



emcdda.europa.eu

Drug use in prison

EMCDDA 2002 selected issue

In EMCDDA 2002 Annual report on the state of the drugs problem in the European Union and Norway

Questions particulières

d'administration, d'inhalation ou d'injection, puis subdivisés en fonction de l'intervention — traitement uniquement à la méthadone et traitement associant méthadone et héroïne. Le principal résultat de l'étude a été que, pour les héroïnomanes âgés très dépendants, l'association méthadone-héroïne était plus efficace que le traitement à la méthadone seul, quelles que soient les modalités d'administration. L'étude a également révélé que, à la fin des essais, 30 % des patients du groupe expérimental ne satisfaisaient plus les critères d'inclusion (car leur situation s'était considérablement améliorée), alors que ce taux n'était que de 11 % dans le groupe de contrôle (van den Brink, e.a., 2002).

En Allemagne, un essai de prescription d'héroïne médicale pour les usagers d'opiacés a été développé et affiné au cours de ces dernières années. L'essai qui a débuté au printemps 2002 sera mené pendant trois ans dans sept villes allemandes. La principale question est de savoir si et dans quelles circonstances la prescription d'héroïne pour un groupe très démuné d'usagers d'opiacés peut contribuer à améliorer leur situation sur les plans sanitaire, social et juridique. Les patients de l'essai seront divisés de façon aléatoire en un groupe expérimental et en un groupe de contrôle. Ces groupes seront à leur tour divisés en deux groupes bénéficiant de différents types d'interventions psychosociales — un groupe correspondant à la «gestion de cas» et l'autre à la «psychoéducation». L'étude devrait déboucher sur une plus grande connaissance de l'intervention psychosociale et de son efficacité dans le traitement de la dépendance aux opiacés (<http://www.heroinstudie.de/>).

Au Danemark, une alternative à un projet sur l'héroïne a été lancée pour 2000-2002 dans la perspective de mener des projets pilotes spécifiques pour les toxicomanes en traitement à la méthadone, comprenant des activités psychosociales importantes. L'évaluation qualitative et quantitative permettra d'examiner dans quelle mesure il est possible d'obtenir des résultats similaires, à savoir une meilleure condition sociale, sanitaire et mentale, la réduction des maladies infectieuses et de la criminalité ainsi que le développement des relations sociales.

Conclusions et perspectives futures

La réussite dépend de l'objectif d'un traitement donné, et, par conséquent, cette réussite doit être évaluée en fonction des objectifs définis au départ. De nombreuses recherches ont déjà permis, en confrontant les objectifs et les résultats, de mieux cerner et de connaître l'efficacité et/ou la réussite de différents types de traitements.

Un résultat important est par exemple que les taux de rétention sont essentiels pour la «réussite» du traitement, mais il convient d'accroître les connaissances sur la façon de garder les patients en traitement ou, en d'autres termes, d'identifier les éléments qui en traitement permettent d'améliorer le taux de rétention. Il est très difficile d'identifier les «ingrédients actifs» de tout type de traitement et il est impératif d'améliorer les performances des services de traitement et ainsi d'améliorer les résultats du traitement.

Toutefois, les connaissances théoriques sont une chose, mais la mise en pratique en est une autre. On note par exemple l'importance des interventions psychosociales accompagnant les traitements médicalement assistés, qui, selon la plupart des recherches, contribuent de façon importante au succès, mais qui ne sont pas encore correctement mises en œuvre dans la pratique.

Au cours de ces dernières années, l'accent a été placé sur l'expansion des services de traitement, ce qui a été réalisé dans une large mesure. Le défi est désormais d'étendre l'éventail des services de traitement et d'ajuster les interventions elles-mêmes afin d'accroître leur «réussite».

La consommation de drogues en prison

La présence et la consommation de drogues ont fondamentalement modifié la réalité de la prison au cours des deux dernières décennies et, aujourd'hui, tous les pays européens connaissent des problèmes majeurs en matière de drogues et de maladies infectieuses liées à la drogue en milieu carcéral.

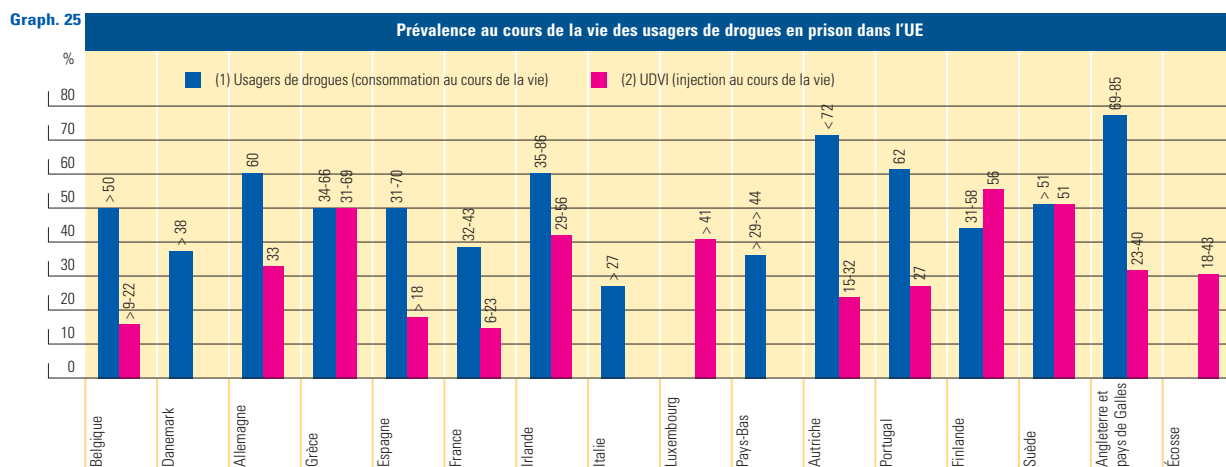
Demande de drogues en prison ⁽⁶¹⁾

Rares sont les informations génériques nationales sur l'usage de drogues, les modèles de consommation et les conséquences parmi les prisonniers. La plupart des données disponibles dans l'UE proviennent d'études ad hoc menées au niveau local auprès d'un petit échantillon de prisonniers, ce qui rend les extrapolations particulièrement difficiles.

