

## Réduction des risques en prison en matière de drogues :

# LA FRANCE NE RESPECTE NI LA SANTÉ NI LES DROITS FONDAMENTAUX DES PERSONNES INCARCÉRÉES

**Depuis 2016,  
l'extension de la réduction des risques à la prison  
est inscrite dans la loi.  
Huit ans après, l'État ne l'applique toujours pas...**

! En 2016, le Parlement inscrivait dans la loi Santé l'extension du principe d'équivalence des soins entre le milieu ouvert et fermé à la **réduction des risques<sup>1</sup> (RdR)**. Huit ans plus tard, le décret d'application n'est toujours pas publié, et la loi n'est toujours pas respectée. En conséquence, l'accès aux outils et dispositifs de RdR est quasiment inexistant en prison.

**Comme le montrent les niveaux de consommation en France, parmi les plus élevés d'Europe,** la répression de l'usage de drogues n'arrête ni les trafics ni les consommations. C'est vrai en prison comme dans le reste de la société. Le très faible accès à la RdR en prison met en danger la santé des personnes incarcérées déjà particulièrement fragile, entrave le recul des épidémies VIH et hépatites ainsi que le respect de leurs droits fondamentaux. Nous, associations et organisations de lutte contre le VIH et les hépatites, de magistrats-es, d'avocats-es, de professionnels-les de l'addictologie, de défense des droits de la population carcérale, et d'acteurs-rices de la RdR en milieu pénitentiaire constatons aujourd'hui dans les prisons françaises :

### ● **UNE FORTE PRÉVALENCE DES ADDICTIONS :**

La prévalence des addictions parmi les personnes incarcérées est plus importante qu'en milieu ouvert. On estime qu'un tiers des personnes qui entrent en prison présentent une problématique addictive hors tabac et que la quasi-totalité continuent à consommer d'une manière ou d'une autre.<sup>2</sup> De plus, plus de 80% des personnes détenues consomment du tabac.<sup>3</sup>

### ● **UNE FORTE PRÉVALENCE DES MALADIES INFECTIEUSES :**

Dans ce contexte de pratiques de consommation à risques et d'absence de matériel de réduction des risques stérile (sniff, injection), la prévalence du VIH et des hépatites virales est 6 à 10 fois plus importante que dans la population générale<sup>6</sup>.

<sup>1</sup> Développée dans les années 1980 en réponse au VIH, l'objectif initial de la réduction des risques était de limiter les contaminations infectieuses liées aux injections de drogue. La démarche s'est élargie à tous les modes de consommation dans l'objectif d'en limiter les risques et les dommages pour les usagers-ères, leur entourage et l'ensemble de la société. La réduction des risques, c'est la prise en main de leur santé par les usagers-ères sans poser de préalable d'arrêt. Elle est aujourd'hui reconnue par l'Organisation Mondiale de la Santé, comme une intervention de santé publique efficace. En France, elle est inscrite dans la loi depuis 2004.

### ● **DES CONDITIONS DE CONSOMMATIONS DÉGRADÉES QUI POSENT DES RISQUES POUR LA SANTÉ :**

Il est estimé que 60% des consommateurs-rices de produits illicites autres que le cannabis utilisent le sniff pour consommer, et que 30% utilisent l'injection<sup>4</sup>. Parmi les personnes incarcérées qui rapportaient des pratiques d'injection en milieu libre, 14% les poursuivaient en prison; et parmi elles 40,5% déclaraient avoir partagé leur matériel<sup>5</sup>.

