire en relation avec l'abus de substance.

Une méconnaissance préoccupante par les sujets eux-mêmes

Dans les deux cas, une proportion importante de patients ne connaissent pas leur diagnostic, les patients porteurs de l'hépatite C étant néanmoins mieux informés.

La moitié des participants disent avoir eu une sérologie pour les hépatites B et/ou C :

- 38 des 39 personnes annonçant avoir eu une hépatite ou se souvenir d'en avoir présenté les symptômes, signalent avoir eu une sérologie pour les hépatites avant notre étude.
- 26 s'estiment en mesure de donner des indications sur leurs résultats sérologiques.
- **seulement 14 (36%) sont capables de faire état d'une connaissance adéquate et conforme au statut sérologique que nous avons mis en évidence pendant l'étude.**

Le risque est donc important d'induire des attitudes médicales erronées par l'incapacité de ces détenus de donner à des soignants des indications adéquates sur leur status sérologique.

Recommandations en matière de dépistage

- Un dépistage systématique large du virus de l'hépatite B, compte tenu du risque que celui peut faire courir, doit donc être proposé.

- La détection systématique du virus de l'hépatite C pourrait être limitée au groupe à risque décrit plus haut.

Prise en charge : hétérogénéité et divergences

Notre enquête (ch. VIII) souligne l'**hétérogénéité des modalités de prise en charge médicale** dans les prisons vaudoises pourtant regroupées au sein d'un seul service médical. Certains médecins recherchent ces infections, d'autres pas. Quand l'information est disponible, les modalités d'une prise en charge sont rarement clairement définies et n'obéissent pas à une politique concertée.

Si on peut estimer que cette situation est spécifique aux prisons vaudoises, il est probable qu'elle se retrouve dans l'ensemble du monde pénitentiaire vu l'**absence de politique en la matière au niveau fédéral** et vu les **contraintes particulières** qui pèsent sur le monde pénitentiaire en termes de coûts, d'isolement et de grandes difficultés de communications (autant d'une prison à l'autre qu'entre l'intérieur et l'extérieur).

De plus, la concentration en un lieu clos de ces pathologies infectieuses est spécifique au monde pénitentiaire qui ne peut que difficilement se référer à un principe d'équivalence pour dégager une attitude commune.

Chaque praticien finit par définir une **attitude en fonction de sa propre expérience, de sa perception de la réalité sanitaire et pénitentiaire du détenu** (éventualité d'une expulsion à brève échéance) et des structures de soin dont il peut disposer, voire du statut de l'établissement (un dépistage ou un traitement seront plus facilement mis en œuvre en début d'exécution de peine qu'en fin de peine ou en détention préventive) .

Pour les infections dues à HCV, des difficultés supplémentaires sont à mentionner : l'évolution naturelle potentielle de l'infection, les indications limitées au traitement, le coût de la prise en charge, les avis différents des spécialistes. Les **recommandations souvent divergentes** d'un service spécialisé à l'autre (exemple : infectiologie ou hépatologie, un centre universitaire ou un autre) vont rendre encore plus difficile l'élaboration d'une politique commune.

Recommandations en matière de prise en charge

L'amélioration de la coordination avec les structures spécialisées extérieures, l'élaboration de recommandations commune (notamment en matière d'abord des comorbidités) et une clarification des possibilités de prise en charge financière de telles affections sont autant de recommandations indispensables.

d) Infection VIH

Prévalence

Dans notre collectif, la prévalence de l'infection VIH est de 0.9% (si l'on tient compte des personnes qui ont subi la prise de sang, de 1.1% si l'on tient compte des 3 personnes VIH+ ayant participé à l'étude), soit très inférieure à celles avancées lors d'estimations et d'études antérieures. Bien plus, notre prévalence est proche de celle estimée par l'OMS pour la population générale de même tranche d'âge vivant en Suisse (0.5%).

Dépistage

Au total, deux tiers des participants ont déjà subi un test VIH et tous connaissent précisément leur diagnostic, le plus souvent chez des participants provenant de Suisse, d'Europe de l'Ouest et du pourtour méditerranéen ($\chi^2=32.58$, $df=6$, $p<0.001$). Ceci est probablement le reflet des campagnes de prévention qui se sont déroulées dans les pays européens et les moyens qui ont été mis à disposition pour ces campagnes. Les personnes dépendantes à une ou plusieurs substances ont très souvent fait l'objet d'un test ($p<0.001$) et sont bien au fait de son résultat. **Cette situation est diamétralement opposée à celle observée pour les hépatites.**

En milieu pénitentiaire, on observe que le dépistage de l'infection VIH est proposé plus fréquemment dans les prisons d'exécution de peine ($p<0.001$), ce qui est compréhensible compte tenu des durées de séjour et du flux des personnes détenues.

Conduites à risque

Malgré les campagnes de prévention, les personnes qui ont plusieurs partenaires et ne font pas usage de préservatifs ne semblent pas avoir intégré cet élément comme une conduite à risque puisque aucune corrélation ne peut être mise en évidence entre cette attitude et la pratique d'un test de dépistage au VIH ($p=0.7$).

Par ailleurs sur l'ensemble de notre collectif, 67.9% des détenus ayant plusieurs partenaires n'utilisent que « parfois ou jamais » le préservatif (cf. plus bas).

Prise en charge et recommandations

Les trois détenus infectés par VIH connaissent leur diagnostic et ont un suivi médical approprié et régulier.

Compte tenu de ce constat, la question se pose de savoir si la politique de dépistage du VIH dans les prison concernées est adéquate. Elle repose en effet sur l'anamnèse systématique effectuée en matière infectiologique par les infirmiers puis sur celle des médecins et n'inclut, en principe, l'offre de test que si le détenu le demande et en présence de facteur de risque. Les résultats du questionnaire donnent une image plus floue de la pratique qui ne montre pas de différence significative dans le dépistage chez les personnes toxicodépendantes et chez les autres (CH VII B 13-d- 2) et indiquent que 40 sujets se déclarant toxicodépendant et 48 disant avoir eu plusieurs partenaires sexuels disent ne pas avoir reçu l'offre de dépistage.

L'offre de dépistage nous semble devoir être mieux systématisée, compte tenu de la fluctuation de l'épidémie à VIH.

e) Maladies sexuellement transmissibles (MST)

(1) Syphilis

Une sérologie syphilitique positive a été retrouvée chez 10 personnes soit chez 3.6% de notre collectif. Une estimation de l'incidence de la syphilis dans la population générale suisse de même âge que notre collectif correspondrait à 0.03%, **soit une incidence 100 fois inférieure**.

Ce constat indique aussi la nécessité d'un meilleur dépistage, compte tenu des conduites à risque mais surtout, compte tenu de l'origine des détenus qui arrivent de régions où l'incidence est élevée. Le diagnostic est méconnu par les participants (6/9), et dans un cas où le diagnostic était connu du détenu celui-ci n'avait bénéficié à l'extérieur du traitement adéquat.

(2) Chlamydia

Nos résultats doivent être interprétés avec prudence puisqu'il s'agit de données sérologiques connues pour leur mauvaise corrélation avec les infections génitales. Toutefois, étant donné les conditions de notre enquête il nous était difficile de procéder différemment. Malgré tout 5 personnes étaient porteuses de cette affection et une seule pouvait mettre ce résultat en lien avec un antécédent de maladie sexuellement transmissible.

La problématique des MST reste donc particulièrement vive et doit faire l'objet d'une attention particulière dans la pratique médicale en milieu pénitentiaire.

f) En conclusion

Sur notre échantillon de 274 personnes :

41 sont potentiellement contaminantes soit pour l'hépatite C (24), soit pour l'hépatite B (13), soit pour l'hépatite B et C (1), soit pour le VIH (1), soit pour VIH et HBV (1), soit pour le VIH et HCV (1).

Ceci indique que, finalement, **près de 15% des sujets présentent un risque sérieux de transmission à autrui** ce qui peut en aucun cas autoriser à relâcher notre effort en matière de prévention.

3. Groupes à risque

Nos résultats permettent d'identifier 4 groupes à risque dans la population carcérale :

- personnes souffrant de toxico-dépendance,
- personnes ayant des antécédents d'incarcération,
- personnes recourant à la prostitution
- personnes originaires d'Afrique subsaharienne.

a) **Toxicodépendants :**

84 personnes (27.63%) s'annoncent dépendantes de l'une ou l'autre substance. La poly-toxicomanie est alors la règle, 91% consomment plusieurs sortes de substances.

- l'alcool 95.2%
- haschisch 88.1%,
- cocaïne 71.4%,
- héroïne 59.5%,
- cocktails de drogues 51.2%,
- ecstasy/amphétamines 45.2%,
- médicaments non prescrits 41.6%, LSD 41.6%,
- Rohypnol® 39.3%,
- free-base/crack 30.9%,
- méthadone illégale 22.6% et
- opiacés autres que l'héroïne 20.2%.

Le pourcentage de personnes toxicodépendantes (proche de celui retrouvé régulièrement dans les statistiques du SMPP) situe l'importance de la problématique toxicomaniaque à un niveau moyen par rapport aux autres études consultées dans différents pays (cf. problématique générale) où celle-ci varie de 16 à 67% de la population pénale

Comparaisons épidémiologiques

Le pourcentage de détenus **toxicodépendants qui consomment des drogues dures** (héroïne, 71.4% ou cocaïne, 59.5%) **apparaît sensiblement plus élevé que le taux identifié dans les structures à bas seuil** du canton de Vaud dans la période 2000-2002 qui est de 58% et se place à un niveau intermédiaire par rapport au pourcentage suisse (85%) (Huissoud et coll., rapport sur la toxicomanie dans le canton de Vaud 2000-2002).

Sevrage et traitement de substitution

25 (29.76%) ont bénéficié d'un traitement de sevrage à leur arrivée en prison, tandis que 22 (26.19%) bénéficient d'un traitement de méthadone, ce qui est **très largement inférieur** aux pourcentages retrouvés dans les structures à bas seuil (56% en Suisse et 64% dans le canton d'après le rapport sur la toxicomanie dans le canton de Vaud, 2000-2002).

Cette différence pourrait être attribuée à une attitude plus restrictive en matière de poursuite de traitement par méthadone (à l'époque de l'enquête la direction des EPO, avait fixé un quota de 12 détenus pouvant bénéficier d'un tel traitement, ce quota a depuis été aboli laissant la mise en œuvre ou la poursuite d'une telle cure à la seule appréciation du service médical).

Elle est, probablement, plus à mettre sur le compte de l'exclusion des circuits de soins de nombreux détenus avant leur incarcération du fait de leur clandestinité.

Certains détenus qui ont commis leur délit en Suisse sont aussi habituellement résidents d'autres pays où l'accès à des programmes de substitution est beaucoup moins facile.

Lieux de détention

Sans surprise, on retrouve des détenus toxicodépendants dans tous les lieux de détention, avec un pourcentage plus élevé en détention préventive qu'en exécution de peine (32.7% vs 22%).

Ceci est à mettre, cependant, en perspective avec le fait que, sur les 41 détenus qui disent avoir consommé en prison, la grande majorité (33 sur 41) disent avoir consommé aux EPO. Les détenus toxicodépendants sont plus souvent exposés à une possible consommation dans cet établissement en raison de la plus grande difficulté à contrôler l'accès à des produits stupéfiants (congés réguliers des détenus).

Ceci donne une indication sur les lieux de détention où il faudrait prioritairement renforcer l'effort de prévention et, en particulier, envisager la remise ou l'échange de matériel stérile comme cela est recommandé dans nombre de textes scientifiques et officiels et comme cela se pratique dorénavant dans au moins 11 établissements pénitentiaires suisses (Evaluation de l'offre médicale de base, enquête menée par la Conférence des médecins pénitentiaires suisses, Duflon et Staub, 2006)

Autres caractéristiques

Les détenus toxicodépendants ne se différencient pas significativement du reste du collectif des détenus en ce qui concerne leur mode de vie, leur situation personnelle et professionnelle.

Ils ont par contre des antécédents carcéraux plus lourds et ont, en particulier, été incarcérés plus fréquemment que le reste du collectif. Ils font aussi l'objet de contrôles de police plus fréquents dans les 6 mois précédents l'incarcération.

En ce qui concerne les habitudes en matière de prévention on remarque une meilleure utilisation du préservatif chez les détenus toxicodépendants et ayant plusieurs partenaires. **Néanmoins l'usage du préservatif reste largement minoritaire** (37.14% chez ceux qui indiquent avoir plusieurs partenaires et 15.78% chez ceux indiquant n'avoir qu'un seul partenaire). Ils sont, par contre, préoccupés de leur status sérologique en matière de VIH puisque 94% ont eu un test VIH avant la détention en cours.

Enfin 71.4% reçoivent une prescription de psychotrope pendant leur incarcération.

b) Sujets ayant des antécédents judiciaires ou pénitentiaires

(1) Placements comme mineurs

39 participants (11.6%) ont été placés dans une institution par la justice des mineurs pendant l'enfance ou l'adolescence. On constate sans surprise que groupe des sujets ayant fait l'objet de placement alors qu'ils étaient mineurs, est incarcéré plus fréquemment à l'âge adulte que le reste du collectif ($p < 0.001$).

Contrairement à ce qu'on aurait pu penser, il n'y a pas plus de personnes ayant des problèmes avec la drogue dans ce sous-groupe ni plus de personnes infectées par les virus des hépatites.

On peut en déduire, avec la réserve due à la taille du groupe des répondants, que **la précocité d'une désinsertion sociale ou d'une marginalisation ne constitue pas, à priori, un facteur de risque infectieux supplémentaire** tout en restant un indicateur d'une délinquance ultérieure.

(2) Participants ayant déjà séjourné en prison

Le profil pénal du collectif respecte la diversité des établissements pénitentiaires où a eu lieu l'étude, ce qui explique pourquoi une grande partie des participants sont des récidivistes.

Près de la moitié des participants à EPIPS a déjà séjourné en prison pour une période d'environ 3 ans pour les hommes et de 1 an et demi pour les femmes.

Comparé aux personnes qui séjournent pour la première fois en prison lors d'EPIPS, ce groupe de récidivistes n'est pas différent en termes d'âge, de niveau de scolarité, de situation professionnelle et personnelle. Il n'y a pas non plus de différence concernant la vente et la consommation de stupéfiants.

Le nombre d'hommes y est significativement plus important ($p=0.0037$) et, surtout, le **nombre de personnes toxicodépendantes ou infectées par le virus de l'hépatite C ($p<0.005$)**.

Ces résultats indiquent que si la précocité de la désinsertion n'est pas en soi un facteur aggravant, la délinquance et par voie de conséquence, **l'existence d'une incarcération antérieure sont, par contre, clairement associées au risque infectieux**. Ceci est conforme à certaines études antérieures sans que l'on puisse identifier si c'est la transgression des conduites ou l'incarcération elle-même qui constituent un facteur de risque.

c) Prostitution

Les prostitués constituent indéniablement un groupe à risque. 25 sujets (5 femmes et 20 hommes) soit 7.44% des 338 participants à l'étude indiquent avoir reçu de l'argent en échange de rapports sexuels alors qu'ils étaient en liberté. Il s'agit de personnes connaissant un problème majeur de toxicodépendance (4 femmes sur 5 et 15 hommes sur 20) et surtout utilisant de manière très insuffisante le préservatif (8 sur 25).

Les sérologies pratiques confirment le risque infectieux au sein de ce groupe : parmi les 25 personnes concernées, 5 (20%) sont HBV+, 2 (8%) sont HCV+ et 2 HIV+ (tableau n°159).

Dans le même ordre d'idées, les sujets recourant à la prostitution constituent aussi un groupe à risque. Ils représentent 25% du collectif (84 personnes). Près de la moitié se déclare polytoxicomane (42.9%) et l'usage de préservatif est loin d'être la règle (63.1% disent ne pas l'utiliser de manière systématique).

d) Homosexuels

Seules 3 personnes (0.90%) se déclarent homosexuelles et 10 bisexuelles (3%). Ce nombre est probablement sous-évalué en raison de l'hostilité manifeste qui règne au sein des prisons à ce sujet. Il est difficile de considérer si ce groupe, en milieu pénitentiaire est exposé à un risque plus important que le reste de la population pénale

e) Sujets originaires d'Afrique subsaharienne

Ceux-ci représentent 10.9% (37 sujets) de la population du collectif. Compte tenu de la prévalence de l'hépatite B dans ce groupe (18, sujets soit 66.7% des 27 sujets ayant accepté la prise de sang) et de la nécessité de mieux différencier les sous groupes de sujets présentant un risque infectieux, il nous semble nécessaire de considérer ces sujets comme constituant un groupe à risque spécifique devant faire l'objet d'études particulière pour, en particulier évaluer si le taux élevé de sujets ayant été au contact de HBV est principalement du à la forte prévalence de ce virus dans leur pays d'origine et de la prédominance de la transmission verticale ou si celle ci se complique des facteurs de risque retrouvés parmi les sujets toxicodépendants ou consommateurs.

C. Comportements à risque

1. Produits entraînant une dépendance : une population fortement consommatrice

a) Participants

La grande majorité des participants (298, soit 88%) a consommé (occasionnellement ou plus souvent) l'une ou l'autre substance **avant l'incarcération**.

Si on exclut l'alcool de l'analyse de la consommation, 179 sujets (52.95%) consomment un produit ou plus, 113 sujets (33.43%) plus de deux produits. La poly-consommation est donc fréquente.

Nos résultats mettent en évidence le **pourcentage élevé de consommateurs de substances entraînant une dépendance** dans notre collectif. Ils prennent encore plus de relief si on les compare à ceux de l'enquête suisse sur la santé réalisée en 2002 par l'OFS qui indique que le pourcentage de consommateurs de substances est indubitablement plus élevé dans le collectif EPIPS que celui comptabilisé dans la population générale suisse pour une classe d'âge comparable (15 à 39 ans) :

<i>Tableau n°160</i>		
<i>Consommateurs de substances induisant une dépendance, comparaison EPIPS et population suisse</i>		
	<i>participants à EPIPS</i>	<i>population générale suisse 2002 âgées de 15 à 39 ans</i>
Haschisch	47.6%	27.7%
Cocaïne	33.1%	2.9%
Héroïne	19.5%	0.9%
Ecstasy	15.4%	2.2%
Amphétamines		1.0%
Méthadone illégale	7.1%	0.2%
Opiacés autres que l'héroïne	6.5%	0.6%

Pour ce qui est de l'alcool, la différence est moins frappante : 83.4% de notre collectif consomment de l'alcool contre 60% dans la population générale suisse.

Ces chiffres témoignent de la fragilité de la population des détenus dans leur rapport aux produits induisant une dépendance.

b) Drogues

Deux substances sont privilégiées : l'alcool et le haschisch consommés respectivement par 84.3% et 47.6% des participants. Viennent ensuite la cocaïne, l'héroïne, l'ecstasy/amphétamines, les cocktails de drogues, les médicaments non prescrits et le Rohypnol® (tableaux n°80 et 159).

Importance de l'usage occasionnel

Plusieurs substances sont consommées de manière occasionnelle, probablement dans un but récréatif et indépendamment de toute dépendance.

C'est le cas pour les deux substances les plus fréquemment consommées (alcool et haschich). 71.9% des consommateurs d'alcool et 54.0% des consommateurs de haschich se disent ainsi non dépendants.

Un constat comparable, mais à une moindre échelle, peut être aussi être fait pour la cocaïne et l'ecstasy où respectivement 46.4% et 26.9% des consommateurs disent ne pas présenter de dépendance.

La consommation débute de manière précoce avec un passage rapide à d'autres produits. Certains des participants font leurs premières expériences de consommation avant l'âge de 15 ans.

Origine des consommateurs

Certaines drogues sont consommées de manière égale dans tous les groupes d'origine (cocaïne), la consommation d'autres produits apparaissant plus variable en fonction de l'origine. Ainsi le haschich apparaît moins recherché par les sujets originaires des Balkans (seuls 26.1% du groupe disent en consommer, alors que ce pourcentage avoisine les 60% pour les autres groupes). Par contre, l'héroïne et d'autres opiacés semblent être principalement recherchés par des sujets d'origine suisse.

2. Réalité de la consommation pendant l'incarcération

a) *Incarcération précédente*

La moitié de notre collectif est constituée de récidivistes (164), 51 de ceux-ci (31.5%) ont consommé une substance addictive lors d'une incarcération précédente. Ce chiffre est impressionnant, car il souligne que la consommation reste une réalité forte, même en milieu pénitentiaire, et malgré les mesures prises pour lutter contre l'introduction et la circulation de produits.

Une consommation fréquente et importante

En détention aussi la **poly consommation n'est pas rare** :

Si on exclut l'alcool, **17 (soit 34% des consommateurs) disent avoir consommé une substance et 23 (soit 46%) plusieurs, certains reconnaissant avoir consommé jusqu'à 6 produits différents (tableau n°87).**

Les substances les plus fréquemment consommées et pour lesquelles on enregistre le plus grand nombre de consommateurs en prison sont le haschisch (36), l'alcool (31) et la cocaïne (15). Ce sont ces mêmes drogues qui sont le plus souvent utilisées dans la vie courante. Sont consommées aussi l'héroïne (11), le Rohypnol® (11), les médicaments non prescrits (10), la méthadone illégale (6) les autres opiacés (5), les cocktails (4), l'ecstasy/amphétamines (2) et le LSD (1).

Tous les modes de consommation sont retrouvés

Les modes de consommation de chaque substance ont été précisées par les 50 personnes concernées pour 131 réponses au total (tableau n°85). Ces substances ont été avalées (48.1%), fumées (29.8%), sniffées (13.7%, 19 réponses), injectées (6.9%, 8 réponses) et « chassées » (1.5%).

On peut considérer que ces sujets se sont potentiellement exposés à un risque de transmission lorsqu'ils se sont injectés, ou qu'ils ont sniffé², des drogues, autrement dit à **27 reprises**. Si le risque de transmission par injection est bien connu les autres vecteurs du risque comme la voie nasale ne le sont pas. Pourtant la pratique de l'inhalation de produits stupéfiants (« sniff ») est désormais reconnue

² L'inhalation de drogue par voie nasale est une source potentielle de contamination par des pathogènes transmissible par le sang.

comme source potentielle d'infection par VIH et HCV³. Compte tenu de l'importance de ce mode de consommation, il nous semble indispensable d'améliorer le message de prévention dans ce sens.

1^{ère} consommation en prison

Celle-ci n'est pas rare, puisque 13 détenus (soit 4.53%) du collectif disent avoir consommé pour la première fois en prison. Ce groupe de détenus est d'ailleurs à haut risque puisque 8 d'entre eux ont consommé en s'injectant le produit et 11 ont été en contact avec HBV ou HCV.

7 sujets disent ne consommer qu'en prison.

b) Incarcération en cours

41 sujets (soit 12.13%) déclarent consommer lors de l'incarcération actuelle. Une valeur comparable (16.6%) avait été enregistrée lors de l'étude pilote (p=0.47).

Substances consommées

Toutes les substances mentionnées dans le questionnaire sont consommées :

- 28 personnes indiquent consommer de l'alcool, et sont détenus essentiellement dans les sites d'exécution de peine. Aucun des 6 participants qui se disent alcooliques n'en consomme.
- 26 personnes indiquent consommer du haschisch. 7 disent y recourir de façon quotidienne, 6 précisent qu'ils sont toxico-dépendants et séjournent sur le site des EPO (Bochuz, La Colonie, Colonie section ouverte).
- 7 détenus consomment de l'héroïne, 5 d'autres opiacés, 4 de la cocaïne, etc.

Si l'on exclut l'alcool, 9 personnes (18%) sont poly – consommatrices.

Modes de consommation

2 personnes se sont injectées de la drogue (4.88% des personnes qui ont consommé des substances illicites au cours de la détention en cours et 0.59% du collectif de l'étude). Le matériel d'injection utilisé était non usagé, obtenu lors d'un congé pour l'une et fourni probablement par une visite pour la seconde. L'une d'elles sait que sa sérologie est positive pour les hépatites B et C, ce que confirment les sérologies faites lors d'EPIPS. La 2^{ème} personne annonce que ses sérologies pour les hépatites sont négatives. L'anti-HBc est positif. Les sérologies VIH sont négatives pour l'un et l'autre.

4 inhalent par voie nasale. Les unes et les autres ont consommé diverses drogues, deux sont toxico-dépendantes. L'une d'elles est vraisemblablement infectée par les virus des hépatites mais a refusé la prise de sang et nous n'avons pas eu accès à son dossier médical.

Prise en charge médicale

Celle-ci reste largement accessible et effective, puisque parmi les consommateurs de substances, 114 bénéficient d'un traitement, notamment 71.42% des détenus qui se déclarent toxico-dépendants. Comme à l'extérieur, la prise en charge pharmacologique de ces sujets peut concerner soit un traitement de sevrage, soit une cure de maintenance, soit la prescription de tranquillisants ou d'hypnotiques. Comme à l'extérieur aussi, cette prise en charge ne suffit pas à abolir la consommation abusive de substances. Les médecins prescripteurs restent d'ailleurs toujours tiraillés entre le souci de prescrire trop de médicaments pouvant entretenir une dépendance et la crainte d'une insuffisance de prescription ne permettant pas de véritablement apaiser le manque ou l'appétence toxicomaniaque.

Cette situation inconfortable se majore du risque toujours important de trafic ou de stockage à des fins suicidaires qui met constamment en débat au sein de l'institution pénitentiaire la question des modalités et de la surveillance des prescriptions et dispensations de médicaments.

³ Information orale donnée lors de la 2^{ème} Conférence latine de réduction de risques liés aux usages de drogues, 22-24 mai 2003, Perpignan et B. Lebeau, réf. Internet)

c) Des chiffres inquiétants

Au total les données collectées au cours de l'étude confirment donc que la consommation de stupéfiants ou de produits entraînant une toxicodépendance reste une réalité du monde de la prison, en Suisse, comme ailleurs dans le monde :

Ainsi, dans les prisons vaudoises :

- **1 détenu sur cinq (20%) consomme des produits addictifs en prison**
- **13 détenus (3.8 % de notre collectif) se sont initiés à la consommation de substance en prison, dont 8 en s'injectant la substance**
- **26 détenus (soit 7.7%) s'exposent ou se sont exposé potentiellement à HBV, HCV ou VIH par injection ou par inhalation lors de l'incarcération actuelle ou lors d'une incarceration précédente**

Si l'on tient compte des conditions dans lesquelles ces substances sont consommées, on réalise le besoin et le degré de dépendance à ces produits. On réalise aussi, à quel point cette consommation oblige les détenus à trouver des stratégies, autant pour se procurer des produits que pour les consommer, qui ne peuvent que conduire à la négligence des précautions nécessaires à une réduction du risque infectieux satisfaisante.

Caractéristiques

Les personnes consomment pendant l'incarcération présentent les caractéristiques suivantes :

elles sont souvent détenues pour des motifs justifiant une longue détention , ce qui est cohérent avec le fait qu'elles se trouvent pour la plupart aux EPO.

78 à 80% d'entre elles consomment habituellement plusieurs substances, la majorité (46.34 % pour ceux ayant consommé pendant l'incarcération actuelle et 58.82% pour ceux ayant consommé pendant l'incarcération précédente) à été dépendante à un moment de leur vie, 17% ont bénéficié d'un sevrage prescrit par le service médical durant leur détention au moment d'EPIPS (tableau n°161).

Accessibilité de la drogue en prison

Lorsque l'on considère la fréquence à laquelle ces différentes substances sont consommées, on peut considérer que diverses drogues circulent dans les prisons vaudoises, mais que leur consommation dépend de leur disponibilité, celle-ci apparaissant variable d'un moment à l'autre, sans que l'on ne doive cependant en minimiser l'importance. Les sites d'exécution de peines sont plus propices à la consommation de substances. Comme la question de la provenance du produit ne figurait pas dans le questionnaire de l'enquête, il est difficile de préciser les circuits empruntés par ces produits. Cependant, l'expérience du personnel pénitentiaire indique que ceux-ci peuvent être multiples, surtout en exécution de peine, dès lors que les détenus bénéficient de congés ou d'un régime plus souple et malgré toutes les précautions prises.

Intensifier la réduction des risques

Cette réalité des chiffres doit être confrontée à la réalité du terrain qui confirme que certains sites pénitentiaires (exécution de peine) sont plus exposés que d'autres à la présence de tels produits. On est cependant loin dans les faits d'un milieu qui pourrait être assimilé à une scène ouverte.

Suivant le point de vue ou l'idéologie à laquelle on se réfère, on peut estimer que, compte tenu de l'importance du nombre de détenus toxicodépendants dans les prisons, l'introduction de produits, serait à priori, dans la majorité des lieux bien contrôlée (en particulier en détention préventive) et n'appellerait pas de modification d'une politique pénitentiaire qui reste basée sur la seule recherche et tentative d'éradication de tout produit.

A l'inverse on peut estimer que le fait même que cette possibilité d'accès et de contamination soit confirmée par nos chiffres de façon aussi importante appelle un développement et une intensification

de la politique de réduction des risques en prison et ce, malgré les réticences des autorités concernées. **Ceci nous amène à soutenir la mise à disposition de matériel de matériel stérile, du moins dans les lieux les plus exposés (exécution de peine).**

3. Sexualité

L'étude pilote avait indiqué que la sexualité en prison restait marquée du sceau du tabou. La deuxième phase de notre étude nuance ce point de vue, puisque la très large majorité du collectif a répondu à l'ensemble des questions concernant la sexualité. (cf. tableaux n°98 à 113).

Si la pudeur, les interdits culturels, des motifs religieux et parfois la peur, sont invoqués par une minorité pour ne pas en parler, la grande majorité estime qu'il est facile d'aborder ce sujet. Point intéressant à relever, l'origine des participants n'influencerait, à priori, pas ou peu, l'avis exprimé sur ce point.

La majorité des participants se dit hétérosexuelle. Les personnes bisexuelles (10) et homosexuelles (2) seraient, à priori, très faiblement représentées dans ce collectif. Les commentaires suscités par le questionnaire donnent à penser que, parmi les détenus, la toxicomanie est mieux acceptée que l'homosexualité: beaucoup s'expriment en termes discriminatoires parfois même violents (37.6%) ne préfèrent pas en parler (10.15%), ou se mettent en colère (17.61%).

Compte tenu de ces réactions dans un milieu clos comme la prison, on comprend que l'homosexualité soit difficile à assumer, même par le truchement d'un questionnaire, ce qui explique, peut-être, les réponses à cette question et la très probable sous-estimation de l'homosexualité de circonstance.

a) **Sexualité à l'extérieur de la prison**

Près de 90% des participants disent avoir eu des rapports sexuels au cours des 6 mois qui ont précédé la détention actuelle : 48.9% avec le même partenaire, 37.9% avec plusieurs partenaires.

On constate de manière logique que ceux qui ont plusieurs partenaires témoigneraient une meilleure sensibilité à la problématique du préservatif que les autres puisque 32.2% l'utilisent toujours contre 13.41% chez ceux qui ont un partenaire unique ($p < 0.001$, tableau n°106).

L'origine des personnes concernées joue aussi certainement un rôle ($X^2=18.35$, $df=7$, $p=0.01$) : logiquement, on relève que les personnes originaires de Suisse semblent plus sensibilisés à cette question que ceux d'autres origines, notamment ceux originaires des Balkans qui témoignent d'une très grande réserve à cet égard.

Une sensibilisation insuffisante en général

Dans la majorité des cas, les personnes qui ont plusieurs partenaires et font un usage inadéquat du préservatif, expliquent que le fait de ne pas utiliser de protection lors de rapports sexuels relève d'un choix délibéré. Pour nombre d'entre elles, ne pas utiliser de préservatif lors d'une relation est la traduction d'une marque de confiance à l'égard du, ou de la, partenaire.

Cette confiance apparaît basée sur des critères totalement subjectifs. En revanche pour prendre cette décision, les sujets tiennent peu compte des résultats sérologiques quand ils les connaissent, ni des comportements à risque qu'ils pourraient présenter.

La prostitution doit faire l'objet d'une prévention spécifique

Autre situation où les détenus s'exposent : le monde de la prostitution auquel un quart d'entre eux a recours à l'extérieur (notamment des personnes poly-toxicomanes) sans faire un usage systématique du préservatif.

Les détenus qui vivent de la prostitution à l'extérieur de la prison représentent moins de 10% du collectif (cf. plus haut). Cependant, ils cumulent les facteurs de risque pour les infections comme HBV, HCV et VIH. En plus d'une précarité sociale et d'un grand nombre de partenaires, ces personnes sont pour la plupart poly-toxicomanes et un tiers utilise de manière inadéquate le préservatif.

On le voit, la nécessité de proposer une information large sur les risques liés à la sexualité non protégée est prouvée et devrait se focaliser sur les situations à risque et les critères de choix de l'usage ou non du préservatif.

Cette information devrait se compléter d'une démarche particulière pour le groupe particulier des sujets se livrant à la prostitution et mettre à profit le temps pénitentiaire pour les sensibiliser au risque majeur qu'ils encourent.

b) Sexualité à l'intérieur de la prison

Les relations sexuelles entre détenus sont peu reconnues

40 personnes déclarent avoir eu des rapports sexuels durant la détention en cours :

- 34 ont un seul partenaire, exécutent une peine et disent avoir eu des relations sexuelles à l'occasion de parloirs privés avec leur partenaire ou à l'extérieur de la prison lors de congés. Cependant **7 personnes donnent des réponses suffisamment ambiguës pour évoquer la possibilité de relations sexuelles avec des co-détenus**. Parmi ceux-ci, 1 est HBV+, 1 HCV+, 1 HIV+.
- 6 exécutent une peine et ont plusieurs partenaires : 2 peuvent avoir bénéficié de congés, les 4 autres compte tenu de leur statut pénal ne peuvent avoir eu que des parloirs privés, donc en principe un seul partenaire. Si un d'entre eux confirme avoir eu des relations sexuelles avec un co-détenu, le doute subsiste pour les autres. Parmi ceux-ci, 1 est HIV +.

Au total, 11 personnes (3.2% du collectif) ont potentiellement eu des relations avec des co-détenus. 8 au minimum n'utilisent pas toujours le préservatif (6 jamais, 1 parfois, 2 pas de réponse à la question).

Une 12^{ème} personne affirme avoir été contrainte à des relations sexuelles avec un co-détenu. D'après les réponses données, le préservatif n'a pas été utilisé.

En résumé, la majorité des relations sexuelles évoquées en milieu carcéral se déroulent lors de parloirs privés ou de congés, autrement dit dans un cadre reconnu. Des relations sexuelles entre co-détenus sont évoquées ou confirmées par 3.5% par des participants. Ce chiffre est faible et probablement largement en dessous de la réalité.

Accès facile au préservatif en prison

Un point est particulièrement positif : seules 2 personnes ont renoncé à l'usage de préservatifs en prison en raison d'une difficulté à s'en procurer (gêne à en faire la demande à l'infirmerie). Le préservatif est disponible dans la pharmacie personnelle remise à l'entrée et à l'infirmerie, où il est facile d'accès (distributeur). Malgré tout, 31 personnes ont renoncé à l'usage systématique du préservatif.

Usage insuffisant malgré l'accès facile

Pourtant :

- 11 personnes qui n'ont qu'un(e) seul(e) partenaire auraient dû malgré tout utiliser un préservatif en raison des risques qu'elles pouvaient potentiellement faire courir
- 6 personnes qui ont eu plusieurs partenaires avaient toutes au moins un critère supplémentaire (dépendance de substance, consommation de drogue, sérologie sanguine) justifiant l'usage du préservatif.

Au total, la moitié des personnes qui indiquent avoir eu des relations sexuelles pendant leur détention auraient dû utiliser un préservatif. Le comportement observé témoigne d'une méconnaissance voire d'une véritable ignorance sur les risques encourus. Ainsi, pour décider ou non de l'usage du préservatif, les avis exprimés par les détenus font essentiellement état de la « confiance » témoignée envers le partenaire et dans une moindre mesure la nature des relations entretenues (par exemple : lors de relations homosexuelles entre femmes, en absence de pénétration).

Ce constat nous conforte dans un travail de prévention qui tiendrait compte des caractéristiques des personnes détenues, de leur connaissance à propos de l'usage du préservatif et des situations à risque auxquelles elles peuvent être confrontées.

c) *Sexualité et toxicodépendance*

On pourrait penser que les personnes souffrant de toxico dépendance sont plus à même d'être attentifs aux recommandations concernant une sexualité protégée, compte tenu souvent de l'ancienneté de leur dépendance et de leur fréquentation régulière des structures de soins.

C'est loin d'être le cas puisque seule une minorité utilise toujours le préservatif (15.78% pour les sujets indiquant avoir toujours le même partenaire, 37.14% pour ceux ayant plusieurs partenaires). Ceci est d'autant plus préoccupant que parmi les personnes n'utilisant qu'épisodiquement, voire jamais, le préservatif on retrouve 11 personnes présentant une sérologie positive au HCV et 1 personne positive à l'Hbs Ag.

Bien sûr, la méconnaissance du diagnostic sérologique dans de nombreux cas peut conduire les sujets à minimiser le risque pris. Mais la séroprévalence témoigne aussi de prises de risques importantes qui devrait inciter les personnes concernées à une vigilance accrue. Là encore un effort particulier reste à porter en termes de prévention.