Prévalence des usagers de drogues en prison

La population carcérale peut être considérée comme un groupe à haut risque en termes de consommation de drogues. En fait, par rapport à la communauté, les usagers de drogues sont surreprésentés en prison. Dans l'UE, la proportion de détenus déclarant avoir déjà

⁽⁶¹⁾ Voir également le tableau «Proportion des usagers de drogues parmi les détenus dans l'UE» (version en ligne).



NB: (1) (2): voir version en ligne pour de plus amples informations. Les valeurs des graphiques sont issues des données fournies par les enquêtes ou les études menées dans les États membres. La version en ligne du Rapport présente des informations plus détaillées sur les sources de données originales.

Sources: Points focaux nationaux Reitox; voir également tableau en ligne «Proportion des usagers de drogues parmi les détenus dans l'UE».

consommé une drogue illicite varie selon les prisons et les pays entre 29 et 86 % (plus de 50 % dans la plupart des études) (graphique 25). Comme dans la communauté, le cannabis est la substance la plus fréquemment expérimentée, mais plusieurs études révèlent également des taux élevés pour l'expérimentation de l'héroïne (près de 50 % des détenus ou plus dans certains cas).

Selon différentes études, les prisonniers déclarant une consommation plus régulière et/ou risquée telle que la consommation par voie intraveineuse, la consommation régulière ou la dépendance représentent 6 à 69 % de la population carcérale.

Niveau de la consommation de drogues en prison

L'incarcération n'implique pas automatiquement l'arrêt de la consommation de drogues. La plupart des usagers de drogues ont tendance à cesser ou à réduire leur consommation après l'emprisonnement en raison d'une disponibilité moindre des drogues illicites. Toutefois, certains continuent à se droguer, et même de façon plus importante dans certains cas, et d'autres commencent une fois détenus.

Entre 16 et 54 % des détenus déclarent consommer de la drogue en prison, et 5 à 36 % ont une consommation régulière. Entre 0,3 et 34 % de la population carcérale a déjà pratiqué l'injection en prison.

On relève également des cas d'initiation à l'usage de drogues et à l'injection en prison. Selon plusieurs études menées en Belgique, en Allemagne, en Espagne, en France, en Irlande, en Italie, en Autriche, au Portugal et en Suède, 3 à 26 % des usagers de drogues en prison indiquent s'être drogués pour la première fois en prison,

alors que 0,4 à 21 % des UDVI incarcérés ont commencé à pratiquer l'injection en prison (RN, 2001; WIAD-ORS, 1998).

Femmes toxicomanes en prison

Le nombre de femmes détenues est plus faible que le nombre d'hommes détenus. Néanmoins, la consommation de drogues semble particulièrement importante pour la population féminine en prison. Lorsque des données sont disponibles, elles montrent une proportion d'usagers de drogues supérieure pour les femmes détenues — en examinant la prévalence de la consommation sur les six derniers mois au Danemark, la prévalence sur l'année précédente et au cours de la vie de la consommation d'héroïne en Irlande et la proportion de prisonniers ayant des problèmes de drogues et des problèmes graves de drogues en Suède.

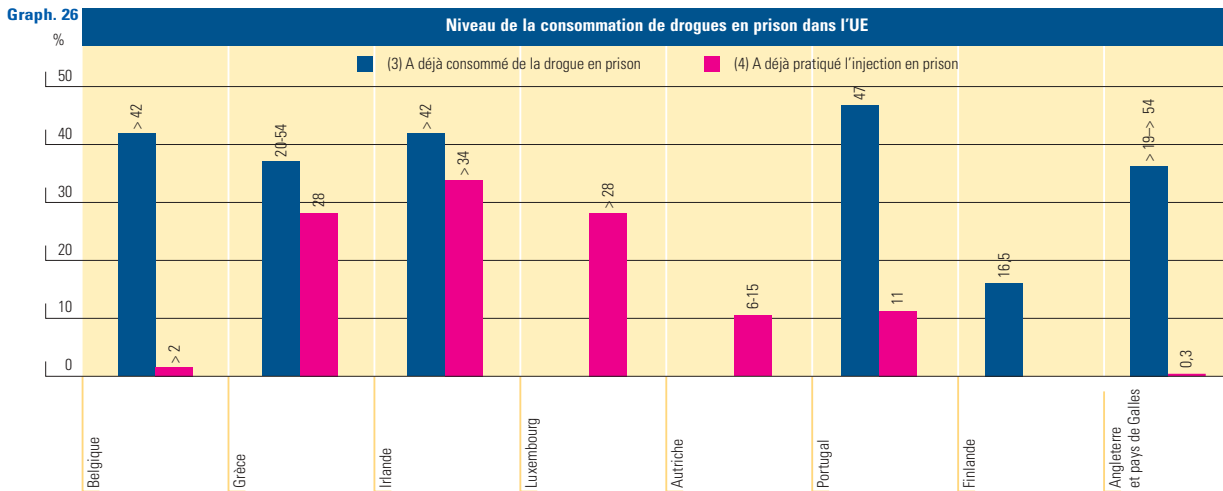
En ce qui concerne les comportements à risque en prison, les études menées en Allemagne (RN, 2001) et en France (WIAD-ORS, 2001) révèlent une proportion supérieure chez les femmes toxicomanes que chez les hommes prisonniers partageant des drogues, partageant le matériel d'injection et se prostituant, alors que d'autres études menées en Autriche (RN, 2001) et en Angleterre et au pays de Galles (WIAD-ORS, 2001) font état de davantage de partage du matériel d'injection chez les détenus hommes.