## La situation actuelle est une véritable urgence sanitaire.

**Mais force est de constater que la réponse actuelle en matière de réduction des risques en milieu carcéral ne répond pas à la hauteur des enjeux de santé publique.** Le matériel mis à disposition en détention est bien plus limité qu'en milieu ouvert, et sa distribution varie très fortement d'un établissement pénitentiaire à l'autre. Selon les établissements, l'administration pénitentiaire peut distribuer de l'aluminium pour l'inhalation et de la javel souvent présentée comme moyen de désinfecter les seringues, alors que son efficacité est très limitée. Certaines unités sanitaires en milieu pénitentiaire (USMP) peuvent mettre à disposition des rouleaux de paille pour le sniff. La vapoteuse reste inégalement accessible, les modèles cantinables étant limités et pas toujours disponibles. L'accès à la Naloxone<sup>7</sup> pendant l'incarcération et à la sortie est également très inégal d'un établissement pénitentiaire à l'autre, alors que le risque de mortalité par surdose à la libération est très important. Des programmes d'échange de seringues (PES) existent dans de rares établissements du fait d'initiatives de médecins des USMP. Cependant, face au flou juridique autour de la réduction des risques, l'application des PES se fait plus ou moins ouvertement, les soignants craignant les pressions de l'administration pénitentiaire.

# DANS CE CONTEXTE SANITAIRE PARTICULIÈREMENT ALARMANT, QUI N'A PAS ÉVOLUÉ DEPUIS LA LOI DE SANTÉ DE 2016, NOS DIX-SEPT ORGANISATIONS DEMANDENT LA PUBLICATION DU DÉCRET D'APPLICATION DE LADITE LOI SUR SON VOLET RDR EN PRISON.

**Un tel décret est fondamental pour impulser et encadrer la mise en œuvre opérationnelle de la RdR en milieu carcéral.**

Nous sommes toutefois particulièrement préoccupés-es par la lenteur de ce processus. Huit de nos organisations<sup>8</sup> ont donc porté collectivement un recours devant le Conseil d'État afin de contraindre les ministères de la Santé et de la Justice à la publication du décret d'application.

Certaines de nos organisations sont associées à un groupe de travail avec la direction de l'administration pénitentiaire (DAP) et la direction générale de la santé (DGS) dédié à la production de ce décret.

**La loi doit être appliquée au plus vite et s'adapter aux vulnérabilités sanitaires de ce public.**

**Quatre conditions sont essentielles pour une stratégie de RdR efficace en milieu carcéral :**

**3**

**Garantir l'accès aux outils et dispositifs de réduction des risques dans l'ensemble des établissements pénitentiaires, sans exception. La mise en œuvre de la stratégie de réduction des risques est confiée aux unités sanitaires, en partenariat avec l'administration pénitentiaire et les différents intervenants publics et privés, dont les associations.**

Dans la mesure où la RdR relève de la santé publique, sa mise en œuvre opérationnelle doit être confiée aux unités sanitaires. Dans la perspective d'une stratégie de RdR qui répond à l'ampleur de la situation sanitaire, il est essentiel qu'elle soit développée dans l'ensemble des établissements, indépendamment du contexte local (taux de densité carcérale, encellulement individuel ou non, niveau de sécurité de l'établissement etc.).

**1**

**Prévoir dans les textes pour les personnes incarcérées les mêmes dispositifs et outils de réduction des risques et des dommages qu'à l'extérieur de la prison (voir la Liste des matériels de prévention pour les services de réduction des risques, ministère des Solidarités et de la Santé, 2020 ; incluant les programmes d'échange de seringues), et garantir leur accès.**

La restriction des outils et dispositifs de RdR représente un frein important pour répondre à l'ampleur de cette crise sanitaire. Les personnes incarcérées doivent pouvoir accéder à du matériel stérile correspondant à leurs modes de consommation. Cela inclut le matériel d'inhalation, de sniff, d'injection et de prévention des risques sexuels. L'accessibilité de la vape doit également être garantie et développée car elle représente un outil utile, notamment pour atteindre des publics vulnérables, comme le précise l'avis de l'HCSP<sup>9</sup>.