4. Tatouage

Lors de notre étude, 5% des participants (17 personnes) déclarent porter des tatouages réalisés en prison. Trois-quarts de ces personnes, conscientes des précautions à prendre ont veillé à désinfecter le matériel utilisé avec les moyens disponibles.

Cette prise de conscience et l'intention de bien faire ne sont cependant pas suffisantes. Il faudrait que matériel et méthode soient conformes aux standards nécessaires pour éviter toute contamination. En l'état actuel, plutôt que de se focaliser sur ce seul point, il nous paraît plus important de tenter d'améliorer la connaissance de l'ensemble des détenus à propos des conduites à risque. En effet, l'ignorance actuelle facilite de manière diffuse et mal quantifiable l'occurrence de situations à risques de contamination.

D. Evaluation de la prévention effectuée

a) Prévention des comportements à risques pour les hépatites, VIH et les MST

Existence et utilité de l'entretien d'entrée

Lors de leur arrivée en prison, une large majorité des participants (88.39%) a eu un entretien d'entrée avec un(e) infirmier(e). 40% d'entre eux se souviennent avoir discuté de la prévention des hépatites, du sida et des MST. Plus d'un participant sur 2 (56%) estiment que cet entretien a été utile.

Par contre un tiers le jugent inutile car connaissent déjà les sujets abordés. Ces derniers sont des toxicomanes, ou des personnes ayant un niveau d'éducation élevé ou originaires de régions ayant bénéficié de campagnes de prévention. Un pourcentage plus faible de participants, moins de 20%, ne se sent pas concerné par le sujet.

L'analyse des comportements à risque montre que cette connaissance ne suffit pas à influencer sur les habitudes. Il est aussi évident que contexte carcéral majore aussi les risques liés aux comportements de toxico-dépendance.

Accès large à des pharmacies personnelles

9 participants sur 10 ont reçu leur pharmacie personnelle (« kit de prévention ») qui contient le matériel de désinfection nécessaire pour une injection intraveineuse et 3 préservatifs.

Les chiffres enregistrés lors d'EPIPS diffèrent de ceux du SMPP pour l'année 2001. Cette année-là, 61.1% des détenus avaient reçu leur pharmacie personnelle.

Une analyse plus fine de la pratique du SMPP montre que la remise systématique du kit de prévention est soumise à d'importantes fluctuations, tributaires de l'absence de personnel ou de forte affluence de détenus. Ce constat pose la question de la permanence et de la continuité des démarches de prévention.

Usage et intérêt de cette pharmacie

Ce kit de désinfection est utilisé par deux tiers des détenus, mais avant tout pour désinfecter une plaie ou faire un pansement. Certains pourraient penser qu'il s'agit là d'un mauvais usage du kit de prévention. Nous ne partageons pas ce point de vue pour plusieurs raisons. Ce kit représente, en effet, la possibilité de prendre soin de soi et de prendre conscience de sa santé. Il donne l'occasion de se souvenir des précautions à prendre pour ne pas s'exposer aux MST, aux virus des hépatites et à VIH. Finalement, il est l'occasion de parler de santé entre détenus, voire entre détenus et surveillants. En utilisant le « kit de prévention » comme ils le font, les détenus intègrent des préoccupations de santé publique dans leur pratique quotidienne.

En résumé :

- les détenus **se souviennent de leur visite d'entrée** et pour une certaine part se rappellent d'y avoir parlé de prévention
- Une telle visite est **une occasion unique de faire de la prévention** auprès de personnes qui ont fréquemment des comportements à risque, ou ne sont pas accessibles à la prévention usuelle (mode de vie, origine, problème linguistique), et qui vont connaître la promiscuité et avec de fortes chances d'être confrontées aux comportements à risque d'autres détenus.
- La pharmacie personnelle est utile mais ne constitue pas cependant un véritable moyen complet de prévention des transmissions infectieuses, malgré la présence de désinfectant et en raison de l'impossibilité d'accéder à du matériel d'injection stérile.

Améliorations à apporter

Un effort considérable est nécessaire pour ancrer la prévention dans la philosophie quotidienne des soignants et de l'institution pénitentiaire, pour permettre à une population souvent illettrée et parlant souvent mal le français d'accéder à une information adaptée.

La diversité d'origines est aussi un facteur de complexité qui confronte les personnes chargées de prévention à une population hétérogène du point de vue des connaissances en la matière et aux prises avec des présupposés et souvent une grande ignorance alors même qu'elle côtoie un nombre important de détenus appartenant à des groupes à risque.

Outre des informations explicites, complètes et récurrentes, **la mise à disposition de matériel stérile unanimement recommandée ne peut plus souffrir d'exception**, notamment dans des lieux fortement exposés à la consommation (dans le cas présent, les Etablissements de la Plaine de l'Orbe devraient bénéficier d'un tel programme).

b) Dépistage insuffisant des maladies transmissibles

Dépistage HIV

Deux-tiers des participants à l'étude avaient effectué antérieurement un test HIV. On remarque cependant que 20.9% des personnes ayant plusieurs partenaires et n'utilisant que parfois ou jamais le préservatif n'avaient jamais fait de test HIV avant l'étude.

La pratique du test HIV en détention reste très marginale (seuls 4.7% des détenus en ont bénéficié en 2001) et mériterait d'être intensifiée compte tenu de ce qui précède, tout en tenant compte du fait que notre étude n'a pas retrouvé de cas non dépistés.

La fluctuation de l'épidémie étant cependant imprévisible, elle devrait conduire à une meilleure systématique du dépistage HIV

Hépatite

Seuls 27.68% des détenus se sont vu proposer des tests de dépistage de l'hépatite alors que plus de la moitié du collectif provient de régions à risque et que 27.6% indiquent avoir été dépendants à au moins une substance.

La pratique du dépistage, du point de vue des médecins concernés, répond à une démarche anamnétique qui prend en considération les facteurs et les prises de risque éventuels. **Dans les faits la démarche apparaît plus floue**, sans que l'on puisse déterminer si le dépistage est perçu comme étant largement extensif ou dépendant de la demande des patients.

En effet, sur un plan statistique aucun élément ne permet de donner une indication sur ce qui oriente la décision de dépistage (toxico-dépendance ou non, sujets ayant des partenaires multiples et utilisant ou non le préservatif à bon escient, etc.).

Les personnes **en détention préventive se voient proposer ces tests de dépistage plus facilement que celles en exécution de peine**. Parmi les explications possibles, on peut estimer que l'entrée en prison préventive correspond à l'entrée dans le milieu carcéral, le séjour étant souvent de courte durée, les soignants travaillant dans ce secteur sont plus attentifs à faire œuvre de dépistage.

Une large majorité des personnes à qui un test de dépistage n'a pas été proposé (65.35% sur 228) estiment que ces tests de dépistage leur auraient été nécessaires : un cinquième était dépendant de substances, un quart ont plusieurs partenaires et n'utilisent pas toujours un préservatif lors de rapports sexuels, plus de la moitié provenaient de régions à risque.

14 personnes affirment que ces tests de dépistage leur ont été refusés : 11 de ces personnes sont en exécution de peine, 13 ont des facteurs de risques, 7 se souviennent d'avoir eu des sérologies pour les hépatites, 12 ont eu précédemment un test VIH. De ces données, il semblerait que ces personnes auraient pu bénéficier de tests de dépistage. La question se pose d'une évolution des pratiques médicales lors de l'admission en prison.

c) Vaccinations

Selon les recommandations en vigueur au sein du SMPP, les vaccinations contre la diphtérie et le tétanos devraient être proposées systématiquement à toutes personnes détenues aux EPO (Bochuz et La Colonie). C'est le cas pour moins de 50% des détenus du collectif étudié.

La vaccination contre le virus de l'hépatite B est recommandée pour tous les détenus. Moins de 20% se souviennent avoir une telle proposition et parmi ceux-ci, la majorité d'entre eux exécutent une peine, sont des personnes non toxicomanes et proviennent de la région des Balkans, de Suisse et d'Europe de l'Ouest.

X. Conclusion et recommandations

Notre étude donne finalement une image de la situation plus nuancée qu'on aurait pu le craindre, notamment en matière d'infection à VIH.

Elle rend compte, cependant d'un certains nombre d'aspects préoccupants mais indique des pistes qu'il convient de développer rapidement pour éviter l'aggravation d'une situation qui souligne **l'évidence des occurrences de contamination infectieuse.**

A. Constats

Poursuivre et élargir une politique de réduction des risques

Pendant longtemps les recommandations organisant la lutte contre les maladies infectieuses en milieu pénitentiaire se sont structurées autour des principes cardinaux de la réduction des risques : **accès à du matériel d'injection stérile et développement des thérapies de substitution** pour les détenus toxicodépendants.

Ces principes, directement issus des campagnes de prévention contre le VIH restent toujours d'actualité et notre étude indique avec insistance que la prison ne peut plus se satisfaire de demi vérités pour conduire une véritable prévention.

Sans pouvoir être comparée à une scène ouverte, **la consommation de produits addictifs demeure importante en prison** malgré tout ce qui peut être entrepris pour en empêcher l'introduction et les conduites à risques sont multiples. De ce fait, sans considérer la prison comme une scène ouverte, il est absolument indispensable de prendre en compte cette dimension pour prévenir un risque infectieux bien réel. Le développement des thérapies de substitution reste un axe prioritaire dont on a bien montré l'importance bénéfique aussi pour les courts séjours en milieu pénitentiaire que ce soit en termes de diminution de la mortalité qu'en terme de diminution des séroconversions à l'hépatite C (Dolan, 2005).

L'hépatite C est au devant du tableau

Par contre, le paysage infectiologique a considérablement évolué, plaçant l'hépatite C au devant du tableau, réalité qui est mondialement partagée dans les prisons (Champion, 2004). Cette nouvelle réalité a des incidences considérables autant en termes de politique sanitaire, que de prévention et de **traitement. En effet, la prévention spécifique à cette pathologie est mal connue et les options thérapeutiques sont encore mal définies obéissant à des recommandations variables qui laissent les praticiens perplexes quant à l'attitude à adopter** dans de nombreux cas et compte tenu du coût considérable que risque d'engendrer une prise en charge systématique.

Une culture de prévention est à développer et intensifier dans la continuité

La prévention de ce type d'infection impose le développement d'une **véritable culture qui va au delà de la prévention des risques telle qu'elle se pratique jusqu'à maintenant**, mais qui nécessite la promotion durable d'une éducation continue à la santé et à l'hygiène.

Notre étude indique que la population carcérale reste une population à très haut risque infectieux en raison de deux facteurs qui restent stables dans le temps : **la présence de détenus toxicodépendants et la multiplicité des origines des détenus qui peuvent être originaires de toutes les régions du globe**, notamment celles où existent d'autres modes de transmission.

Le risque est **fluctuant mais insistant et évolutif et variable**, il est le reflet de l'évolution de la scène de la drogue dans la cité mais s'intrique avec la pression et la promiscuité pénitentiaire, et se complique de situations conjoncturelles (un seul détenu consommateur et qui distribue de la drogue dans une détention peut être source d'un risque considérable).

Une prévention adaptée à l'évolutivité du risque

La nature même du virus en cause dans l'hépatite C nécessite une **modification considérable de l'hygiène quotidienne** qui impose « d'être attentif aux gestes quotidiens pouvant provoquer des contacts avec du sang ou des objets souillés par du sang ou des traces de sang (même séché) » (Hep ch Prévention+ Thérapie, OFSP, 2005, p 38). Ce qui pose la question de l'accès et du renouvellement régulier des objets de toilette et de la désinfection de tout ce qui fait le quotidien d'un détenu.

Eviter et gérer l'inquiétude du milieu

Enfin la plus grande difficulté réside dans la **mise en oeuvre de stratégies efficaces et durables**, recueillant l'adhésion de l'ensemble des personnels sans susciter de psychose ou de réflexes de méfiance ou d'ostracisme.

Celles-ci doivent reposer sur une culture de prévention et d'information sauvegardant les principes éthiques de l'exercice médical (et notamment la confidentialité) mais bénéficiant du soutien des personnels de surveillance, ce qui peut parfois représenter la quadrature du cercle.

Seule une **formation et informations continues** s'adressant spécifiquement au personnel de surveillance, des échanges réguliers et une prise en charge appropriée et complète (psychologique et somatique) des incidents (piqûres, ...) peut permettre de dépasser les traditionnels antagonismes entre équipes soignantes et équipes de surveillance et permettre l'établissement de cette culture de prévention

Eléments favorables ressortissants de l'étude

La prévalence de **l'infection VIH enregistrée est faible**, de l'ordre de 1.0%, les personnes contaminées connaissent leur diagnostic et ont un suivi médical régulier et approprié. Néanmoins, cette situation est susceptible d'évoluer tant elle est tributaire de l'évolution de l'épidémie elle même.

La prévention mise en place par le service est reconnue par un nombre important de détenus. Les kits de désinfection sont largement distribués et utilisés par les détenus, des préservatifs sont disponibles et facilement accessibles sur tous les sites de détention.

Eléments préoccupants et justifiant d'une évolution des possibilités de prévention et de traitement

1 - Hépatites B et C : prévalence importante et méconnaissance du status

La prévalence de l'hépatite dans les prisons vaudoises est environ dix fois supérieure à celle retrouvée pour la population générale suisse pour l'hépatite C et pour l'antigène de l'hépatite B.

Le risque infectieux est réel et important puisque **15% des sujets du collectif présentent un risque sérieux de transmission à autrui.**

Dans l'immense majorité des cas la situation infectiologique est méconnue puisque seulement 36% des 39 personnes infectées et potentiellement contaminantes sont adéquatement au courant de ce fait.

Le **flou qui règne quant à l'attitude à adopter face à une séropositivité** à l'hépatite C (quelles investigations ? quelles possibilités de traitement ? etc.) renforce probablement le phénomène et constitue un frein à un dépistage plus systématique qui représente, en outre un coût important.

2 - Consommation de toxiques

La population pénitentiaire est une **population très vulnérable de ce point de vue, consommant de façon très largement supérieure à la population générale** un grand nombre de substances induisant potentiellement une dépendance. Ceci majore considérablement le risque lorsqu'un détenu se trouve confronté à une opportunité de consommation et en l'absence de toute dépendance.

On peut souligner que la prison est susceptible d'induire des consommations, puisque **13 détenus de notre collectif disent avoir débuté leur consommation en prison** (dont 8 en s'injectant le produit). Ce constat n'est pas nouveau mais est véritablement objectivé.

Un quart du collectif dit être dépendant de l'une ou l'autre substance et un détenu sur cinq consomme occasionnellement ou régulièrement en prison l'une ou l'autre substance induisant une dépendance (et notamment de la cocaïne ou de l'héroïne).

Compte tenu des résultats sérologiques, les prises de risque sont importantes quelle que soient les voies de consommation qui sont toutes retrouvées, même si la voie injectable semble moins utilisée.

3 - Sexualité

La problématique de la sexualité en prison reste toujours très difficile à aborder. Néanmoins notre étude confirme l'importance du travail d'information et de prévention à faire dans ce domaine. La sexualité protégée est loin d'être la règle, l'usage du préservatif s'avérant très largement insuffisant et mal compris, malgré la mise à disposition de préservatifs dans toutes les détentions.

Ceci est d'autant plus préoccupant que **des relations sexuelles entre détenus ont lieu occasionnellement**. De plus, près de 7% des détenus vivent, à l'extérieur de la prison, de la prostitution sans avoir réellement adopté des pratiques en rapport avec le risque encouru.

4 - Expositions potentielles à du sang

Indépendamment de la voie veineuse qui semble peu fréquente mais non exceptionnelle, les occurrences de contamination, compte tenu de la résistance d'un virus comme celui de l'hépatite C, existent lors de prise de drogue par voie nasale, mais aussi lors de **multiples gestes de la vie quotidienne en milieu pénitentiaire**. Parmi ceux-ci on peut citer le tatouage (aiguilles non stériles), le rasage (utilisation du rasoir d'un co-détenu) ou d'autres gestes d'hygiène quotidienne qui imposent l'utilisation d'objets personnels. Là encore, la promiscuité pénitentiaire, l'approvisionnement tardif ou insuffisant en matériel de première nécessité peuvent être facteur de risque.

5- Dépistage des infections dues à HBV, HCV et VIH et des maladies sexuellement transmissibles

Le dépistage des maladies infectieuses transmissibles, malgré des démarches médicales relativement clarifiées et définies reste encore notablement insuffisant.

Ces différents constats ont comme toile de fond une population de détenus aux origines ethniques et culturelles multiples, qui connaissent souvent des difficultés linguistique voire de lecture et pour lesquels la précarité constitue le quotidien.

B. Recommandations

Nos propositions s'organisent autour de deux axes :

- A un niveau national pour permettre l'**élaboration de recommandations** pouvant être reprises dans la plupart des établissements pénitentiaires mais aussi pour créer les outils et organismes permettant de suivre et d'évaluer régulièrement l'évolution du risque infectieux et la nécessité des interventions thérapeutiques et coordonner les interventions
- A un niveau local pour **esquisser une politique propre à chaque établissement** pénitentiaire

1. A un niveau national

Indicateurs

La définition d'un certain nombre d'**indicateurs permettant de suivre l'évolution de la morbidité** et des groupes à risque d'un établissement à l'autre ainsi qu'au niveau national nous apparaît une nécessité. Parmi ces indicateurs devraient figurer, outre les séroprévalences retrouvées dans chaque établissement (à partir d'une méthode permettant de tenir compte de la mauvaise connaissance de la morbidité infectieuse, que ce soit un échantillonnage aléatoire ou un dépistage proposé

systématiquement), l'importance des principaux groupes à risque documentés ainsi que les profils des populations carcérales concernées.

Suivi épidémiologique

Ce suivi devrait être le fait d'un **Observatoire de la santé en prison** permettant d'élaborer ces indicateurs, de diffuser les recommandations pertinentes mises à jour et adaptées au milieu pénitentiaire, de renseigner les organisations professionnelles en les aidant à définir des standards en termes de vaccination, de dépistage et d'entretien d'accueil.

Suivi thérapeutique

La complexité propre au traitement de l'hépatite C, les divergences quant aux critères de traitement, leur évolutivité (Paris, 2006), les difficultés inhérentes à la mise en œuvre d'un traitement en milieu pénitentiaire et le coût rendent à notre avis indispensable à court terme l'organisation d'une **Conférence de consensus** en la matière réunissant médecins spécialistes en infectiologie et praticiens du monde pénitentiaires

2. A un niveau local

Les propositions ci-dessous partent du constat développé ci-dessus et visent à promouvoir une approche globale de la question en sensibilisant les différents acteurs du monde pénitentiaire et seule susceptible de permettre souplesse et continuité pour établir la culture de prévention mentionnée plus haut

Actions orientées

a) *Détenus*

- Envisager avec les autorités concernées l'installation d'automates d'échange de seringues dans les secteurs les plus sensibles (Colonie des EPO)
- Tenir compte des difficultés de compréhension voire de l'illettrisme de certain détenus pour diffuser les messages de prévention : séances de groupes, moyens audio-visuels.
- Poursuivre la distribution de kits de désinfection.
- Organiser des discussions à thème, avec le concours des équipes socio-éducatives pour permettre une approche moins passionnelle de certains thèmes (sexualité, multiculturalisme) et aborder la prévention dans la vie quotidienne.

b) *Service médical*

- La pérennisation du poste d'infirmière de prévention apparaît indispensable pour garantir la continuité et l'évolutivité des actions de prévention.
- Standardiser et systématiser l'approche anamnétique lors des examens d'admission (médical et infirmier).
- Adapter le dossier médical afin de faciliter le suivi infectiologique et optimiser le recueil de données.
- Développement de références infirmières systématiques pour les patients souffrant de problématiques de toxicodépendance.

c) *Personnel pénitentiaire*

- Formation et information continues du personnel pénitentiaire en coordination avec les services chargés du suivi sanitaire du personnel.
- Proposer une réflexion sur les épisodes de consommation et la gestion de la contradiction existant entre la prévention orientée sur une réduction des risques et la mission répressive de la prison.

Prévention spécifique des comportements à risque

d) *Prise en charge des dépendances*

- Poursuite du développement des traitements de substitution et intensification et diversification de la coordination avec les circuits de prise en charge extérieurs,
- Développer un suivi clinique et épidémiologique de la problématique alcoolique en milieu pénitentiaire.
- Systématiser les informations sur les risques liés aux modes de consommation et en assurer la mise à jour.

e) *Sexualité*

- Développer une stratégie de prévention concertée avec les autorités pénitentiaires et les services socio-éducatifs visant à améliorer l'utilisation du préservatif. Ce programme devrait être particulièrement attentif à :
 - Ø La mise à disposition renforcée des préservatifs (distributeurs dans tous les quartiers de détention)
 - Ø Une information plus ciblée dans les périodes plus sensibles (périodes de congé, passage en semi-liberté)
 - Ø L'utilisation des circuits de télévision intérieurs pour diffuser une information aux moyens de supports audio-visuels
- Elaborer un programme de prévention spécifique pour les personnes qui vivent de la prostitution à l'extérieur de la prison

f) *Tatouage*

- Développer une information spécifique sur la pratique du tatouage et les risques inhérents.

Dépistage et prise en charge des pathologies infectieuses

g) *Vaccinations*

- Améliorer le suivi des pratiques vaccinales en tenant compte des différents régimes pénitentiaires

h) *Hépatites*

- Augmenter l'offre du test de dépistage pour le virus HBV :
 - Ø chez les détenus qui présentent des facteurs de risques (toxicomanie, partenaires multiples, séjour ou origine de régions à haute endémie, transfusions), quelque soit le site de détention
 - Ø chez les détenus qui en font la demande et après accord médical
- Discuter de la vaccination contre HBV avec tous les détenus après vérification de leur statut vaccinal
- Systématiser la possibilité de débiter et de planifier une vaccination contre HBV pour les détenus en détention préventive autant qu'en exécution de peine
- Pratiquer un test de dépistage de l'infection HCV , quelque soit le site de détention :
 - Ø chez les détenus toxicomanes, notamment ceux vivant en Suisse
 - Ø chez les détenus ayant un passé de toxicomanie
 - Ø chez les détenus ayant séjourné ou provenant de régions à haute endémie
 - Ø chez les détenus ayant eu des transfusions

- Ø chez les détenus qui en font la demande et après accord médical
- Définir une stratégie de prise en charge identique et concertée entre praticiens pour tous les détenus infectés par HCV, incluant la possibilité de recourir aux thérapeutiques au long cours
- Organiser la possibilité d'un bilan, d'un traitement et d'un suivi médical adéquat, pour tous les détenus atteints par cette infection
- Organiser une consultation infectiologique spécialisée régulière dans les différents sites pénitentiaires et mettre en place un suivi épidémiologique et évaluatif des actions entreprises.

i) Infection VIH

- Dans la mesure où les pratiques actuelles en la matière sont adéquates, dépistage uniquement si notion de prise de risque ou absence de status documenté récent pour les détenus ayant des facteurs de risque.
- Poursuivre la prise en charge des personnes infectées telle qu'elle se fait actuellement.

Bien évidemment ces actions ne pourront être entreprises que si elles recueillent l'adhésion et le soutien des autorités pénitentiaires et sanitaires du canton. Faute d'un tel soutien la continuité et la durée nécessaire à une telle mise en place ne pourront que faire défaut avec le risque de laisser se développer une épidémie toujours plus insidieuse.

XI. Bibliographie

1. Abraham T. Re: Tattooing and hepatitis C infection. *BMJ* 2001, 323: 1209.
2. Académie Suisse des Sciences Médicales. Exercice de la médecine auprès de personnes détenues. Directives médico-éthiques de l'ASSM., *Bulletin des Médecins Suisses*, 2003;84, 7 : 311-315.
3. Allwright S., Bradley F., Long J., Barry J., Thornton L., Parry J.V. 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.
4. Anand C.M., Fonseca K., Walle R.P., Powell S., Williams M. Antibody to hepatitis C virus in selected groups of Canadian urban population. *Int. J. Epidemiol.* 1992, 21(1): 142 - 145.
5. Anda R.F., Perlman J.B., D'Alessio D.J., Davis J.P., Dodson V.N. Hepatitis B in Wisconsin male prisoners: Considerations for serologic screening and vaccination. *Am J Public Health* 1985, 75: 1182 - 1185.
6. Anonymous. Hepatitis C in patients with human immunodeficiency virus infection : diagnosis, natural history, meta-analysis of sexual and vertical transmission, and therapeutic issues. *Infect. Dis. Clin, Pract.* 2001, 10, 1 : 72.
7. Anonymous. Seroprevalence of hepatitis C virus infection at the time of entry to prison in the prison population in the north-east of Spain. *Rev Esp Salud Publica* 1998, 1: 43 - 51.
8. Babudieri S., D'Offizi G.P., Carbonara S., Starnini G. Directly Observed Therapy to Treat HIV Infection Prisoners. *JAMA* 2000, 284, 2: 179 – 180.
9. Babudieri S., Starnini G., Brunetti B., Carbonara S., D'Offizi G.P., Monarca R., Mazzarello G. Novati S., Casti A., Florenzano G., Quercia G., Iovinella E., Sardu C., Romano A., Dierna M., Vullo S., Pintus A., Maida I., Dori L. Ardita S., Mura M.S., Andreoni M., Rezza G. HIV and related infections in Italian penal institutions: epidemiological and health organization note. *Annali Dell'Istituto Superiore di Sanita.* 2003: 39 (2): 251-257.
10. Bachmann L.H., Lewis I., Allen R., Schwebke J.R., Leviton L.C., Siegal H.A., Hook E.W.. Risk and prevalence of treatable sexually transmitted disease at a Birmingham substance abuse treatment facility. *Am J Public Health* 2000, 90 : 1615 - 1618.
11. Bader T. Hepatitis B carriers in the prison population. *N. Engl. J. Med.* 1983, 308 (5): 281.
12. Bain V. G. Effect of HCV viral dynamics on treatment design : lessons learned from HIV. *AJG* 2001, 96, 10 : 2818 – 2828.
13. Barakat H.A., Clarkston W. K., Smith O. J., Quiason S. G., Pandya P.K., Afzal Z. A. The rose of liver biopsy in chronic HCV therapy. *AJG Abstract* 365.
14. Baren K. Europe-wide survey finds widespread drug abuse in prisons. *The Lancet* 2001, 358: 821.
15. Barlet P., Beaupère P., Chevry P., Gonin D., Gravier B., Weber D. Conditions de vie en détention et pathologies somatiques, 203 pp., ALCAS, Lyon 1991
16. Baseman J., Leonard L., Ross M., Hwang L.-Y. Acceptance of syphilis screening among residents of high-STD Houston communities. *Int J of STD & AIDS.* 2001, 12, 11: 744 - 749.
17. Bath G.E., Scott T.G., Sibbald C.J., Upton P.A., Ramsay C.N., Willocks L.J.. Acute hepatitis B in Edinburgh 1975 – 92 : a retrospective study in a population where human immunodeficiency virus is highly prevalent. *Epidemiol. Infect* 1997, 119: 85 - 89.
18. Bayas J.M., Bruguera M., Martin V., Mayor A., De la Puente M.L., Laliga A. et al. Hepatitis B y delta en reclusos juvenes. *Med. Clin.* 1990, 94: 164 - 168.
19. Bayas J.M., Bruguera M., Martin V., Vidal J., Rodes J., Salleras L.Y. Hepatitis B vaccination in prisons: The Catalanian experience. *Vaccine* 1993, 11 (14): 1441 - 1444.

20. Behrman J. Long-term Prognosis of Hepatitis C Virus Infection. *JAMA* 2000, 284, 20 : 2592-2593.
21. Beltrami J.F., Cohen D.A., Hamrick J.T., Farley T.A. Rapid screening and treatment for sexually transmitted diseases in arrestees : a feasible control measure. *Am J Public Health (United States)* 1997, 87 (9) : 1423 - 1426.
22. Benninghoff F., Gervasoni J.P., Dubois-Arber F. Monitoring des activités des structures à bas seuil d'accès pour toxicomanes en Suisse : remise de matériel d'injection stérile, résultats pour 1993 et quelques exemples cantonaux. *Soz Praeventivmed* 1996 ;41(Suppl) : S5-S14.
23. Benninghoff F., Gervasoni J.P., Spencer B., Dubois-Arber F. Caractéristiques de la clientèle des structures à bas seuil d'accès pour toxicomanes mettant à disposition du matériel d'injection stérile en Suisse *Rev Epidemiol Santé Publique* 1998, 46 (3) : 205-217.
24. Benmebarek M., Delessert D., Gravier B. Prise en charge médicale des personnes toxicodépendantes dans le système pénitentiaire vaudois. *Revue médicale de la Suisse romande*. 2004, 124: 889-891.
25. Best D., Noble A., Finch E., Gossop M., Sidwell C., Strang J. Accuracy of perceptions of hepatitis B and C status. *BMJ* 1999, 319: 290 – 291.
26. Bird A. G., Gore S.M., Hutchinson S.J., Lewis S.C., Cameron S. Burns S. Harm reduction measures and injecting inside prison versus mandatory drugs testing : results of a cross sectionnal anonymous questionnaire survey. *BMJ* 1997, 315 : 21 - 24.
27. Bird A.G., Gore S.M. Burns, S.M., Duggie J.G. Study of infection with VIH and related risk factors in young offenders'institution. *BMJ* 1993, 307 (6898): 228 - 31.
28. Bird A.G., Gore S.M., Jolliffe D.W. Burns S. Anonymous VIH surveillance in Saughton Prison, Edinburgh *AIDS*. 1992, 6: 725 - 733.
29. Bolli K. Traitements et soins donnés aux toxicomanes incarcérés (l'exemple d'une prison en Suisse alémanique). *Lettre de l'USP (supplément à Pratiques)* 1997, 1 : 21 - 31.
30. Brugera M., Barrera J.M., Costa J., Sanchez-Tapias J.M., Gelabert A., Ercilla G. et al. Infeccion por los virus de la hepatitis en los reclusos y funcionarios de una institucion penitenciaria. *Med. Clin.* 1985, 84: 593 - 595.
31. Bruno R., Sacchi P., Puoti M., Soriano V., Filice G. HCV chronic hepatitis in patients with HIV : clinical management issues. *AJG* 2002, 97, 7 : 1598 – 1606.
32. Buffington J., Damon S., Moyer L., Culver D. Racial Differences in Knowledge Regarding Hepatitis C Virus Infection. *JAMA* 2000, 284, 13 : 1651 – 1652.
33. Bull S. S., Jones C.A., Granberry-Owens D., Stoner B.P., Rietmeijer C.A. Acceptability and Feasibility of Urine Screening fo Chlamydia and Gonorrhea in Community Organizations : Perspectives From Denver and St. Louis. *American Journal of Public Health* 2000, 90, 2 : 285 – 286.
34. Bulletin de l'Office fédéral de la santé publique Sida et VIH en Suisse. Situation épidémiologique Fin 1997. Septembre 1998.
35. Bulletin de l'Office fédéral de la santé publique. Les infections par le virus de l'hépatite C - Epidémiologie, prévention et traitement Bulletin 1998, 49 : 1 - 12.
36. Bulletin de l'Office fédéral de la santé publique. Mortalité due au VIH jusqu'à la fin 1996. Renversement de tendances grâce aux nouvelles thérapies. 1998, 49 : 24 - 27.
37. Bulletin de l'Office fédéral de la santé publique. Sida et VIH en Suisse Les caractéristiques de l'épidémie en 1997. 1998, 44 : 5.
38. Bulletin de l'Office fédéral de la santé publique. Pas de nouvelle diminution du nombre de cas de sida malgré l'efficacité des thérapies.2005, 28 : 480 - 488.
39. Butler T., Robertson P., Kaldor J., Donovan B.. Syphilis in New South Wales (Australia) prisons. *Intern J of SITD & AIDS*. 2001, 12, 6: 376 - 379.

40. Butler T.G., Dolan K.A., Ferson M.J., McGuinness L.M., Brown P.R., Robertson P.W. Hepatitis B and C in New South Wales prisons : prevalence and risk factors. *Med J Aust (Australia)* 1997, 166 (3) : 127 - 130.
41. Cainelli F, Longhi M.S., Concia E., Vento S. HIV-1 progression in hepatitis-C-infected drug users. *Lancet* 2001, 357, 1361 - 1363.
42. Caldero M.D., Hernandez-Gil A., Nicolas C., Brufau C., Martinez A., Martinez I. Marcadores de hepatitis B en un estudio de detección de enfermedades de transmisión sexual en el Centro Penitenciario Provincial de Murcia. *Rev. Clin. Esp.* 1987, 181: 159 - 162.
43. Calzavara L., Schlossberg J., Burchell A.N., Myers T., Millson M., Wallace E., Major C. Inmates' opinions on bleach and needle distribution in correctional centres in Ontario, Canada 12th World AIDS Conference, Geneva June 28-July 3, 1998, poster 43400.
44. Cammà C., Giunta M., Pinzello G., Morabito A., Verderio P., Pagliaro L. Chronic Hepatitis C and Interferon Alpha: Conventional and Cumulative Meta-analyses of Randomized Controlled Trials. *AJG* 1999, 94, 3: 581 - 595.
45. Carvell A.L.M., Hart G.J. Risk behaviours for VIH infection among drug users in prison. *BMJ* 1990, 300: 1383 - 1384.
46. Cawthorne C.H., Rudat K.R., Burton M.S., Brown K.E., Luxon B.A., Janney C.G., Fimmel C.J. Limited Success of HCV Antiviral Therapy in United States Veterans. *AJG.* 2002, 97,1: 149 - 155.
47. CDC. Anonymous or Confidential HIV Counseling and Voluntary Testing in Federally Funded Testing Sites – United States, 1995-1997. *JAMA* 1999, 282, 4: 321 – 322.
48. Assessment of sexually transmitted diseases services in city and county jails. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 1998, 47 (21) : 429 - 431.
49. CDC. Hepatitis B Outbreak in a State Correctional Facility, 2000. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 2001, 50, 25: 529 – 532.
50. CDC. Outbreak of Syphilis Among Men Who Have Sex With Men - Southern California, 2000. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 2001, 50, 7 : 117 – 120.
51. CDC. Prevalence of Hepatitis C Virus Infection Among Clients of HIV Counseling and Testing Sites – Connecticut, 1999. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 2001, 50, 27 : 577 - 581.
52. CDC. Primary and Secondary Syphilis - United States, 1998. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 1999, 48, 39 : 873 - 878.
53. CDC. Primary and Secondary Syphilis - United States, 1999. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 2001, 50, 7 : 113 – 117.
54. CDC. Tuberculosis Outbreaks in Prison Housing Units for HIV-Infected Inmates-California, 1995-1996. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 1999, 48, 4: 79 - 82.
55. CDC. VIH/AIDS Education and Prevention Programs for Adults in Prisons and Jails and Juveniles in Confinement Facilities-United States, 1994. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 1996, 45 (13): 268 – 271.
56. Champion J.K., Taylor A., Hutchinson S., Cameron S., Mc Menamin J. , Mitchell A , Goldberg, D., Incidence of Hepatitis C Virus Infection and Associated Risk Factors among Scottish Prison Inmates: A Cohort Study, *American Journal of Epidemiology.* 2004; 159:514-519.
57. Charuvstra A;, Stein J., Schwartzapfel B., Spaulding A., Macalino G., Rich J. Hepatitis B Vaccination Practices in State and Federal Prisons. *Public Health Reports.* 2001, 116, 3: 203 - 209.
58. Cherry D.P., Aufderheide D.H. Care of Prison Inmates by Impaired Disciplined Physicians. *JAMA* 1999, 281, 20: 1889 – 1891.
59. Cheung R. C. Epidemiology of hepatitis C virus infection in American veterans. *AJG* 2000, 95, 3 : 740 – 747.