Conséquences sanitaires et légales

Comportements à risque

Les études menées en Belgique, en Allemagne, en Grèce, en France, en Irlande, au Luxembourg, en Autriche et au

Questions particulières



NB: (3) (4): voir version en ligne pour de plus amples informations. Les valeurs des graphiques sont issues des données fournies par les enquêtes ou les études menées dans les États membres. La version en ligne du Rapport présente des informations plus détaillées sur les sources de données originales.
Sources: Points focaux nationaux Reitox; voir également tableau en ligne «Proportion des usagers de drogues parmi les détenus dans l'UE».

Royaume-Uni (RN, 2001) révèlent une proportion élevée d'UDVI en prison qui partagent le matériel d'injection. En prison, l'usage de drogues par voie intraveineuse est souvent associé au partage du matériel d'injection et, dans certains cas, jusqu'à 100 % des UDVI rapportent cette pratique. Une étude au Luxembourg (RN, 2001) montre que, dans 70 % des cas, les seringues ne sont nettoyées qu'à l'eau, et dans 22 % des cas, elles ne sont pas nettoyées du tout. Les données disponibles révèlent que le partage du matériel d'injection est plus fréquent en prison que dans la communauté.

Une étude multicentre menée dans certaines prisons en Belgique, en Allemagne, en Espagne, en France, en Italie, au Portugal et en Suède en 1996-1997 (WIAD-ORS, 2001) révèle la présence de davantage de tatouages et de piercings au cours de l'incarcération pour les UDVI que pour les non-UDVI. Les UDVI affichent également des taux plus élevés en matière de rapports sexuels non protégés en Belgique, en Allemagne, au Portugal et en Suède, mais inférieurs dans d'autres pays.

Maladies infectieuses

Des données sur le VIH et le virus de l'hépatite C parmi les usagers de drogue par voie intraveineuse (UDVI) en prison ont été fournies par la Belgique, l'Allemagne, l'Espagne (VHC seulement), la France, l'Irlande et le Luxembourg (RN, 2001). Ces données proviennent d'études locales menées dans quelques prisons et ne sont donc pas représentatives de la situation nationale. La prévalence du VIH parmi les UDVI oscille entre 0 et 13 % dans les prisons étudiées. Le pourcentage de tests positifs au virus de l'hépatite C est bien supérieur, entre 14 et 100 %, chez les UDVI selon le centre pénitentiaire et le pays. Comme dans la communauté, la prévalence du

VIH et du virus de l'hépatite C est supérieure pour les UDVI que pour les non-UDVI.

Sanctions pour consommation/possession de drogues

Les détenus surpris en possession de drogues illicites sont généralement sanctionnés et punis conformément au règlement carcéral. L'incident peut être consigné dans le dossier personnel du prisonnier. Les sanctions les plus communément appliquées sont la restriction des droits (visites d'amis ou de la famille, appels téléphoniques), la privation des permissions, l'expulsion des ailes de traitement spécialisées et/ou la cellule d'isolement.

La possession de drogues peut avoir des conséquences sur l'application de la peine. Par exemple, au Danemark, le risque est de ne pas se voir accorder la liberté sur parole après avoir purgé les deux tiers d'une peine. Au Royaume-Uni, lorsqu'une analyse d'urine est positive, la peine peut être allongée d'au moins quelques jours supplémentaires.

Les prisonniers trouvés en possession de drogues peuvent également être mis en examen et poursuivis en dehors de la prison.

Disponibilité et offre de drogues en prison

Disponibilité des drogues

L'accès aux drogues illicites est bien plus difficile dans l'enceinte de la prison que dans la communauté. Toutefois, on observe que les drogues illicites sont facilement disponibles en prison pour ceux qui en souhaitent — principalement du cannabis, de l'héroïne et des substances médicamenteuses (benzodiazépines), et tout peut être obtenu en échange d'un paiement.

Les prisonniers font état de disparités importantes en termes de qualité, de continuité et de prix des drogues illicites au sein des prisons. On estime que le prix des drogues est deux à quatre fois supérieur qu'à l'extérieur, ce qui rend les drogues 10 à 20 fois plus coûteuses en termes de pouvoir d'achat. Les formes de paiement autres que l'argent sont très utilisées: échange de services (prostitution, nettoyage de la cellule) ou de biens (cartes téléphoniques, tabac) et/ou participation au trafic de drogues.

Contrebande et trafic

Différents moyens permettent de se procurer de la drogue en prison. Tous les contacts avec le monde extérieur sont autant d'occasions pour faire entrer de la drogue en prison: au cours des visites (dans les vêtements des visiteurs ou dans leurs cavités corporelles, dans de la nourriture), des transferts ou trajets au tribunal pour le procès, à la suite d'une permission, par courrier (colis). Les drogues cachées dans des balles peuvent être lancées au-delà des murs de la prison. Elles font également l'objet de contrebande par le personnel pénitentiaire.

La distribution et le trafic de drogues varient d'une prison à l'autre et entre les pays. La Belgique fait état (RN, 2001) d'un trafic au niveau individuel et au niveau de réseaux pyramidaux au sein desquels (comme dans la communauté) les dealers de haut niveau organisent le commerce de la drogue mais n'en consomment pas eux-mêmes. L'Allemagne rapporte (RN, 2001) un trafic à petite échelle impliquant beaucoup de prisonniers par le biais de différentes filières et sans organisation centrale. Une étude récemment menée dans la prison de Mountjoy en Irlande (RN, 2001) révèle un système basé sur des arrangements personnels: ceux qui ont accès aux drogues dans la communauté les font rentrer dans la prison et les distribuent à leur réseau personnel. La vente de drogues en prison est beaucoup plus pénible que dans la communauté, avec des cas d'intimidation, de chantage et de criminalité.

Différentes mesures de prévention ont été mises en place pour faire face au trafic de drogues — de façon systématique ou en cas de suspicion. Il s'agit de fouilles des cellules, de fouilles au corps après les permissions, d'interdiction des colis, de surveillance des visites et d'installation d'un filet au-dessus de la cour de la prison. Le Royaume-Uni a récemment pris des mesures pour réduire l'offre en ayant davantage recours à des chiens

pour dissuader et repérer les passeurs et interdire l'accès aux visiteurs qui ont été pris pour avoir introduit de la drogue dans l'enceinte de la prison.