**2**

**Garantir l'accessibilité, en toute confidentialité, à ces outils (ce qui implique de prévoir une possible utilisation en cellule, sans condition d'encellulement individuel ou d'une densité carcérale inférieure à 100%), outils qui ne sauraient être l'objet de mesures disciplinaires.**

L'absence de confidentialité représente un frein majeur à l'accès aux matériels de RdR, face à la crainte de la stigmatisation voire des sanctions disciplinaires qui entourent les consommations de drogues. Au-delà des sanctions pour possession de drogues, les sanctions disciplinaires liées aux outils de RdR dissuadent les personnes incarcérées de faire usage de matériel propre : elles doivent à ce titre être empêchées. Par ailleurs, l'accès à la RdR doit être adapté aux usages en détention, ce qui implique leur usage en cellule, lieu de consommation principal.

**4**

**Garantir la participation de l'ensemble des acteurs-rices, y compris les personnes incarcérées (selon la démarche participative) à l'élaboration et à la mise en œuvre de la réduction des risques à l'échelle de l'établissement pénitentiaire.**

Si les politiques de RdR doivent être confiées aux USMP, nous recommandons l'implication de l'administration pénitentiaire, des différents intervenants publics et privés dont les associations, ainsi que des personnes incarcérées, pour permettre des déclinaisons de sa mise en œuvre adaptées aux réalités, aux contraintes et aux besoins à l'échelle de l'établissement pénitentiaire.

- Nous appelons la direction générale de la santé, la direction de l'administration pénitentiaire et les ministères de la Santé et de la Justice, à **inclure nos recommandations dans la rédaction d'un décret qui pourra ainsi répondre à l'ampleur de la crise sanitaire actuelle en prison.**
- Nous appelons les parlementaires à **interpeller la DAP, la DGS et les ministères de la Santé et de la Justice pour faire appliquer la RdR en prison, et à user de leur droit de visite dans les établissements pénitentiaires<sup>10</sup>, notamment dans ceux rattachés à leur circonscription.** Nous demandons aux parlementaires de porter une attention particulière lors de ces visites aux enjeux d'accès aux soins et à la réduction des risques, en présence de journalistes.
- Nous appelons la contrôleuse générale des lieux de privation de liberté et le défenseur des droits à **contrôler l'application de la loi de santé 2016 sur son volet RdR en prison.**

## Signataires



2 Protais C., Morel d'Arleux J., Roustide M.-J., Usages de drogues en prison - Pratiques, conséquences et réponses, Paris, OFDT, 2019, 40 p.

3 Jacomet C., Guyot-Lenat A., Bonny C., Henquell C., Rude M., Dydymski S., Lesturgeon J.A., Lambert C., Pereira B., Schmidt J. Addressing the challenges of chronic viral infections and addiction in prisons: the PRODEPIST study. *European Journal of Public Health*, 2016, Vol. 26, n° 1, p. 122

4 Sahajian F., Berger-Vergiat A., Pot E. (2017) Use of psychoactive substances in prison: Results of a study in the Lyon-Corbas prison, France. *Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique*, Vol. 65, n° 5, p. 361-367

5 Michel L., Gerfaux-Trouiller P., Chollet A., Molinier M., Duchesne L., Jauffret Roustide M. *Self-reported injection practices among people who use drugs in French prisons: public health implications* (ANRS-Coquelicot survey 2011-2013). *Drug and Alcohol Review*. 2017

6 C. Semaille, Y. Le Strat, E. Chiron, K. Chemlal, M.A. Valantin, P. Serre, L. Caté, C. Barbier, M. Jauffret-Roustide, The Prevacar Group. Prevalence of Human Immunodeficiency Virus and Hepatitis C Virus Among French Prison Inmates in 2010: A Challenge for Public Health Policy, 2013

7 Un puissant antidote aux surdoses d'opioïdes

8 AIDES, Fédération addiction, TRT-5 CHV, Médecins du Monde, Nouvelle Aube, Observatoire international des prisons, syndicat de la magistrature, syndicat des avocats de France

9 HAUT CONSEIL DE LA SANTE PUBLIQUE, 2021, « Avis relatif aux bénéfices-risques de la cigarette électronique ».

10 Consulter le guide pratique des visites parlementaires en prison publié sur le site de l'Observatoire international des prison : [cliquer ici](#)

ou



[urlz.fr/pox2](http://urlz.fr/pox2)