60. Chiamonte B.M., Pupo A., Menegon T., Baldo V., Malatesta R. and Trivello R. HBV and HCV infection among non-European Union immigrants in North-East Italy. *Epidemiol. Infect.* 1998, 121: 179 - 183.
61. Chiamonte M., Trivello R., Renzulli G., Zampieri L., Faneco A., Floreani A. et al. Hepatitis B virus infection in prisons. A seroepidemiological survey in prisoners and attending staff. *J. Hyg. Camb.* 1982, 89: 53 - 58.
62. Chossegros, P. L'hépatite B: une prise en charge negligee, 2ème congrès européen de médecine pénitentiaire, Strasbourg, 4 et 5 nov..2004
63. Christensen P.B., Krarup H.B., Niesters H.G., Norder H., Georgsen J. Prevalence and incidence of bloodborne viral infections among Danish prisoners. *Eur J Epidemiol* 2000, 16, 11 : 1043 – 1049.
64. Conry-Cathilena C., VanRaden M.A., Gible J., Melpolder J. et al. Routes of infection, viremia, and liver disease in blood donors found to have hepatitis C virus infection. *N Engl J Med* 1996, 334 : 1691 - 1696.
65. Cook P.A., McVeigh J., Syed Q., Mutton K., Bellis M.A. Predictors of hepatitis B and C infection in injection drug users both in and out of drug treatment. *Addiction* 2001, 96, 12: 1787 – 1797.
66. Covell R.G., Frischer M., Taylor A., Goldberg D., Green S., McKeganey N., Bloor M. Prison experience of injecting drug users in Glasgow. *Drug Alcohol Depend* 1993, 32 (1): 9 - 14.
67. Crofts N., Hopper J.L., Bowden D.S., Breschkin A.M., Milner R., Locarnini S.A. Hepatitis C virus infection among a cohort of Victorian injecting drug users. *Med J Aust.* 1993, 159 (4): 237 - 241.
68. Crofts N., Stewart T., Hearne P., Ping XY., Breshkin A.M., Locarnini S.A. Spread of blood-borne viruses among Australian prison entrants. *BMJ.* 1995, 310 (6975): 285 - 288.
69. Crosby R., Leichter J.S., Brackbill R. Longitudinal Prediction of Sexually Transmitted Diseases Among Adolescents. Results from a National Survey. *Am J Prev Med* 2000, 18, 4 : 312 - 317.
70. Davis G. L., Rodrigue J.R.. Treatment of chronic hepatitis C in active drug users. *NEJM* 2001, 345, 3 : 215 – 217.
71. Davis G.L. Treatment of chronic hepatitis C. *BMJ* 2001, 323: 1141 –1 142.
72. De Maria N., Colantoni A., Friedlander L., Leandro G., Idilman R., Harig J., Van Thiel D.H. The impact of previous HBV infection on the course of chronic hepatitis C *AJG* 2000, 95, 12 : 3529 – 3536.
73. Dean-Gaitor H.D., Fleming P.L. Epidemiology of AIDS in incarcerated persons in the United States 1994 - 1996. *AIDS* 1999, 13, 17: 2495 – 2435.
74. Decker M.D., Vaughn W.K., Brodie J.J., Hutcheson R.H., Schaffner W. Seroepidemiology of hepatitis B in Tennessee prisoners. *J Infect Dis.* 1984, 150: 450 - 459.
75. Decker M.D., Vaughn W.K., Brodie J.J., Hutcheson R.H., Schaffner W. Hepatitis B in Tennessee prisoners. *J Infect Dis.* 1985, 152: 214 - 217.
76. Del Olmo J.A., Llovet F., Rodrigo J.M., Molina J., Aparisi L., Serra M.A., et al. Prevalence of liver disease and infection by hepatitis B, delta virus, and human immunodeficiency virus in two Spanish penitentiaries. *Med. Microbiol. Immunol.* 1990, 179: 43 - 48.
77. Devaud C., Gravier B. La prescription de méthadone dans les prisons : Entre réalités et contraintes. *Méd&Hyg* 1999 ; 2274 : 2045-2049.
78. Diaz T., Des Jarlais D.C., Vlahov D., Perlis T. E., Edwards V., Friedman S. R., Rockwell R., Hoover D., Williams I.T., Monterroso E.R. Factors Associated With Prevalent Hepatitis C : Differences Among Young Adult Injection Drug Users in Lower and Upper Manhattan, New York City. *Am J Public Health* 2001, 91, 1 : 23 – 30.

79. Division Médecine, Division Epidémiologie et maladies infectieuses. Hépatite C: Epidémiologie et implications pour la prévention. Bulletin de l'Office fédéral de la santé publique 1993, 18: 313 - 321.
80. Division principale Médecine, Epidémiologie et maladies infectieuses. Hépatites virales 1990/1991. Bulletin de l'Office fédéral de la santé publique 1992, 26:400 - 403.
81. Dolan K., Rutter S., Wodak A.D. Prison-based syringe exchange programmes: a review of international research and development. *Addiction* 2003, 98: 153-158.
82. Dolan K, et al., Four year follow-up of imprisoned male heroin users and methadone treatment: mortality , re-incarcération and hepatitis infection. *Addiction* 2005, 100:820-8.
83. du Plessis R., Webber L., Saayman G. Bloodborne Viruses in Forensic Medical Practice in South Africa. *Am J Forensic Med Pathol* 1999, 20, 4: 364 – 368.
84. Duncan B., Hart G., Scoular A., Bigrigg A.. Qualitative analysis of psychosocial impact of diagnosis of *Chlamydia trachomatis* : implications for screening. *BMJ* 2001, 322 : 195 – 199.
85. Dye S., Isaac C. Intravenous drug misuse among prison inmates: implications for spread of VIH. *BMJ* 1991, 302: 1506.
86. Dyer O. Prisoners' Treatment is "bordering on torture", charity says. *BMJ* 2002, 324: 187.
87. Edlin R., Seal K. H., Lorvick J., Kral A. H., Ciccarone D. H., Moore L. D., Lo B. Is it justifiable fo withhold treatment for hepatitis C from illicit-drug users ? *NEJM* 2001, 345, 3 : 211 – 214.
88. Edwards A., Curtis S., Sherrard J.. Survey of risk behaviour and HIV prevalence in an English prison. *Int. J of STD & AIDS*. 1999, 10,7: 464 – 466.
89. Edwards S., Tenant-Flowers M., Buggy J., Horne P., Hulme N., Easterbrook P., Taylor C. Issues in the management of prisoners infected with HIV-1: the King's College Hospital HIV prison service retrospective cohort study. *BMJ* 2001, 322: 398 – 399.
90. Espinoza P., Bouchard J., Buffet C., Thiers C., Pillot J., Etienne J.P. Forte prévalence de l'infection par le virus de l'hépatite B et le virus VIH chez les toxicomanes français incarcérés. *Gastroenterol. Clin. Biol.* 1987, 11: 288 - 292.
91. Falck-Ytter Y., Kale H., Mullen K.D., Sarbah S.A., Sorecu L., McCullough A.J. Surprisingly Small Effect of Antiviral Treatment in Patients with Hepatitis C. *Ann Intern Med* 2002, 136: 288 - 292.
92. Farrel M. Prisons and VIH. *Br. J Addict* 1991, 86: 1169.
93. Fimmel J. Doing battle with HCV. *AJG* 2000, 95, 3 : 582 – 583.
94. Ford P.M., 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, 2: 113 - 119.
95. Garcia G., Keeffe E. B. Liver biopsy in chronic hepatitis C : routine or selective. *AJG* 2001, 96, 11 : 3053 – 3055.
96. Garci-Bengoechea M., Basaras M., Barrio J., Arrese E., Montalvo I.I., Arenas J.I., Cisterna R. Late disappeance of hepatitis C virus RNA from periperal blood mononuclear cells in patients with chronic hepatitis C in sustained response after α -interferon therapy. *AJG* 2000, 94, 7 : 1902 – 1905.
97. Garfein R.S., Vlahov D., Galai N., Doherty M.C., Nelson K.E. Viral infections in short-term injection drug users : the prevalence of the hepatitis C, hepatitis B, human immunodeficiency, and human T-lymphotropic viruses. *Am J Pub Health* 1996, 86: 655 - 661.
98. Gaughwin M.D., Douglas R.M., Liew C., Davies L., Mylvaganam A., Treffke H., Edwards J., Ali R. VIH prevalence and risk behaviours for VIH transmission in South Australian prisons. *AIDS* 1991, 5 (7): 845 - 851.
99. Gentilini M. (Sous la direction de) Problèmes sanitaires dans les prisons, Flammarion, Paris, 1997.

100. Gershon R.R.M., Karkashian C. D., Vlahov D., Kummer L., Kasting C., Green-Mckenzie J., Escamilla-Cejudo J.A., Kendig N., Swetz A., Martin L. Compliance With Universal Precautions in Correctional Health Care Facilities. *J Occup Environ Med* 1999, 41,3: 181 - 189.
101. Goldberg D, Taylor A. Preventing transmission of bloodborne virus infections in prisons. *Commun Dis Public Health* 2000, 3, 2 : 84 – 85.
102. Goldberg D., Taylor A., McGregor J., Davis B., Wrench J., Gruer L. A lasting public health response to an outbreak of HIV infection in a Scottish prison? *Int J STD AIDS* 1998, 9,1: 25 - 30.
103. Gore S.M., Bird A.G., Cameron S.O., Hutchinson S.J., Burns S.M., Goldberg D.J. Prevalence of hepatitis C in prisons: WAH-C surveillance linked to self-reported risk behaviours. *QJM*. 1999 92, 1: 25 - 32.
104. Gore S.M., Brettle R.P., Burns S.M., Lewis S.C. Early mortality of undiagnosed but prevalent (in 1983 – 1984) HIV infection in Lothian injectors who tested hepatitis B surface antigen positive (group A) or negative but were high risk for blood-borne virus transmission (group B) in 1983-1984). *J Infect* 1998, 37, 2: 166 - 72.
105. Gore S.M., Htchinson S.J., Cassidy J., Bird A.G., Biswas S. How many drug rehabilitation places are needed in prisons to reduce the risk of bloodborne virus infections ? *Commun Dis Public Health* 1999, 2, 3 : 193 – 195.
106. Gow P. J., Mutimer D. Treatment of chronic hepatitis. *BMJ* 2000. 323 : 1164 - 1167.
107. Gravier B. Population carcérale du canton de Vaud, rapport 1993. Données non publiées.
108. Gravier, B. L'évolution des soins psychiatriques en milieu pénitentiaire : vers une clinique de la dignité. In C. Louzoun et D. Salas (Eds.), *Justice et psychiatrie, Normes, responsabilités, éthique* Toulouse : Erès, 1998 : 280-296.
109. Gravier B., Legoff V., Devaud C. Mai 1998, Gewalt im Gefängnis, in M. Eisner Gewalt in der Schweiz, Studien zu Entwicklung, Wahrnehmung und staatlicher Reaktion, Ruegger Verlag : Zürich, 1998.
110. Gravier B. L'indépendance du personnel de santé travaillant en milieu pénitentiaire, Queloz N., Riklin F., Senn A. De Sinner P. (sous la direction). *Médecine et détention*. Berne Staempfli éditions. 2002 : 143 –163.
111. Green S. T. Re: Hepatitis C: the social ramifications, counseling and support. *BMJ* 2000, 321: 978.
112. Green-McKenzie J., Ghershon RR., Karkashian C. Infection control practices among correctional healthcare workers: effect of management attitudes and availability of protective equipment and engineering controls. *Infect Control Hosp Epidemio* 2001, 22, 9: 555 - 559.
113. Greub G., Frei P.C. Isolated antibody to hepatitis B core is associated with hepatitis C virus co-infection. *Clinical Microbiology and Infectious Diseases* 2001, 6, 11: 629.
114. Grupo Noreste para el estudio de la Hepatitis por Virus C en el medio penitenciario. Grupo Noreste para el estudio de la Hepatitis por Virus C en el medio penitenciario. Seroprevalencia de infeccion por virus C de la hepatitis en poblacin reclusa del noroeste de Espana a su ingreso en prision. *Rev Esp Salud Publica* 1998, 72 (1): 43 - 51.
115. Hagan H., McGough J. P., Thiede H., Weiss N. S., Hopkins S., Russell A. E. Syringe Exchange and Risk of Infection with Hepatitis B and C Viruses. *Am J Epidemiol* 1999, 149, 3 : 203 – 213.
116. Hagan H., Weiss N.S., Thiede H., Hopkins S., McGough J.P., Russell A. E. Syringe Exchange and Risk of Infection with Hepatitis B and C Viruses. : Reply to « Invited Commentary : Needle Exchange-No Help for Hepatitis ? » by Moss and Hahn. *Am J Epidemiol* 1999, 149, 3 : 217 – 218.
117. Harding T.W., Manghi R., Sanchez G. *Le Sida en milieu carcéral (Les stratégies de prévention en Suisse)* 1990.
118. Harding T.W. AIDS in prison. *Lancet* 1987, ii:1260 - 1263.

119. Harding T.W. Toxicomanie et sida: aspects épidémiologiques, psycho-sociaux et éthiques en milieu pénitentiaire. Cahiers Psychiatriques Genevois 1989, 6: 29 - 43.
120. Harding T.W., Schaller G. VIH/AIDS and prisons: updating and policy review. A survey covering 55 prison systems in 31 countries. Who Global Programme on AIDS, June 1992.
121. Harris H. E., Ramsay M.E., Andrews N. Eldridge on behalf of the HCV National Register Steering Group. Clinical Course of hepatitis C virus during the first decade of infection : cohort study. BMJ 2002, 324 : 1 - 6.
122. Henley E. Cost-effectiveness of Interferon Treatment for Hepatitis C. JAMA 1999, 281, 22 : 2083 - 2084.
123. Herrine S.K. Approach to the Patient with chronic Hepatitis C Virus Infection. Ann Intern Med 2002, 136: 747 - 757.
124. Hicks N.R., Dawes M., Fleminger M., Goldman D., Hamling J., Hicks L.J.. Chlamydia infection in general practice. BMJ 1999, 318 : 790 - 792.
125. Hirsbrunner H.-P, Hercek V., Blumenthal J., Maurer C., Nelles J., Evaluation de suivi de la prévention et de la toxicomanie dans les établissements pénitentiaires d'Hindelbank, rapport final à l'intention de l'Office fédéral de la santé publique 1997.
126. Holsen D.S., Harthug S., Myrmet H. Prevalence of Antibodies to Hepatitis C Virus and Association with Intravenous Drug Abuse and Tattooing in a National Prison in Norway. Eur. J. Clin. Microbiol. Infect. Dis.1993, 12 (9): 673 - 676.
127. Hope V.D., Judd A., Hickman M., Lamagni T., Hunter G., Stimson G.V., Jones S., Donovan L., Parry J.V. and Gill O. N. Prevalence of Hepatitis C Among Injection Drug Users in England and Wales : Is Harm Reduction Working ? Am J Public Health 2001, 91, 1 : 38 – 42.
128. Hughes R,A. Drug injectors and the cleaning of needles and syringes. Eur Addict Res 2000. 6. 1_ 20 – 30.
129. Huissoud T., Benninghof F., Samitca S., Geense R., Gervasoni J.P., Dubois-Arber F., Epidémiologie de la toxicomanie dans le canton de Vaud: troisième période d'évaluation 2000-2002, Raison de Santé , 2003, 86.
130. Hunter H. STD Risk Assessment and Chlamydia Screening : What 's Missing ? Am J Prev Med 2000, 18, 2 : 183- 185.
131. Hurlen B., Jacobsen N., and Hurlen P. Hepatitis B serum markers in a group of Norwegian male prisoners. Acta. Odontol. Scand. 1984, 42: 53 - 58.
132. Hyams K.C., Riddle J., Rubertone M., Trump D., Alter M.J., Cruess D.F., Han X., Nainam O.V., Seeff L.B., Mazzuchi J.F., Bailey S. Prevalence and Incidence of Hepatitis C Virus in the US Military : A Seroepidemiologic Survey of 21'000 Troops. Am J Epidemiol 2001, 153, 8 : 764 - 770.
133. Iten A., Gravier B., Elger B.. Difficultés rencontrées lors de la prise en charge médicale de patients vivant en milieu carcéral. Méd&Hyg. 2003, 2435 :928 –935.
134. Jake Liang T., Rehmann B., Seeff L.B., Hoofnagle J.H. Pathogenesis, Natural History, Treatment, and Prevention of Hepatitis C. Ann Intern Med 2000, 132: 296 - 305.
135. Jost. M., Francioli P., Iten A.,Jost J.,Colombl C.,Cartier B., Ruëgger M., Gutzwiller A. Prévention des maladies infectieuses transmises par voie sanguinée dans le secteur sanitaire. Suva, 6^{ème} édition, 2004.
136. Kammerlader R., Zimmermann H., Vaudaux B. Stratégies de vaccination contre l'hépatite B. Soz. und Präventivmed. 1998, 48: 115 – 117.
137. Kane B. Controlling Disease Transmission in Injection Drug Users. Ann Intern Med. 1999, 130 : 541 – 544.
138. Karger T., Berger C., Uchtenhagen A.. Prophylaxie des infections et promotion de la santé en milieu carcéral. Institut de recherche sur les addictions (ISF). Rapport de mandat. 2000.

139. Kaufmann B., Dobler-Mikola A., Uchtenhagen A. Die Kontrollierte Opiatabgabe im Strafvollzug, Schlussbericht, Forschungsbericht aus dem Institut für Suchtforschung, Nr.71, 1998.
140. Keiser P. Introduction: economic implications in the Care of HIV. *Infect. Dis. Clin. Pract.* 2001, 10, S1: S1.
141. Keiser P., Merrill D., Palella F.J., Wong M. Discussion Balancing increased cost and improved patient outcome. *Infectious Diseases in Clinical Practice* 2001, 10, Suppl 3; S33 - S 37.
142. Ketzinel-Gilad M., Colodner S.L., Hadary R., Granot E., Shouval D., Galun E. Transient Transmission of Hepatitis C Virus from Mothers to Newborns. *Eur J Clin Microbiol Infect Dis* 2000, 19 : 267 - 274.
143. Kibby T., Devine J., Love C. Prevalence of hepatitis B among men admitted to a federal prison. *N. Engl. J. Med.* 1982, 306 (3): 175.
144. Kjaergard L. L., Krogsgaard K., Gluud C. Interferon alfa with or without ribavirin for chronic hepatitis C : sytematic review of randomised trials. *BMJ* 2001, 323 : 1151 - 1155.
145. Koblin B.A., van Benthem B.H.B., Buchbinder S.P., Ren L., Vittinghoff E., Cladd C.E., Coutinho R.A., van Griensven G.J.P. Long-Term Survival after Infection with Human Immunodeficiency Virus Type 1 (HIV-1) among Homosexual Men in Hepatitis B Vaccine Trial Cohorts in Amsterdam, New York City, and San Francisco, 1978 – 1995. *Am J Epidemiol* 1999, 150, 10: 1026 – 1030.
146. Kokkat J., Poduval R. D., Thalody V. G., Mohandas R., Corpuz M., Norkus E. P., Pitchumoni C.S. Impact of counselin on hepatitis C (HCV) awareness AMG Abstract 294
147. Koller C. Die Gesundheit der Insassen in Schweizer Gefängnisse 1993. Office fédéral de la Statistique, 1998.
148. Langendam M.W., van Brussel G.H.A., Coutinho R.A., van Ameijden E.J.C. Methadone maintenance treatment modalities in relation to incidence of HIV : results of the Amsterdam cohort study. *AIDS* 1999, 13, 13 : 1711 – 1716.
149. Langkamp H. Health effects of prisons. Risks of syringe exchange programmes in prisons prevail. *BMJ.* 2000, 321 (7273): 1406-1407.
150. Laporte J.D. et Bolini P. Management of VIH/AIDS related problems : Situation in European prisons. 12th World AIDS Conference, Geneva June 28-July 3, 1998, poster 44193.
151. Lauer G. M., Walker B. D. Hepatitis C virus infection. *NEJM* 2001, 345 : 41 - 52
152. Laufer N. Cost-Effectiveness of Syringe Exchange as an HIV Prevention Strategy. *JAIDS* 28, 2001, 28 : 273 - 278.
153. Lik-Yuen Chan H., Hui Y., Wai-Yee Leung N., Yuet-Ling Ching J., Ka-Leung Chan F., Jao-Yiu Sung J. Risk factors for active liver disease in HBeAg- negative chronic hepatitis B virus-infected patients. *AJG* 2000, 95, 12: 3547 – 3551.
154. Long J., Allwright S., Barry J., Reaper Reynolds S., Thornton L., Bradley F., Parry J.V. Prevalence of antibodies to hepatitis B hepatitis C, and HIV and risk factors in entrants to Irish prisons: a national cross sectional survey. *BMJ* 2001, 323: 1209 - 1213.
155. Longfield M., Fairfield G. Report on future of prison health care will lead to progress in improving this care. *BMJ* 1999, 319: 382.
156. Loubière S., Rotily M., Portal I., Bourlière M., Moatti J.P. Evaluation économique des stratégies de dépistage de l'hépatite chronique C. *Méd Mal Infect* 1999, 29 : 337- 344.
157. Macalino G., Vlahov D., Sanford-Colby S., Patel S., Sabin K., Salas C., Rich J.-D. Prevalence and Incidence of HIV, Hepatitis B Virus, and Hepatitis C virus infections among males in Rhodes Island Prisons. *American J. of Public Health.* 2004, 94: 1218-1223.
158. Macias J., Pineda J.A., Leal M., Lissen E. HIV-1 progression in hepatitis-C-infected drug users. *Lancet* 2001, 357, 1361 – 1363.
159. Maddrey W.C. Update in Hepatology. *Ann Intern Med.* 2001, 134: 216 - 223.

160. Magura S., Kang S.-Y., Shapiro J., O'Day J. VIH risk among women injecting drug users who are in jail. *Addiction* 1993, 88: 1351 - 1360.
161. Mahomey F.J. Update on Diagnosis, Management, and Prevention of Hepatitis B Virus Infection. *Clin. Microbiol. Rev.* 1999, 12, 2: 351 - 366
162. Malik A.H., and Lee W.M. Chronic Hepatitis B Virus Infection : Treatment Strategies for the Next Millenium. *Ann Intern Med.* 2000, 132 : 723 – 731.
163. Malliori M., Sypsa V., Psychogiou M., Touloumi G., Skoutelis A., Tassopoulos N., Hatzakis A., Stefanis C. A survey of bloodborne viruses and associated risk behaviours in Greek prisons *Addiction* Feb. 1998, 93 (2) : 243 - 251.
164. Maroto M.C., Girela M.C., Bernal M.C., Carrion P., Treceno E., Piedrola G. Estudio de la infeccion por VHB y agente delta en instituciones penitenciarias de Andalucia Oriental, aspectos epidemiologicos. *Infectologika* 1986, 8: 146 - 150.
165. Mathei C, Buntinx F., van Damme P. Seropravalence of hepatitis C markers among intravenous drug users in western European countries : a systematic review. *Journal of Viral Hepatitis* 2002, 9,3 : 157 – 173.
166. McClelland G. M., Teplin L.A., Abram K.M. and Jacobs N. HIV and AIDS Risk Behaviors Among Female Jail Detainees: Implications for Public Health Policy. *Am J Public Health* 2002, 92: 818 - 825.
167. Miller W.C., Hoffman I. F., Owen-O'Dowd J., Todd McPherson J., Schmitz J.L., Woodlief G., Leone P.A. Selective Screening for Chlamydial Infection : Which Criteria to Use ? *Am J Prev Med* 2000, 18, 2 : 115-122
168. Miranda A.E., Vargas P.M., St Louis M.E., Viana M.C. Sexually Transmitted Diseases Among Female Prisoners in Brazil: Prevalence and Risk Factors. *Sex Transm Dis* 2000, 27, 9: 491 – 495.
169. Moirand R. Principe du traitement de l'hépatite C chez le patient addictif, in *Actes du colloque THS6,(2004) vol 2, Frison-Roche , Paris, 83-85.*
170. Monceau, M., Jaeger, M., Gravier B., Chevy, P. (1996). La consommation des tranquillisants et des hypnotiques en prison: logiques à l'œuvre et enjeux. In C., Faugeron, A., Chauvenet, P., Combessie. (Eds), *Approches de la prison* (pp.153-176). Bruxelles : De Boek , Montréal : P.U.M., Ottawa : P.U.O.
171. Mori M., Hara M., Wada I., Hara T., Yamamoto K., Honda M., Naramoto J. Prospective Study of Hepatitis B and C Viral Infections, Cigarette Smoking, Alcohol Consumption, and Other Factors Associated with Hepatocellular Carcinoma Risk in Japan. *Am J Epidemiol* 2000, 151, 2 : 131 - 139.
172. Moss A.R., Hahn J. A. Syringe Exchange and Risk of Infection with Hepatitis B and C Viruses. : Invited Commentary : Needle Exchange-No Help for Hepatitis ? *Am J Epidemiol* 1999, 149, 3 : 214 – 216.
173. Munslow G. Preventing transmission of bloodborne viruses in prisons. *Commun Dis Public Health* 2000, 3, 4 : 309.
174. Murrill S., Weeks H., Castrucci B. C., Weinstock H. S., Bell B. P., Spruill C., and Gwinn M. Age-Specific Seroprevalence of HIV, Heaptitis B Virus, and Hepatitis C Virus Infection Among Injection Drug Users Admitted to Drug Treatment in 6 US Cities. *Am J Public Health* 2002, 92, 3 : 385 – 387
175. Naef M.R., Bucher H.C., Erb P., Gyr N., Bassetti S., Battegay M. Reduced Infections With HIV and Hepatitis A During a Swiss Intravenous Opiate Maintenance Program. *JAIDS* 1999, 21, 4 : 349.
176. Nelles J. et coll. Kurzevaluation des Pilotprojekts “ Drogen-und Aidsprävention in den Basler Gefängnissen ”, 1997.
177. Nelles J., Fuhrer A. Drogen-und VIH-Prävention in der Anstalten in Hindelbank (Kurzbericht über die Evaluation), Bern : Psychiatrische Universitätsklinik, im Auftrag des BAG, 1995.

178. Nelles J., Fuhrer A., Hirsbrunner H.P., Harding T.W. Provision of syringes : the cutting edge of harm reducton in prison ? *BMJ* 1998, 317 : 270 - 273.
179. Nelles J. Vincenz I, Fuhrer A, Hirsbrunner H-P., Evaluation der HIV und Hepatitis-Prophylaxe in der Kantonalen Anstalt Realta, Mandat de l'Office Fédéral de la Santé Publique, Universitare Psychiatrische Dienst, Bern, février 1999
180. Nelson H.D., Helfand M. Screening for Chlamydial Infection. *Am J Prev Med* 2001, 20, 3S : 95 - 107.
181. Office fédéral de la santé publique Sida et VIH en Suisse. Situation épidémiologique à fin 2002. OFSP, 2003, novembre : 1 – 70.
182. Office fédéral de la santé publique. Maladies infectieuses 2002. OFSP, 2003, décembre, 1-59.
183. Oliveri F., Santantonio T., Bellati G., Colombatto P., Mels G. C., Carriero L., Dastoli G., Pastore G., Ideo G., Bonino F., Brunetto M. R. Long term response to therapy of chronic anti-HBe-positive hepatitis B is poor independent of type and Schedule of interferon. *AJG* 1999, 94, 5: 1366 – 1372.
184. Organisation Mondiale de la Santé- Europe, Groupe Pompidou du Conseil de l'Europe, Prison Drogues et Société, déclaration de consensus sur les principes, la politique et les pratiques, sept 2001, publiée en Octobre 2002.
185. Ormseth E. J., Holtzmuller K. C., Goodman Z. D., Colonna J. O., Batty D. S., Sjogren M. H. Hepatic decompensation associated with lamivudine : a case report and review of lamivudine – induced hepatotoxicity. *AJG* 2001, 96, 5: 1619 – 1622.
186. Pallas J., Farinas-Alvarez C., Prieto D., Llorca J., Delgado-Rodriguez M. Risk factors for mono-infections and coinfections with HIV, hepatitis B and hepatitis C viruses in northern Spanish prisoners. *Epidemiol Infect* 1999 123, 1: 95 – 102.
187. Patrick D.M., Tyndall M.W., Cornelisse P.G.A., Li K., Sherlock C.H., Rekart M.L., Strathdee S.A., Currie S.L., Schechter M.T., O'Shaughnessy M.V. Incidence of hepatitis C virus infection among injection users during an outbreak of HIV infection. *CMAJ* 2001, 165, 7: 889 - 895.
188. Petit J.M., Guenfoudi M.P., Volatier S., Rudoni S., Vaillant G., Hermant C., Verges B., Brun J.M. Management of diabetes in French prisons: a cross-sectional study. *Diabetic Medicine*. 2001, 18, 1: 47 - 50.
189. Potterat J.J., Zimmerman-Rogers H., Muth S.Q., Rothenberg R.B., Green D.L., Taylor J.E., Bonney M.S., White H.A.. Chlamydia Transmission : Concurrency, Reproduction Number, and the Epidemic Trajectory. *Am J Epidemiol* 1999, 150, 12 : 1331 – 1339.
190. Pretty I.A., Anderson G.S., Sweet D.J. Human Bites and the risk of Human Immunodeficiency Virus Transmission. *Am J Forensic Med Pathol* 1999, 20, 3: 232 – 239.
191. Prévention du VIH en Suisse. Buts, stratégies, mesures. Personnes se trouvant dans les prisons préventives et les établissements pénitentiaires. Office Fédéral de la Santé Publique, 1993, Chap. 3.4.2 : 159 -172.
192. Quinn P.G., Mazen Jamal M., Carey J.D., Arora S., Harris T., Johnston D.E., Sonnenberg A. A Case-Control Study of the Factors Associated With Spontaneous Resolution of Hepatitis C Viremia. *AJG* 1999, 94, 3: 668 - 673.
193. Ramadori G. and Meier V. Hepatitis C virus infection : 10 years after the discovery of the virus. *Eur J Gastroenterol* 2001, 13 : 465 – 471.
194. Réseau National de Santé Publique. L'infection à VIH en France : tendances actuelles - Journée mondiale du Sida du 1^{er} décembre 1996. Paris : RNSP, 1996.
195. Rich J. D., Merchant R. C., Salas C., Marcussen P., Grundy M. HIV Seroprevalence of Adult Males Incarcerated for a Sexual Offense in Rhode Island, 1994 – 1999. *JAMA* 2002, 288, 10: 164.
196. Rodriguez- Mendez M. L., Gonzalez-Quintela A., Aguilera A., Barrio E. Prevalence, patterns, and course of past hepatitis B virus infection in intravenous drug users with HIV infection. *Am J Gastroenterol* 2000, 95 : 1316 - 1322.

197. Rotily M. VIH risk behaviors and VIH seroprevalence among European prisoners : A multicenter study of the EC Network on VIH-Hepatitis prevention in prison. 12th World AIDS Conference, Geneva June 28-July 3, 1998, poster 23527.
198. Rotily M., BenDiane M.K. Le risque de transmission des virus du sida et des hépatites en milieu carcéral. Cahiers de la sécurité intérieure. 1998, 31 : 195 – 210.
199. Rotily M., Delorme C., Obadia Y., Escaffre N., Galinier-Pujol A. Survey of French prison found that injecting drug use and tattooing occurred. BMJ 1998 ; 316 : 777.
200. Rotily M., Galinier – Pujol A., Obadia Y., Moatti J.P., Toubiana P., Vernay-Vaisse C., et al. VIH infection and associated risk factors among inmates in south eastern French prisons. AIDS 1994 ; 8 : 1341 - 1344.
201. Rotily M., Galinier-Pujol A., Vernay-Vaisse C. Rijs behaviors of inmates in Southeastern-France. Aids Care 1995, 7, suppl 1 : 91 - 95.
202. Rotily M., Vernay-Vaisse C., Boulière M. Three quarters of one French prison population needed immunisation against hepatitis B. BMJ 1997 ; 315 : 61.
203. Rotily M., Vernay-Vaisse C., Boulière M., Galinier-Pujol A., Rousseau S., Obadia Y. HBV and HIV screening, and hepatitis B immunization programme in the prison of Marseille, France. Int J of STD & AIDS. 1997, 8, 12: 753 - 759.
204. Rotily M., Weilandt C., Bird S.M., Kall K., Van Haastrecht H.J., Iandolo E., Rousseau S. Surveillance of HIV infection and related risk behaviour in European prisons. A multicenter pilot study. Eur J Public Health 2001, 11, 3: 243 – 250.
205. Ruiz J.D., Molito F., Sun R.K., Mikanda J., Facer M., Colford J.M. Jr, Rutherford G.W., Ascher M.S. Prevalence and correlates of hepatitis C virus infection among inmates entering the California correctional system. West j Med 1999, 170, 3: 156 - 160.
206. Samuel M.C., Doherty P.M., Bulterys M., Jenison S. A. Association between heroin use, needle sharing and tattoos received in prison with hepatitis B and C positivity among street-recruited injecting drug users in New Mexico, USA: Epidemiol infect 2001 127,3: 475.
207. Schaller G., Harding T.W. L'information sur les risques pour la santé en prison : évaluation d'un dépliant. Soz. u. Präventivmed. 1996, 41 : 288 - 294.
208. Scheitlin Th, Joller-Jemelka H.I., Grob P.J. Hepatitis und VIH-Infektionen bei Benützerne und Benützerinnen illegaler Drogen. Schweiz med Wochenschr 1992 ; 122 : 1432 - 1445.
209. Schiff E.R. Update in Hepatology. Ann Intern Med. 1999, 130: 52 - 57.
210. Schmid M.L.. Re : Low levels of hepatitis B vaccination uptake in hepatitis C positive prisoners. BMJ 2000 7 August. <http://bmj.com/cgi/eletters/321/7253/78#9096>.
211. Schwarcz S., Kellogg T., McFarland W., Louie B., Kohn R., Busch M., Katz M., Bolan G., Klausner J., Weinstock H.. Differences in the Temporal Trends of HIV Seroincidence and Seroprevalence among Sexually Transmitted Disease Clinic Patients, 1989-1998. Application of the Serologic Testing Algorithm for Recent HIV Seroconversion. Am J Epidemiol 2001, 153, 10: 925 – 934.
212. Schwarcz S.K., Hsu L.C., Vittinghoff E., Katz M.H. Impact of Protease inhibitors and other Antiretroviral Treatments on Acquired Immunodeficiency Syndrome Survival in San Francisco, California, 1987 – 1996. Am J Epidemiol 2000, 152, 2: 178 – 185.
213. Seemaan S., Des Jarlais D.C., Sogolow E., Johnson W.D., Hedges L.V., Ramirez G., Flores S.A., Norman L., Sweat M.D. and Needle R. A Meta-analysis of the Effect of HIV Prevention Interventions on the Sex Behaviors of Drug Users in the United States. JAIDS 2002, 30: S73 – S93.
214. Seemaan S., Kay L., Strouse D., Sogolow E., Dolan Mullen P., Spink Neumanj M., Flores S.A., Peersman G., Johnson W.D., Darby Lipman P., Eke A., and Des Jarlais D.C. A Profile of U.S.-Based Trials of Behavioral and Social Interventions for HIV Risk Reduction. JAIDS 2002, 30: S30 – S50.

215. Simooya O., Sanjobo N., Kunda P., Mutonga C., Melchior W. A longitudinal study of the risk of VIH transmission in an African prison. 12th World AIDS Conference, Geneva June 28-July 3, 1998, poster 23589.
216. Singh E., Romanowski B. Syphilis: Review with Emphasis on Clinical, Epidemiologic, and Some Biologic Features. *Clin. Microbiol. Rev.* 1999, 12, 2: 187 - 209.
217. Singh S. Infection and risk factors in entrants to Irish prison *BMJ* 2002, 324, 850
218. Skolnick A. Correctional and Community Health Care Collaborations. *JAMA* 1998, 279 (2) : 98 - 99.
219. Smith R. Medicine and the marginalised. *BMJ* 1999, 319 : 1589 – 1590.
220. Smyth . Re: Hepatitis C testing. *BMJ* 13 August 1999, . <http://bmj.com/cgi/eletters/319/7205/290#4251>.
221. Smyth B.P. Health effects of prisons. *BMJ.* 2000, 321: 1406.
222. Soriano V., Martin J.C., Gonzalez-Lahoz J. HIV-1 progression in hepatitis-C-infected drug users. *Lancet* 2001, 357, 1361 – 1363.
223. Spurgeon D. Canadian prisons are not meeting their duty to limit spread of HIV. *BMJ.* 2002, 325: 1262
224. Steffen T. et al., *Eur. J. Public Health*, 2001; 16:110-6
225. Steinke D.T., Weston T.L., Morris A.D., MacDonald T.M., Dillon J.F. Epidemiology and economic burden of viral hepatitis : an observational population based study. *Gut.* 2002, 50,1: 100 - 105.
226. Stöver H., Evaluation of needle exchange pilot projects shows positive results, *Canadian HIV/AIDS, Policy and Law Newsletter*, 5, 60-64.
227. Stöver H., 10 ans de distribution de seringues aux toxicomanes en prison. Fin du projet en Allemagne, *Connections*, 13, 2003, 12-13.
228. Stroffolini T., Lorenzoni U., Menniti-Ippolito F., Infantolino D., Chiamonte M. Hepatitis C virus infection in spouses : sexual transmission or common exposure to the same risk factors ? *AJG* 2001, 96, 11 : 3138 – 3141.
229. Sueur C. L'infection par le VIH liée à l'usager de drogue par voie intraveineuse en milieu carcéral: état des lieux - perspectives. *Transcriptase, numérospecial Sida et Toxicomanie*, 1993, novembre: 33 - 48.
230. Sulkowski M.S., Ray S.C., Thomas D. L.. Needlestick Transmission of Hepatitis C. *JAMA* 2002, 287: 2406 - 2413.
231. Syed F.F. Re. Current evidence does not support screening. *BMJ.* 2001, 322: 219 - 221.
232. Taylor A., Goldberg D., Emslie J. et al. Outbreak of VIH infection in Scottish prison. *BMJ* 1995, 310: 289 - 92.
233. Terreni N., Radaelli F., Padalino R., Toldi A., Gualdoni G., Casiraghi M.A., Colombo E., Fossati M., Ferraris L., Bortoli A., Minoli G. Is liver biopsy routinely required before interferon treatment for chronic HCV hepatitis ? *AJG Abstract* 377.
234. Thiede H., Romero M., Bordelon K., Hagan H., Murrill C.S.. Using a Jail-Based Survey to Monitor HIV and Risk Behaviors Among Seattle Area Injection Drug Users. *Journal of Urban Health: Bulletin of the New Academy of Medicine* 2001, 78,2: 264 - 278.
235. Thomas D.L., Astemborski J., Rai R.M., Anania F.A., Schaeffer M., Galai N., Nolt K., Nelson K.E., Strathdee S.A., Johnson L., Layendecker O., Boitnott J., Wilson L.E., Vlahov D.. The Natural History of Hepatitis C Virus Infection Host, Viral, and Environmental Factors. *JAMA* 2000, 284,4: 450 - 456.
236. Thorne S. Education, the main weapon as prison officials defend against AIDS threat. *Can Med Assoc J* 1992, 146 (4): 573 - 578.
237. Trachtenberg D., Sande M.A. Emerging Resistance to Nonnucleoside Reverse Transcriptase Inhibitors. A Warning and a Challenge. *JAMA* 2002, 288, 2 : 239 – 243.