Les saisies de drogues illicites en prison ou à l'entrée sont relevées dans beaucoup de pays, généralement en petites quantités. Du matériel d'injection, des chillums et autres accessoires ont également été trouvés au cours des inspections.

Politique de réduction de la demande en prison

Les mesures actuelles en matière de réduction de la demande au sein des prisons consistent principalement à dissuader les usagers de drogues avec des contrôles renforcés, tels que les fouilles des cellules et les dépistages aléatoires combinés à des sanctions ou à des pertes de privilèges. Par exemple, en Suède, les prisonniers font en moyenne deux à trois analyses d'urine par mois.

Face à un nombre croissant d'usagers de drogues, les systèmes pénitentiaires ont mis en place des unités spécialisées de soins des toxicomanes (par exemple aux Pays-Bas), des services de drogues centralisés dans des prisons spécifiques (Irlande et Autriche) ou ont «importé» l'expertise en matière de prise en charge des toxicomanes d'agences extérieures.

Depuis 1995, on note une expansion des services destinés aux usagers de drogues en prison (Ambrosini, 2001) et des mesures pour prévenir la transmission des maladies infectieuses. Par rapport à la communauté toutefois, les retards sont importants. L'offre actuelle en matière de services de soins aux toxicomanes ne correspond pas aux besoins estimés à plus de 50 % d'usagers de drogues parmi la population carcérale.

Étant donné que beaucoup d'usagers de drogues retournent en prison plusieurs fois avec des problèmes identiques ou plus graves de consommation et de maladies infectieuses, les administrations pénitentiaires ont dû reconnaître la nécessité de lutter contre la toxicomanie, la consommation de drogues, les risques connexes et les conséquences sanitaires de façon plus systématique en milieu carcéral. Une évolution récente dans beaucoup de pays de l'UE qui reflète cette prise de conscience est l'adoption de véritables «stratégies de lutte contre la drogue en prison», des directives sur les soins et le traitement des détenus toxicomanes ou l'élaboration de normes de qualité pour des services spécifiques⁽⁶²⁾. Les stratégies relatives à la consommation de drogues en pri-

⁽⁶²⁾ Tableau 13 EL — Récentes stratégies, directives ministérielles et normes de services sur la consommation de drogues en prison dans l'UE et en Norvège (version en ligne).

Questions particulières

son prévoient généralement diverses mesures pour traiter des prisonniers, dissuader la consommation de drogues et réduire l'offre de drogues.

Traitement de la toxicomanie

Les services sanitaires en prison sont traditionnellement assurés par le propre personnel soignant de la prison sous la tutelle du ministère de la justice, mais les systèmes pénitentiaires dans l'UE et en Norvège reposent en grande partie sur des expertises et des ressources externes supplémentaires en matière de prise en charge sanitaire des toxicomanes. Dans leurs efforts pour parvenir à l'«équivalence des soins» entre la communauté et la prison (Conseil de l'Europe, 1993; OMS, 1993), la France (en 1994) et l'Italie (en 2000) ont transféré la responsabilité relative à la prise en charge sanitaire des détenus toxicomanes au ministère de la santé, avec l'implication légale des agences sanitaires locales et régionales. Des accords de coopération concrets entre le système judiciaire et les services de santé publics ou non gouvernementaux ont également été établis en Irlande (1999), au Portugal (1999) et en Espagne (2000) pour améliorer la qualité et la couverture des soins à l'attention des usagers de drogues incarcérés.

Les spécialistes externes des drogues jouent un rôle important en matière de soutien aux toxicomanes dans la plupart des systèmes, voire dans tous les systèmes pénitentiaires européens. Toutefois, l'étendue de la couverture et le niveau de services fournis dans les prisons varient considérablement entre et au sein des pays. Les exceptions notoires en termes de couverture sont: l'Écosse, qui dispose de conseillers en matière de drogues dans chaque prison; l'Espagne, où les services de prise en charge sanitaire des toxicomanes sont disponibles dans 71 prisons sur 73; la Suède, où un tiers du nombre estimé de détenus ayant des problèmes de drogues étaient concernés par des programmes d'incitation au traitement en 2000; l'Angleterre et le pays de Galles, où, depuis 1999, toutes les prisons disposent d'équipes externes spécialisées (CARAT — Counselling Assessment, Referral, Advice and Throughcare Services) destinées à répondre aux besoins des prisonniers toxicomanes de l'admission à la postcure — bien qu'un obstacle majeur semble le manque de possibilités d'aboutissement (Spacca, 2002). En Écosse, les détenus peuvent à présent bénéficier de soins intérimaires au cours des douze premières semaines suivant leur libération afin de faciliter leur retour dans la communauté.

Les services fournis par des agences externes concernent l'information et la formation sur la prévention des drogues en général, les programmes d'incitation au traitement et la préparation à la sortie, y compris des orien-

tations vers des traitements au sein de la communauté et des programmes postcure. En Belgique et en Grèce, les organisations non gouvernementales (ONG) sont jusqu'à présent les premières à assurer les services limités disponibles pour les usagers de drogues en prison. En Allemagne, des agences externes et des services de drogues internes spécialisés travaillent dans les prisons depuis le milieu des années 80, et en 2000, plus de 350 conseillers en matière de drogues fournissaient leurs services dans les prisons allemandes; toutefois, l'étendue de ces services varie entre les différents États fédéraux (Länder). En 2000, la tendance à impliquer des professionnels externes était encore importante en France, et en Italie, les services publics en matière de drogues, Ser.T., ont noté une hausse conséquente du nombre de patients, en raison de leurs nouvelles responsabilités concernant les prisonniers. Le plan national espagnol sur les drogues (2000-2008) considère comme une priorité la participation de spécialistes externes en matière de prise en charge sanitaire des usagers de drogues en prison, et les plans de coopération pluriannuels entre les prisons et les ONG se sont traduits par le fait que la moitié du personnel des services de soins aux toxicomanes (*Grupo de Atención a Drogodependencias* — GAD) dans les prisons espagnoles sont des experts d'ONG externes.

Services fournis

Il semble que la plupart des prisons dans l'UE et en Norvège disposent de supports d'information écrits sur les drogues et les maladies infectieuses liées à la drogue; toutefois, les possibilités systématiques et répétées de traiter les questions de prévention en face à face sont rares et dépendent souvent de l'initiative d'agences externes ou du personnel de la prison à titre individuel.

La désintoxication est en général proposée par les services médicaux des prisons ou dans des unités spécialisées de désintoxication, mais on note souvent l'absence de normes de qualité. Un programme grâce auquel 1 200 à 1 500 détenus ont bénéficié d'une cure de désintoxication par an a été décrit comme «un moyen essentiellement non structuré et non contrôlé, sans suivi ou planification à long terme» (Department of Justice, Equality and Law Reform, 1999). Toutefois, des normes de qualité commencent à être instaurées, par exemple l'ordonnance *Prison Service Order* de décembre 2000, qui exige que toutes les prisons en Angleterre et au pays de Galles fournissent des services de désintoxication qualifiés.

Dans certains pays, les agences externes participent aussi directement aux traitements à long terme des toxicomanes. Au Danemark et en Norvège, par exemple, des petits programmes internes pour les usagers de

drogues sont gérés par des agences externes spécialisées en matière de drogues («modèle d'importation») et il existe des traitements de substitution dans les prisons espagnoles, françaises et italiennes. En Espagne, le degré de couverture élevé a été atteint grâce à l'implication massive des services de drogues externes.

Neuf pays de l'UE disposent de programmes de traitement axés sur l'abstinence dans les prisons, et la Norvège compte un programme d'incitation au traitement. Le nombre total de places est très faible par rapport au nombre estimé de détenus ayant des problèmes de drogues. Néanmoins, en Espagne, 8 984 prisonniers ont participé aux 18 programmes de sevrage disponibles en 2000, et en Angleterre et au pays de Galles, 3 100 admissions ont été enregistrées en 2000-2001 dans 50 programmes de traitement intensif. En Suède, 10 % des centres pénitentiaires, pouvant accueillir 500 prisonniers, sont réservés au traitement volontaire et obligatoire des usagers de drogues (Lýsen, 2001), et en Finlande, 18 % des nouveaux prisonniers participent à des programmes de réinsertion pour problèmes d'alcool ou de drogues (Jungner, 2001). La prison autrichienne Favoriten, exclusivement spécialisée dans la prise en charge des toxicomanes, dispose de 110 places de traitement; le Danemark compte 30 places et l'Irlande 9. Le programme norvégien d'incitation au traitement peut prendre en charge 18 détenus par an ⁽⁶³⁾.

Hormis la Grèce, la Suède et deux Länder de l'Allemagne (la Bavière et le Bade-Wurtemberg), des traitements de substitution sont désormais disponibles en prison dans tous les pays de l'UE et en Norvège. Néanmoins, même dans les pays où un pourcentage élevé d'usagers de drogues à problème dans la communauté suivent un traitement de substitution, les prisons appliquent principalement une politique de désintoxication. En Allemagne, en France et aux Pays-Bas, les taux en prison sont estimés entre 1 et 4 % (Stöver, 2001; WIAD-ORS, 2001), contre une couverture de 30 à 50 % dans la communauté. La plupart des politiques de maintien en prison recommandent le traitement uniquement pour les courtes peines, pour les détenues enceintes et pour ceux qui souffrent de toxicomanie depuis longtemps ou de problèmes mentaux ou physiques graves. L'initiation des traitements de substitution en prison est rare, bien qu'elle soit légalement possible dans la plupart des pays. La principale exception est l'Espagne, où les taux de substitution sont semblables au sein et à l'extérieur des prisons ⁽⁶⁴⁾.

Dix pays de l'UE et la Norvège gèrent des unités de sevrage en prison. L'objectif de certaines de ces unités est non seulement de protéger les détenus non dépendants des drogues, mais également de fournir un traitement aux toxicomanes. Les prisonniers en traitement de substitution à la méthadone ne sont généralement pas admis dans les unités de sevrage. Les vingt départements d'accompagnement des toxicomanes sans drogue dans les prisons néerlandaises peuvent accueillir 446 détenus; néanmoins, un tiers de la capacité est restée inutilisée en 1999, et une évaluation sur vingt ans de la prise en charge de la toxicomanie en milieu carcéral a conclu à des résultats décevants (Rigter, 1998). La Suède dispose de 356 places en unités de traitement de sevrage, et en Finlande, où actuellement 10 % des dispositifs pénitentiaires sont sans drogue, une expansion à 50 % est envisagée. Le Portugal a récemment ouvert sept unités de traitement de sevrage avec 195 places, considérées comme une «grande réussite», et prévoit deux unités supplémentaires. Toutefois, une analyse dans le domaine de la recherche sur les soins en addictologie en milieu pénitentiaire (Rigter, 1998) a permis d'aboutir à une pénurie de résultats fiables et valides à l'échelle mondiale.

Prévention des maladies infectieuses

La prévention des maladies transmissibles par le sang pendant l'incarcération est devenue un objectif prioritaire pour plusieurs systèmes pénitentiaires en Europe — également au vu de l'augmentation notoire des dépenses pharmaceutiques en raison du traitement des infections liées à la drogue (par exemple, traitement antirétroviral hautement actif, interféron) que les prisons ont supporté.