238. Tripoli L. Care of Prison Inmates by Impaired Disciplined Physicians. *JAMA* 1999, 281, 20: 1889 – 1891.
239. Turnbull P.J., Stimson G.V., Dolan K.A. Prevalence of VIH infection among ex-prisoners in England. *BMJ*. 1992, 304: 90 - 91.
240. Turnbull P.J., Dolan K.A., Stimson G.V. Prisons, VIH and AIDS: Risks and Experiences in Custodial Care. Horsham: Avert, 1991.
241. Uchtenhagen A. Institut für Suchtforschung Zürich Chronische Infektionskrankheiten in Haft- und Strafanstalten in der Schweiz, communication à la Konferenz der Schweizerischen Gefängnisärzte, 22.01.2005, Pöschwies / Regensdorf ZH
242. van Leeuwen J. Cost-effectiveness of Interferon Treatment for Hepatitis C. *JAMA* 1999, 281, 22 : 2083 - 2084.
243. Vlahov D., Brewer T.F., Castro K.G., Narkunas J.P., Salive M.E., Ullrich J., Munoz A. Prevalence of Antibody to VIH-1 Among Entrants to US Correctional Facilities. *JAMA* 1991, 265 (9): 1129 - 1132.
244. Vlahov D., Nelson K.E., Quinn T.C., Kending N. Prevalence and incidence of hepatitis C virus infection among male prison inmates in Maryland. *Eur. J. Epidemiol.* 1993, 9(5): 566 - 569.
245. Weild A.R., Gill O.N., Bennet D., Livingstone S.J., Parry J.V., Curran L. Prevalence in HIV, hepatitis B, and hepatitis C antibodies in prisoners in England and Wales : a national survey. *Commun Dis Public Health* 2000, 3, 2 : 121 – 126.
246. Weinberg M.S., Gunn R.A., Mast E.E., Gresham L., Ginsberg M. Preventing transmission of hepatitis B virus from people with chronic infection. *Am J Prev Med* 2001, 20, 4: 272 – 276.
247. White M. C, Mehrotra A., Menendez E., Estes M., Goldenson J., Tulsy J. P. Jail inmates and HIV care: provision of antiretroviral therapy and *Pneumocystis carinii* pneumonia prophylaxis. *International Journal of STD & AIDS*. 2001, 12, 6: 380 – 385.
248. Widell A., Christensson B., Wiebe T., Schalen C., Hansson H.B., Allander T., Persson M. Epidemiologic and molecular investigation of outbreaks of hepatitis C virus infection on a pediatric oncology service. *Ann Intern Med* 1999 , 130 : 130 - 134.
249. Williams L.A., Klausner J.D., Whittington W.L., Handsfield H.H., Celum C., Holmes K.K. Elimination and reintroduction of primary and secondary syphilis. *Am. J. Pub. Health* 1999, 89, 7: 1093 - 1097.
250. Wolfe, F. Xu, Patel P., O’Cain M., Schillinger J.A., St Louis M.E., and Finelli L. An Outbreak of Syphilis in Alabama Prisons : Correctional Health Policy and Communicable Disease Control. *Am J Public Health* 2001, 91 : 1220 - 1225.
251. Wong J. B., Bennett W.G., Koff R.S., Pauker S.G. Pretreatment evaluation of chronic hepatitis C. Risks, benefits, and costs. *JAMA* 1998, 280, 24 : 2088 - 2093.
252. Wong M.T. HIV care in correctional settings is cost-effective and improves medical outcomes. *Infectious Diseases in Clinical Practice* 2001, 10, Suppl 3; S9 – S15.
253. Xu, J.A. Schillinger, Markowitz L.E., Sternberg M.R., Aubin M.R., St. Louis M.E. Repeat Chlamydia trachomatis Infection in Women : Analysis through a Surveillance Case Registry in Washington State, 1993-1998. *Am J Epidemiol* 2000, 152, 12 : 1164 – 1170.
254. Yeni P.G., Hammer S.M., Carpenter C. C. J., Cooper D. A., Fischl M. A., Gatell J. M., Gazzard B. G., Hirsch M. S., Jacobsen D. M., Katzensen D. A., Montaner J. S. G., Richman D. D., Saag M. S., Schechter M., Schooley R. T., Thompson M. A., Vella S., Volberding P. A. Antiretroviral treatment for adult HIV infection in 2002. Updated recommendations of the international AIDS Society-USA Panel. *JAMA* 2002, 288, 2 : 222 - 235.
255. Yirrell D.L., Robertson P., Goldberg D.J., McMenamin J., Cameron S., Leigh Brown A.J. Molecular investigation into outbreak of IV in a Scottish prison. *BMJ* 1997, 314: 1446.
256. Zeegers-Paget D. VIH- und Aidsprävention in Untersuchungsgefängnissen und Vollzugsanstalten. *Aids Infothek (Das Magazin der Aids) Info Docu Schweiz*. 1996, 5.

257. Zehnder A. Hepatitis C: Diagnostik und neue Therapie. Konferenz des Schweizer Gefängnisärzte
258. Zein N.N. Clinical Significance of Hepatitis C Virus Genotypes. Clin. Microbiol. Rev. 2000, 13, 2: 223 - 235.
259. Zimmermann H., Bourquin C. Prévention de l'hépatite B (autre que la vaccination). Soz. U. Präventivmed. 198, 43 (S1): 108 - 110.

XII. Références Internet

1. Usage des drogues, sexualité, transmission du virus VIH, hépatites B et C et réduction des risques en prison à travers le monde. Etat des lieux et mise en perspective. Emmanuelli J. <http://www.insv.sante.fr/publications/default.htm>
2. Statistiques Suisse. Domaine droit et justice 2003. http://www.statistik.admin.ch/stat_ch/ber19/fber19.htm
3. Europe, Harm Reduction and the cocaine challenge. Lebeau B. <http://www.drugtext.org/library/articles/peddr0027.htm>

Autres références Internet

1. Revue canadienne : le VIH/sida et le droit, 2000 (chapitre sur le droit criminel) <http://www.aidslaw.ca/francais/Contenu/docautres/bulletincanadien/Vol5no42000/f-vih-sidaetdroit.htm>
2. Droit criminel et VIH/sida : rapport final, 1997 (Canada et autres pays) <http://www.aidslaw.ca/francais/Contenu/themes/droitcriminel/Dcrimtdm.html#tdm>
3. Après l'arrêt *Cuerrier* : le droit criminel canadien et la non-divulgence de la séropositivité (1999) <http://www.aidslaw.ca/francais/Contenu/themes/droitcriminel/cuerrier-f/f-tofc.htm>
4. Différents documents sur le droit criminel et le sida <http://www.aidslaw.ca/francais/Contenu/themes/droitcriminel.htm>
5. Faut-il -encore- pénaliser la transmission du VIH en Suisse? Article de Florian Hübner paru dans la revue *Plaidoyer* de décembre 1996 <http://www.hivnet.ch/gsg/transmission.htm>

XIII. Tableaux

A. Liste

1. Population des prisons vaudoises pendant l'année de l'enquête (2002)
2. Prisons vaudoises : Evolution du nombre d'entrées et de l'activité médicale de 1997 à 2003
3. Maladies infectieuses : Evolution des statistiques établies à partir des dossiers médicaux de 1997 à 2002
4. Distribution des kits de prévention par année et par site
5. Etude pilote : Collectif (N = 30 hommes)
6. Etude pilote : durée de l'incarcération au moment de l'étude
7. Etude pilote : Motif de l'incarcération en cours
8. Etude pilote : antécédents de placements par le tribunal des mineurs (N=30)
9. Etude pilote : antécédents de placements et problèmes actuels de drogue (N=30)
10. Etude pilote : antécédents pénitentiaires (N=23)
11. Etude pilote : condamnations antérieures (N=20)
12. Etude pilote : consommation de substances en dehors de l'incarcération
13. Etude pilote : consommation de substances pendant l'incarcération précédente (N=23)
14. Etude pilote : nature des substances consommées lors de l'incarcération précédente
15. Etude pilote : Nombre de substances consommées lors de l'incarcération précédente (N=14)
16. Etude pilote : consommations des sujets déjà incarcérés antérieurement (N=23)
17. Etude pilote : caractéristiques pénales des sujets déjà incarcérés
18. Etude pilote : vente de drogue lors de l'incarcération précédente. (N= 23)
19. Etude pilote : Consommation de drogue durant l'incarcération actuelle. (N=30)
20. Etude pilote : injection de drogue durant l'incarcération actuelle (N=30)
21. Etude pilote : substances consommées durant l'incarcération actuelle par sujet (N=5)
22. Etude pilote : préférences sexuelles (N=30)
23. Etude pilote : nombre de partenaires à l'extérieur de la prison (N=30)
24. Etude pilote : « à l'extérieur de la prison avez-vous reçu de l'argent pour des rapports sexuels ? » (N=30)
25. Etude pilote : « à l'extérieur de la prison avez-vous donné de l'argent pour des rapports sexuels ? » (N=30)
26. Etude pilote : utilisation de préservatif par les sujets ayant des contacts sexuels dans un contexte de prostitution (N = 4)
27. Etude pilote : résultats sérologiques (N=24)
28. Etude pilote : profil sérologique des sujets testés (N=24)
29. Répartition du collectif EPIPS entre les différents sites
30. Mode de participation à l'étude EPIPS
31. âge des participants
32. Comparaison entre le collectif EPIPS et la population carcérale suisse (données OFS 2000)
33. Répartition des participants à EPIPS en fonction de leur groupe d'âge et de leur site de détention
34. Répartition des détenus dans le canton de Vaud en 2001 en fonction de leur groupe d'âge et de leur site de détention (statistiques SMPP)
35. Age: comparaison EPIPS et SMPP 2001
36. Sexe et âge des sujets du collectif (n= 338)
37. Origine géographique des sujets du collectif EPIPS (n= 338)
38. Origine des personnes détenues dans le canton de Vaud en 2001 (N= 1956)
39. Comparaison de l'origine des sujets du collectif (n=338) et des détenus vaudois en 2001 (n= 1956)
40. Niveau de scolarité des participants (N = 338)
41. Niveau de scolarité selon la région d'origine
42. Situation professionnelle avant l'incarcération actuelle (N=337)
43. Situation professionnelle avant l'incarcération actuelle en fonction du sexe (N=337)

44. Situation professionnelle des participants avant l'incarcération actuelle en fonction de leur origine (N=337)
45. Type d'emploi occupé (N=203)
46. Emploi occupé par les personnes ayant une maturité ou une formation supérieure et qui avaient une activité professionnelle avant leur incarcération
47. Mode de vie des participants(N= 338)
48. Mode de vie et âge des sujets (N= 338)
49. Mode de vie et origine des sujets (N=338)
50. Appréciation de leur état de santé par les participants (n=316)
51. Perception de l'état de santé en fonction de l'âge (N=338)
52. Perception de l'état de santé en fonction de l'origine (N=338)
53. Placement dans une institution par la justice des mineurs (n = 337)
54. Origine des personnes placées dans une institution par la justice des mineurs (N=39)
55. Nombre de contrôles de police durant les 6 mois précédant l'incarcération (N=322)
56. Nombre de contrôles de police durant les 6 mois précédant l'incarcération & age (N=322)
57. Nombre de contrôles de police durant les 6 mois précédant l'incarcération & sexe (N=322)
58. Nombre de contrôles de police durant les 6 mois précédant l'incarcération & origine (N=322)
59. Nombre de contrôles de police durant les 6 mois précédant l'incarcération & occupation (N=322)
60. Personnes ayant séjournées en prison comme adulte avant la détention actuelle (N=337)
61. Répartition des participants en fonction de leurs incarcérations antérieures (N=159)
62. Incarcérations antérieures, consommation de drogue et sérologies (N=292)
63. Durée d'incarcération accomplie antérieurement à l'incarcération actuelle (participants ayant déjà séjourné en prison comme adolescents et adulte et déjà condamnés) (N=25)
64. Durée des incarcérations précédant la détention actuelle (N=337)
65. Durée des incarcérations précédant l'incarcération actuelle en fonction de l'âge (N=335)
66. Durée des incarcérations précédant l'incarcération actuelle en fonction de l'origine (N=335)
67. Durée des incarcérations précédant l'incarcération actuelle en fonction du site de détention (N=335)
68. Personnes déjà condamnées avant l'incarcération actuelle (N=336)
69. Durée du séjour actuel en détention préventive en fonction de l'âge (N=178)
70. Durée du séjour actuel en détention préventive en fonction du site de détention (N=178)
71. Durée du séjour actuel en détention préventive en fonction de l'origine (N=178)
72. Durée du séjour actuel en exécution de peine en fonction de l'âge (N=160)
73. Durée du séjour actuel en exécution de peine en fonction de l'origine (N=160)
74. Durée du séjour actuel en exécution de peine en fonction du site de détention (N=160)\$
75. Comparaison de l'origine des détenus en exécution de peine et en détention préventive (N=338)
76. Répartition du collectif en fonction des délits et de la sérologie (N=274)
77. Consommation d'haschisch et origine des sujets (N=338)
78. Consommation d'héroïne et origine des sujets (N=338)
79. Consommation de cocaïne et origine des sujets (N=338)
80. Substances consommées dans la vie courante (N=338)
81. Âge de la première consommation (N=338)
82. Associations entre les substances consommées (N=338)
83. Nombre de substances différentes consommées (en tenant compte ou non de l'alcool) (N=338)
84. Consommation de drogue/alcool lors de l'incarcération précédente, réponses globales (N=163)
85. Consommation de drogue/alcool lors de l'incarcération précédente, détails (N=50)
86. Consommation de drogue/alcool durant la détention précédente (N=50)
87. Nombre de substances différentes consommées durant l'incarcération précédente (en tenant compte ou non de l'alcool) (N=50)
88. Vente de drogue en prison, incarcération précédente (N=161)
89. Consommation de drogue /alcool durant l'incarcération en cours (N=41)
90. Consommation d'alcool/drogue durant la détention en cours (N=41)
91. Nombre de substances consommées durant l'incarcération en cours (en tenant compte de l'alcool ou non)(N=41)
92. Consommateurs de substances (alcool y compris) (N=337)

93. Consommateurs de substances (alcool exclu) (N=337)
94. Personnes ayant consommé de la drogue pour la 1^{ère} fois en prison (N=13)
95. Substances injectées en prison
96. Substances sniffées en prison
97. Désinfection du matériel utilisé pour la réalisation du tatouage (N=13)
98. Préférence sexuelle (N=334)
99. Orientation sexuelle et pratiques sexuelles (N=334)
100. Raisons qui rendent difficile le fait de parler de sexualité (N=47)
101. Comment réagissez-vous face à des relations homosexuelles ? (N=335)
102. Rapports sexuels au cours des 6 mois précédant la détention actuelle (N=335)
103. Utilisation de préservatifs durant la période précédant l'incarcération (N=290)
104. Raisons de l'usage non systématique du préservatif par les personnes ayant plusieurs partenaires (N=86)
105. Motifs du choix d'utiliser ou non le préservatif pour les participants ayant plusieurs partenaires
106. Utilisation du préservatif
107. Personnes ayant reçu de l'argent pour des rapports sexuels à l'extérieur de la prison (N=336)
108. Personnes ayant donné de l'argent pour des rapports sexuels à l'extérieur de la prison (N=336)
109. Personnes ayant des rapports sexuels avec un-e seul-e partenaire au cours de leur détention actuelle (N=337)
110. Personnes ayant des rapports sexuels avec plusieurs partenaires au cours de leur détention actuelle (N=309)
111. Utilisation du préservatif au cours de la détention actuelle
112. Motifs de la non utilisation de préservatif durant la détention actuelle
113. Raisons justifiant le refus de l'utilisation du préservatif au cours de la détention actuelle
114. Traitements prescrits par le service médical durant l'incarcération en cours (N=338)
115. Hépatites (anamnèse)
116. Status pour l'hépatite indiqué par les participants (N=179)
117. Modes de contamination déclaré (N=28)
118. Sérologie VIH effectuées avant l'incarcération actuelle (chez les personnes ayant plusieurs partenaires)
119. Antécédents de maladies sexuellemejn transmissible ? (N=337)
120. Antécédents de MST et sérologies (Chlamydiae & T. pallidum) (N=265)
121. Entretien infirmier d'entrée? (N=336)
122. Avez-vous parlé avec cet-te infirmier-e de la prévention des hépatites, du SIDA et des MST? (N=297)
123. Si oui, cette information vous a-t-elle utile, inutile ? (N=125)
124. Avez-vous reçu la pharmacie personnelle ("le kit de prévention ")? (N=336)
125. Kits de prévention distribués à l'entrée en prison (SMPP 2001)
126. Avez-vous déjà eu l'occasion de faire usage de son contenu? (N=310)
127. Utilisation du "kit de prévention"? (N=201)
128. Radiographie ou test de Mantoux proposés (N=336)
129. Radiographies pulmonaires d'entrée en 2001 (Données SMPP)
130. Dépistage du SIDA ou de l'hépatite proposé (N=336)
131. Si non, estimez-vous que ces tests auraient été nécessaires? (N=228)
132. Vous a-t-on refusé de pratiquer ces tests alors que vous les demandiez? (N=234)
133. Vaccination contre le tétanos et la diphtérie pendant la détention actuelle (N=337)
134. Vous a-t-on proposé une vaccination contre l'hépatite B? (N=336)
135. Vaccination contre le virus de l'hépatite B par site de détention (N=336)
136. Origine des participants HBV+ et HBsAg+ (N=274)
137. Type de détention des sujets HBV+ et HBsAg+ (N=79)
138. Lieu de détention des sujets HBV+ (N=79)
139. Caractéristiques des sujets HBV+ (N=76)
140. Différences entres sujets HBV+ et HBV- (N=233)
141. Origine des participants HCV+(N= 274)
142. Statut pénal des participants HCV+ (N=26)
143. Lieu de détention des participants HCV+ (N=26)
144. Caractéristiques des personnes HCV+ (N=25)

145. Différences entre sujets HCV+ et sujets HCV- (N=260)
146. Concordance entre la connaissance et les sérologies des participants (N=274)
147. Mode de contamination évoqué par les sujets connaissant leur status sérologique (N=18)
148. Lieux de détention des participants ayant une sérologie syphilitique + (N=10)
149. Participants dont les sérologies se sont révélées + (N=103)
150. Liens entre les sérologies de l'hépatite B et sexe, age, origine et statut pénitentiaire des sujets (N=274)
151. Liens entre les sérologies de l'hépatite B et caractéristiques principales explorées par le questionnaire (N=261)
152. Liens entre les sérologies de l'hépatite C et sexe, age, origine et statut pénitentiaire des sujets (N=274)
153. Liens entre les sérologies de l'hépatite C et caractéristiques principales explorées par le questionnaire (N=261)
154. Prévalence des infections investiguées parmi les participants à EPIPS
155. Comparaison des prévalences de anti HBc par classe d'âge entre le collectif EPIPS et un collectif de donateurs de sang (1995)
156. Facteurs associés à la seropositivité anti-HbcAg
157. Facteurs de risque pour la séropositivité anti-HBcAg Régression Logistique Multiple: Modèle final retenu
158. Facteurs de risque pour la séropositivité HCV, modèle final retenu
159. Prostitution et sérologie
160. Consommateurs de substances induisant une dépendance, comparaison EPIPS et population suisse
161. Incarcération et consommation

B. Tableaux : Etude pilote

Tableau n°5	
Etude pilote : Collectif (N = 30 hommes)	
AGE	N
<20 ans	4
20-25 ans	6
26-30 ans	10
31-35 ans	7
>36 ans	3

Tableau n° 6 :	
Etude pilote : durée de l'incarcération au moment de l'étude	
Moyenne	188 jours
Médiane	120 jours (1-730)

Tableau n° 7		
Etude pilote : Motif de l'incarcération en cours (N=30)		
Drogue	18	60,0%
Vol	3	10,0%
Tentative de meurtre ou meurtre	2	6,6%
Non précisé	7	23,3%

Tableau n° 8		
Etude pilote : antécédents de placements par le tribunal des mineurs (N=30)		
Oui	13	43,3%
Non	16	53,3%
Non précisé	1	3,4%

Tableau n° 9				
Etude pilote : antécédents de placements et problèmes actuels de drogue (N=30)				
		Antécédents de placements		
		Oui	Non	Ne veut pas répondre
Personnes incarcérées actuellement pour drogue	Oui	8	10	0
	Non	5	6	1

Tableau n° 10						
Etude pilote : antécédents pénitentiaires (N=23)						
Groupes d'âge (ans)	<20 N=3	20-25 N=5	26-30 N=7	31-35 N=6	>36 N=2	TOTAL N=23
Nombre moyen d'incarcérations antérieures	1,3	3,2	4,1	3,2	10,5	2,5
Durée moyenne totale par individu (jours)	122	509	1007	1417	6660	1382

Tableau n° 11		
Etude pilote : condamnations antérieures (N=20)		
• pour des problèmes de drogue		14
dont	consommation et vente	7
	consommation	6
	vente	1
• pour une autre cause		6

Tableau n° 12			
Etude pilote : consommation de substances en dehors de l'incarcération (N=30)			
SUBSTANCES	Consommateurs N	Age au moment de la première consommation (ANNEES)	
		Moyenne	Médiane
Alcool	5	17	17
Cocaïne	4	18	18
Cocktail (mélange héroïne/cocaïne)	4	19	19
Ecstasy, amphetamine	2	18	18
Free-base, crack	2	26	26
Haschisch	5	14.8	14
Héroïne	4	18.2	18
LSD	3	16	16
Médicaments non prescrits	4	15.7	16
Méthadone illégale	4	21.2	21.2
Rohypnol	5	18	19
Autres opiacés (sirop contenant de la codéine, etc.)	2	28.5	28.5

Tableau n° 13		
Etude pilote : consommation de substance pendant l'incarcération précédente (N=23)		
Oui, pendant cette période	14	61%
Non, pas durant cette période	3	13%
Jamais de consommation	5	22%
Pas de renseignement	1	4%

Tableau n° 14	
Etude pilote : nature des substances consommées lors de l'incarcération précédente	
SUBSTANCE	UTILISATEURS (N = 14)
Haschisch - Marijuana	9
Alcool	7
Autres opiacés	6
Rohypnol	5
Héroïne	3
Méthadone illégale	3
Autres Médicaments non prescrits	3
Cocaïne	2
Cocktail (mélange héroïne/cocaïne)	2
L.S.D.	1
Crack	0
Ecstasy/amphétamine	0

Tableau n° 15	
Etude pilote : Nombre de substances consommées lors de l'incarcération précédente	
Nombre de substances utilisées (sans compter l'alcool)	UTILISATEURS (N = 14)
1	4
2	5 ^{C, F}
3	3 ^{A, G}
4	-
5	1 ^E
6	1

Chaque lettre (sup) correspond à une personne pratiquant des injections

Tableau n° 16			
Etude pilote : consommations des sujets déjà incarcérés antérieurement (N=23)			
A l'extérieur de la prison	Lors d'incarcérations antérieures	Lors de l'incarcération en cours	TOTAL
-	-	-	7
+	-	-	2
-	+	-	9
(+)	+	-	1
+	+	+	4

Consommation de drogue

+ Réponse affirmative

- Réponse négative

(+) La personne interrogée ne souhaite pas répondre

Tableau n° 17		
Etude pilote : comparaison entre consommateurs et les autres, lors d'une précédente incarcération (N = 23)		
	Consommation de drogue lors de détention antérieure	
Incarcérations antérieures	Oui (N =14)	Non (N = 9)
Nombre	3.8	4.3
Durée moyenne (jours)	1557.1	1166.4

Tableau n° 18		
Etude pilote : vente de drogue lors de l'incarcération précédente. (N= 23)		
	N	%
Oui	3	13%
Non, pas durant cette période	11	48%
Jamais de vente	8	35%
Pas de renseignement	1	4%

Tableau n° 19	
Etude pilote : Consommation de drogue durant l'incarcération actuelle. (N=30)	
	N
Oui	5
Non	23
Ne souhaite pas répondre	2

Tableau n° 20	
Etude pilote : injection de drogue durant l'incarcération actuelle (N=30)	
	N
Oui	1
Non	5
Ne souhaite pas répondre	24

Tableau n° 21					
Etude pilote : substances consommées durant l'incarcération actuelle par sujet (N=5)					
	PARTICIPANT				
	A	B	C	D	E
Alcool	+		++		
Haschisch-Marijuana		+++	++	+	++
Héroïne				+	
Cocaïne		+++			
Cocktail (mélange héroïne/cocaïne)	+*	+			
Ecstasy			+		
Médicaments non prescrits			+		
Rohypnol	+		+		

§ Fréquence à laquelle des stupéfiants sont consommés: + : occasionnellement, ++ : plusieurs fois par semaine, +++ : quotidiennement

§ Stupéfiant consommé par voie intraveineuse: *

Tableau n° 22	
Etude pilote : préférences sexuelles (N=30)	
	N
Hétérosexuels	22
Bisexuels	2
Homosexuels	0
Pas de réponse	6

Tableau n° 23	
Etude pilote : nombre de partenaires à l'extérieur de la prison (N=30)	
	N
Le même partenaire	11
Plusieurs partenaires	10
Aucun partenaire	5
Pas de réponse	4

Tableau n° 24		
Etude pilote : « à l'extérieur de la prison avez-vous reçu de l'argent pour des rapports sexuels ? » (N=30)		
	N	%
Oui	3	10.0%
Non	22	73.3%
Ne souhaite pas répondre	5	16.7%

Tableau n° 25		
Etude pilote : « à l'extérieur de la prison avez-vous donné de l'argent pour des rapports sexuels ? » (N=30)		
	N	%
Oui	2	6.7%
Non	22	73.3%
Ne souhaite pas répondre	6	20.0%

Tableau n° 26	
Etude pilote : utilisation de préservatif par les sujets ayant des contacts sexuels dans un contexte de prostitution (N = 4)	
Participants	Préservatif
2 ont reçu de l'argent	Parfois
1 a donné de l'argent	Toujours
1 a donné et reçu de l'argent	Jamais

Tableau n° 27	
Etude pilote : résultats sérologiques (N=24)	
	Tests positifs
VDRL	0
Chlamydia	4
Hépatite B	
• active	2
• guérie	9
Hépatite C	7
VIH	1

Tableau n° 28					
Etude pilote : profil sérologique des sujets testés (N=24)					
Chlamydia	Anti-HBc	HBsAg	HCV	VIH	N
-	-	-	-	-	8
+	-	-	-	-	3
-	+	-	-	-	5
+	+	-	-	-	1
-	+	-	+	-	3
-	-	-	+	-	2
-	+	+	+	-	1
-	+	+	+	+	1

Le risque de transmission est indiqué par des cases grisées

C. Tableaux : résultats du questionnaire

Tableau n° 29				
Répartition du collectif EIPIS entre les différents sites				
Sites	Personnes présentes dans les différents sites de détention au moment de l'étude (N=514)	Personnes sollicitées pour participer à l'étude (N=490)	Personnes acceptant de participer à l'étude (N=352)	% de participation par site de détention
Bois-Mermet	113	113	96	84.95%
EPO, Bochuz	135	125	86	63.70%
EPO, La Colonie	73	67	49	67.12%
La Croisée	120	118	84	70.00%
La Tuilière	56	52	31	55.35%
Vevey	17	15	6	35.29%
Total	514	490	352	68.48%

Tableau n° 30			
Mode de participation à l'étude EIPIS (N= 490)			
A l'étude	Au questionnaire	A la prise de sang	Nombre de personnes
Non	Non	Non	138
Oui	Non	Oui	14
Oui	Oui	Non	77
Oui	Oui	Oui	261
Total	-	-	490

Tableau n° 31					
Age des participants (N = 338)					
Sites	N	Age moyen (ans)	Age median (ans)	Age min. (ans)	Age max. (ans)
Bochuz	84	34.8	33.0	21.0	61.0
Bois-Mermet	92	29.1	26.0	17.0	63.0
La Colonie	45	35.5	32.0	22.0	63.0
La Croisée	81	30.2	28.0	17.0	63.0
La Tuilière	30	33.2	30.5	21.0	57.0
Vevey	6	38.8	40.0	19.0	63.0
Total	338	32.2	30.0	17.0	63.0

Tableau n°32 Comparaison entre le collectif EPIPS (N = 338) et la population carcérale suisse (données OFS 2000, N = 3753)				
Groupes d'âge	EPIPS		OFS	
	N	%	N	%
Moins de 20 ans	13	3.8%	70	1.9%
20 à 24 ans	77	22.8%	552	14.7%
25 à 29 ans	71	21.1%	691	18.4%
30 à 34 ans	61	18.1%	731	19.5%
35 à 39 ans	36	10.6	636	16.9%
40 à 44 ans	40	11.8%	462	12.3%
45 à 49 ans	17	5.0%	279	7.4%
50 à 54 ans	11	3.2%	170	4.5%
Plus de 54 ans-	12	3.6%	162	4.4%
Total	338	100.0%	3753	100.0%

$\chi^2=32.17$, dl=8, $p < 0.0001$

Tableau n°33
Répartition des participants à EPIPS (n= 338)
en fonction de leur groupe d'âge et de leur site de détention

Groupes d'âge	EPO		Bois-Mermet		La Croisée		La Tuilière		Vevey		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Moins de 18 ans	0	(0.0%)	1	(0.3%)	1	(0.3%)	0	(0.0%)	0	(0.0%)	22	(6.5%)
18 à 20 ans	0	(0.0%)	8	(2.3%)	11	(3.3%)	0	(0.0%)	1	(0.3%)		
21 à 25 ans	23	(6.8%)	35	(10.3%)	22	(6.5%)	8	(2.3%)	0	(0.0%)	88	(26.0%)
26 à 30 ans	28	(8.3%)	16	(4.8%)	10	(2.9%)	7	(2.1%)	1	(0.3%)	62	(18.3%)
31 à 35 ans	25	(7.4%)	11	(3.3%)	18	(5.4%)	2	(0.6%)	0	(0.0%)	56	(16.5%)
36 à 40 ans	12	(3.5%)	7	(2.1%)	8	(2.3%)	7	(2.1%)	1	(0.3%)	35	(10.3%)
41 à 50 ans	34	(10.1%)	10	(2.9%)	8	(2.3%)	5	(1.5%)	2	(0.6%)	59	(17.4%)
51 à 60 ans	4	(1.2%)	3	(0.9%)	1	(0.3%)	1	(0.3%)	0	(0.0%)	16	(4.7%)
Plus de 60 ans	3	(0.9%)	1	(0.3%)	2	(0.6%)	0	(0.0%)	1	(0.3%)		
Total	129	(38.2%)	92	(27.2%)	81	(23.9%)	30	(8.9%)	6	(1.8%)	338	(100.0%)

Tableau N°34
Répartition des détenus dans le canton de Vaud en 2001
en fonction de leur groupe d'âge et de leur site de détention (statistiques SMPP) (n=1957)

Groupes d'âge	EPO		Bois-Mermet		La Croisée		La Tuilière		Vevey		TOTAL1		TOTAL 2	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Moins de 18 ans	0	(0.0%)	9	(0.4%)	9	(0.4%)	5	(0.2%)	0	(0.0%)	286	(11.7%)	209	(10.6%)
18 à 20 ans	8	(0.3%)	104	(4.2%)	104	(4.2%)	21	(0.9%)	26	(1.1%)				
21 à 25 ans	54	(2.2%)	221	(9.1%)	210	(8.6%)	56	(2.3%)	66	(2.7%)	607	(25.1%)	470	(24.01%)
26 à 30 ans	78	(3.2%)	121	(4.9%)	119	(4.9%)	83	(3.4%)	53	(2.1%)	454	(18.7%)	381	(19.4%)
31 à 35 ans	70	(2.8%)	127	(5.2%)	105	(4.3%)	49	(2.0%)	47	(1.9%)	398	(16.4%)	308	(15.7%)
36 à 40 ans	56	(2.3%)	78	(3.2%)	74	(3.0%)	38	(1.5%)	48	(1.9%)	294	(12.1%)	245	(12.5%)
41 à 50 ans	86	(3.5%)	58	(2.4%)	54	(2.2%)	27	(1.1%)	41	(1.7%)	266	(10.9%)	239	(12.2%)
51 à 60 ans	29	(1.2%)	26	(1.1%)	13	(0.5%)	14	(0.6%)	8	(0.3%)	117	(4.8%)	108	(5.5%)
Plus de 60 ans	5	(0.2%)	12	(0.5%)	7	(0.3%)	1	(0.1%)	2	(0.1%)				
Total	386	(15.9%)	756	(31.2%)	695	(28.6%)	294	(12.1%)	291	(12.0%)	2422	(100.0%)	1957	(100%)

TOTAL 2 :total sous déduction des détenus venus plusieurs fois dans l'année dans une même prison, dans l'une des quatre prisons ou de détenus transférés d'une prison à l'autre, C'est donc ce total qui doit être utilisé comme base de comparaison.

Pour comparer les 2 tableaux n°33 et 34, les catégories d'âge ont été regroupées de manière à éviter des cellules avec une valeur attendue inférieure à 5. Dans un tel cas, le test de chi-carré n'est pas valide pour comparer les proportions.

Quoique la différence entre les proportions semble être « statistiquement significative », il est à relever que la valeur statistique de chi-carré dépend non seulement des différences réelles entre les proportions entre groupes mais aussi de la taille de l'échantillon. Dans ce cas, avec plusieurs milliers de sujets, une valeur de p petite représente une différence « statistiquement significative », mais pas une différence « opérationnellement significative ». Les figures montrent une grande équivalence entre les différents groupes d'âge. En regroupant notre échantillon en 3 groupes, on fait une observation identique.

Tableau N° 35 Age: comparaison EPIPS et SMPP 2001				
Groupes d'âge	TOTAL EPIPS		TOTAL SMPP 2001	
	N	%		%
Moins de 18 ans & 18 à 20 ans	22	(6.5%)	209	(10.6%)
21 à 25 ans	88	(26.0%)	470	(24.01%)
26 à 30 ans	62	(18.3%)	381	(19.4%)
31 à 35 ans	56	(16.5%)	308	(15.7%)
36 à 40 ans	35	(10.3%)	245	(12.5%)
41 à 50 ans	59	(17.4%)	239	(12.2%)
51 à 60 ans & plus de 60 ans	16	(4.7%)	108	(5.5%)
Total	338	(100.0%)	1957	(100%)

Tableau n°36 Sexe et âge des sujets du collectif (N= 338)			
	Hommes (N)	Femmes (N)	Total (N)
Moins de 18 ans	2	-	2
18-20 ans	20	-	20
21-25 ans	82	6	88
26-30 ans	58	4	62
31-35 ans	54	2	56
36-40 ans	31	4	35
41-50 ans	54	5	59
51-60 ans	8	1	9
Plus de 60 ans	7	-	7
Total	316	22	338

Tableau N°37 Origine géographique des sujets du collectif EPIPS (N = 338)								
Régions	Bochuz N	Bois- Mermet N	Colonie N	Croisée N	Tuilière N	Vevey N	Total	
							N	%
Afrique subsaharienne	4	16	2	13	2	-	37	10.9%
Amérique latine	4	1	1	2	5	-	13	3.8%
Asie	3	2	-	2	2	-	9	2.7%
Europe des Balkans	32	19	14	14	7	2	88	26.0%
Europe de l'Est	-	4	-	3	1	-	8	2.4%
Europe de l'Ouest	17	23	4	17	3	2	66	19.5%
Méditerranée – Moyen Orient	8	14	3	15	1	-	41	12.1%
Suisse	16	13	21	15	9	2	76	22.5%
Total	84	92	45	81	30	6	338	100.0%

Tableau n° 38 Origine des personnes détenues dans le canton de Vaud en 2001 (N= 1956)							
Régions	Bochuz N	Bois-Mermet N	La Colonie N	La Croisée N	La Tuilière N	Total ^Δ	
Afrique subsaharienne	22	120	127	33	57	260	13.30%
Amérique latine*	10	23	33	25	3	81	4.10%
Asie	11	20	11	6	4	48	2.45%
Europe des Balkans	133	163	130	50	36	432	22.10%
Europe de l'Est	4	41	41	22	4	85	4.30%
Europe de l'Ouest	65	122	139	49	53	370	18.90%
Méditerranée – Moyen Orient	21	64	73	23	18	138	7.05%
Suisse	120	195	148	88	117	542	27.80%
Total	386	748	702	296	292	1956	100.00%

- * Plus 2 ressortissants de l'Amérique du Nord
- ^ΔTotal sous déduction des détenus venus plusieurs fois dans l'année dans une même prison, dans l'une des quatre prisons ou de détenus transférés d'une prison à l'autre.