Beaucoup de pays tentent de suivre les principes généraux et les recommandations spécifiques figurant dans les directives de l'OMS sur l'infection au VIH et au sida dans les prisons (OMS, 1993). Plusieurs mesures de réduction des risques sont difficiles à mettre en place, en raison de leur connotation politique, du fait de la réticence du personnel et parce qu'elles ne sont pas considérées appropriées dans le milieu carcéral. Le tableau figurant ci-après présente certaines des mesures de prévention des directives de l'OMS et la façon dont les pays de l'UE et la Norvège les mettent en œuvre. Même si la portée de ces mesures semble encore insuffisante dans beaucoup de pays, on note certaines avancées ⁽⁶⁵⁾. Des programmes d'échange de seringues peuvent désormais

⁽⁶³⁾ Tableau 14 EL — Traitement d'abstinence et unités de sevrage dans les prisons dans certains pays de l'UE et en Norvège (version en ligne).

⁽⁶⁴⁾ Tableau 15 EL — Traitements de substitution en prison dans l'UE et en Norvège (version en ligne).

⁽⁶⁵⁾ Pour de plus amples informations sur la situation jusqu'à l'année 2000, voir sur l'internet (http://ar2001.emcdda.eu.int/en/chap2/specific_demand.html#table2).

Questions particulières

Tableau 2

Aperçu de certaines mesures de prévention des maladies transmissibles par le sang dans les prisons dans l'UE et en Norvège				
	Information/éducation	Vaccination contre l'hépatite B	Mise à disposition de désinfectants	Échange d'aiguilles/de seringues
Belgique	++ mais pas dans toutes les prisons	+ protocole développé par le ministère de la santé	+	0
Danemark	0	++ mais couverture faible (2 %)	++ avec instructions	0
Allemagne	+	n.d.	+	+
Grèce	+ mais la fourniture dépend en premier lieu d'agences externes	+ 1 prison seulement	0 uniquement une prison	0
Espagne	++	++ et encouragée	++	++
France	+	++	++	0
Irlande	0	++	+ mais ++ recommandé par le <i>Review Group on Prison Health Care, 2001</i>	0 <i>Review Group of Prison Health Care</i> ne recommande pas l'échange de seringues ou d'aiguilles en raison des risques d'attaques
Italie	0	n.d. (vaccination obligatoire à l'âge de 12 ans, ensemble de la population, introduite au début des années 90)	++	0
Luxembourg	+	++	0	0 en cours de discussion
Pays-Bas	+		++	0
Autriche	+	+ (!)	++ avec des instructions sur le nettoyage	0
Portugal	+	++ programme national de vaccination	++ dans la pratique: +	0 en cours de discussion
Finlande	+	++	++	0
Suède	0 dépend des prisons	0 décision en attente sur l'instauration générale de la vaccination	0	0
Royaume-Uni	+	++ (Écosse)	++ Angleterre/pays de Galles: accès difficile. Après une étude pilote, des comprimés sont mis à disposition Écosse: ++ avec des instructions	0
Norvège	n.d.	n.d.	0 les autorités sanitaires ont demandé aux prisons de mettre à disposition de l'eau de Javel	0

(!) Spirig, H., et Ess-Dietz, O. (2001), *Preventive measures in Austrian Prisons*, dans WIAD-ORS.
NB: n.d. = informations non disponibles.

Information/éducation

0 Supports écrits généraux
+ Supports écrits spécifiquement élaborés pour le milieu carcéral
++ Supports spécifiques pour les prisons plus formation à l'usage dans des conditions sûres

Vaccination contre l'hépatite

0 Pas systématiquement disponible
+ Disponible dans certaines prisons
++ Disponible dans toutes les prisons

Désinfectants

0 Non disponibles
+ Dans certaines prisons
++ Dans toutes les prisons (au moins en théorie)

Échange de seringues/d'aiguilles

0 Non disponible
+ Programme dans certaines prisons
++ Programme dans toutes les prisons

Sources Rapports nationaux Reitox, 2001.
Réseau européen sur la prévention du sida et de l'hépatite en milieu carcéral, *Final Progress Report*, WIAD, Bonn et ORS, Marseille, décembre 2001.

être mis en place dans toutes les prisons espagnoles ⁽⁶⁶⁾. Le Luxembourg et le Portugal discutent de leur introduction. Davantage de pays recommandent la mise à disposition d'eau de Javel diluée pour les prisonniers et la mise en œuvre de cette mesure a progressé.

Références et sources du chapitre 3

Actes de la conférence Club Health (2002), 2^e conférence internationale sur les abus de substances dans les lieux festifs et les problèmes de santé connexes, 24-27 mars 2002, Rimini, région Émilie-Romagne et université John Moores.

Akram, G., et Galt, M. (1999), «A profile of harm-reduction practices and co-use of illicit and licit drugs amongst users of dance drugs», *Drugs: Education, Prevention and Policy*, vol. 6 (2), p. 215-225.

Ambrosini, F. (2001), «Europäisches Netzwerk zur Drogen- und AIDS-Hilfe im Strafvollzug», dans Jacob, J., Keppler, K., et Stöver, H. (éd.), *LebHaft: Gesundheitsförderung für Drogen Gebrauchende im Strafvollzug*, Deutsche AIDS-Hilfe, Berlin, p. 106-113.

Bellis, M. A., Hale, G., Bennett, A., Chaudry, M., Kilfoyle, M. (2000), «Ibiza uncovered: changes in substance use and sexual behaviour amongst young people visiting an international night-life resort», *International Journal of Drug Policy*, vol. 11, p. 235-244 (*).

Bennett, G. A., et Higgins, D. S. (1999), «Accidental overdose among injecting drug users in Dorset, UK», *Addiction*, vol. 94 (8), p. 1179-1189.

Berglund, M., Andréasson, S., Franck, J., Fridell, M., Håkanson, I., Johansson, B. A., Lindgren, A., Lindgren, B., Nicklasson, L., Rydberg, U., Salaspuro, M., Thelander, S., et Öjehagen, A.

⁽⁶⁶⁾ Hormis les prisons situées à Ceuta et Melilla. La communauté autonome de Catalogne est compétente en matière de gestion des prisons.