La comparaison des 2 tableaux 37 et 38, indique un chi-carré=18.59 avec 7dl, p=0.00956, p<0.01.

Quoique la différence entre les proportions semble être « statistiquement significative », il est à relever que la valeur statistique de chi-carré dépend non seulement des différences réelles entre les proportions entre groupes mais aussi de la taille de l'échantillon. Dans ce cas, avec plusieurs milliers de sujets, une valeur de p petite représente une différence « statistiquement significative », mais pas une différence « opérationnellement significative ».

Le tableau n°39 et le schéma suivants montrent une grande équivalence entre les différents groupes d'âge. En regroupant notre échantillon en 2 groupes (Suisse / Etrangers), on fait une observation identique.

Tableau n° 39				
Comparaison de l'origine des sujets du collectif (n=338) et des détenus vaudois en 2001 (n=1956)				
Régions	Total EPIPS		Total population carcérale VD 2001	
Afrique subsaharienne	37	10.9%	260	13.30%
Amérique latine*	13	3.8%	81	4.10%
Asie	9	2.7%	48	2.45%
Europe des Balkans	88	26.0%	432	22.10%
Europe de l'Est	8	2.4%	85	4.30%
Europe de l'Ouest	66	19.5%	370	18.90%
Méditerranée – Moyen Orient	41	12.1%	138	7.05%
Suisse	76	22.5%	542	27.80%
Total	338	100.00%	1956	100.00%

* Plus 2 ressortissants de l'Amérique du Nord

Tableau n°40			
Niveau de scolarité des participants (N = 338)			
	Nombre	Pourcentage	Pourcentage OFS (pop. résidente suisse)
Scolarité obligatoire non terminée	52	15.4%	4.3%
Scolarité obligatoire accomplie	114	33.7%	22.8%
Formation professionnelle	100	29.6%	39.5%
Maturité / Formation supérieure	72	21.3%	24.3%
Sans indication	0	0.0%	8.8%

Tableau n°41					
Niveau de scolarité selon la région d'origine (N = 338)					
	Scolarité obligatoire non terminée N	Scolarité obligatoire accomplie N	Formation professionnelle N	Maturité / Formation supérieure N	Total
Afrique subsaharienne	20	9	4	4	37
Amérique latine	1	2	4	6	13
Asie	0	5	3	1	9
Europe des Balkans	8	39	18	23	88
Europe de l'Est	2	1	2	3	8
Europe de l'Ouest	6	19	27	14	66
Méditerranée - Moyen-Orient	9	18	7	7	41
Suisse	6	21	35	14	76
Total	52	114	100	72	338

Tableau n°42 Situation professionnelle avant l'incarcération actuelle (N=337)			
	Nombre	Pourcentage	Population suisse (OFS 2002)
Actif occupé	181	53.7%	65.8%
Sans emploi	36	10.7%	2%
Non actif (AI, AVS, retraite)	113	33.5%	32.2%
• dont requérants d'asile	52	15.4%	
Autre	7	2.0%	
Total	337	100.0%	100%

Tableau n°43 Situation professionnelle des participants avant l'incarcération en fonction du sexe (N=337)					
	Actif occupé	Sans emploi	Non actif	Autre	Total
	N	N	N	N	N
Hommes	168	32	106	9	315
Femmes	13	4	5	0	22
Total	181	36	111	9	337

Tableau n°44 Situation professionnelle des participants avant l'incarcération actuelle en fonction de leur origine (N=337)										
	Actif occupé		Sans emploi		Non actif		Autre		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Afrique subsaharienne	13	7.1	3	11.1	20	18.8	1	11.1	37	10.9
Amérique latine	6	3.3	3	11.1	3	2.7	1	11.1	13	3.8
Asie	8	4.4	-	-	1	0.9	-	-	9	2.8
Europe des Balkans	42	23.2	9	25.0	34	30.6	3	33.3	88	26.1
Europe de l'Est	4	2.2	1	2.7	1	0.9	1	11.1	7	2.1
Europe de l'Ouest	45	24.9	7	19.4	11	9.9	3	33.3	66	19.6
Méditerranée - Moyen-Orient	18	9.9	6	11.3	17	15.3	-	-	41	12.2
Suisse	45	24.9	7	19.4	24	20.9	-	-	76	22.5
Total	181	100.0	36	100.0	111	100.0	9	99.9	337	100.0

Tableau n°45 Type d'emploi occupé (N=203)		
	Nombre	Pourcentage
Emploi non qualifié	121	59.6%
Ouvrier avec CFC, employé avec formation	47	23.2%
Position supérieure	23	11.3%
Autre	12	5.9%
Total	203	100.0%

Tableau n°46			
Emploi occupé par les personnes ayant une maturité ou une formation supérieure et qui ont une activité professionnelle avant leur incarcération actuelle (N=45)			
	Hommes	Femmes	Total
Emploi non qualifié	18	1	19
Ouvrier avec CFC, employé avec formation	8	0	8
Position supérieure	14	3	17
Autre	1	0	1
Total	41	4	45

Tableau n°47						
Mode de vie des participants(N= 338)						
	EIPIS		EIPIS (toxico-dépendant)		OFS	
	N	%	N	%	Pop. générale	Requérants
Vit seul	117	34.6%	32	38.1%	16.1%	13.5%
Vit avec la conjointe ou une amie (1)	69	20.4%	17	20.2%	24.8%	6.9%
Vit avec ses enfants (2)	58	17.2%	9	10.7%	56.5%	73.7%
Vit avec d'autres membres de sa famille (3)	52	15.4%	13	15.5%	0.70%	0.11%
Vit avec des camarades, en foyer d'accueil, ...	36	10.7%	10	11.9%	1.9%	5.8%
Autre	6	1.8%	3	3.6%	-	-
Total	338	100.0%	84	100.0%	100.00%	100.00%

Notes :

- (1) Le sujet vit en couple sans enfants (ce qui n'exclut pas cependant la cohabitation avec un autre membre de la famille, par ex. frère)
 (2) quelle que soit la constitution du ménage (couple, ménage monoparental ou avec d'autres personnes)
 (3) la famille est prise dans le sens large : parents, grand-parents, frère, tante, etc. A l'exclusion cependant de toute vie de couple.

Tests statistiques :

EIPIS vs EIPIS/toxico-dépendants : $\chi^2 = 3.11$, $dl=5$, $P= 0.68$
 EIPIS vs population générale : $\chi^2 = 125500$, $dl=5$, $P= 0.00000$
 EIPIS vs requérants : $\chi^2 = 2833.03$, $dl=5$, $P= 0.00000$

Tableau n°48
Mode de vie et âge des sujets (N= 338)

Groupes d'âge	Seul(e)	Conjoint(e) / ami(e)	avec enfants	Autres membres de la famille	Camarades / Foyer	Autre	TOTAL
Moins de 18 ans	1 (50%)	0	0	0	0	1 (50%)	2
18 à 20 ans	2 (10%)	3 (15%)	0	8 (40%)	6 (30%)	1 (5%)	20 (100%)
21 à 25 ans	23 (26.1%)	12 (13.6%)	4 (4.5%)	28 (31.8%)	20 (22.7%)	1 (1.1%)	88 (100%)
26 à 30 ans	24(38.7%)	14 (22.5%)	9 (14.5%)	11(17.7%)	4(6.4%)	0	62 (100%)
31 à 35 ans	16 (28.57%)	19 (33.8%)	16 (28.57%)	1 (1.7%)	3 (5.3%)	1 (1.7%)	56 (100%)
36 à 40 ans	15 (42.8%)	8 (22.8%)	10 (28.51%)	1 (2.8%)	1(2.8%)	0	35(100%)
41 à 50 ans	30 (50.8%)	9 (15.25%)	16 (27.11%)	2 (3.38%)	1 (1.69%)	1(1.69%)	59(100%)
51 à 60 ans	2 (24.4%)	3 (33.3%)	3 (33.3%)	0	1 (11.1%)	0	9(100%)
Plus de 60 ans	4 (57%)	1 (14.28%)	0	1(14.28%)	0	1(14.28%)	7(100%)
Total	117 (34.6%)	69 (20.4%)	58(17.2%)	52 (15.45)	36 (10.7%)	6 (1.8%)	338 (100%)

Tableau n°49
Mode de vie et origine des sujets (N=338)

Origine	Seul(e)	Conjoint(e) / ami(e)	avec enfants	Autres membres de la famille	Camarades / Foyer	Autre	TOTAL
Afrique subsaharienne	10 (27%)	5 (13.5%)	1 (2.7%)	5 (13.5%)	16 (43.24%)	0	37(100%)
Amérique latine	4 (30.7%)	5 (38.4%)	2 (15.3%)	2 (15.3%)	0	0	13(100%)
Asie	3 (33.3%)	0	5 (55.5%)	1 (11.1%)	0	0	9(100%)
Europe des Balkans	27 (30.6%)	18 (20.4%)	19 (21.6%)	16 (18.2%)	8 (9.1%)	0	88(100%)
Europe de l'Est	1 (12.5%)	2 (25%)	0	3 (37.5%)	1 (12.5%)	1 (12.5%)	8(100%)
Europe de l'Ouest	18 (27.3%)	17 (25.75%)	14 (21.2%)	13 (19.7%)	2 (3%)	2 (3%)	66(100%)
Méditerranée – Moyen-Orient	17 (41.5%)	7 (17%)	4 (9.7%)	7 (17%)	6 (14.63%)	0	41(100%)
Suisse	37 (48.68%)	15 (19.7%)	13 (17.1%)	5 (6.6%)	3 (3.9%)	3 (3.9%)	76(100%)
Total	117 (34.6%)	69 (20.4%)	58(17.2%)	52 (15.45)	36 (10.7%)	6 (1.8%)	338 (100%)

Tableau n°50 Appréciation de leur état de santé par les participants (n=338)				
	Hommes	Femmes	N	%
Bon	231	12	243	71.9%
Acceptable	61	8	69	20.4%
Mauvais	16	2	18	5.3%
Très mauvais	8	0	8	2.4%
Total	316	22	338	100.0%

Tableau n°51 Perception de l'état de santé en fonction de l'âge (N=338)										
Groupes d'âge	Bon		Acceptable		Mauvais		Très mauvais		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Moins de 18 ans	2	0.8	0	0	0	0	0	0	2	0.6
18 à 20 ans	17	6.9	1	1.4	1	5.6	1	12.5	20	5.9
21 à 25 ans	73	30.1	8	11.6	4	22.2	3	37.5	88	26.1
26 à 30 ans	43	17.7	12	17.4	6	33.3	1	12.5	62	18.3
31 à 35 ans	39	16.1	15	21.7	1	5.6	1	12.5	56	16.6
36 à 40 ans	26	10.7	6	8.7	3	16.6	0	0	35	10.3
41 à 50 ans	37	15.2	18	26.1	2	11.1	2	25	59	17.4
51 à 60 ans	4	1.7	5	7.3	0	0	0	0	9	2.7
Plus de 60 ans	2	0.8	4	5.8	1	5.6	0	0	7	2.1
Total	243	100.0	69	100.0	18	100.0	8	100.0	338	100.0

Tableau n°52 Perception de l'état de santé en fonction de l'origine (N=338)										
	Bon		Acceptable		Mauvais		Très mauvais		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Afrique subsaharienne	29	11.9	4	5.8	3	16.7	1	12.5	37	10.9
Amérique latine	10	4.1	0	0.0	2	11.1	1	12.5	13	3.8
Asie	7	2.9	1	1.5	1	5.6	0	0.0	9	2.7
Europe des Balkans	58	23.9	22	31.9	7	38.9	1	12.5	88	26.1
Europe de l'Est	6	2.5	2	2.9	0	0.0	0	0.0	8	2.4
Europe de l'Ouest	49	20.2	14	20.3	1	5.5	2	25	66	19.5
Méditerranée - Moyen-Orient	29	11.9	6	8.7	4	22.2	2	25	41	12.1
Suisse	55	22.6	20	28.9	0	0.0	1	12.5	76	22.5
Total	243	100.0	69	100.0	18	100.0	8	100.0	338	100.0

Tableau n°53		
Placement dans une institution par la justice des mineurs (n = 337)		
	Nombre	Pourcentage
Oui	39	11.57%
Non	298	88.43%

Tableau n° 54		
Origine des personnes placées dans une institution par la justice des mineurs (N=39)		
Régions	Nombre	Pourcentage
Afrique subsaharienne	3	7.7%
Amérique latine	1	2.6%
Europe des Balkans	7	17.9%
Europe de l'Ouest	9	23.1%
Méditerranée – Moyen Orient	1	2.6%
Suisse	18	46.2%

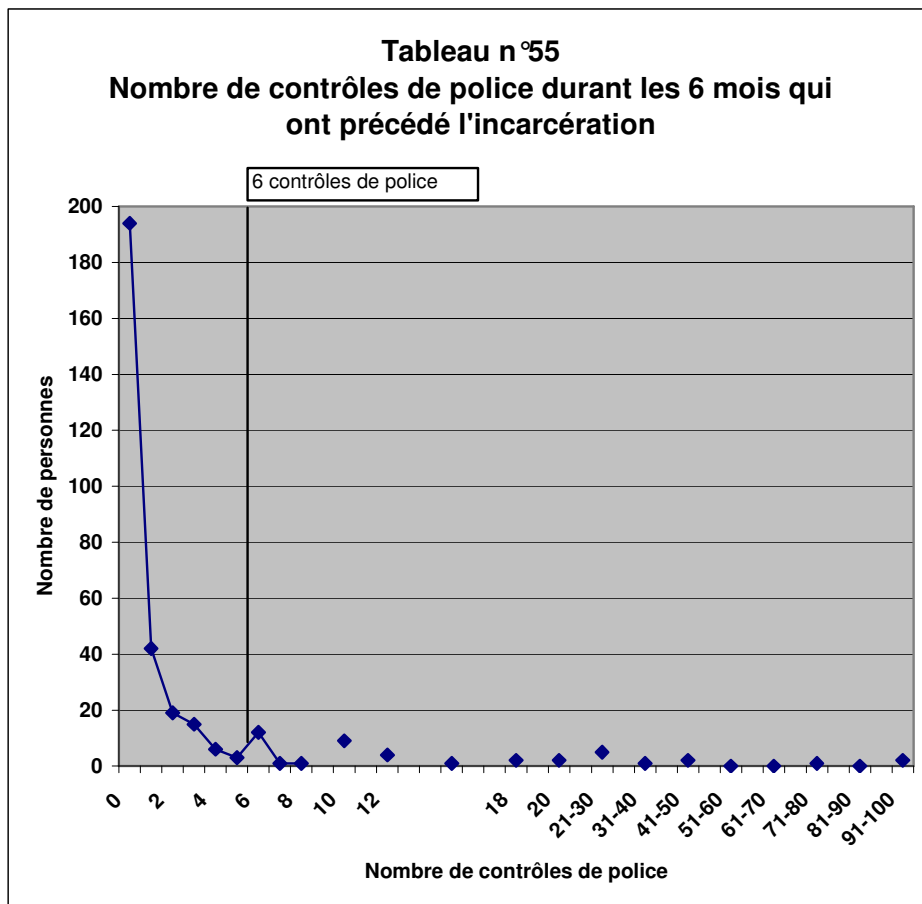


Tableau n°56 Nombre de contrôles de police durant les 6 mois précédant l'incarcération & age (N=322)						
nb de sujets ayant subi un nb de contrôles	<6		≥6		Total	
Moins de 21ans	14	4.4%	5	1.5%	19	5.9%
21 à 25 ans	68	21.1%	13	4.0%	81	25.2%
26 à 30 ans	50	15.5%	10	3.1%	60	18.6%
31 à 35 ans	47	14.6%	9	2.8%	56	17.4%
36 à 40 ans	30	9.3%	4	1.3%	34	10.6%
41 à 50 ans	54	16.8%	2	0.6%	56	17.4%
Plus de 51 ans	16	4.9%			16	4.9%
Total	279	86.6%	43	13.3%	322	100.0%

p=0.07

Tableau n°57 Nombre de contrôles de police durant les 6 mois précédant l'incarcération & sexe (N=322)						
nb de sujets ayant subi un nb de contrôles	<6		≥6		Total	
Femme	20	6.2%	1	0.3%	21	6.5%
Hommes	259	80.4%	42	13.0%	301	93.5%
Total	279	86.6%	43	13.3%	322	100.0%

p=0.2

Tableau n°58 Nombre de contrôles de police durant les 6 mois précédant l'incarcération & origine (N=322)						
nb de sujets ayant subi un nb de contrôles	<6		≥6		Total	
Afrique subsaharienne	27	8.4%	7	2.2%	34	10.6
Amérique latine	12	3.7%	0	0.0%	12	3.7
Asie	8	2.5%	0	0.0%	8	2.5
Europe des Balkans	77	23.9%	7	2.2%	84	26.1
Europe de l'Est	7	2.2%	0	0.0%	7	2.2
Europe de l'Ouest	56	17.4%	9	2.8%	65	20.2
Méditerranée – Moyen Orient	31	9.6%	6	1.8%	37	11.4
Suisse	61	18.9%	14	4.3%	75	23.3
Total	279	86.6%	43	13.3%	322	100.0

 $\chi^2 = 9.63$, ddl 7, p=0.2

Tableau n°59 Nombre de contrôles de police durant les 6 mois qui ont précédé l'incarcération actuelle & occupation (N=322)						
nb de sujets ayant subi un nb de contrôles	<6		≥6		Total	
Actif, occupé	156	48.4%	17	5.3%	173	53.7%
Sans emploi	26	8.1%	9	2.8%	35	10.9%
Non actif (AI, AVS, retraite)	90	27.9%	15	4.6%	105	32.6%
Autre	7	2.2%	2	0.6%	9	2.8%
Total	279	86.6%	43	13.3%	322	100.0%

p=0.6

Tableau n°60 Personnes ayant déjà séjourné en prison comme adulte avant la détention actuelle (N=337)		
	Nombre	Pourcentage
Non	173	51.34%
Oui	164	48.66%

Tableau n°61 Répartition des participants en fonction de leurs incarcérations antérieures (N = 159)		
Nb séjours antérieurs	Nb participants	%
1	76	47.8%
2	25	15.7%
3	22	13.8%
4	10	6.3%
5	7	4.4%
6	7	4.4%
7	2	1.3%
8	3	1.9%
9	1	0.6%
10	3	1.9%
11	1	0.6%
15	1	0.6%
« Toute ma vie »	1	0.6%

Tableau n°62 Incarcérations antérieures, consommation de drogue et sérologies (N = 260) (détenus ayant répondu au questionnaire et chez qui une prise de sang a pu être effectuée)					
	Séjours antérieurs				P
	Oui (N = 126)		Non (N=134)		
Incarcération en cours en lien avec la drogue	50	39.7%	70	52.2%	0.031
Incarcération pour d'autres motifs	75	59.5%	61	45.5%	
Pas de réponse	1	0.8%	3	2.2%	
Détenus toxicodépendants	47	37.3%	15	11.2%	<0.005
Sérologie positive					
• HBV	40	31.7%	36	26.8%	0.38
• HBsAg	5	3.9%	8	5.9%	0.45
• HCV	19	15.1%	6	4.5%	<0.005
• HIV	0	0.0%	1	0.7%	0.33

Tableau n°63 Durée des incarcérations précédant la détention actuelle (N = 337)		
	Nombre de participants	Pourcentage
Aucune incarcération	173	51.3%
Moins d'un mois	29	8.6%
1-6 mois	38	11.2%
7-12 mois	20	5.9%
1-2 ans	29	8.6%
3-5 ans	28	8.4%
Plus de 5 ans	18	5.3%
Sans indication	2	0.05%

Tableau n°64										
Durée des incarcérations précédant la détention actuelle en fonction de l'âge (N = 335)										
	< 18 ans	18-20 ans	21-25 ans	26-30 ans	31-35 ans	36-40 ans	41-50 ans	51-60 ans	> 60ans	Total
Aucun	2	13	46	32	28	19	26	3	4	173
Moins d'un mois	0	2	10	6	4	4	3	0	0	29
1-6 mois	0	4	13	9	3	3	4	1	1	38
7-12 mois	0	1	12	1	5	0	1	0	0	20
1-2 ans	0	0	4	9	4	2	9	0	1	29
3-5 ans	0	0	2	3	9	7	5	2	0	28
Plus de 5 ans	0	0	0	0	3	0	11	3	1	18
Total	2	20	87	60	56	35	59	9	7	335

P= 0.000

Tableau n°65									
Durée des incarcérations précédant la détention actuelle en fonction de l'origine (n = 335)									
	Afrique subsaharienne	Amérique latine	Asie	Europe des Balkans	Europe de l'Est	Europe de l'Ouest	Méditerranée Moyen-Orient	Suisse	Total
Aucun	22	8	5	57	4	28	23	26	173
Moins d'un mois	5	1	0	6	2	9	2	4	29
1-6 mois	6	0	0	7	0	10	6	9	38
7-12 mois	2	0	1	5	2	2	2	6	20
1-2 ans	1	1	0	8	0	5	3	11	29
3-5 ans	1	1	2	3	0	6	3	12	28
Plus de 5 ans	0	1	0	2	0	6	1	8	18
Total	37	12	8	88	8	66	40	76	335

P=0.000

Tableau n°66
Durée des incarcérations précédant la détention actuelle en fonction du site de détention
(N = 335)

	Bochuz	Bois-Mermet	Colonie	La Croisée	La Tuilière	Vevey	Total
Aucun	45	45	22	36	21	3	173
Moins d'un mois	4	11	0	11	3	0	29
1-6 mois	5	13	3	15	0	2	38
7-12 mois	4	6	4	5	0	1	20
1-2 ans	8	5	7	7	2	0	29
3-5 ans	11	8	0	6	3	0	28
Plus de 5 ans	7	3	7	1	0	0	18
Total	84	91	44	81	29	6	335

Si on réunit les données des EPO (Bochuz et Colonie) et qu'on les compare avec celles de la Croisée et du Bois-Mermet, nous trouvons une différence significative ($p= 0.0002$)

Tableau n°67 Durée d'incarcération accomplie antérieurement à l'incarcération actuelle par les participants ayant déjà séjourné en prison comme adolescent puis comme adulte et déjà été condamnés avant la détention actuelle (N = 25)		
	Nombre	Pourcentage
Moins d'un mois	1	4.0%
1-6 mois	4	16.0%
7-12 mois	5	20.0%
1-2 ans	4	16.0%
3-5 ans	5	20.0%
Plus de 5 ans	6	24.0%

Tableau n°68 Personnes déjà condamnées avant l'incarcération actuelle (N = 336)		
	Nombre	Pourcentage
Oui	146	43.45%
Non	189	56.25%
Ne peut / veut pas répondre	1	0.30%

Tableau n° 69										
Durée du séjour actuel en détention préventive en fonction de l'âge										
(N = 178)										
	< 18 ans	18-20 ans	21-25 ans	26-30 ans	31-35 ans	36-40 ans	41-50 ans	51-60 ans	> 60ans	Total
1^{er} jour de détention	0	0	1	1	1	0	0	0	0	3
Moins d'un mois	2	8	15	6	4	4	4	1	0	44
1-6 mois	0	4	22	14	11	10	7	1	3	72
7-12 mois	0	2	14	3	3	2	5	0	0	29
1-2 ans	0	3	8	5	5	1	1	1	0	24
Plus de 2 ans	0	0	0	0	2	1	2	1	0	6
Total	2	17	60	29	26	18	19	4	3	178

Tableau n° 70					
Durée du séjour actuel en détention préventive en fonction du site de détention					
(N = 178)					
	Bochuz	Bois-Mermet	La Croisée	La Tuilière	Total
1^{er} jour de détention	0	1	1	1	3
Moins d'un mois	0	23	20	1	44
1-6 mois	0	33	32	7	72
7-12 mois	1	15	9	4	29
1-2 ans	0	11	12	1	24
Plus de 2 ans	0	4	1	1	6
Total	1	87	75	15	178

Tableau n°71									
Durée du séjour actuel en détention préventive en fonction de l'origine									
(N = 178)									
	Afrique subsaharienne	Amérique latine	Asie	Europe des Balkans	Europe de l'Est	Europe de l'Ouest	Méditerranée Moyen-Orient	Suisse	Total
1^{er} jour de détention	0	0	0	2	0	1	0	0	3
Moins d'un mois	10	0	1	7	1	9	9	7	44
1-6 mois	9	1	1	8	6	23	7	17	72
7-12 mois	9	1	1	9	1	3	4	1	29
1-2 ans	2	3	0	6	0	4	5	4	24
Plus de 2 ans	0	0	0	3	0	1	1	1	6
Total	30	5	3	35	8	41	26	30	178

Tableau n°72										
Durée de séjour actuel en exécution de peine en fonction de l'âge										
(n = 160)										
	< 18 ans	18-20 ans	21-25 ans	26-30 ans	31-35 ans	36-40 ans	41-50 ans	51-60 ans	> 60ans	Total
Moins d'un mois	0	1	0	1	0	1	3	0	1	7
1-6 mois	0	0	2	1	2	1	2	0	1	9
7-12 mois	0	2	2	1	1	2	3	0	0	11
1-2 ans	0	0	9	8	4	2	5	1	0	29
Plus de 2 ans	0	0	15	22	23	11	27	4	2	104
Total	0	3	28	33	30	17	40	5	4	160

Tableau n°73									
Durée de séjour actuel en exécution de peine en fonction de l'origine									
(n = 160)									
	Afrique subsaharienne	Amérique latine	Asie	Europe des Balkans	Europe de l'Est	Europe de l'Ouest	Méditerranée Moyen-Orient	Suisse	Total
Moins d'un mois	0	0	0	2	0	3	0	2	7
1-6 mois	1	0	0	2	0	0	1	5	9
7-12 mois	0	0	1	1	0	2	3	4	11
1-2 ans	2	1	1	11	0	3	3	8	29
Plus de 2 ans	4	7	4	37	0	17	8	27	104
Total	7	8	6	53	0	25	15	46	160

Tableau n°74							
Durée de séjour actuel en exécution de peine en fonction du site de détention							
(n = 160)							
	Bochuz	Bois-Mermet	Colonie	La Croisée	La Tuilière	Vevey	Total
Moins d'un mois	0	1	0	1	0	5	7
1-6 mois	0	0	5	1	2	1	9
7-12 mois	2	2	5	1	1	0	11
1-2 ans	14	1	8	2	4	0	29
Plus de 2 ans	67	1	27	1	8	0	104
Total	83	5	45	6	15	6	160

Tableau n°75
Comparaison de l'origine des détenus en exécution de peine et en détention préventive
(n=338)

	Afrique subsaharienne	Amérique latine	Asie	Europe des Balkans	Europe de l'Est	Europe de l'Ouest	Méditerranée Moyen-Orient	Suisse	Total
Total détention préventive	30 (16.9%)	5 (2.8%)	3 (1.7%)	35 (19.7%)	8 (4.5%)	41 (23.0%)	26 (14.6%)	30 (16.9%)	178
Total exécution de peine	7 (4.4%)	8 (9.4%)	6 (3.8%)	53 (33.1%)	0	25 (15.62%)	15 (9.4%)	46 (28.8%)	160
Total	37 (10.9%)	13 (3.8%)	9 (2.7%)	88 (26.0%)	8 (2.4%)	66 (19.5%)	41(12.1%)	76(22.5%)	338

Tableau n°76
Répartition du collectif en fonction du délit et de la sérologie HBV et HCV
(N=274)

HBV-Motif détention	HBV+	HBV-	Total	HBsAg+
Délit contre les biens	11	55	66	
Délit contre les personnes	9	47	56	4
Infraction contre la loi contre les stupéfiants	50	55	105	9
Agressions sexuelles	4	15	19	
Autres - Divers	2	12	14	
Total: Avec questionnaire	76	184	260	13
Total: Pas de questionnaire	3	11	14	
Total	79	195	274	14
HCV-Motif détention	HCV+	HCV-	Total	
Délit contre les biens	7	59	66	
Délit contre les personnes	3	53	56	
Infraction contre la loi contre les stupéfiants	14	91	105	
Agressions sexuelles	1	18	19	
Autres - Divers	0	14	14	
Total: Avec questionnaire	25	235	260	
Total: Pas de questionnaire	1	13	14	
Total	26	248	274	

Tableau n°77					
Consommation de haschisch et origine des sujets					
(N=338)					
	Consommateurs			Non- consommateurs N	Total
	N	% par rapport au groupe d'origine	% par rapport au collectif des consommateurs de Haschich		
Afrique subsaharienne	20	54.1%	12.4%	17	37
Amérique latine	8	61.5%	5.0%	5	13
Asie	1	11.1%	0.6%	8	9
Europe des Balkans	23	26.1%	14.3%	65	88
Europe de l'Est	4	50.0%	2.5%	4	8
Europe de l'Ouest	27	40.9%	16.8%	39	66
Méditerranée - Moyen-Orient	26	63.4%	16.1%	15	41
Suisse	52	68.4%	32.3%	24	76
Total	161	47.6%	100.0%	177	338

Tableau n°78					
Consommation d'héroïne et origine des sujets					
(N=338)					
	Consommateurs			Non- consommateurs N	Total
	N	% par rapport au groupe d'origine	% par rapport au collectif des consommateurs d'héroïne		
Afrique subsaharienne	1	2.75%	1.5 %	36	37
Amérique latine	2	15.4%	3.0%	11	13
Asie	0	0.0%	0.0%	9	9
Europe des Balkans	12	13.6%	18.2%	76	88
Europe de l'Est	3	37,5%	4.5%	5	8
Europe de l'Ouest	10	15.2%	15.2%	56	66
Méditerranée - Moyen-Orient	9	22.0%	13.6%	32	41
Suisse	29	38.3%	43.9%	47	76
Total	66	19.5%	100%	272	338

Tableau n°79					
Consommation de cocaïne et origine des sujets					
(N=338)					
	Consommateurs			Non- consommateurs N	Total
	N	% par rapport au groupe d'origine	% par rapport au groupe des consommateurs de cocaïne		
Afrique subsaharienne	18	48.7%	16.1%	19	37
Amérique latine	5	38.5%	4.5%	8	13
Asie	0	0.0%	0.0%	9	9
Europe des Balkans	19	21.6%	17.0%	69	88
Europe de l'Est	3	37.5%	2.7%	5	8
Europe de l'Ouest	19	28.8%	17.0%	47	66
Méditerranée - Moyen-Orient	14	34.1%	12.5%	27	41
Suisse	34	44.7%	30.4%	42	76
Total	112	33.1%	100.0%	226	338

Tableau n°80
Substances consommées dans la vie courante
(N=338)

	Nombre de consommateurs	Pourcentage
Alcool	285	84.3%
Haschisch/marijuana	161	47.6%
Cocaïne (seule)	112	33.1%
Héroïne	66	19.5%
Ecstasy/amphétamines	52	15.4%
Cocktail (mélange héroïne/cocaïne)	48	14.2%
Médicaments non prescrits (analgésiques, benzodiazépines, calmants)	44	13.0%
Rohypnol® ou Dormicum®	43	12.7%
Méthadone illégale	24	7.1%
Free-base, crack	23	6.8%
Autres opiacés (codéine, sirop contre la toux contenant des opiacés, ex. Resyl Plus®)	22	6.5%
LSD	19	5.6%

Tableau n°81
Âge de la première consommation
(N=338)

	Moyenne	Médiane
Alcool	16.5	16.0
Haschisch/marijuana	17.9	16.0
LSD	18.2	18.0
Autres opiacés (codéine, sirop contre la toux contenant des opiacés, ex. Resyl Plus®)	18.3	18.0
Ecstasy/amphétamines	20.1	19.0
Héroïne	20.3	19.0
Cocktail (mélange héroïne/cocaïne)	20.5	19.5
Médicaments non prescrits (analgésiques, benzodiazépines, calmants)	21.7	20.0
Cocaïne (seule)	21.8	20.0
Rohypnol® ou Dormicum®	22.1	20.0
Méthadone illégale	22.1	21.0
Free-base, crack	22.4	23.0

Tableau n°82
Associations entre substances consommées
(N=338)

Alcool	Haschisch/ Marijuana	Héroïne	Autres opiacés	Méthadone	Cocaïne	Cocktail	Free-base	LSD	Ecstasy	Médicaments non prescrits	Rohypnol®	
+	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	119
+	+	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	45
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	40
+	+	-	-	-	+	-	-	-	-	-	-	19
+	-	-	-	-	+	-	-	-	-	-	-	10
+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	6
+	+	+	-	-	+	-	-	-	-	-	-	6
+	+	-	-	-	+	+	-	-	-	-	-	4
+	+	+	+	-	+	+	-	+	+	+	+	3
+	+	+	-	+	+	+	+	+	+	+	+	3
+	+	+	-	-	+	+	+	+	+	+	+	3
+	+	-	-	-	+	-	-	-	-	+	+	3
+	+	-	-	-	-	-	-	-	+	-	-	3
-	+	-	-	-	+	-	-	-	-	-	-	3
-	-	-	-	-	+	-	-	-	-	-	-	3
+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	-	+	2
+	+	+	+	-	+	+	+	+	+	+	+	2
+	+	+	-	+	+	+	-	+	+	+	+	2
+	+	+	-	-	+	+	+	+	+	-	-	2
+	+	+	-	-	+	+	-	-	-	+	+	2
+	+	-	-	-	-	-	-	+	+	-	-	2
+	+	-	-	-	-	-	-	+	-	-	-	2
+	+	-	-	-	-	-	-	-	-	+	+	2
+	+	+	+	+	+	+	+	-	-	+	+	1
+	+	+	+	+	+	+	-	+	-	+	+	1
+	+	+	+	-	+	+	-	+	+	+	-	1
+	+	+	+	-	+	-	-	-	-	-	-	1
+	+	+	+	-	-	+	+	+	+	+	+	1
+	+	+	+	-	-	-	-	-	-	-	+	1
+	+	+	-	+	+	+	-	+	+	-	+	1
+	+	+	-	+	+	+	-	+	+	-	-	1
+	+	+	-	+	+	+	-	+	+	-	-	1
+	+	+	-	+	+	-	+	+	+	-	-	1
+	+	+	-	+	+	-	+	+	+	-	-	1

Tableau N° 83
Nombre de substances différentes consommées (en tenant compte ou non de l'alcool)
(N=338)

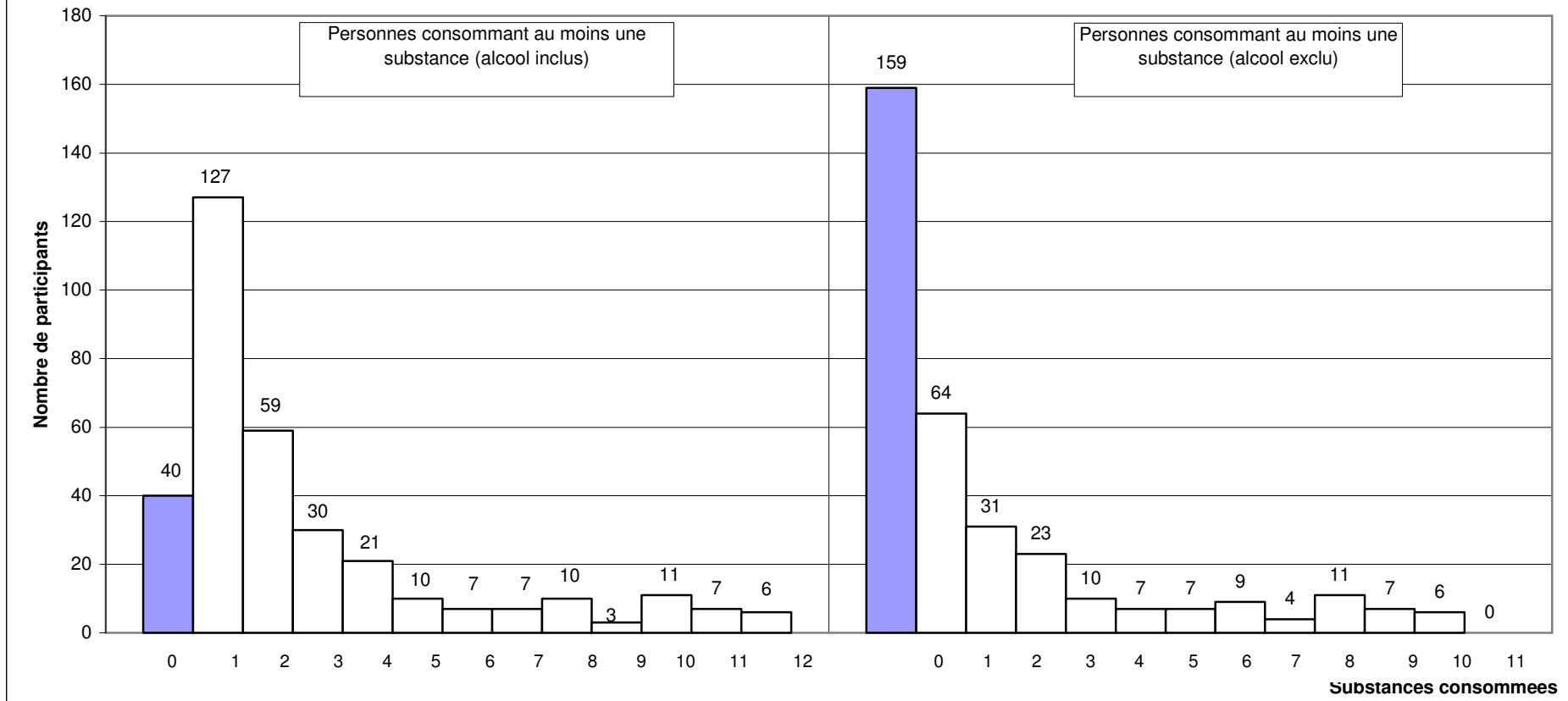


Tableau n° 84		
Consommation de drogue/alcool lors de l'incarcération précédente, réponses globales		
(N = 162)		
	Nombre	Pourcentage
Oui	51	31.48%
Non, je n'ai pas consommé de drogue durant cette période	69	42.49%
Non, d'ailleurs je n'ai jamais consommé de drogue	42	25.95%

Tableau n° 85

Consommation de drogue/alcool lors de l'incarcération précédente, détails :						
N=50 personnes			Mode de consommation			
Alcool N= 31	chaque jour	1	avalé	31		
	plusieurs fois par semaine	6				
	occasion. (<1x/sem)	24				
	jamais	19				
Haschisch/marijuana N=36	chaque jour	7	avalé	1	chassé le dragon	1
	plusieurs fois par semaine	6	injecté	0	sniffé	0
	occasion. (<1x/sem)	23	fumé	34		
	jamais	14				
Héroïne N=11	chaque jour	0	avalé	0	chassé le dragon	1
	plusieurs fois par semaine	0	injecté	4	sniffé	4
	occasion. (<1x/sem)	11	fumé	2		
	jamais	39				
Autres opiacés (codéine, sirop contre la toux contenant des opiacés, ex. Resyl Plus®) N=5	chaque jour	0	avalé	4	chassé le dragon	0
	plusieurs fois par semaine	0	injecté	0	sniffé	1
	occasion. (<1x/sem)	5	fumé	0		
	jamais	45				
Méthadone illégale N=6	chaque jour	0	avalé	5	chassé le dragon	0
	plusieurs fois par semaine	1	injecté	0	sniffé	0
	occasion. (<1x/sem)	5	fumé	0		
	jamais	44				
Cocaïne (seule) N=15	chaque jour	0	avalé	0	chassé le dragon	0
	plusieurs fois par semaine	2	injecté	2	sniffé	11
	occasion. (<1x/sem)	13	fumé	2		
	jamais	35				
Cocktail (mélange héroïne/cocaïne) N=4	chaque jour	0	avalé	0	chassé le dragon	0
	plusieurs fois par semaine	0	injecté	2	sniffé	2
	occasion. (<1x/sem)	4	fumé	0		
	jamais	46				
Crack N=0	chaque jour	0	avalé	-	chassé le dragon	-
	plusieurs fois par semaine	0	injecté	-	sniffé	-
	occasion. (<1x/sem)	0	fumé	-		
	jamais	50				
LSD N=1	chaque jour	0	avalé	1	chassé le dragon	0
	plusieurs fois par semaine	0	injecté	0	sniffé	0
	occasion. (<1x/sem)	1	fumé	0		
	jamais	49				
Ecstasy/amphétamines N=2	chaque jour	0	avalé	2	chassé le dragon	0
	plusieurs fois par semaine	0	injecté	0	sniffé	0
	occasion. (<1x/sem)	2	fumé	0		
	jamais	48				
Médicaments non prescrits (analgésiques, benzodiazépines, calmants) N=10	chaque jour	1	avalé	10	chassé le dragon	0
	plusieurs fois par semaine	3	injecté	0	sniffé	0
	occasion. (<1x/sem)	6	fumé	0		
	jamais	40				
Rohypnol® ou Dormicum® N=11®	chaque jour	2	avalé	9	chassé le dragon	0
	plusieurs fois par semaine	2	injecté	0	sniffé	1
	occasion. (<1x/sem)	7	fumé	1		
	jamais	40				

Tableau n° 86												
Consommation de drogue/alcool durant la détention précédente												
(N=50)												
Alcool	Haschisch/ Marijuana	Héroïne	Autres opiacés	Méthadone	Cocaïne	Cocktail	Free-base	LSD	Ecstasy	Médicaments non prescrits	Rohypnol®	
4	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	9
3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	8
3	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	3
4	1	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	3
1	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	1
2	1	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	1
2	2	3	3	4	4	4	4	4	4	4	4	1
2	2	4	4	4	3	4	4	3	4	4	4	1
2	3	3	4	4	3	4	4	4	3	4	4	1
2	4	4	4	4	4	4	4	4	4	2	2	1
2	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	1
3	1	3	4	4	4	4	4	4	4	3	3	1
3	1	4	4	4	2	4	4	4	4	4	4	1
3	1	4	4	4	3	4	4	4	4	4	4	1
3	2	3	4	4	4	4	4	4	4	3	3	1
3	2	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	1
3	2	4	4	3	4	4	4	4	4	2	4	1
3	3	3	4	2	2	3	4	4	3	4	4	1
3	3	4	3	4	3	4	4	4	4	4	3	1
3	3	4	3	4	4	4	4	4	4	4	4	1
3	3	4	4	4	3	4	4	4	4	4	4	1
3	4	4	3	4	4	4	4	4	4	1	1	1
3	4	4	4	3	3	4	4	4	4	3	3	1
4	2	3	4	4	3	4	4	4	4	4	4	1
4	3	3	3	4	3	3	4	4	4	4	4	1
4	3	3	4	3	3	3	4	4	4	2	2	1
4	3	3	4	3	3	3	4	4	4	3	3	1
4	3	3	4	4	3	4	4	4	4	3	3	1
4	3	4	4	4	3	4	4	4	4	4	4	1
4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	1	1

1 Chaque jour

2 Plusieurs fois par semaine

3 Occasionnellement

4 Jamais

Tableau n° 87
Nombre de substances différentes consommées durant l'incarcération précédente
(en tenant compte ou non de l'alcool)
(N=50)

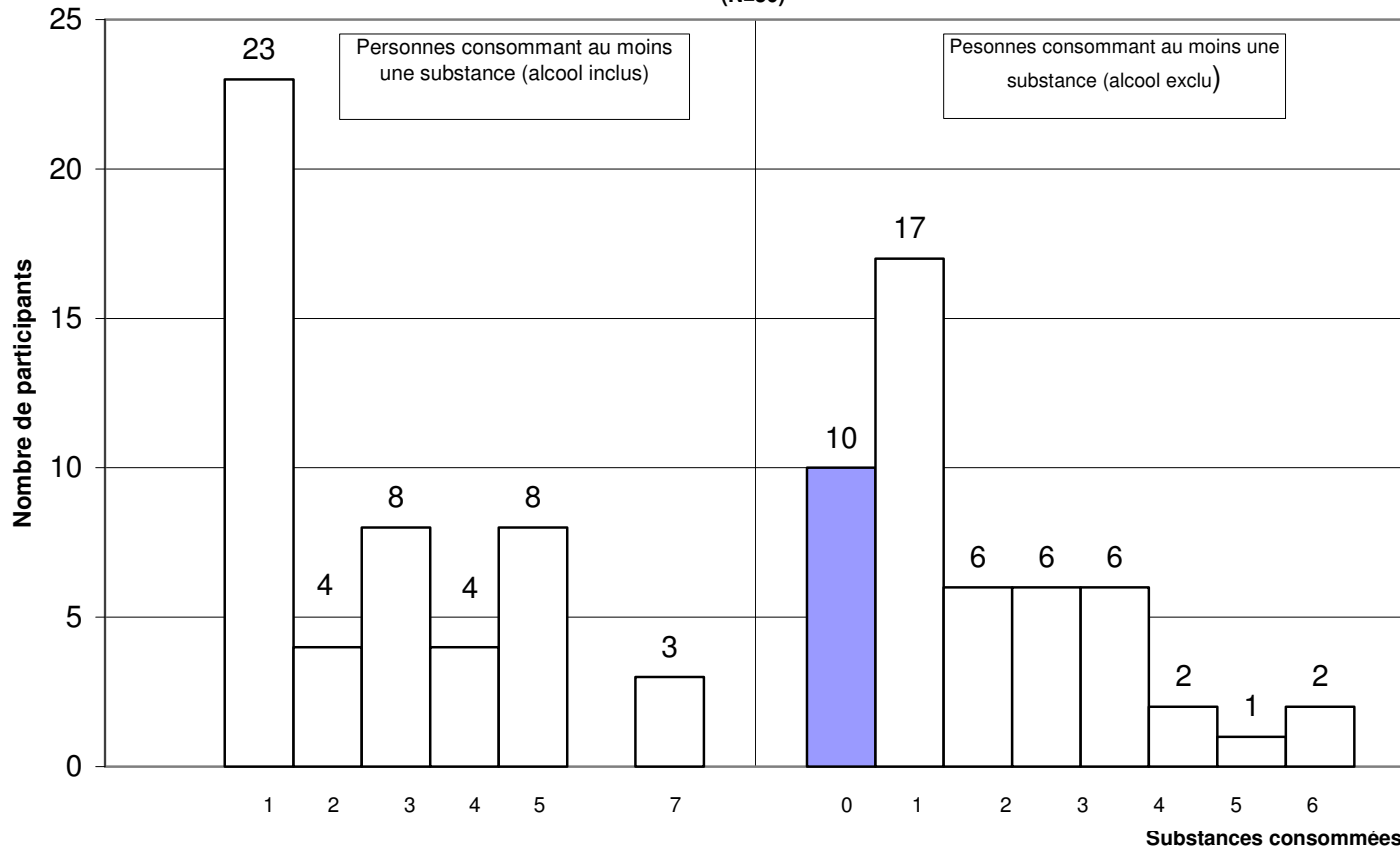


Tableau n° 88		
Vente de drogue en prison, incarcération précédente		
(N = 161)		
	Nombre	Pourcentage
Oui	8	4.97%
Non, je n'ai pas vendu de drogue durant cette période	76	47.20%
Non, d'ailleurs je n'ai jamais fait commerce avec la drogue	77	47.83%

Tableau n° 89

Consommation de drogue/alcool durant l'incarcération en cours						
N= 41 personnes			Mode principal de consommation			
Alcool N=28	chaque jour	0	avalé	27		
	plusieurs fois par semaine	2				
	occasion. (<1x/sem)	26				
	jamais	13				
Haschisch/marijuana N=26	chaque jour	7	avalé	1	chassé le dragon	0
	plusieurs fois par semaine	1	injecté	0	sniffé	0
	occasion. (<1x/sem)	18	fumé	25		
	jamais	15				
Héroïne N=7	chaque jour	0	avalé	0	chassé le dragon	0
	plusieurs fois par semaine	2	injecté	1	sniffé	1
	occasion. (<1x/sem)	5	fumé	4		
	jamais	34				
Autres opiacés (codéine, sirop contre la toux contenant des opiacés, ex. Resyl Plus®) N=1	chaque jour	0	avalé	0	chassé le dragon	0
	plusieurs fois par semaine	1	injecté	0	sniffé	0
	occasion. (<1x/sem)	0	fumé	0		
	jamais	40				
Méthadone illégale N=5	chaque jour	0	avalé	4	chassé le dragon	0
	plusieurs fois par semaine	2	injecté	0	sniffé	0
	occasion. (<1x/sem)	3	fumé	0		
	jamais	36				
Cocaïne (seule) N=4	chaque jour	0	avalé	0	chassé le dragon	0
	plusieurs fois par semaine	1	injecté	0	sniffé	3
	occasion. (<1x/sem)	3	fumé	0		
	jamais	37				
Cocktail (mélange héroïne/cocaïne) N=2	chaque jour	0	avalé	0	chassé le dragon	0
	plusieurs fois par semaine	1	injecté	0	sniffé	1
	occasion. (<1x/sem)	1	fumé	0		
	jamais	39				
Crack N=1	chaque jour	0	avalé	0	chassé le dragon	0
	plusieurs fois par semaine	1	injecté	0	sniffé	0
	occasion. (<1x/sem)	0	fumé	0		
	jamais	40				
LSD N=1	chaque jour	0	avalé	0	chassé le dragon	0
	plusieurs fois par semaine	0	injecté	0	sniffé	0
	occasion. (<1x/sem)	1	fumé	0		
	jamais	40				
Ecstasy/amphétamines N=2	chaque jour	0	avalé	1	chassé le dragon	0
	plusieurs fois par semaine	1	injecté	0	sniffé	0
	occasion. (<1x/sem)	1	fumé	0		
	jamais	39				
Médicaments non prescrits (analgésiques, benzodiazépines, calmants) N=4	chaque jour	0	avalé	1	chassé le dragon	0
	plusieurs fois par semaine	1	injecté	0	sniffé	2
	occasion. (<1x/sem)	3	fumé	0		
	jamais	37				
Rohypnol® ou Dormicum® N=5	chaque jour	0	avalé	2	chassé le dragon	0
	plusieurs fois par semaine	1	injecté	0	sniffé	2
	occasion. (<1x/sem)	4	fumé	0		
	jamais	36				

Tableau n° 90												
Consommation d'alcool/drogue durant la détention en cours												
(N=41)												
Alcool	Haschisch/ Marijuana	Héroïne	Autres opiacés	Méthadone	Cocaïne	Cocktail	Free-base	LSD	Ecstasy	Médicaments non prescrits	Rohypnol®	
3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	10
3	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	7
4	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	7
3	4	4	4	4	3	4	4	4	4	4	4	2
4	1	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	2
2	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1
2	1	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	1
3	1	3	4	2	4	4	4	4	3	3	3	1
3	1	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	1
3	1	4	4	4	4	4	4	4	4	4	3	1
3	3	2	4	4	3	3	4	4	4	4	4	1
3	3	3	4	4	4	4	4	4	4	4	3	1
3	3	4	4	4	4	4	4	4	4	3	3	1
3	4	3	4	4	4	4	4	4	4	4	3	1
4	2	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	1
4	3	4	4	3	4	4	4	4	4	4	4	1
4	4	4	4	3	4	4	4	4	4	4	4	1
4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	3	4	1

1 Chaque jour

2 Plusieurs fois par semaine

3 Occasionnellement

4 Jamais

Tableau n° 91
Nombre de substances consommées durant l'incarcération en cours
(en tenant compte de l'alcool ou non)
(N=41)

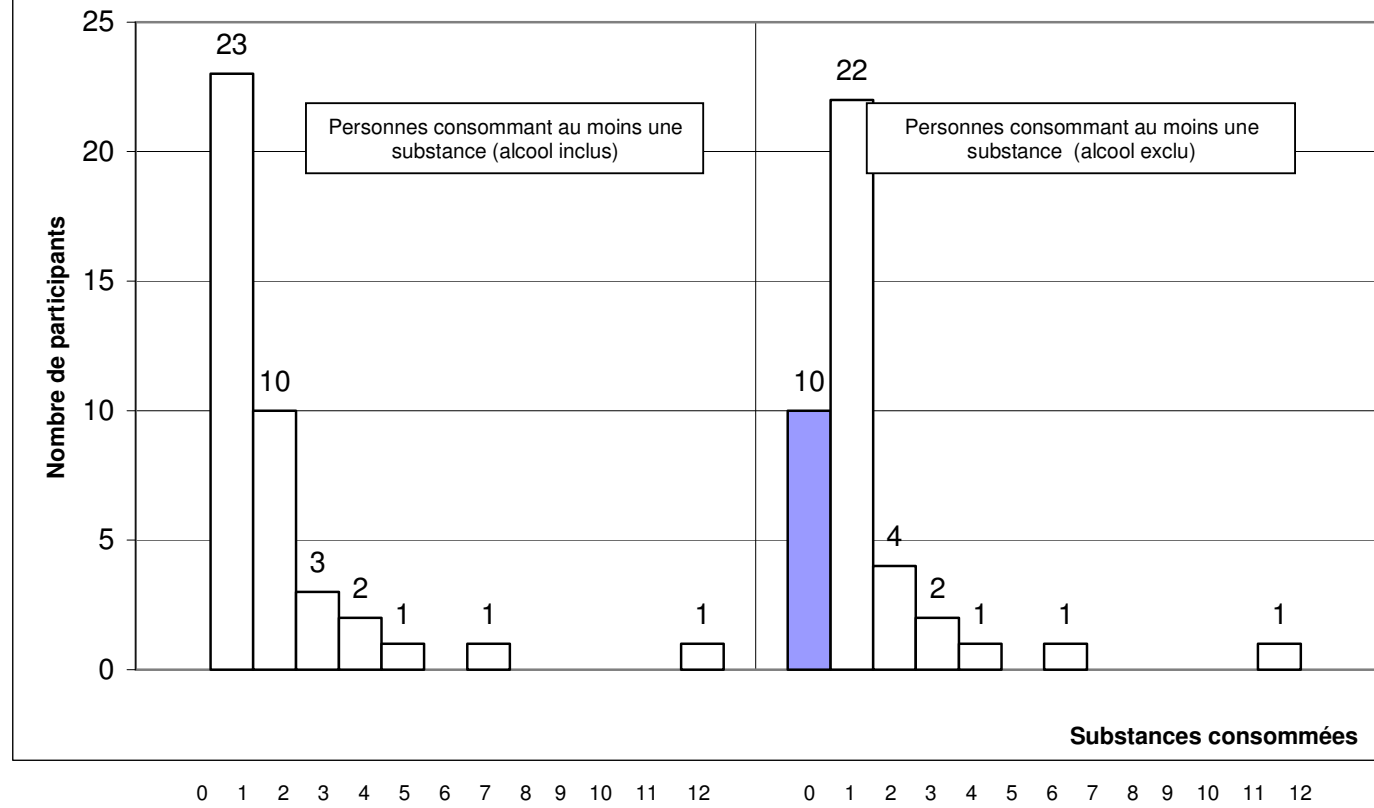








Tableau N° 92 Consommateurs de substances (alcool y compris) (N = 337)				
A l'extérieur de la prison	Au cours de la détention précédente	Au cours de la détention actuelle	Nombre	
-		-	26	39
-	-	-	1	
-		-	12	
+		-	133	226
+	-	-	59 ^{D,F,G}	
+	-	-	1	
+		-	33	
+		+	14 ^I	72
+	-	+	6 ^M	
+		+	2 ^E	
+	+	-	31 ^{A,H,J,K,L}	
+	+	+	19 ^{B,C}	

Tableau N° 93 Consommateurs de substances (alcool exclu) (N = 337)				
A l'extérieur	Détention précédente	Détention actuelle	N	
-		-	105	150
-	-	-	4	
-		-	41	
+		-	54	115
+	-	-	1	
+	-	-	56 ^{D,F,G}	
+		-	4	
-		+	1	7
-	-	+	1	
-		+	1	
-	+	-	4	
+	+	-	27 ^{A,H,J,K,L}	65
+		+	13 ^I	
+	-	+	5 ^M	
+		+	1 ^E	
+	+	+	19 ^{B,C}	

	Pas d'incarcération antérieure
+	Consommation de substance
-	Pas de consommation de substance
	Pas d'information à disposition concernant les cases vides
	Participants consommant en prison
x	Personne commençant sa consommation de substance en prison

Tableau N° 94 Personnes ayant consommé de la drogue pour la 1 ^{ère} fois en prison (Consommateurs de substances alcool y compris) (N=12)				1 ^{ère} consommation de substance	
Personnes	A l'extérieur de la prison	Au cours de la détention		Lors du séjour	
		précédente	actuelle		
D, G	+	-	-		
F	+	-	-	Antérieur	
A, K, L	+	+	-	Précédent	
B	+	+	+		
C	+	+	+	Antérieur	
E	+		+		
H, J	+	+	-		
M	+	-	+		



	Pas d'incarcération antérieure
+	Consommation de substance
-	Pas de consommation de substance
	Pas d'information à disposition
	La 1 ^{ère} consommation de substance en prison était une injection

Tableau N° 95 Substances injectées en prison			
N=12	Lors de la 1 ^{ère} consommation de substances qui s'est passée en prison	Au cours de la détention	
		précédente	actuelle
B			
D			
E			
F			
G			
M			
H		Héroïne	
J		Héroïne	
N		Cocaïne, cocktails de drogues, héroïne	
Q		Cocaïne, cocktails de drogues	
O		Héroïne	Héroïne
P			


	Pas d'injection annoncée
x	Substance injectée
	Substance injectée non précisée

Tableau N° 96 Substances sniffées en prison		
N=15	Au cours de la détention	
	précédente	actuelle
A	Héroïne*	
R	Cocaïne, héroïne	
S	Cocaïne	
T	Cocaïne, cocktails de drogues	
C	Cocaïne	
V	Cocaïne	
J	Cocaïne	
X	Autres opiacés, cocaïne	
Y	Cocaïne, cocktails de drogues, héroïne	
Z	Cocaïne, Rohypnol	
W	Cocaïne	
U	Cocaïne, héroïne	Héroïne
A'		Cocaïne, cocktails de drogues
B'		Cocaïne
C'		Cocaïne

* Lors de cette détention, ce participant a consommé pour la 1^{ère} fois une substance induisant une dépendance.

	Pas d'annonce de substance sniffée
x	Substance sniffée

Tableau n°97 Désinfection du matériel utilisé pour la réalisation de tatouages (N = 13)		
Plusieurs réponses possibles	Oui	Non
Avec de l'eau du robinet	-	13
Avec du parfum ou de l'eau de toilette	4	9
Avec du désinfectant personnel	3	10
Avec du matériel de désinfection fourni par la prison	6	7
D'une autre manière	6	7

Tableau n° 98 Préférence sexuelle (N = 334)		
	Nombre	Pourcentage
Hétérosexuel	319	95.91%
Bisexuel	10	2.99%
Homosexuel	3	0.90%
Ne souhaite pas répondre	2	0.60%

Tableau n°99 Orientation sexuelle et pratiques sexuelles (N=334)						
PREFERENCE SEXUELLE		DANS VOTRE VIE, AVEZ-VOUS DEJA EU DES RAPPORTS SEXUELS AVEC				
		Hommes	Femmes	Hommes et femmes	Ni les uns ni les autres	Total
Bisexuel (n=10)	H	-	1	4	1	6
	F	-	-	4	-	4
Hétérosexuel (n=319)	H	-	287	14	-	301
	F	14	1	2	1	18
Homosexuel (n=3)	H	1	-	2	-	3
	F	-	-	-	-	-
Ne souhaite pas répondre (n=2)	H	1	1	-	-	2
	F	-	-	-	-	-
Total	H	2	289	20	1	312
	F	14	1	6	1	22

Tableau n°100 Raisons qui rendent difficile le fait de parler de sexualité (N = 47), plusieurs réponses possibles				
Pour des motifs religieux	Par pudeur	Par peur	Parce que cela ne se fait pas dans ma culture	Total
+	-	-	-	6
-	+	-	-	17
-	-	+	-	3
-	-	-	+	12
+	+	-	-	2
-	+	+	-	2
-	+	-	+	3
+	+	+	+	2
10	26	7	17	47 (60 réponses)

Tableau n° 101 Comment réagissez-vous face à des relations homosexuelles ? (N = 335)		
	Réponses exprimées	Pourcentage
Je trouve cela normal	47	14.03%
Je n'ai pas d'hostilité	89	26.57%
Je préfère ne pas en parler	34	10.15%
Cela me met en colère	59	17.61%
Autre (précisé)	106	31.64%

Tableau n°102 Rapports sexuels au cours des 6 mois précédant la détention actuelle		
N = 335	Nombre	Pourcentage
Avec le même partenaire	163	48.6%
Avec plusieurs partenaires	128	38.2%
Pas de rapports sexuels	44	13.1%

Tableau n°103 Utilisation de préservatifs durant la période précédant l'incarcération				
N = 290	Si vous avez eu le même partenaire		Si vous avez eu plusieurs partenaires	
	Nombre	Pourcentage	Nombre	Pourcentage
Toujours	22	13.5%	41	32.0%
Parfois	34	20.9%	61	47.7%
Jamais	107	65.6%	26	20.3%
Total	163	100.0%	128	100.0%

Tableau n° 104 Raisons de l'usage non systématique du préservatif par les personnes ayant plusieurs partenaires			
N = 86	Réponses	Pourcentage	Nombre de réponses
Vous n'aviez pas de préservatifs	13	15.85%	82
Vous aviez oublié de l'utiliser	6	7.23%	83
<i>Vous ne vouliez pas l'utiliser</i>	69	84.15%	82
Vous n'aviez pas la possibilité d'en obtenir	1	1.22%	82
Vous aviez une autre raison	11	13.58%	81

Tableau n° 105 Motifs du choix d'utiliser ou non le préservatif pour les participants ayant plusieurs partenaires	
Oui avec partenaire habituel-le, non avec les partenaires occasionnel-les	1
Une question de confiance	
<ul style="list-style-type: none"> • Partenaire habituel-le non, partenaires occasionnel-les oui 	21
<ul style="list-style-type: none"> • Immédiate (femme « propre », pas de « maladie ») 	10
<ul style="list-style-type: none"> • Après une période test de 3 à 4 semaines 	3
<ul style="list-style-type: none"> • Partenaire dit avoir un test HIV négatif 	1
Suivant les habitudes de la partenaire. Si elle est toxicomane, utilisation du préservatif	1
Alcoolisation aiguë	1
Préservatif « dérangeant »	4
Valeurs personnelles ou religieuses	2
Préservatif = contraception	1
Préservatif défectueux	1

Tableau n° 106 Utilisation du préservatif							
N= 338	Partenaire(s)		Toxicodépendant		Toxicodépendant ayant		Collectif EPIPS
	Unique ⁽¹⁾	Multiples ⁽¹⁾	Oui ⁽²⁾	Non ⁽²⁾	Un partenaire unique ⁽³⁾	Plusieurs partenaires ⁽³⁾	
Toujours	22	41	19	38	6	13	63
Parfois	34	61	22	65	7	15	95
Jamais	107	26	32	88	25	7	132
Pas d'information	0	0	11	29	0	0	48
Total	164	127	84	220	38	35	338

(1) p<0.001

(2) p=0.54

(3) p<0.0004

Tableau n° 107 Personnes ayant reçu de l'argent pour des rapports sexuels à l'extérieur de la prison		
N = 336	Nombre	Pourcentage
Oui	25	7.44%
Non	311	92.46%

Tableau n° 108 Personnes ayant donné de l'argent pour des rapports sexuels à l'extérieur de la prison		
N = 336	Nombre	Pourcentage
Oui	84	25.00%
Non	251	74.70%
Ne peut / veut pas répondre	1	0.30%

Tableau n° 109 Personnes ayant des rapports sexuels avec un-e seul-e partenaire au cours de leur détention actuelle		
N = 337	Nombre	Pourcentage
Oui	34	10.1%
Non	294	87.2%
Aucun / e partenaire	9	2.7%

Tableau n° 110 Personnes ayant des rapports sexuels avec plusieurs partenaires au cours de leur détention actuelle		
N = 309	Nombre	Pourcentage
Oui	6	1.9%
Non	297	96.1%
Aucun/e partenaire	6	1.94%

Tableau n° 111				
Utilisation du préservatif au cours de la détention actuelle				
N = 40	Si vous avez eu un-e seul-e partenaire (N=34)		Si vous avez eu plusieurs partenaires (N=6)	
	Nombre	Pourcentage	Nombre	Pourcentage
Toujours	2	5.9%	2	33.3%
Parfois	4	11.7%	-	-
Jamais	23	67.7%	4	66.7%
Pas de réponse	5	14.7%	-	-
Total	34	100.0%	6	100.0%

Tableau n° 112				
Motifs de la non utilisation de préservatif durant la détention actuelle				
N =31 Sujets n'utilisant jamais ou seulement parfois un préservatif (existence de réponses multiples)	Personne ayant un-e seul-e partenaire (N=27)		Personne ayant plusieurs partenaires (N=4)	
	Nombre	Pourcentage	Nombre	Pourcentage
Vous n'aviez pas de préservatifs	1	3.7%	2	50.0%
Vous aviez oublié de l'utiliser	1	3.7%	0	-
Vous ne vouliez pas l'utiliser	24	88.9%	1	25.0%
Vous n'aviez pas la possibilité d'en obtenir	-	-	-	-
Vous aviez une autre raison	2	7.4%	2	50.0%

Tableau n°113	
Raisons justifiant le refus de l'utilisation du préservatif au cours de la détention actuelle	
Relations homosexuelles entre femmes	2
Refus du partenaire	1
Pas de pénétration	1
Confiance dans le partenaire	
• Confiance en sa femme	2
• Relation avec sa femme, préservatif en cellule	1
• Connait la personne	1
• Partenaire VIH négative	2
Partenaire ne pouvant avoir d'enfant	1
Demander un préservatif à l'infirmière/service médical cause de malaise	1
Total	12

Tableau n° 114		
Traitements prescrits par le service médical durant l'incarcération en cours		
N = 338	Nombre	Pourcentage
Personnes ayant bénéficié d'un traitement	168	49.70%
– Calmants ou autres médicaments pour les nerfs	126	37.28%
– Somnifères	106	31.36%
– Sevrage avec des calmants	25	7.40%
– Méthadone	22	6.51%
Personnes n'ayant pas bénéficié de traitement	170	50.30%
Total	338	100.00 %

Tableau n°115					
Hépatites (anamnèse)					
N=337	Avez-vous eu une sérologie ?				
	Oui	Non	Je ne me rappelle plus	Pas de réponse	Total
Avez-vous eu une hépatite ?					
Oui	38	1	0	0	39
Non	137	120	22	1	280
Je ne me rappelle plus	6	7	5	0	18
Total	181	128	27	1	337

Tableau n°116		
Status pour l'hépatite indiqué par les participants		
N=179		
Hépatite B et C négatif	102 personnes	56.98 %
Hépatite B positif	9 personnes	5.03 %
Hépatite C positif	14 personnes	7.82 %
Hépatite B et C positif	9 personnes	5.03 %
Ne peut/veut pas répondre	45 personnes	25.14 %

Tableau n°117					
Modes de contamination déclaré					
N =28					
	Rapports sexuels	Echange de seringue	Transfusions	Autre	Total
Hépatite B positif	2	1	0	6	9
Hépatite C positif	3	4	1	2	10
Hépatite B et C positif	3	4	0	2	9
Total	8	9	1	10	28

Tableau N°118				
Sérologies VIH effectuées avant l'incarcération actuelle				
(chez les personnes ayant plusieurs partenaires)				
N= 128				
Personnes ayant plusieurs partenaires et utilisant le préservatif	Test HIV			Total
	Oui	Non	Pas d'information	
• Parfois ou jamais	65	18	4	87
• Toujours	31	10	0	41

Tableau N°119		
Antécédents de maladie sexuellement transmissible ?		
N = 337		
	Nombre	Pourcentage
Oui	68	20.18%
Non	264	78.34%
Je ne peux/veux répondre	5	1.48%

Tableau N°120			
Antécédents de MST et sérologies (Chlamydiae & T. pallidum)			
N= 264			
Antécédents de MST	Sérologie pour MST		Total
	positive	négative	
Oui	4	53	57
Non	8	200	208
Total	12	253	265

Tableau n°121		
Entretien infirmier d'entrée?		
(N = 336)		
	Nombre	Pourcentage
Oui	297	88.39%
Non	26	7.74%
Je ne peux/veux répondre	13	3.87%

Tableau n°122		
Avez-vous parlé avec cet-te infirmier-e de la prévention des hépatites, du SIDA et des MST?		
(N = 297)		
	Nombre	Pourcentage
Oui	126	42.28%
Non	128	43.29%
Je ne peux/veux répondre	43	14.43%

Tableau n° 123
Si oui, cette information vous a-t-elle été?
(N = 125)

	Nombre	Pourcentage
Utile	70	56.0%
Inutile, je connaissais déjà tout ce qui m'a été indiqué	35	28.0%
Inutile, je ne me sens pas concerné par ces questions	20	16.0%

Tableau n°124
Avez-vous reçu la pharmacie personnelle (« le kit de prévention »)?
(N = 336)

	Nombre	Pourcentage
Oui	310	92.26%
Non	25	7.44%
Je ne me rappelle plus	1	0.30%

Tableau n°125
Kits de prévention distribués à l'entrée en prison (SMPP 2001)

	Kits distribués		Nombre d'entrées
	Nombre	Pourcentage	
Bois-Mermet	285	44.66%	639
EPO	135	85.44%	158
La Croisée	498	84.26%	591
La Tuilière	170	73.72%	232
Vevey	73	26.16%	279
Total	1161	61.14%	1899

Tableau n°126
Avez-vous déjà eu l'occasion de faire usage de son contenu?
(N = 310)

	Nombre	Pourcentage
Oui	201	64.84%
Non	108	34.84%
Je ne me rappelle plus	1	0.32%

Tableau n°127
Utilisation du « kit de prévention »?
(N = 201)

	Nombre	Pourcentage
Pour désinfecter une plaie	167	83.17%
Pour désinfecter une seringue	1	0.50%
Pour faire un pansement	135	67.33%
Pour avoir un rapport sexuel protégé	4	1.97%

Tableau n°128
Radiographie ou test de Mantoux proposés

	Oui		Non	Ne se rappelle plus	Total
Bochuz	58	69.04%	16	10	84
Bois-Mermet	67	72.82%	22	3	92
La Colonie	25	62.50%	16	3	40
La Croisée	43	53.75%	37	0	80
La Tuilière	18	60.00%	12	0	30
Vevey	0	0.00%	6	0	6
Total	211	62.79%	109	16	336

Tableau n°129
Radiographies pulmonaires d'entrée en 2001
(Données SMPP)

Site	Nombre de RX pulmonaires	Nombre d'entrées	Pourcentage de RX pulmonaires effectuées
Bois-Mermet	168	639	26.30%
EPO	113	158	71.52%
La Croisée	179	591	30.29%
La Tuilière	50	232	21.55%
Vevey	0	279	0.00%
Total	510	1899	26.88%

Tableau n°130
Dépistage du SIDA ou de l'hépatite proposé?
(N = 336)

	Nombre	Pourcentage
Oui	93	27.68%
Non	211	62.8%
Je ne me rappelle plus	32	9.5%

Tableau n°131 Si non, estimez-vous que ces tests vous auraient été nécessaires? (N = 228)		
	Nombre	Pourcentage
Oui	149	65.35%
Non	77	33.77%
Je ne me rappelle plus	2	0.88%

Tableau n°132 Vous a-t-on refusé de pratiquer ces tests alors que vous les demandiez? (N = 234)		
	Nombre	Pourcentage
Oui	14	5.98%
Non	220	94.02%

Tableau n°133 Vaccination contre le tétanos et la diphtérie pendant la détention actuelle					
	Oui		Non	Ne se rappelle plus	Total
Bochuz	38	45.23%	24	22	84
Bois-Mermet	6	6.52%	79	7	92
La Colonie	18	40.00%	16	11	45
La Croisée	5	6.25%	72	3	80
La Tuilière	1	3.33%	26	3	30
Vevey	0	0.00%	6	0	6
Total	68	21.17%	223	46	337

Tableau n°134 Vous a-t-on proposé une vaccination contre l'hépatite B ? (N = 336)		
	Nombre	Pourcentage
Oui	63	18.75%
Non	218	64.88%
Je ne me rappelle plus	55	16.37%

Tableau n°135 Vaccination contre le virus de l'hépatite B par site de détention (N=336)				
	Oui	Non	Ne se rappelle plus	Total
Bochuz	37	19	28	84
Bois-Mermet	5	81	6	92
La Colonie	18	17	10	45
La Croisée	1	71	7	79
La Tuilière	2	24	4	30
Vevey	0	6	0	6
Total	63	218	55	336

D. Tableaux : résultats des prises de sang

Tableau n°136 Origine des sujets HBV+ et HBsAg + N= 274							
Régions	N HBV+	N HbsAg+	Sujets testés	HBV+ % ¹	HBV+% ²	HbsAg+ % ¹	HbsAg+ % ³
Afrique subsaharienne ⁴	18	1	27	66.6	22.8	3.7	7.1
Amérique latine	1	-	12	8.3	1.3	0.0	-
Asie	-	-	9	0.0	-	0.0	-
Europe des Balkans ⁵	27	6	68	39.7	34.2	8.8	42.9
Europe de l'Est	-	-	8	0.0	-	0.0	-
Europe de l'Ouest	8	2	51	15.7	10.1	3.9	14.3
Méditerranée – Moyen – Orient	8	3	35	22.8	10.1	8.6	21.4
Suisse	16	2	56	28.6	20.3	3.9	14.3
Origine non précisée	1	-	8	12.5	1.3	0.0	-
Total	79	14	274	28.8	100.0	5.1	100.0

Notes
 1 pourcentage par rapport au groupe d'origine
 2 pourcentage par rapport à l'ensemble des sujets HBV+
 3 pourcentage par rapport à l'ensemble des sujets HbsAg+
 4 $\chi^2 = 20.89$, $p < 0.005$
 5 $\chi^2 = 5.21$, $p < 0.05$

Tableau n°137 Type de détention des sujets HBV+ et HBs Ag+				
	Anti-HBc + (N=79)		HBsAg+ (N=14)	
	N	%	N	%
Détention préventive	35	44.3	6	42.8
Exécution de peine	41	51.9	8	57.2
Pas de réponse	3	3.8	-	-
Total	79	100.0	14	100.0

Tableau n°138 Lieu de détention des sujets HBV+ (N= 79)		
Site	Nombre	Pourcentage
Bochuz	22	27.8%
Bois-Mermet	16	20.3%
La Colonie	17	21.5%
La Croisée	21	26.6%
La Tuilière	3	3.8%
Total	79	100.0%

Tableau n°139
Caractéristiques des sujets HBV+
(N=76)

	Nombre	%
Détention en lien avec la drogue	54	71.1%
Antécédents carcéraux comme adulte	40	52.6%
Dépendance à une ou plusieurs substances	22	28.9%
Placement en institution pour mineurs	13	17.1%
Consommation durant la détention en cours	8	10.5%

Tableau n°140
Différences entres sujets HBV+ et HBV-
(N=233)

	HBV+ (N=76)		HBV- (N=174)		p
	Oui	Non	Oui	Non	
Détention en lien avec la drogue	54	22	66	114	<0.005
Antécédents carcéraux comme adulte	40	36	86	98	0.38
Dépendance à une ou plusieurs substances	22	40	43	125	0.13
Placement en institution pour mineurs	13	63	17	166	0.07
Consommation durant la détention en cours	8	68	26	158	0.43

Tableau n°141
Origine des participants HCV+
(N= 274)

Régions	Personnes HCV+	Personnes HCV-	Personnes testées	HCV + %	HCV + %
				/groupe d'origine	/ensemble sujets HCV+
Afrique subsaharienne	2	25	27	7.4	7.7
Amérique latine	1	11	12	8.3	3.9
Asie	0	9	9	0.0	-
Europe des Balkans	3	65	68	4.4	11.5
Europe de l'Est	2	6	8	25.0	7.7
Europe de l'Ouest	3	48	51	5.8	11.5
Méditerranée	0	35	35	0.0	-
Moyen-Orient					
Suisse	14	42	56	25.0	53.8
Pas d'indication	1	9	8	12.5	3.9
Total	26	248	274	9.5	100.0

$\chi^2=25.73$, $df=7$, $p=0.0005$

Tableau n°142
Statut pénal des participants HCV+
(N=26)

	Nombre	Pourcentage
Détention préventive	12	46.2%
Exécution de peine	13	50.0%
Pas de réponse	1	3.8%
Total	26	100.0%

Site	Nombre	Répartition des personnes HCV+	Pourcentage des personnes HCV+ par rapport à la population du site de détention
Bochuz	4	15.4%	5.9%
Bois-Mermet	3	11.5%	4.3%
La Colonie	8	30.8%	18.8%
La Croisée	10	38.5%	15.6%
La Tuilière	1	3.8%	4.1%
Total	26	100.0%	9.4%

	Nombre	Pourcentage
Détention en lien avec la drogue	19	76.0%
Antécédents carcéraux comme adulte	19	76.0%
Dépendance à une ou plusieurs substances	16	64.0%
Placement en institution pour mineurs	5	20.0%
Consommation durant la détention en cours	10	40.0%

	HCV+ (N=25)		HCV- (N=235)		p
	Oui	Non	Oui	Non	
Détention en lien avec la drogue	19	6	101	130	<0.005
Antécédents carcéraux comme adulte	19	6	107	128	<0.005
Dépendance à une ou plusieurs substances	16	6	46	162	<0.005
Placement en institution pour mineurs	5	20	25	209	0.16
Consommation durant la détention en cours	10	20	24	211	<0.005

Sérologies annoncées par les participants	Sérologie HBV		Sérologie HCV	
	Positive	Négative	Positive	Négative
Pas de réponse donnée à cette question	39	113	4	148
Hépatite B et hépatite C négatives	17	51	5	63
Hépatite B positive	5	2	3	4
Hépatite C positive	6	5	8	3
Hépatite B et hépatite C positives	4	1	5	0
Ne veut/ne peut pas répondre	8	23	1	30
Total	79	195	26	248

Tableau n°147			
Mode de contamination évoqué par les sujets connaissant leur status sérologique vérifié (N=18)			
	HBV+ (N=5)	HCV+ (N=8)	HBV+et HCV+ (N=5)*
Pas de réponse donnée à cette question	-	1	1
Relations sexuelles	2	1	-
Echanges de seringue	1	3	2
Transfusions	-	1	-
Autres dont	2	2	2
• Pas d'idée	1	-	-
• Torture	1	-	-
• Cocaïne paille	-	1	-
• Relations sexuelles et échanges de seringue	-	1	1*
• Relations sexuelles, coton et cuillère	-	-	1

*Un sujet qui se dit HBV et HCV + et qui n'est positif que pour HCV. Les modes de contamination évoqués sont les relations sexuelles et l'échange des seringues.