- (2001), *Behandling av alkohol- og narkotikaproblem*, Statens beredning for medicinsk utvärdering, Suède.
- Boys, A., Fountain, J., Marsden, J., Griffiths, P., Stillwell, G., et Strang, J. (2000), *Drug decisions: a qualitative study of young people*, Health Education Authority, Londres.
- Calafat, A., Bohrn, K., Juan, M., Kokkevi, A., Maalsté, N., Mendes, F., Palmer, A., Sherlock, K., Simon, J., Stocco, P., Suredda, M. P., Tossmann, P., van de Wijngaart, G., et Zavatti, P. (1999), *Night life in Europe and recreative drug use*, Irefrea et Commission européenne, Valence.
- Conseil de l'Europe (1993), recommandation n° R (93)6 du Comité des ministres aux États membres concernant les aspects pénitentiaires et criminologiques du contrôle des maladies transmissibles, et notamment du sida, et les problèmes connexes de santé en prison, Conseil de l'Europe, Strasbourg.
- Costa, N., Padua, J., Correia, M. (2000), «Um ano de Naltrexona», *Toxicodependências*, vol. 6 (1), p. 51-60.
- Darke, S., Ross, J., Zador, D., et Sunjic, S. (2000), «Heroin-related deaths in New South Wales», *Australie, 1992-1996, Drug and Alcohol Dependence*, vol. 60, p. 141-150.
- Decorte, T. (1999), «Informal Control Mechanisms among Cocaine and Crack Users in the Metropolitan Area of Antwerp», thèse de doctorat, Faculteit Rechtsgeleerdheid, Universiteit Leuven, Leuven.
- Department of Justice Equality and Law Reform (1999), «Drug misuse and drug treatment in the prison system: Draft action plan» (non publié) (*).
- DHSSPS (Department of Health, Scottish Office Department of Health, Welsh Office, Department of Health and Social Services) (1999), *Drug misuse and dependence: Guidelines on clinical management*, The Stationery Office, Londres.
- Drucker, E., Lurie, P., Wodak, A., et Alcabes, P. (1998), «Measuring harm reduction: the effects of needle and syringe exchange programs and methadone maintenance on the ecology of HIV», *AIDS*, vol. 12 (suppl. A), p. 217-230.
- DrugScope (2001), *Drug abuse briefing: a guide to the non-medical use of drugs in Britain*, huitième édition, DrugScope, Londres (*).
- Edmunds, M., Hough, M., et Urquia, N. (1996), *Tackling Local Drug Markets, Crime Detection and Prevention Series Paper 80*, Home Office Police Research Group, Londres (*).
- ESPAD (2000), «The 1999 Alcohol and other drug use among students in 30 European countries», Swedish Council for Information on Alcohol and Other Drugs (CAN), groupe Pompidou du Conseil de l'Europe (titre de la version française: «Alcool, tabac, cannabis et autres drogues illicites parmi les élèves des collèges et lycées»).
- Farrell, M. (1989), «Ecstasy and the Oxygen of Publicity», *British Journal of Addiction*, vol. 84, p. 943.
- Fountain, J., Griffiths, P., Farrell, M., Gossop, M., et Strang, J. (1999), «Benzodiazepines in polydrug-using repertoires: the impact of the decreased availability of temazepam gel-filled capsules», *Drugs: Education, Prevention and Policy*, vol. 6 (1), p. 61-69 (*).
- Gossop, M., Marsden, J., et Stewart, D. (1998), *NTORS at one year — The National Treatment Outcome Research Study*, Department of Health, Londres.
- Gossop, M., Marsden, J., et Stewart, D. (2001), *NTORS after five years. Changes in substance use, health and criminal behaviour during the five years after intake*, National Treatment Outcome Research Study, National Addiction Centre, Londres.
- Gossop, M., Marsden, J., Stewart, D., Lehmann, P., Edwards, C., Wilson, A., et Segar, G. (1998), «Substance use, health and social problems of clients at 54 drug treatment agencies: intake data from the National Treatment Outcome Research Study (NTORS)», *British Journal of Psychiatry*, vol. 173.
- Greenstein, R. A., Fudala, P. J., et O' Brien, C. P. (1997), «Alternative Pharmacotherapies for Opiate Addiction», *Substance Abuse — A Comprehensive Textbook*, États-Unis.
- Haw, S. (1993), *Pharmaceutical drugs and illicit drug use in the Lothian region*, Centre for HIV/AIDS and Drug Studies (CHADS), City Hospital, Édimbourg.
- Heroinstudie (2002), site web officiel présentant des informations sur les essais allemands en matière d'héroïne (<http://www.heroinstudie.de>).
- Hunt, N. (2002), «Preliminary results from the 2001 UK Mixmag drug use survey», 2^e conférence internationale sur les abus de substances dans les lieux festifs et les problèmes de santé connexes, 24-27 mars 2002, Rimini, région Émilie-Romagne et université John Moores.
- Jungner, M. (2001), «Treatment of intoxicating substance misuse in Finnish prisons», *Connections, The Newsletter of the European Network of Drug and HIV/AIDS Services in Prison*, n°s 9 et 10, novembre 2001, p. 12 et 13.
- Kethea-NSPH (2001), «Effectiveness-Evaluation of the Kethea's Therapeutic Communities. Therapy Centre for Dependent Individuals (Kethea)», National School of Public Health, Section of Sociology (NSPH), Athènes.
- Kriener, H., Billet, R., Gollner, C., Lachout, S., Neubauer, P., Schmid, R. (2001), «An Inventory of On-Site Pill Testing Interventions in the EU», OEDT, Lisbonne.
- Leccese, A. P., Pennings, E. J. M., et De Wolff, F. A. (2000), *Combined use of alcohol and psychotropic drugs. A review of the literature*, Academisch Ziekenhuis Leiden (AZL), Leiden (*).
- Lowinson, H. L., Payte, F. T., Salsitz, E., Joseph, H., Marion, I. J., et Dole, V. P. (1997), «Methadone Maintenance», *Substance Abuse — A Comprehensive Textbook*, États-Unis.
- Lýsen, L. (2001), «The Swedish system and the experiences at the Gävle prison — management of drug problems in prison», *Connections, The Newsletter of the European Network of Drug and HIV/AIDS Services in Prison*, n°s 9 et 10, novembre 2001, p. 10 et 11.
- McElrath, K., et McEvoy, K. (1999), *Ecstasy use in Northern Ireland*, Queen's University, Belfast.
- Neale, J. (2001), «Don't overdo it: overdose prevention and extent», *Druglink*, vol. 16, juillet/août 2001, p. 18-22.
- OEDT (2000), *Reviewing current practice in drug-substitution treatment in the European Union*, Office des publications officielles des Communautés européennes, Luxembourg.
- OMS (1994), *Lexicon of Alcohol and Drug Terms* (*).
- OMS, Global Programme on AIDS (1993), *Guidelines on HIV infection and AIDS in prison*, WHO/GPA/DIR/93.3 (et réimprimé UNAIDS/99.47/E). Le fichier pdf peut être téléchargé sur l'internet (<http://www.unaids.org/bestpractice/collection/subject/sector/keyprisons.html>).
- ONS (Office for National Statistics) (2000a), «ONS drug-related deaths database: first results for England and Wales, 1993-1997», *Health Statistics Quarterly*, n° 5 (printemps 2000), Office for National Statistics, Londres, p. 57-60 (*).
- ONS (Office for National Statistics) (2000b), «Deaths related to drug poisoning: results for England and Wales, 1994-1998», *Health Statistics Quarterly*, n° 7 (automne 2000), Office for National Statistics, Londres, p. 59-62.
- ONS (Office for National Statistics) (2000c), «Deaths related to drug poisoning: results for England and Wales, 1995-1999», *Health Statistics Quarterly*, n° 9 (printemps 2001), Office for National Statistics, Londres, p. 70-72.
- Pedersen, M. U. (2000), *Stofmisbrugere før under efter behandling*, Center for Rusmiddelforskning.
- Rapports nationaux Reitox, 2001.