Tableau n°148		
Lieu de détention des participants ayant une sérologie syphilitique positive (N=10)		
Site	Nombre	Pourcentage
Bochuz	5	50%
Bois-Mermet	1	10%
La Colonie	1	10%
La Croisée	1	10%
La Tuilière	2	20%

Tableau n°149
Participants dont les sérologies se sont révélées positives
N=101

Chlamydia	TPHA	HBV	HBsAg	HCV	VIH	Nombre de participants
+	-	-	-	-	-	3
-	+	-	-	-	-	6
-	+	+	-	-	-	1
+	+	+	-	-	-	2
-	-	+	-	-	-	50
-	-	+	+	-	-	12
-	+	+	+	-	-	1
-	-	-	-	+	-	13
-	-	+	-	+	-	11
-	-	+	+	+	-	1
-	-	+	-	+	+	1
5	10	79	14	26	1	Total 101

- Participants ayant été en contaminés uniquement par des pathogènes MST
 Participants ayant eu notamment une hépatite B dont ils sont guéris
 Participants potentiellement source de contamination HBV, HCV ou VIH pour leur entourage

Tableau n°150
Lien entre les sérologies de l'hépatite B
et sexe, âge, origine et statut pénitentiaire des sujets
Anticorps HBcAg (marqueur d'une infection passée ou présente)
(sujets ayant accepté la prise de sang N =275)

Catégories	Anti-HBcAg				P(*)
	Positif		Négatif		
	N	%	N	%	
Sexe					
Hommes	76	(29.8)	173	(70.2)	0.17
Femmes	3	(15.8)	16	(84.2)	
Pas de précision	0	(0.0)	7	(100.0)	
Age					
<21 ans	4	(26.7)	11	(73.3)	0.98 0.83(**)
21-30 ans	33	(30.3)	76	(69.7)	
31-40 ans	23	(28.8)	57	(71.3)	
>40 ans	19	(27.9)	49	(72.1)	
Pas de précision	0	(0.0)	3	(100.0)	
Pays d'origine					
Afrique Noire	18	(66.7)	9	(33.3)	0.36
Europe Balkans	27	(39.7)	41	(60.3)	
Suisse	16	(28.5)	40	(71.4)	
Méditerranée – Moyen Orient	8	(22.9)	27	(77.1)	
Europe de l'Ouest	8	(15.7)	43	(84.3)	
Amérique latine	1	(15.4)	11	(84.6)	
Asie	0	(0.0)	9	(100.0)	
Europe de l'Est	0	(0.0)	8	(100.0)	
Pas de précision	1	(11.1)	8	(88.9)	
Statut pénitentiaire					
Détention préventive	35	(26.7)	96	(73.2)	0.36
Exécution de peine	41	(31.8)	88	(68.2)	
Pas de précision	3	(20.0)	12	(75.0)	
Total	79	(28.7)	196	(70.3)	

(*) Toutes les valeurs de p ont été calculées avec le test de chi-carré excepté lorsqu'il est indiqué par (**)

(**) chi-carré de tendance linéaire

Tableau n° 151
Lien entre les sérologies de l'hépatite B,
et caractéristiques principales explorées par le questionnaire
Anticorps HBcAg (marqueur d'une infection passée ou présente)
(sujets ayant accepté une prise de sang et répondu au questionnaire N = 261)

Catégories	Anti-HBcAg				P(*)
	Positif		Négatif		
	N	%	N	%	
Séjour durant l'enfance/adolescence dans une institution de placement à la demande de la justice pour mineurs					
Oui	13	(43.3)	17	(56.7)	0.07
Non	63	(27.5)	166	(72.5)	
Pas de réponse	0	(0.0)	2	(100.0)	
Séjour antérieur en prison comme adulte					
Oui	40	(31.7)	86	(68.3)	0.38
Non	36	(26.9)	98	(73.1)	
Pas de réponse	0	(0.0)	1	(100.0)	
Niveau de scolarité					
Inférieur à la scolarité obligatoire	17	(42.5)	23	(57.5)	0.12 0.02 (**)
Scolarité obligatoire	27	(31.8)	58	(68.2)	
Formation professionnelle	19	(25.0)	57	(75.0)	
Maturité, formation prof. supérieure	13	(22.0)	46	(78.0)	
Pas de réponse	0	(0.0)	1	(100.0)	
Situation professionnelle avant l'incarcération					
Actif occupé	37	(25.7)	107	(74.3)	0.8
Chômeur	6	(22.2)	21	(77.8)	
Non actif (AI, AVS, retraite, etc.)	32	(38.6)	51	(61.4)	
Pas de réponse	1	(14.3)	6	(85.7)	
Comment vivez-vous / Situation de vie					
Seul (e)	32	(34.00)	62	(66.0)	0.03
Avec conjoint(e) ou ami(e) sans enfants	17	(37.0)	29	(63.0)	
En couple ou non, mais avec vos enfants	8	(16.0)	42	(84.0)	
Avec d'autres membres de la famille	6	(17.6)	28	(82.4)	
Avec des camarades, en foyer d'accueil	12	(38.7)	19	(61.3)	
Pas de réponse	1	(16.6)	5	(83.4)	
Comment percevez-vous votre état de santé					
Bon	48	(27.0)	130	(73.0)	0.19 0.09 (**)
Acceptable	19	(31.7)	41	(68.3)	
Mauvais	5	(31.3)	11	(68.8)	
Très mauvais	4	(66.6)	2	(33.3)	
Pas de réponse	0	(0.0)	1	(100.0)	
Personne dépendante d'une substance					
Oui	22	(35.5)	40	(64.5)	0.14
Non	43	(25.6)	125	(74.4)	
Pas de réponse	11	(35.4)	20	(64.6)	
Rapports sexuels pendant les 6 mois qui ont précédé la détention actuelle					
Avec le même partenaire	38	(29.5)	91	(70.5)	0.92
Avec plusieurs partenaires	26	(28.0)	67	(72.0)	
Pas de rapport sexuel	11	(31.4)	24	(68.6)	
Pas de réponse	1	(25.0)	3	(75.0)	
Préférence sexuelle					
Homosexuel(le)	4	(57.1)	3	(42.9)	0.11
Hétérosexuel(le)	71	(28.9)	175	(71.1)	
Pas de réponse	1	(12.5)	7	(87.5)	
Total	76	(29.1)	185	(70.9)	

(*) Toutes les valeurs de p ont été calculées avec le test de chi-carré excepté lorsqu'il est indiqué par (**)

(**) Chi-carré de tendance linéaire

Tableau n° 152
Lien entre les sérologies de l'hépatite C
et sexe, age, origine et statut pénitentiaire des sujets
Anticorps anti-HCV (marqueur d'une infection passée ou présente)
(sujets ayant accepté la prise de sang N =275)

Catégories	Anti-HCV				P(*)
	Positif		Négatif		
	N	%	N	%	
Sexe					
Hommes	25	(9.8)	230	(90.2)	1.0(***)
Femmes	1	(5.3)	18	(94.7)	
Pas de précision	0	(0.0)	1	(100.0)	
Age					
<21 ans	1	(6.7)	14	(93.3)	0.56
21-30 ans	11	(10.1)	98	(89.9)	
31-40 ans	10	(12.5)	70	(87.5)	
>40 ans	4	(5.9)	64	(94.1)	
Pas de précision	0	(0.0)	3	(100.0)	
Pays d'origine					
Afrique Noire	2	(7.4)	25	(92.6)	
Europe Balkans	3	(4.4)	65	(95.6)	
Suisse	14	(25.0)	42	(75.0)	
Méditerranée – Moyen Orient	0	(0.0)	35	(100.0)	
Europe de l'Ouest	3	(5.9)	48	(94.1)	
Amérique latine	1	(8.3)	11	(91.7)	
Asie	0	(0.0)	9	(100.0)	
Europe de l'Est	2	(25.0)	6	(75.0)	
Pas de précision	1	(11.1)	8	(88.9)	
Statut pénitentiaire					
Détention préventive	12	(9.2)	119	(90.8)	0.8
Exécution de peine	13	(10.1)	116	(89.9)	
Pas de précision	1	(6.6)	14	(93.4)	
Total	26	(9.5)	249	(93.4)	

(*) Toutes les valeurs de p ont été calculées avec le test de chi-carré excepté lorsqu'il est indiqué par (**)

(**) Chi-carré de tendance linéaire

(***) Test exact de Fischer

Tableau n° 153
Lien entre les sérologies de l'hépatite C
et caractéristiques principales explorées par le questionnaire
Anticorps anti-HCV (marqueur d'une infection passée ou présente)
(sujets ayant accepté une prise de sang et répondu au questionnaire N = 261)

Catégories	Anti-HCV				P(*)
	Positif		Négatif		
	N	%	N	%	
Séjour durant l'enfance/adolescence dans une institution de placement à la demande de la justice pour mineurs					
Oui	5	(16.7)	25	(83.3)	0.18(***)
Non	20	(8.7)	209	(91.3)	
Pas de réponse	0	(0.0)	1	(100.0)	
Séjour antérieur en prison comme adulte					
Oui	19	(15.1)	107	(84.9)	0.004
Non	6	(4.5)	128	(95.5)	
Niveau de scolarité					
Inférieur à la scolarité obligatoire	3	(7.5)	37	(92.5)	0.43
Scolarité obligatoire	9	(10.6)	76	(89.4)	
Formation professionnelle	10	(13.1)	66	(86.8)	0.70 (**)
Maturité, formation prof. supérieure	3	(5.1)	56	(94.9)	
Situation professionnelle avant l'incarcération					
Actif occupé	12	(8.3)	132	(91.7)	0.10
Chômeur	0	(0.0)	27	(100.0)	
Non actif (AI, AVS, retraite, etc.)	11	(13.2)	72	(86.7)	
Pas de réponse	2	(33.3)	4	(66.7)	
Comment vivez-vous / Situation de vie					
Seul (e)	10	(10.7)	84	(89.4)	0.89
Avec conjoint(e) ou ami(e) sans enfants	3	(6.5)	43	(93.5)	
En couple ou non, mais avec vos enfants	5	(10.0)	45	(90.0)	
Avec d'autres membres de la famille	2	(5.9)	32	(94.1)	
Avec des camarades, en foyer d'accueil	3	(9.7)	28	(90.3)	
Pas de réponse	2	(40.0)	3	(60.0)	
Comment percevez-vous votre état de santé					
Bon	20	(11.3)	158	(88.7)	0.46
Acceptable	3	(5.0)	57	(95.0)	
Mauvais	1	(6.3)	15	(93.8)	
Très mauvais	1	(16.7)	5	(83.3)	
Personne dépendante d'une substance					
Oui	16	(25.8)	46	(74.2)	<0.001
Non	6	(3.6)	162	(96.4)	
Pas de réponse	3	(10.0)	27	(90.0)	
Rapports sexuels pendant les 6 mois qui ont précédé la détention actuelle					
Avec le même partenaire	10	(7.8)	119	(92.2)	0.001
Avec plusieurs partenaires	24	(12.9)	80	(86.0)	
Pas de rapport sexuel	2	(5.7)	33	(94.3)	
Pas de réponse	11	(78.6)	3	(21.4)	
Préférence sexuelle					
Homosexuel(le)	1	(14.3)	6	(85.7)	0.52 (***)
Hétérosexuel(le)	24	(9.7)	222	(90.2)	
Pas de réponse	0	(0.0)	7	(100.0)	
Total	25	(9.6)	236	(90.4)	

(*) Toutes les valeurs de p ont été calculées avec le test de chi-carré excepté lorsqu'il est indiqué par (**)

(**) chi-carré de tendance linéaire

(***) Test exact de Fischer

Tableau n°154

Prévalence des infections investiguées par EPIPS parmi participants

	toxico-dépendants		non toxico-dépendants		Pas de réponse	
	(N=62)	%	(N=168)	%	(N=31)	%
Syphilis	1	1.6	7	4.2	1	3.2
Chlamydia	1	1.6	3	1.8	1	3.2
Hépatite B	22	35.5	43	25.6	11	35.4
Hépatite B chronique	2	3.2	9	5.4	3	9.6
Hépatite C	16	25.8	6	3.6	3	9.6
Infection VIH	1	1.6	0	0.0	0	0.0

E. Synthèse

Tableau n°155						
Comparaison des prévalences de anti HBc par classe d'âge entre le collectif EIPS et un collectif de donneurs de sang (1995)						
	Donneurs de sang		EIPS			
Hommes	N	% HBV+	N	% HBV+ observé	N HBV+ observé	N HBV+ attendu
<24 ans	8731	0.9	54	29.6	16	0.5
25-29	428	3.3	49	34.7	17	1.6
30-34	234	3.0	44	40.9	18	1.3
35-39	140	9.3	27	29.6	8	2.5
40-44	93	11.8	35	22.9	8	4.1
45-49	75	17.2	12	41.7	5	2.1
50-54	57	15.8	10	20.0	2	1.6
>=55	37	16.1	11	18.2	2	1.8
Total			242		76	15.5
Standardized prevalence ratio 4.9						
Femmes	N	% HBV+	N	% HBV+ observé	N HBV+ observé	N HBV+ attendu
<24 ans	2621	0.7	5	0.0	0	0.0
25-29	654	0.8	2	33.3	1	0.0
30-34	410	1.5	4	0.0	0	0.1
35-39	315	2.9	3	0.0	0	0.1
40-44	198	4.0	1	0.0	0	0.0
45-49	121	6.6	3	66.7	2	0.2
50-54	88	6.8	0	0	0	0.0
>=55	48	12.5	1	0	0	0.1
Total			19		3	0.5
Standardized prevalence ratio 5.4						

Tableau n°156

Facteurs associes à la seropositivite anti-HBcAg

Variables associe avec seropositivite dans l'analyse bi-variee	Recodage pour regression logistique	Regression Logistique Simple			Regression Logistique Multiple		
		OR	IC 95% Inf	IC 95% Sup	OR	IC 95% Inf	IC 95% Sup
1. Sexe	M = 1 F = 0	2.4	0.7	8.5	6.6	0.7	64.5
2. Pays D'origine	Afrique noire = 1 Autres = 0	6.4	2.7	15.2	3.3	1.2	9.1
3. Placement dans l'adolescence	Oui = 1 Non = 0	1.7	0.8	3.6	1.9	0.8	4.6
4. Niveau de scolarite	scolarite obligatoire ou moins = 1 Formation professionnelle ou superieure = 0	1.7	1.0	2.8	1.3	0.7	2.4
6. Perception etat de sante	Tres mauvais = 1 Autres reponses = 0	5.7	1.1	30.3	3.3	0.5	19.6
7. Dependance d'une substance	Oui = 1 Non = 0	1.5	0.8	2.7	1.0	0.5	2.0
8. Preference sexuelle homosexuelle	Oui = 1 Non = 0	3.0	0.7	13.7	5.7	1.0	34.6

Tableau n°157

**Facteurs de risque pour la séropositivité anti-HBcAg
Régression Logistique Multiple: Modèle final retenu**

Variables	Recodage pour régression logistique	Modèle retenu		
		OR	IC 95% Inf	IC 95% Sup
1. Sexe (*)	M = 1 F = 0	7.2	0.7	69.2
2. Pays D'origine	Afrique noire = 1 Autres = 0	3.7	1.3	9.8
3. Placement à l'adolescence	Oui = 1 Non = 0	2.2	1.0	4.9
5. Situation de vie	Seul, Avec conjoint(e) ou amie(e) sans enfants, ou en foyer d'accueil = 1 En couple ou avec d'autres membres de la famille = 0	1.8	1.0	3.5
8. Préférence sexuelle homosexuelle (*)	Oui = 1 Non = 0	5.4	0.9	32.4

(*) Variables retenues dans le modèle malgré le fait que la borne inférieure de l'intervalle de confiance <1, car:

- Sexe: 96% des séropositifs étant des hommes; OR et borne supérieure de l'IC élevé
- Préférence sexuelle homosexuelle: variable d'intérêt en raison du mode de transmission sexuelle; OR et borne supérieure de l'IC étant élevé

Tableau n°158

**Facteurs de risque pour la séropositivité HCV+
Régression Logistique Multiple: Modèle final retenu**

Variables associe avec séropositivité dans l'analyse bi-variee	Recodage pour régression logistique	Régression Logistique Simple			Régression Logistique Multiple			Modèle final retenu		
		OR	IC 95% In	IC 95% Su	OR	IC 95% In	IC 95% Su	OR	IC 95% In	IC 95% Su
1. Pays D'origine	Suisse= 1 Autres = 0	5.8	2.4	14.1	4.3	1.6	11.7	4.5	1.7	12.0
2. Placement à l'adolescence	Oui =1 Non = 0	2.2	0.8	6.4	1.2	0.3	4.2			
3. Séjour antérieur en prison comme adulte	Oui = 1 Non =0	3.3	1.3	8.6	1.2	0.4	3.8			
4. Dépendance d'une substance	Oui = 1 Non = 1	8.6	3.2	23.4	7.1	2.4	20.5	7.5	2.7	21.0

Tableau n°159 Prostitution et sérologie N= 25						
Sérologie	HBV	HBsAg	HCV	HIV	Syphilis	Chlamydia
positive	5 (20.0%)	0	2 (8.0%)	2 (8.0%)	3	3
négative	14	5	17	18	16	16
pas faite	6		6	5	6	6

Tableau n°160 Consommateurs de substances induisant une dépendance, comparaison EPIPS et population suisse		
	Les participants à EPIPS	La population générale suisse 2002 âgées de 15 à 39 ans
Haschisch	47.6%	27.7%
Cocaïne	33.1%	2.9%
Héroïne	19.5%	0.9%
Ecstasy	15.4%	2.2%
Amphétamines		1.0%
Méthadone illégale	7.1%	0.2%
Opiacés autres que l'héroïne	6.5%	0.6%

Tableau n°161 Incarcération et consommation		
	actuelle n=41	précédente n=51
Consommation de plusieurs substances (alcool exclu)	33 (80.48%)	40 (78.43%)
Se considère comme dépendant à un moment de sa vie	19 (46.34%)	30 (58.82%)
A besoin d'un sevrage au cours de ctte détention	7 (17.07%)	9 ((17.64%)

XIV. Annexes

A. *Avertissement et consentement*

Information
A l'intention des participant-e-s à l'étude
« Epidémiologie et prévention des infections dans les prisons de
Suisse Romande »

L'étude, à laquelle nous vous proposons de participer, est réalisée dans le but:

- de connaître quelles sont les circonstances où vous vous exposez en milieu carcéral à des maladies telles que les hépatites et le virus VIH
- d'évaluer le nombre de personnes qui sont atteintes par ces maladies
- d'introduire ou **d'améliorer les mesures de prévention** qui pourraient empêcher la transmission de ces maladies dans le milieu carcéral de Suisse romande.

Pour recueillir les informations nécessaires, nous vous proposons:

- de répondre à un questionnaire **anonyme**
- d'accepter une prise de sang dont les résultats seront enregistrés anonymement.

Les deux démarches nous sont nécessaires, mais vous pouvez décider de ne participer qu'à l'une d'entre elles.

Toutes les informations que vous donnerez resteront strictement confidentielles: elles seront conservées de manière anonyme, dans un lieu extérieur à votre lieu de détention. Elles ne seront utilisées que pour notre travail de recherche. Aucune personne appartenant aux services pénitentiaires ou judiciaires n'y aura accès.

Les résultats de la prise de sang vous seront communiqués, en toute confidentialité, par un membre de notre équipe de recherche, dans le respect du secret médical.

Nous sommes à votre disposition pour répondre à toutes vos questions.

Bien évidemment, vous restez totalement libre de participer à cette étude. Un éventuel refus de votre part n'aura aucune incidence de quelque nature que ce soit sur la suite de votre détention.

Après avoir lu cette note, nous vous remercions de bien vouloir donner votre accord en signant la formule d'acceptation. Celle-ci sera archivée, avec toutes les mesures de confidentialité nécessaires, par l'équipe de recherche en dehors des locaux de la prison.

Merci de répondre à ce questionnaire.

Dr. B. Gravier

Médecin responsable du
Service de Médecine et de
Psychiatrie Pénitentiaires du
canton de Vaud (SMPP)

Pr. P. Francioli

Médecin - chef, Division des
Maladies Infectieuses &
Division autonome de
médecine préventive
hospitalière,
CHUV Lausanne

Dr. D. Beer

Chef de clinique-adjoint
Policlinique Médicale
Universitaire
SMPP, Lausanne

Dr. A. Iten

Cheffe de clinique
Clinique de médecine
II, Genève
SMPP, Lausanne

Questionnaire n° :

**Formulaire de consentement éclairé
à l'intention des participant-e-s à l'étude
« Epidémiologie et prévention des infections dans les prisons de
Suisse Romande »**

Je soussigné M / Mme (Nom et Prénom),

*certifie avoir pris connaissance des objectifs de la recherche
"Epidémiologie et prévention des infections dans les prisons de Suisse Romande"
et des démarches qui me sont demandées dans le cadre de cette étude.*

*J'ai pris note que les données du questionnaire seront traitées et analysées de manière anonyme
et sans qu'un lien ne soit possible avec mon identité et que ce formulaire sera archivé de manière
totalement confidentielle dans un lieu extérieur à la prison sous la responsabilité de l'équipe de
recherche.*

*J'ai pris note que les résultats de la prise de sang me seront communiqués en toute
confidentialité par un membre de l'équipe de recherche.
Je certifie avoir pu poser toutes les questions que je souhaitais au sujet de cette étude et avoir
lu attentivement les informations données à la page précédente.*

*J'ai pris note que je peux à tout moment refuser de participer à cette étude, sans donner
d'explication et sans subir aucun préjudice et, en particulier, sans qu'aucune autorité n'en soit
informée.
Je certifie que j'ai pu disposer du temps de réflexion suffisant pour prendre ma décision.*

*Ainsi renseigné, je confirme mon accord pour ma participation à celle-ci.
En particulier :*

Je suis d'accord pour une prise de sang

Je suis d'accord pour remplir le questionnaire

(mettre une croix dans la case indiquée)

Lieu et date

Signature

*Nom de la personne de l'équipe de recherche qui présente le questionnaire et (si ce n'est pas la
même) de la personne qui pratiquera la prise de sang :*

.....

B. Questionnaire

**Questionnaire anonyme destiné aux participant-e-s à l'étude
Epidémiologie et prévention des infections dans les prisons
de Suisse Romande**

L'étude, à laquelle nous vous proposons de participer, est réalisée dans le but:

- de connaître quelles sont les circonstances où vous vous exposez en milieu carcéral à des maladies telles que les hépatites et le virus VIH
- d'évaluer le nombre de personnes qui sont atteintes par ces maladies
- d'introduire ou **d'améliorer les mesures de prévention** qui pourraient empêcher la transmission de ces maladies dans le milieu carcéral de Suisse romande.

Pour recueillir les informations nécessaires, nous vous proposons:

- de répondre à un questionnaire **anonyme**
- d'accepter une prise de sang dont les résultats seront enregistrés anonymement.

Les deux démarches nous sont nécessaires, mais vous pouvez décider de ne participer qu'à l'une d'entre elles.

Toutes les informations que vous donnerez resteront strictement confidentielles: elles seront conservées de manière anonyme, dans un lieu extérieur à votre lieu de détention. Elles ne seront utilisées que pour notre travail de recherche. Aucune personne appartenant aux services pénitentiaires ou judiciaires n'y aura accès.

Les résultats de la prise de sang vous seront communiqués, en toute confidentialité, par un membre de notre équipe de recherche, dans le respect du secret médical.

Nous sommes à votre disposition pour répondre à toutes vos questions.

Bien évidemment, vous restez totalement libre de participer à cette étude. Un éventuel refus de votre part n'aura aucune incidence de quelque nature que ce soit sur la suite de votre détention.

Après avoir lu cette note et si vous acceptez de participer à notre étude, nous vous remercions de bien vouloir donner votre accord en signant la formule d'acceptation. Celle-ci sera archivée, avec toutes les mesures de confidentialité nécessaires, par l'équipe de recherche en dehors des locaux de la prison.

Merci de répondre à ce questionnaire.

Dr. B. Gravier

Médecin responsable
Service de Médecine et
de Psychiatrie
Pénitentiaires du canton
de Vaud (SMPP)

Pr. P. Francioli

Médecin - chef
Division autonome
Médecine Préventive
Hospitalière
Division des Maladies
Infectieuses
CHUV Lausanne

Dr. D. Beer

Chef de clinique-adjoint
Policlinique Médicale
Universitaire
SMPP
Lausanne

Dr. A. Iten

Cheffe de clinique
Clinique de
médecine II
Genève
SMPP, Lausanne

SITUATION PERSONNELLE ET PROFESSIONNELLE

• 1 - Quelle est votre année de naissance?

• 2 - De quel sexe êtes-vous ?

- masculin
- féminin

• 3 - Quelle est votre nationalité ?

.....

• 4 - Quel est votre niveau de scolarité ?

- scolarité inférieure à la scolarité obligatoire
- scolarité obligatoire
- formation professionnelle
- maturité, formation professionnelle supérieure
- sans information

Si votre réponse ne correspond à aucune des catégories ci-dessus, inscrivez-la en toutes lettres :

.....

• 5 - Quelle était votre situation professionnelle avant l'incarcération actuelle?

- actif occupé
- chômeur
- non actif (AI, AVS, retraite, etc.)

Si votre réponse ne correspond à aucune des catégories ci-dessus, inscrivez-la en toutes lettres :

.....

• 6 - Si vous avez un emploi, quel type d'emploi occupez-vous ?

- emploi non qualifié
- ouvrier avec CFC, employé avec formation ou équivalent
- position supérieure

Si votre réponse ne correspond à aucune des catégories ci-dessus, inscrivez-la en toutes lettres :

.....

• 7 - Comment vivez-vous ?

- seul -e
- avec votre conjoint-e ou votre ami-e (sans enfants)
- en couple ou non, mais avec vos enfants
- avec d'autres membres de la famille
- avec des camarades, en foyer d'accueil

Si votre réponse ne correspond à aucune des catégories ci-dessus, inscrivez-la en toutes lettres :

.....

- 8 - Comment percevez-vous votre état de santé ?

bon
 acceptable
 mauvais
 très mauvais

ANTECEDENTS JUDICIAIRES ET STATUT PENITENTIAIRE

- 9 - Durant votre enfance ou votre adolescence, avez-vous été placé-e dans une institution par la justice des mineurs (ex. dans le canton de Vaud, Valmont) ?

oui
 non
 je ne peux/veux pas répondre

- 10 - En dehors de l'arrestation qui a précédé l'incarcération actuelle, combien de fois avez-vous été l'objet de contrôles de police durant les 6 derniers mois ?

inscrire le nombre

--

- 11- **Avant votre incarcération actuelle**, avez-vous déjà séjourné en prison comme adulte?

oui
 non

Si oui, combien de fois ?

--

- 12 - Quelle est la durée totale de vos incarcérations **avant votre incarcération actuelle**?

ans mois jours

- 13 - Quel est le motif de votre incarcération actuelle?

.....

A-t-elle un lien avec la drogue ?

oui
 non

- 14 - Quel est votre statut pénitentiaire actuel ? (une seule réponse est possible)

- détention préventive
- exécution de peine
- arrêts

⇒ Dans ce cas, passez à la **question 15**
⇒ Dans ce cas, passez à la **question 16**
⇒ Dans ce cas, passez à la **question 17**

- 15 - Si vous êtes en prison préventive, depuis combien de temps y êtes-vous?

ans mois jours

⇒ Passez à la **question 18**.

- 16 - Si vous êtes en exécution de peine, depuis combien de temps y êtes-vous ?

ans	mois	jours
-----	------	-------

Quelle est la durée prévue pour votre peine actuelle?

ans	mois	jours
-----	------	-------

⇒ Passez à la **question 18**

- 17 - Si vous êtes aux arrêts, depuis combien de temps y êtes-vous ?

ans	mois	jours
-----	------	-------

Quelle est la durée prévue pour votre peine actuelle?

ans	mois	jours
-----	------	-------

- 18 - Avant l'incarcération actuelle avez-vous déjà été condamné-e ?

- oui
- non
- je ne peux/veux pas répondre

CONSOMMATION DE DROGUE

Soyez assuré(e) que tous les renseignements que vous donnerez seront enregistrés et analysés de manière strictement confidentielle et anonyme.

● 19 - Avez-vous déjà consommé ces substances dans votre vie?	Age au moment de votre 1ère consommation ?	
1 = oui 2 = non	<i>par ex. 15 = 15 ans, 22 = 22 ans, (99 = ne sait pas)</i>	
Alcool		
Haschisch/marijuana		
Héroïne		
Autres opiacés (codéine, sirop contre la toux contenant des opiacés, ex. Resyl Plus®)		
Méthadone illégale		
Cocaïne (seule)		
Cocktail (mélange héroïne/cocaïne)		
Free-base, crack		
LSD		
Ecstasy/amphétamines		
Médicaments non prescrits (analgésiques, benzodiazépines, calmants)		
Rohypnol® ou Dormicum®		

⇒ Si vous répondez « non » à toutes ces questions, passez à la **question 24**

- 20 - Avez-vous déjà été dépendant d'une ou plusieurs des substances mentionnées dans le tableau précédent ?

oui
 non
 je ne peux/veux pas répondre

- 21 - Votre 1^{ère} consommation de substance a-t-elle eu lieu en prison? (une seule réponse est possible)

oui
 non
 je ne souhaite pas répondre

⇒ Si votre réponse est « non » ou « je ne souhaite pas répondre », passez à la **question 24**

- 22 - Si oui, comment l'avez-vous alors consommée?

avalée
 injectée
 fumée
 chassé le dragon
 sniffée

- 23 - Si oui, était-ce au cours de votre incarcération ?

actuelle
 précédente (juste avant celle-ci)
 autre

- 24 - Avez-vous déjà été condamné-e pour infraction à la Loi Fédérale sur les Stupéfiants ?

oui
 non
 je ne peux/veux pas répondre

- 25 - Si oui, étiez-vous alors (une seule réponse est possible)

consommateur -trice ?
 revendeur -se ?
 consommateur -trice et revendeur-se ?

⇒ Si c'est la première fois que vous êtes en prison, passez à la **question 29**.
Si non, continuez.

- 26 - Lors de votre **dernière (=précédente) incarcération**, avez-vous vendu de la drogue en prison ?

oui
 non, je n'ai pas revendu de drogue durant cette période
 non, d'ailleurs je n'ai jamais fait de commerce avec de la drogue

- 27- Lors de votre **dernière (=précédente) incarcération**, avez-vous consommé de la drogue en prison?

oui
 non, je n'ai pas consommé de drogue durant cette période
 non, d'ailleurs je n'ai jamais consommé de drogue

28 - Durant votre dernière (=précédente) incarcération :						
Avez-vous consommé de la drogue ou une substance entraînant une dépendance?				Si oui, précisez comment l'avez-vous principalement consommée?		
Alcool	chaque jour plusieurs fois par semaine occasion. (<1x/sem) jamais	q q q q	avalé injecté fumé	q q q		
Haschisch/marijuana	chaque jour plusieurs fois par semaine occasion. (<1x/sem) jamais	q q q q	avalé injecté fumé	q q q	chassé le dragon sniffé	q q
Héroïne	chaque jour plusieurs fois par semaine occasion. (<1x/sem) jamais	q q q q	avalé injecté fumé	q q q	chassé le dragon sniffé	q q
Autres opiacés (codéine, sirop contre la toux contenant des opiacés, ex. Resyl Plus®)	chaque jour plusieurs fois par semaine occasion. (<1x/sem) jamais	q q q q	avalé injecté fumé	q q q	chassé le dragon sniffé	q q
Méthadone illégale	chaque jour plusieurs fois par semaine occasion. (<1x/sem) jamais	q q q q	avalé injecté fumé	q q q	chassé le dragon sniffé	q q
Cocaïne (seule)	chaque jour plusieurs fois par semaine occasion. (<1x/sem) jamais	q q q q	avalé injecté fumé	q q q	chassé le dragon sniffé	q q
Cocktail (mélange héroïne/cocaïne)	chaque jour plusieurs fois par semaine occasion. (<1x/sem) jamais	q q q q	avalé injecté fumé	q q q	chassé le dragon sniffé	q q
Crack	chaque jour plusieurs fois par semaine occasion. (<1x/sem) jamais	q q q q	avalé injecté <input type="checkbox"/> fumé	q q q	chassé le dragon sniffé	q q
LSD	chaque jour plusieurs fois par semaine occasion. (<1x/sem) jamais	q q q q	avalé injecté fumé	q q q	chassé le dragon sniffé	q q
Ecstasy /amphétamines	chaque jour plusieurs fois par semaine occasion. (<1x/sem) jamais	q q q q	avalé injecté fumé	q q q	chassé le dragon sniffé	q q
Médicaments non prescrits (analgésiques, benzodiazépines, calmants)	chaque jour plusieurs fois par semaine occasion. (<1x/sem) jamais	q q q q	avalé injecté fumé	q q q	chassé le dragon sniffé	q q
Rohypnol® ou Dormicum®	chaque jour plusieurs fois par semaine occasion. (<1x/sem) jamais	q q q q	avalé injecté fumé	q q q	chassé le dragon sniffé	q q

- 29 - Durant votre **détention actuelle** avez-vous bénéficié d'un des traitements suivants prescrits par le service médical ? (plusieurs réponses sont possibles)

sevrage avec des calmants

méthadone

somnifère

calmant ou autre médicament pour les nerfs

- 30 - Durant votre **détention actuelle**, avez-vous consommé de la drogue? (une seule réponse est possible)

oui

non

je ne souhaite pas répondre

⇒ Si oui, continuez. Dans les autres cas, passez à la **question 38**.

31 - Durant votre incarcération actuelle :

Avez-vous consommé de la drogue ou des substances entraînant une dépendance ? laquelle et à quelle fréquence ?		Si oui, précisez comment l'avez-vous principalement consommé?	
Alcool	chaque jour <input type="checkbox"/> plusieurs fois par semaine <input type="checkbox"/> occasion. (<1x/sem) <input type="checkbox"/> jamais <input type="checkbox"/>	avalé <input type="checkbox"/>	chassé le dragon <input type="checkbox"/> sniffé <input type="checkbox"/>
Haschisch/marijuana	chaque jour <input type="checkbox"/> plusieurs fois par semaine <input type="checkbox"/> occasion. (<1x/sem) <input type="checkbox"/> jamais <input type="checkbox"/>	avalé <input type="checkbox"/> injecté <input type="checkbox"/> fumé <input type="checkbox"/>	chassé le dragon <input type="checkbox"/> sniffé <input type="checkbox"/>
Héroïne	chaque jour <input type="checkbox"/> plusieurs fois par semaine <input type="checkbox"/> occasion. (<1x/sem) <input type="checkbox"/> jamais <input type="checkbox"/>	avalé <input type="checkbox"/> injecté <input type="checkbox"/> fumé <input type="checkbox"/>	chassé le dragon <input type="checkbox"/> sniffé <input type="checkbox"/>
Autres opiacés (codéine, sirop contre la toux contenant des opiacés, ex. Resyl Plus®)	chaque jour <input type="checkbox"/> plusieurs fois par semaine <input type="checkbox"/> occasion. (<1x/sem) <input type="checkbox"/> jamais <input type="checkbox"/>	avalé <input type="checkbox"/> injecté <input type="checkbox"/> fumé <input type="checkbox"/>	chassé le dragon <input type="checkbox"/> sniffé <input type="checkbox"/>
Méthadone illégale	chaque jour <input type="checkbox"/> plusieurs fois par semaine <input type="checkbox"/> occasion. (<1x/sem) <input type="checkbox"/> jamais <input type="checkbox"/>	avalé <input type="checkbox"/> injecté <input type="checkbox"/> fumé <input type="checkbox"/>	chassé le dragon <input type="checkbox"/> sniffé <input type="checkbox"/>
Cocaïne (seule)	chaque jour <input type="checkbox"/> plusieurs fois par semaine <input type="checkbox"/> occasion. (<1x/sem) <input type="checkbox"/> jamais <input type="checkbox"/>	avalé <input type="checkbox"/> injecté <input type="checkbox"/> fumé <input type="checkbox"/>	chassé le dragon <input type="checkbox"/> sniffé <input type="checkbox"/>
Cocktail (mélange héroïne/cocaïne)	chaque jour <input type="checkbox"/> plusieurs fois par semaine <input type="checkbox"/> occasion. (<1x/sem) <input type="checkbox"/> jamais <input type="checkbox"/>	avalé <input type="checkbox"/> injecté <input type="checkbox"/> fumé <input type="checkbox"/>	chassé le dragon <input type="checkbox"/> sniffé <input type="checkbox"/>
Crack	chaque jour <input type="checkbox"/> plusieurs fois par semaine <input type="checkbox"/> occasion. (<1x/sem) <input type="checkbox"/> jamais <input type="checkbox"/>	avalé <input type="checkbox"/> injecté <input type="checkbox"/> fumé <input type="checkbox"/>	chassé le dragon <input type="checkbox"/> sniffé <input type="checkbox"/>
LSD	chaque jour <input type="checkbox"/> plusieurs fois par semaine <input type="checkbox"/> occasion. (<1x/sem) <input type="checkbox"/> jamais <input type="checkbox"/>	avalé <input type="checkbox"/> injecté <input type="checkbox"/> fumé <input type="checkbox"/>	chassé le dragon <input type="checkbox"/> sniffé <input type="checkbox"/>
Ecstasy/amphétamines	chaque jour <input type="checkbox"/> plusieurs fois par semaine <input type="checkbox"/> occasion. (<1x/sem) <input type="checkbox"/> jamais <input type="checkbox"/>	avalé <input type="checkbox"/> injecté <input type="checkbox"/> fumé <input type="checkbox"/>	chassé le dragon <input type="checkbox"/> sniffé <input type="checkbox"/>
Médicaments non prescrits (analgésiques, benzodiazépines, calmants)	chaque jour <input type="checkbox"/> plusieurs fois par semaine <input type="checkbox"/> occasion. (<1x/sem) <input type="checkbox"/> jamais <input type="checkbox"/>	avalé <input type="checkbox"/> injecté <input type="checkbox"/> fumé <input type="checkbox"/>	chassé le dragon <input type="checkbox"/> sniffé <input type="checkbox"/>
Rohypnol®ou Dormicum®	chaque jour <input type="checkbox"/> plusieurs fois par semaine <input type="checkbox"/> occasion. (<1x/sem) <input type="checkbox"/> jamais <input type="checkbox"/>	avalé <input type="checkbox"/> injecté <input type="checkbox"/> fumé <input type="checkbox"/>	chassé le dragon <input type="checkbox"/> sniffé <input type="checkbox"/>

- 32- Durant votre **détention actuelle**, vous êtes-vous déjà injecté-e (shooté-e) des drogues? (une seule réponse est possible)

- oui
- non
- je ne souhaite pas répondre

⇒ Si oui, continuez, en cas d'autres réponses, passez à la **question 38**

- 33 - D'où provenait le matériel utilisé pour vous injecter de la drogue? (plusieurs réponses sont possibles)

- matériel se trouvant dans vos affaires personnelles
 - matériel donné par un(e) autre détenu(e)
 - matériel trouvé dans la prison
 - matériel donné par le service médical
 - matériel pris dans le service médical
 - matériel provenant d'autres sources (visiteurs, retour de congé)
 - autres sources
- Précisez si possible:.....

- 34 - Durant votre **détention actuelle**, vous êtes-vous shooté-e avec une seringue/aiguille déjà utilisée ? (une seule réponse est possible)

- oui
- non
- je ne souhaite pas répondre

⇒ Si oui, continuez. En cas d'autres réponses, passez à la **question 38**.

- 35 - Par qui la seringue avait-elle été déjà utilisée ?

- par vous-même
- par quelqu'un d'autre

- 36 - Comment l'avez-vous désinfectée? (plusieurs réponses sont possibles)

- avec l'eau du robinet
- avec du parfum ou de l'eau de toilette
- avec votre désinfectant personnel
- avec du matériel de désinfection fourni par la prison
- d'une autre manière

Précisez laquelle:

- 37- Durant votre **détention actuelle**, avez-vous donné votre seringue/aiguille à quelqu'un d'autre? (une seule réponse est possible)

- oui
- non
- je ne souhaite pas répondre

- 38 - Que pensez-vous de l'éventualité d'une distribution ou d'un échange de seringues stériles en prison ?

- j'y suis favorable
- je n'y suis pas favorable

Pourquoi ?

- 39 - Portez-vous un ou plusieurs tatouages réalisés en prison ?

- oui
- non

⇒ Si non, passez à la **question 42**

- 40 - Le matériel utilisé était-il désinfecté ?

- oui
- non

- 41 - Si oui, comment était-il désinfecté? (plusieurs réponses sont possibles)

- avec l'eau du robinet
- avec du parfum ou de l'eau de toilette
- avec votre désinfectant personnel
- avec du matériel de désinfection fourni par la prison
- d'une autre manière

Précisez laquelle:.....

Les questions 42 à 45 concernent les 6 mois qui ont précédé votre détention actuelle. Elles abordent des aspects intimes de votre vie. Vos réponses nous permettront de proposer une prévention mieux adaptée à la réalité.

- 42 - Au cours des **6 mois qui ont précédé votre détention actuelle**, avez-vous eu des rapports sexuels ?

- Ø avec le-la même partenaire (dans ce cas, passez à la **question 43**)
- Ø avec plusieurs partenaires (dans ce cas, passez à la **question 44**)
- Ø non, je n'ai pas eu de rapport sexuel (dans ce cas, passez à la **question 46**)

- 43 - **Si vous avez eu un-e seul-e partenaire**, avez-vous utilisé des préservatifs? (une seule réponse est possible)

- Ø toujours
- Ø parfois
- Ø jamais

⇒ Passez à la **question 46**

- 44 - **Si vous avez eu plusieurs partenaires**, avez-vous utilisé des préservatifs ? (une seule réponse est possible)

- Ø toujours
- Ø parfois
- Ø jamais

- 45 - Si vous répondez **parfois** ou **jamais** à la question 44, est-ce parce que (plusieurs réponses sont possibles):

- Ø vous n'aviez pas de préservatif ?
- Ø vous aviez oublié de l'utiliser ?
- Ø vous ne vouliez pas l'utiliser ?
- Ø vous n'aviez pas la possibilité d'en obtenir ?
- Ø vous aviez une autre raison ?

Laquelle, précisez:

- 46 - **A l'extérieur de la prison**, avez-vous déjà reçu de l'argent pour des rapports sexuels ? (une seule réponse est possible)

- Ø oui
- Ø non
- Ø je ne souhaite pas répondre

- 47 - **A l'extérieur de la prison**, avez-vous déjà donné de l'argent pour des rapports sexuels ? (une seule réponse est possible)

- Ø oui
- Ø non
- Ø je ne souhaite pas répondre

Les questions 48 à 54 concernent votre détention actuelle, et votre sexualité au cours de celle-ci. Nous vous remercions de bien vouloir répondre à celles qui vous concernent avec le maximum de sincérité

- 48 - Au cours de votre détention actuelle, avez-vous eu des rapports sexuels avec un-e seul-e partenaire? (une seule réponse est possible)

- oui
- non
- aucun-e partenaire
- je ne souhaite pas répondre

⇒ Si oui, passez à la **question 50**

- 49 - Au cours de votre détention actuelle, avez-vous eu des rapports sexuels avec plusieurs partenaires ? (une seule réponse est possible)

- oui
- non
- aucun-e partenaire
- je ne souhaite pas répondre

⇒ Si oui, continuez, dans les autres cas, passez à la **question 55**.

- 50 - Dans ce cas, avez-vous utilisé un préservatif?

- toujours
- parfois
- jamais

- 51 - Si vous répondez parfois ou jamais est-ce parce que (plusieurs réponses sont possibles):

- vous n'avez pas de préservatif ?
- vous oubliez de l'utiliser ?
- vous ne voulez pas l'utiliser ?
- vous n'avez pas la possibilité d'en obtenir ?
- avez-vous une autre raison ?

Laquelle:

- 52 - Durant votre détention actuelle, avez-vous déjà reçu quelque chose (des cigarettes, des objets utiles à la vie privée, de la drogue, de l'argent...) pour des rapports sexuels ? (une seule réponse est possible)

- oui
- non
- je ne souhaite pas répondre

- 53 - Durant votre détention actuelle, avez-vous déjà donné quelque chose (des cigarettes, des objets utiles à la vie quotidienne, de la drogue, de l'argent, etc.) pour des rapports sexuels ? (une seule réponse est possible)

oui
 non
 je ne souhaite pas répondre

- 54 - Durant votre détention actuelle, avez-vous été contraint-e à des rapports sexuels? (une seule réponse est possible)

oui
 non
 je ne souhaite pas répondre

- 55 - Vous considérez-vous comme (une seule réponse est possible)

bisexuel-le ? (= vous avez comme partenaire(s) des hommes et des femmes)
 hétérosexuel-le ? (= vos partenaire(s) sont tous de sexe opposé au vôtre)
 homosexuel-le ? (= vos partenaire(s) sont tous du même sexe que vous)
 je ne souhaite pas répondre

- 56 - Dans votre vie, avez-vous déjà eu des rapports sexuels (plusieurs réponses sont possibles)

avec des femmes
 avec des hommes
 je ne souhaite pas répondre

- 57 - Est-ce que cela a été difficile pour vous de parler de sexualité ?

oui
 non

- 58 - Si oui, pour quelle raison ?

pour des motifs religieux
 par pudeur
 par peur
 cela ne se fait pas dans ma culture

- 59 - Comment réagissez-vous face à des relations homosexuelles ?

je trouve cela normal
 je n'ai pas d'hostilité
 cela me met en colère
 je préfère ne pas en parler

ANTECEDENTS DE MALADIE

● 60 - Avez-vous déjà eu une hépatite (« jaunisse ») ?

Ø oui
Ø non

● 61 - Avez-vous déjà fait une prise de sang (test) pour les hépatites (« jaunisses »)?

Ø oui
Ø non

● 62 - Etaient-ils positifs pour

Ø l'hépatite B
Ø l'hépatite C
Ø je ne peux/veux pas répondre

● 63 - Si vous répondez oui aux questions 60 et 62, comment pensez-vous avoir été en contact avec ce(s) virus ?

Ø rapport sexuel
Ø échange de seringue
Ø transfusion
Ø autre.

Précisez.....

● 64 - Avez-vous déjà fait un test pour le HIV/SIDA?

Ø oui
Ø non
Ø je ne peux/veux pas répondre

● 65 - Si oui, en quelle année avez-vous fait le dernier test pour le HIV/SIDA ?

--

● 66 - Quel était alors le résultat du test du HIV/SIDA?

Ø positif
Ø négatif
Ø je ne peux/veux pas répondre

● 67 - Si vous répondez « positif » à la question 66, comment pensez-vous avoir été en contact avec ce virus ?

Ø rapport sexuel
Ø échange de seringue
Ø transfusion
Ø autre.

Précisez.....

● 68 - Avez-vous déjà été atteint d'une maladie sexuellement transmissible ?

Ø oui
Ø non
Ø je ne peux/veux pas répondre

● 69 - Si oui, avez vous reçu un traitement pour cette maladie au cours des six derniers mois ?

- oui
- non
- je ne sais pas

EVALUATION DE LA PREVENTION EFFECTUEE EN PRISON

● 70 - Lorsque vous êtes arrivé-e dans la prison où vous vous trouvez actuellement, avez-vous rencontré un-e infirmier-e du service médical pour un entretien d'entrée ?

- oui
- non
- je ne me rappelle plus

● 71 - Avez-vous parlé avec cet-te infirmier-e de la prévention des hépatites, du SIDA et des maladies sexuellement transmissibles ?

- oui
- non
- je ne me rappelle plus

● 72 - Si oui, cette information vous a-t-elle été :

- utile, j'ai pu remettre à jour mes connaissances
- inutile, je connaissais déjà tout ce qui m'a été indiqué
- inutile, je ne me sens pas concerné par ces questions

● 73 - Avez vous reçu la pharmacie personnelle distribuée à l'entrée (le kit de prévention tel que celui qui vous est présenté) ?

- oui
- non
- je ne me rappelle plus

● 74 - Avez-vous déjà eu l'occasion de faire usage de son contenu ?

- oui
- non
- je ne me rappelle plus

● 75 - Si oui dans quel but ?

- pour désinfecter une plaie ou un bouton
- pour désinfecter une seringue
- pour faire un pansement
- pour avoir un rapport sexuel protégé

Pour un autre but, précisez:

- 76 - Au cours de cette incarcération vous a-t-on proposé une vaccination contre l'hépatite B ?

oui
 non
 je ne me rappelle plus

- 77 - Au cours de cette incarcération vous a-t-on proposé une vaccination contre le tétanos et la diphtérie ?

oui
 non
 je ne me rappelle plus

- 78 - Au cours de cette incarcération vous a-t-on proposé une radiographie pulmonaire ou un test de Mantoux ?

oui
 non
 je ne me rappelle plus

- 79 - Au cours de cette incarcération vous a-t-on proposé un dépistage du SIDA ou de l'hépatite ?

oui
 non
 je ne me rappelle plus

- 80 - Si non, estimez-vous que ces tests vous auraient été nécessaires ?

oui
 non

- 81 - Vous a-t-on refusé de pratiquer ces tests alors que vous les demandiez ?

oui
 non

- 82 - Avez vous des remarques ou des commentaires à faire sur l'un ou l'autre des points évoqués dans ce questionnaire ?

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Nous vous remercions d'avoir rempli ce questionnaire.

Avec votre accord, nous procéderons encore à une prise de sang où nous pratiquerons des tests pour VIH, les virus des hépatites et de maladies sexuellement transmissibles, telles que chlamydia et syphilis. Ces prélèvements sanguins seront analysés en préservant votre anonymat.

Les résultats du test vous seront transmis de manière strictement confidentielle par un membre de l'équipe de recherche.

Nous sommes à votre disposition si vous souhaitez des informations complémentaires.

Avec nos remerciements.

Les responsables de l'étude

Pour la saisie uniquement

Prise de sang :

- oui
- non

La prise de sang n'a pas été faite en raison

- du refus du patient
- de mauvaises veines
- d' autres raisons

Précisez :

	Positif	Douteux	Négatif	Pas fait
HEPATITES VIRALES				
HBsAg				
anti-HBc				
anti-HCV				
DEPISTAGE HIV				
anti-HIV1/HIV2 DAGS ROCHE				
anti-HIV1/HIV2 GENSCREEN				
VDRL				
TPHA-Sang				
Chlamydia				

C. Addendum d'EIPS

EPIDEMIOLOGIE ET PREVENTION DES INFECTIONS DANS LES PRISONS DE SUISSE ROMANDE (EIPS)

*Demande d'extension
Pour la deuxième phase de l'étude*

a) Rappel

L'étude, Epidémiologie et prévention des infections dans les prisons de Suisse Romande (EIPS), est réalisée dans le but:

- de connaître quelles sont les circonstances où les personnes maintenues en milieu carcéral s'exposent à des maladies telles que les hépatites et le virus VIH
- d'évaluer le nombre de personnes qui sont atteintes par ces maladies
- d'introduire ou d'améliorer les mesures de prévention qui pourraient empêcher la transmission de ces maladies dans le milieu carcéral de Suisse romande.

Pour recueillir les informations nécessaires, nous avons demandé aux participants à l'étude :

- de donner leur consentement en signant un formulaire de consentement rédigé dans leur langue
- de répondre à un questionnaire anonyme
- d'accepter une prise de sang où l'on testait les échantillons sanguins pour VIH1, VIH2, HBV, HCV, syphilis et Chlamydia
- de pouvoir informatiser les données de manière anonyme et de les analyser dans un but de recherche.

Les participants chez lesquels une prise de sang a pu être réalisée ont été informés de manière individuelle et confidentielle de leurs résultats, des mesures de prévention souhaitables, compte tenu de leur statut sérologique et des démarches supplémentaires nécessaires s'il y avait lieu (par exemple : demande de consultation au service médical de la prison). Pour pouvoir satisfaire à ce point du protocole, les deux infirmières qui réalisaient la récolte des données ont constitué une liste qui permet le lien entre le participant et le numéro qui lui a été attribué pour l'étude. Cette liste est restée strictement confidentielle, seules les deux infirmières concernées y ont eu accès.

Dans l'avertissement accompagnant le formulaire de consentement, il était spécifié que toutes les informations données resteraient strictement confidentielles, qu'elles seraient conservées de manière anonyme, dans un lieu extérieur au lieu de détention. Cette confidentialité a été strictement respectée sauf, lorsque le service médical de l'établissement a été informé du status sérologique avec l'accord du patient. Dans ce cas, ces informations sont restées dans le droit commun du secret médical.

b) *Stade d'avancement de l'étude EPIPS*

La récolte des données s'est déroulée durant la période allant de janvier à juin 2002. L'étude EPIPS a été présentée à 490 personnes. Parmi elles, 352 personnes ont accepté de participer: 92 à Bois-Mermet, 84 à La Croisée, 6 à Vevey, 86 à Bochuz, 49 à La Colonie, 31 à La Tuilière. Les données recueillies sont actuellement analysées.

c) *Motifs justifiant le complément d'étude EPIPS*

Les données collectées pour EPIPS permettent d'évaluer la séroprévalence des infections à VIH, HBV, HCV, et de certaines MST dans le milieu carcéral vaudois. Grâce à EPIPS, la nature, la fréquence et la distribution des comportements à risque parmi les détenus interrogés pourront être décrites. Ainsi, le développement de programmes de prévention adaptés aux différents types et lieux de détention pourra être défendu auprès des autorités pénitentiaires et être mis en œuvre de manière plus satisfaisante, dans la mesure des moyens et autorisations disponibles.

En résumé, EPIPS permettra d'élaborer une réponse à la question : quelles actions de prévention faut-il planifier et réaliser en milieu carcéral vaudois ?

Depuis la rédaction du projet EPIPS, des notions nouvelles ont été publiées concernant le traitement des hépatites, notamment celui de l'hépatite C. Ainsi, selon les recommandations actuelles, les personnes atteintes d'une hépatite C devraient bénéficier d'un suivi médical et de contrôles des tests hépatiques réguliers. Suivant l'évolution de l'état clinique du patient et les résultats des tests hépatiques, il pourrait s'avérer nécessaire de procéder à des dosages d'HCV RNA, à une biopsie hépatique et à une génotypisation du virus HCV. Sur la base de la virémie, de critères histologiques précis et du génotype du virus HCV, un traitement, associant interféron ± ribavirine, pourrait être indiqué. Dans certains cas, l'atteinte hépatique est telle qu'une greffe de foie doit être envisagée.

Même si en milieu carcéral, plus encore que dans la pratique médicale courante, la prise en charge d'une hépatite C chronique peut être jugée complexe, cette question doit être discutée et, en particulier, avec les équipes actuellement en charge des patients. C'est du moins l'avis de notre équipe de recherche soucieuse du respect de l'éthique, consciente des réalités pratiques et économiques, désireuse de développer une stratégie de prévention mais aussi des recommandations de prise en charge médicale adéquates et équitables pour les personnes maintenues en détention. Le même genre de problématique s'est posé pour les infections HIV et se pose pour les hépatites chroniques dues à HBV.

L'addendum à l'étude EPIPS améliorera la connaissance de la prise en charge médicale offerte aux détenus du canton de Vaud, notamment à ceux qui ont été repérés comme ayant été en contact avec un agent infectieux. Lors de la remise du résultat des sérologies, toutes les personnes ayant un statut sérologique qui justifiait d'un suivi médical et d'un éventuel traitement ont été enjointes à consulter le médecin de leur prison. Si ces personnes ont suivi les conseils qui leurs ont été formulés, leur médecin a eu l'occasion d'évaluer leur état de santé et de décider de la prise en charge appropriée.

d) *Demande formulée à la Commission d'éthique*

L'équipe de recherche EPIPS souhaite avoir accès au dossier médical des personnes détenues décrites ci-dessus pour:

- vérifier si ces personnes qui ont été encouragées à consulter le service médical l'ont fait

- comparer la prise en charge des détenus par rapport aux recommandations en vigueur actuellement
- comprendre dans quelle mesure les conditions de vie (actuelles, passées et futures) des détenu(e)s ont influencé les investigations et la thérapeutique.

Afin de réaliser ce complément à l'étude EPIPS, l'équipe de recherche EPIPS sollicite auprès de la Commission d'éthique le droit de pouvoir consulter le dossier médical des participants à qui l'on a recommandé de consulter un médecin, en particulier pour ceux des détenus qui ont quitté la prison et ne sont plus joignables (expulsion ou autre raison). Pour ceux qui sont encore incarcérés, une autorisation sera demandée individuellement.

e) Modalités du complément de l'étude EPIPS

L'identité des personnes est accessible grâce à la liste confidentielle établie par les infirmières de l'étude, contenant les coordonnées et les numéros d'enregistrement des participants.

Au total, 50 dossiers devraient être revus (Tableau 1).

Les données collectées permettront de répondre aux questions suivantes :

- La personne a-t-elle consulté ?
- Quelles ont été les investigations complémentaires proposées, pratiquées ?
- Quel a été le traitement proposé, instauré ?
- Dans quelle mesure les investigations et les traitements recommandés par la littérature médicale peuvent –ils être mis en œuvre dans le contexte de la médecine pénitentiaire?

Les données collectées seront traitées avec le même souci de confidentialité que celles recueillies lors du reste de l'étude. Elles seront informatisées et analysées de manière anonyme. Nous nous proposons aussi de rencontrer les différents médecins du SMPP impliqués dans la thérapeutique de ces patients pour recueillir leur point de vue global par rapport à leurs difficultés.

f) Conclusion : Intérêts à compléter l'étude EPIPS

La réalisation de ce complément d'étude permettra

- de préciser les mesures de prévention existantes et les difficultés rencontrées dans l'amélioration de celles-ci
- de décrire les pratiques médicales actuelles concernant notamment les infections chroniques dues à HBV et HCV
- d'élaborer des recommandations utiles et généralisables à la pratique médicale en milieu carcéral.

Tableau 1.

PARTICIPANTS A L'ETUDE EIPS DONT LES SEROLOGIES SE SONT REVELEES POSITIVES POUR					
VIH	Chlamydia	TPHA	HBsAg	HCV	Nombre de participants
-	+	-	-	-	3
-	-	+	-	-	7
-	-	+	+	-	1
-	+	+	-	-	2
-	-	-	+	-	12
-	-	-	+	+	1
-	-	-	-	+	24
+	-	-	-	-	1*
+	-	-	+	-	1*
+	-	-	-	+	1
3	5	10	15	26	

* Personnes positives pour VIH qui n'ont pas eu de prise de sang lors de l'étude et dont les sérologies ont été retrouvées dans les dossiers médicaux.

D. Questionnaire de l'addendum à EIPS

Questionnaire n° :

**Epidémiologie et prévention des infections dans les prisons
de Suisse Romande
Données récoltées à partir du dossier des participants
Pour l'addendum EPIPS**

SITE

1. Suivi du patient

- 1 – Le patient a reçu la recommandation de consulter un médecin :

oui
 non
 pas de précision disponible

En cas de réponse « oui » ou « non », préciser pourquoi :

.....

- 2 – Le patient a consulté le médecin du SMPP

oui
 non
 pas de précision disponible

Si oui, préciser les initiales du médecin :

2. Hépatite B

- 3 – Le patient a déjà consulté pour ce problème

Ø oui

Ø non

Ø pas de précision disponible

- 4 – Examens pratiqués

Avant

Lors de

la consultation SMPP

Ø Anamnèse

Ø Status

Ø Tests hépatiques

Ø Sérologies complémentaires

Ø Virémie - PCR

Ø Ultrasonographie abdominale

Ø Pas d'information

Cocher l'examen qui a été pratiqué

- 5 – Résultats des tests de laboratoire pratiqués

Avant

Lors de

la consultation SMPP

Ø ASAT

Ø ALAT

Ø LDH

Ø γ -GT

Ø Phosphatase alcaline

Ø Bilirubine totale

Ø Bilirubine conjuguée

Ø Albumine

Ø Plaquettes

Ø A – foetoprotéine

Ø Autres

Merci de préciser les unités

• 6 – Résultats des sérologies pratiquées

Avant

Lors de

la consultation SMPP

- Anti-HBc IgM
- Anti HBs
- HBeAg
- Autre

Préciser les résultats donnés par les laboratoires

Préciser si d'autres sérologies ont été faites :

• 7 – Dosage de la virémie

- Indiquer la date de l'examen
- Indiquer le résultat donné par le laboratoire

• 8 – Ultrasonographie hépatique

- oui
- non
- pas d'information

Faire une photocopie du résultat de l'ultrasonographie

• 9 – Décision prise par le médecin du SMPP :

- pas de consultation ultérieure

Pourquoi :

--

- suivi médical

Préciser quand :

--

- consultation chez un spécialiste

Préciser lequel :

--

Faire une photocopie de la lettre du spécialiste

--

• 10 – Attitude du patient

- accepte
- refuse
- pas d'information

Précisions complémentaires :

- 11 – Le patient a été vacciné contre
 - Hépatite A
 - Autre :.....
 - Autre :.....
 - Autre :.....

Précisions complémentaires :

- 12 – Le patient a reçu des informations concernant
 - la prévention de sa maladie
 - l'évolution de sa maladie
 - pas d'information

Précisions complémentaires :

3. Hépatite C

- 13 – Le patient a déjà consulté pour ce problème

- Ø oui
- Ø non
- Ø pas de précision disponible

- 14 – Examens pratiqués

	Avant	Lors de
	la consultation SMPP	

- Ø Anamnèse
- Ø Status
- Ø Tests hépatiques
- Ø Sérologies complémentaires
- Ø Virémie - PCR
- Ø Ultrasonographie abdominale
- Ø Pas d'information

Cocher l'examen qui a été pratiqué

- 15 – Résultats des tests de laboratoire pratiqués

	Avant	Lors de
	la consultation SMPP	

- Ø ASAT
- Ø ALAT
- Ø LDH
- Ø γ-GT
- Ø Phosphatase alcaline
- Ø Bilirubine totale
- Ø Bilirubine conjuguée
- Ø Albumine
- Ø Plaquettes
- Ø A – foetoprotéine
- Ø Autres

Merci de préciser les unités

• 16 – Résultats des sérologies pratiquées

Avant

Lors de

La consultation SMPP

Antigène HCV

HAV

.....

.....

Indiquer les résultats donnés par le laboratoire

Préciser si d'autres sérologies ont été faites :

.....

• 17 – Dosage de la virémie ?

Indiquer la date de l'examen

Indiquer le résultat donné par le laboratoire

• 18 – Ultrasonographie hépatique

oui

non

pas d'information

Faire une photocopie du résultat de l'ultrasonographie

• 19 – Décision prise par le médecin du SMPP :

pas de consultation ultérieure

Pourquoi :

--

suivi médical

Préciser quand :

--

consultation chez un spécialiste

Préciser lequel :

--

Faire une photocopie de la lettre du spécialiste

--

• 20 – Attitude du patient

accepte

refuse

pas d'information

Précisions complémentaires :

- 21 – Le patient a été vacciné contre
 - Hépatite A
 - Autre :.....
 - Autre :.....
 - Autre :.....

Précisions complémentaires :

- 22 – Le patient a reçu des informations concernant
 - la prévention de sa maladie
 - l'évolution de sa maladie
 - pas d'information

Précisions complémentaires :

• 28 – Décision prise par le médecin

pas de consultation ultérieure

Pourquoi :

suivi médical

Préciser quand :

consultation chez un spécialiste

Préciser lequel :

introduction d'un traitement

Préciser lequel :

poursuite d'un traitement

Préciser lequel :

• 29– Attitude du patient

accepte

refuse

pas d'information

Précisions complémentaires :

• 30 – Le patient a été vacciné contre

Hépatite A

Autre :.....

Autre :.....

Autre :.....

Précisions complémentaires :

• 31 – Le patient a reçu des informations concernant

la prévention de sa maladie

l'évolution de sa maladie

pas d'information

Précisions complémentaires :

5. Syphilis

- 32 – Le patient a déjà consulté pour ce problème

oui
 non
 pas de précision disponible

- 33 – Examens pratiqués

Avant
 La consultation SMPP

Lors de

- Anamnèse
- Status
- VDRL
- Ponction lombaire
- Sérologies complémentaires
- Pas d'information

Cocher l'examen qui a été pratiqué

- 34 – Décision prise par le médecin du SMPP :

pas de consultation ultérieure
 Pourquoi :

--

suivi médical
 Préciser quand :

--

consultation téléphonique avec un spécialiste
 Préciser lequel :

--

consultation chez un spécialiste
 Préciser lequel :

--

Faire une photocopie de la lettre du spécialiste

introduction d'un traitement
 Préciser lequel :

--

poursuite d'un traitement
 Préciser lequel :

--

• 35 – Attitude du patient

- accepte
- refuse
- pas d'information

Précisions complémentaires :

• 36 – Le patient a été vacciné contre

-
-
-
-

Précisions complémentaires :

• 37 – Le patient a reçu des informations concernant

- la prévention de sa maladie
- l'évolution de sa maladie
- pas d'information

Précisions complémentaires :

6. Chlamydia

- 38 – Le patient a déjà consulté pour ce problème

oui
 non
 pas de précision disponible

- 39 – Examens pratiqués

	Avant	Lors de
	la consultation SMPP	
<input type="checkbox"/> Anamnèse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Status	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Prélèvement des urines	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Examen gynécologique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Sérologies complémentaires	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Pas d'information	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- Anamnèse
 Status
 Prélèvement des urines
 Examen gynécologique
 Sérologies complémentaires
 Pas d'information

Cocher l'examen qui a été pratiqué

- 40 – Décision prise par le médecin du SMPP :

pas de consultation ultérieure
 Pourquoi :

suivi médical
 Préciser quand :

consultation téléphonique avec un spécialiste
 Préciser lequel :

consultation chez un spécialiste
 Préciser lequel :

Faire une photocopie de la lettre du spécialiste

introduction d'un traitement
 Préciser lequel :

• 41 – Attitude du patient

- accepte
- refuse
- pas d'information

Précisions complémentaires :

• 42 – Le patient a été vacciné contre

-
-
-
-

Précisions complémentaires :

• 43– Le patient a reçu des informations concernant

- la prévention de sa maladie
- l'évolution de sa maladie
- pas d'information

Précisions complémentaires :

• 44 - Information donnée au sujet /pour le(s) partenaire(s) :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

N.B : Cette question concerne toute l'information donnée au sujet des / pour les partenaires concernant les infections HBV, HCV, VIH, syphilis, chlamydia.

E. Principaux textes internationaux définissant les soins en milieu pénitentiaire

1. Droits de l'homme en détention

a) Nations -Unies

- Déclaration universelle des droits de l'homme, Assemblée générale des Nations-Unies, 10-12-1948
- Ensemble de règles minima pour le traitement des détenus, Conseil Economique et Social des Nations-Unies, 31-12-1957
- Pacte international relatif aux droits civils et politiques, Assemblée générale des Nations-Unies, 16-12-1966
- Convention contre la torture et autres peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants, Assemblée générale des Nations-Unies, 10-12-1984
- Code de conduite destiné aux responsables de l'application des lois, Assemblée générale des Nations-Unies, 17-12-1979
- Corps de Principes d'éthique médicale, OMS, Assemblée générale des Nations-Unies, 18-12-1982
- Ensemble de principes pour la protection de toutes les personnes soumises à une forme quelconque de détention ou d'emprisonnement, Assemblée générale des Nations-Unies, 9-12-1988.

b) Europe (Conseil de l'Europe)

- Convention de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales, Rome, 4-11-1950
- Détention et traitement des détenus dangereux, 24-09-1982
- Règles pénitentiaires européennes, 24-09-1987
- Convention européenne pour la prévention de la torture et des peines ou traitements cruels inhumains ou dégradants, 26-11-1987
- Troisième rapport annuel d'activités du Comité de Prévention de la Torture, 1993
- Recommandation 1235/94, relative à la psychiatrie et aux droits de l'homme, 12-04-1994
- Recommandation R(98)7 du comité des ministres du conseil de l'Europe relative aux aspects organisationnels des soins de santé en milieu pénitentiaire, 08-04-1998.

2. Règles professionnelles concernant l'éthique médicale en détention

a) Association médicale mondiale

- Serment de Genève, 09-1948
- Code international d'Ethique médicale, 10-1949
- Déclaration de Tokyo, 10-10-1975 qui réaffirme le principe général selon lequel : « *le médecin doit avoir une indépendance clinique totale pour décider des soins à donner à une personne placée sous sa responsabilité médicale. Le rôle fondamental du médecin est de soulager les souffrances de ses semblables et aucun motif d'ordre personnel, collectif ou politique ne pourra prévaloir contre ce noble objectif* »"
- Déclaration d'Helsinki, 06-1964
- Déclaration de Lisbonne sur les droits du malade, 09-1981
- Déclaration de Madrid sur l'autonomie et l'autorégulation professionnelle, 10-1987,
- Déclaration de Rancho Mirage sur les droits de l'homme, 10-1990
- Directives adoptées à Malte en 1991 et complétées à Marbella en 1992 concernant les grèves de la faim
- Recommandations de Budapest, 10-1993 sur les fouilles corporelles.

b) Association mondiale de Psychiatrie

- Déclaration d'Hawaii, 08-1977 concernant les conditions de la formation et du consentement du patient psychiatrique.

c) Conseil international des services médicaux pénitentiaires

- Charte d'Athènes, 11-09-1979, réaffirmant les principes essentiels de l'éthique médicale à l'égard des détenus.

d) Conseil international des infirmières

- Déclaration sur le rôle de l'infirmière dans les soins aux détenus et aux prisonniers, Singapour, 08-1975. "Les infirmières employées dans les services de santé des prisons n'assument pas de fonctions relatives à la sécurité du milieu carcéral comme, par exemple, la fouille corporelle"
- Déclaration sur le rôle de l'infirmière dans la sauvegarde des droits de l'homme, Brasilia, 06-1983.