Questions particulières

- Rigter, H. (1998), *Effecten van justitiële drang en dwang bij de behandeling van verslaafden*, Trimbos-instituut, Utrecht (*).
- RN, 2001 = rapports nationaux 2001 pour l'OEDT de ces pays: chapitre 13 (sauf chapitre 12 pour la Norvège et chapitre 18 pour la Finlande).
- Seppälä, P. (1999), «Kielletyt aineet ja niiden merkitys teknokulttuurissa» (Banned substances and their relevance to technoculture), *Yhteiskuntapolitiikka*, 64 (4), p. 359-368 (*).
- Snippe, J., et Bieleman, B. (1997), «Opiate users and crime in the Netherlands», dans Korf, D., et Riper, H. (éd.), *Illicit drug use in Europe: Proceedings of the 7th Conference on drug use and drug policy*, université d'Amsterdam (SISWO), Amsterdam.
- Sonntag, D., et Künzel, J. (2000), «Hat die Therapiedauer bei alkohol- und drogenabhängigen Patienten einen positiven Einfluss auf den Therapieerfolg?», *Sucht*, vol. 46 (Sonderheft 2).
- Spacca, E. (2002), communication personnelle de Edoardo Spacca, coordinateur du *European Network of Drug Services in Prison* (ENDSP) basé à Cranstoun Drug Services à Londres.
- Stöver, H. (2001), *Assistance to drug users in European Union prisons: an overview study*, rapport scientifique de l'OEDT, Lisbonne et Londres.
- Strang, J., Griffiths, P., Powis, B., Fountain, J., Williamson, S., Gossop, M. (1999), «Which drugs cause overdose amongst opiate misusers? Study of personal and witnessed overdoses», *Drug and Alcohol Review*, vol. 18, p. 253-261 (*).
- Strang, J., Seivewright, N., et Farrell, M. (1993), «Oral and intravenous abuse of benzodiazepines», dans Hallstrom, C. (éd.), *Benzodiazepine dependence*, Oxford University Press, Oxford.
- Taylor, A., Frischer, M., et Goldberg, D. (1996), «Non-fatal overdosing is related to polydrug use in Glasgow, Letter to the editor», *British Medical Journal*, vol. 313, 30 novembre 1996, p. 1140 et 1141.
- Tretter, F., Kufner, H., Kümmler, P., Beloch, E., Drobik, U., Burkhardt, D., Walcher, S. (2001), «Katamnese nach antagonistisch-induziertem narkosegestütztem Opiatentzug», *Sucht*, vol. 47 (3), p. 189-200.
- Van den Brink, W., Hendriks, V. M., Blanken, P., Huijsman, I. A., et Ree, J. M. V. (2002), «Medical co-prescription of heroin — two randomised controlled trials», Central Committee on the treatment of heroin addicts (CCBH), Pays-Bas.
- Vermaas, P. (1999), «Drugs en geweld "Poligebruikers" zijn onvoorspelbaar en agressief», *Algemeen Politieblad*, n° 10 (*).
- WIAD-ORS, Réseau européen sur la prévention du sida et de l'hépatite en milieu carcéral (1998), *Annual Report to the EC*, WIAD, Bonn et ORS, Marseille.
- WIAD-ORS, Réseau européen sur la prévention du sida et de l'hépatite en milieu carcéral (2001), *Final Progress Report to the EC*, WIAD, Bonn et ORS, Marseille.
- Wirth, U. (2001), «Der Verlauf der Drogenabhängigkeit nach der stationären Behandlung, Eine Studie des Anton Proksch-Instituts», Anton Proksch-Institut, Vienne.
- Pour de plus amples informations sur les services de drogues en prison, veuillez consulter le site web du Réseau européen sur la prévention du sida et de l'hépatite en milieu carcéral (European Network of Drug Services in Prison — ENDSP — ancien ENDHASP) sur l'internet (<http://www.cranstoun.org>).

(*) = référence citée dans le rapport national.