

FREE CLINIC VZW

MODUS VIVENDI ASBL

UNIVERSITE LIBRE BRUXELLES, ECOLE DES SCIENCES CRIMINOLOGIQUES LEON CORNIL

UNIVERSITE CATHOLIQUE LOUVAIN, DEPARTEMENT DE CRIMINOLOGIE ET DE DROIT PENAL

SANTE ET USAGE DE DROGUES

EN MILIEU CARCERAL

Développement d'un instrument de recherche épidémiologique

WILLY DE MAERE
FABIENNE HARIGA
FRÉDERIQUE BARTHOLEYNS
MARK VANDERVEKEN

Sous la direction de :

Sven TODTS
Philippe MARY
Dan KAMINSKI

RAPPORT DE RECHERCHE MARS 2000

UNE RECHERCHE EFFECTUÉE POUR LE COMPTE DES SERVICES SSTC DU PREMIER MINISTRE
SERVICES SCIENTIFIQUES, TECHNIQUES ET CULTURELS

Remerciements

Cette recherche n'aurait jamais pu aboutir sans la participation spontanée de nombreuses personnes. L'équipe de chercheurs remercie vivement :

- *tous les membres du comité d'accompagnement du SSTC pour leurs suggestions*
- *tous les experts internationaux et nationaux pour leurs avis et soutien*
- *toutes les personnes consultées à la Direction générale des Etablissements pénitentiaires pour leur collaboration*
- *tous les membres du personnel des établissements pénitentiaires visités qui ont facilité, par leur participation active, notre recherche*
- *..., en dernier lieu et non le moindre, tous les détenus et ex-détenus, usagers de drogues ou non, car sans leur participation ce rapport n'aurait jamais pu voir le jour.*

Ce rapport de recherche est le résultat d'une collaboration entre :

FREE CLINIC VZW

Promoteur: Dr.Sven Todts

Chercheurs: Willy De Maere, Dr. Cathy Matheï , Sandra Kerremans, Annemie Van Cauwenberghe

MODUS VIVENDI ASBL

Chercheurs : Dr. Fabienne Hariga, Laurence Przylucki, Sergio Carboni, Renaud Quoidbach

UNIVERSITE LIBRE BRUXELLES

ECOLE DES SCIENCES CRIMINOLOGIQUES LEON CORNIL

Promoteur : Prof. Philippe Mary

Chercheur: Frédérique Bartholeyns

UNIVERSITE CATHOLIQUE DE LOUVAIN

DEPARTEMENT DE CRIMINOLOGIE ET DE DROIT PENAL

Promoteur : Prof. Dan Kaminsky

Chercheur :Dr. Mark Vanderveken

<u>1</u>	<u>INTRODUCTION GENERALE (PREAMBULE)</u>	1
<u>2</u>	<u>METHODOLOGIE : LE PROCESSUS DE RECHERCHE</u>	4
<u>2.1</u>	<u>PRESENTATION</u>	4
<u>2.2</u>	<u>LA PREMIERE ETAPE</u>	6
<u>2.3</u>	<u>LA DEUXIEME ETAPE</u>	7
<u>2.4</u>	<u>LA TROISIEME ETAPE</u>	13
<u>2.5</u>	<u>LA QUATRIEME ETAPE</u>	14
<u>3</u>	<u>QUELQUES SPECIFICITES DE LA POPULATION CARCERALE</u>	15
<u>3.1</u>	<u>INTRODUCTION</u>	15
<u>3.2</u>	<u>LE PROBLEME DE LA SURPOPULATION PENITENTIAIRE</u>	15
<u>3.3</u>	<u>CARACTERISTIQUES DE LA POPULATION CARCERALE</u>	16
<u>3.3.1</u>	<u>Répartition par titre de détention</u>	16
<u>3.3.2</u>	<u>Répartition par groupes d'âge et par sexe</u>	17
<u>3.3.3</u>	<u>Répartition par origine</u>	17
<u>3.3.4</u>	<u>Situation socio-professionnelle</u>	18
<u>3.3.5</u>	<u>Surreprésentation des détenus usagers de drogues</u>	18
<u>3.4</u>	<u>PROFIL SANITAIRE DE LA POPULATION CARCERALE</u>	22
<u>3.4.1</u>	<u>Association entre paupérisation et mauvais état de santé</u>	22
<u>3.4.2</u>	<u>Santé des personnes incarcérées</u>	24
<u>3.4.2.1</u>	<u>Infections par le VIH et le SIDA</u>	25
<u>3.4.2.2</u>	<u>Situation spécifique des femmes et des mineurs incarcérés</u>	29
<u>3.4.2.3</u>	<u>Hépatites B et C</u>	30
<u>3.4.2.4</u>	<u>Tuberculose</u>	32
<u>3.4.2.5</u>	<u>Maladies sexuellement transmissibles (MST)</u>	33
<u>3.4.2.6</u>	<u>Suicides et automutilations</u>	33
<u>3.5</u>	<u>CONCLUSION</u>	35
<u>4</u>	<u>LES RELATIONS AU SEIN DE LA PRISON ET LA PRESENCE DE DROGUES</u>	36
<u>4.1</u>	<u>INTRODUCTION</u>	36
<u>4.2</u>	<u>LE TRAFIC DE DROGUES</u>	36
<u>4.2.1</u>	<u>L'organisation du trafic et les modes d'entrée de la drogue</u>	36
<u>4.2.2</u>	<u>Les substances disponibles</u>	38

<u>4.3</u>	<u>'ASPECT RELATIONNEL</u>	40
4.3.1	<u>L'alliance avec les pairs</u>	40
4.3.2	<u>Les relations entre surveillants et détenus (notamment usagers de drogues)</u>	42
4.3.3	<u>Les différentes formes de violence et leurs effets</u>	44
4.3.3.1	<u>La violence des usagers de drogues envers eux-mêmes et les autres usagers de drogues</u>	45
4.3.3.2	<u>La violence entre les usagers de drogues et les non-usagers de drogues</u>	45
4.3.3.3	<u>La violence liée au trafic et à l'endettement dû à l'usage de drogues</u>	46
4.3.3.4	<u>La violence entre les détenus usagers de drogues et le personnel</u>	48
<u>4.4</u>	<u>CONCLUSION</u>	49
<u>5</u>	<u>LA POLITIQUE PENITENTIAIRE</u>	50
<u>5.1</u>	<u>INTRODUCTION</u>	50
<u>5.2</u>	<u>LA « LUTTE » CONTRE L'USAGE DE DROGUES</u>	53
5.2.1	<u>Introduction</u>	53
5.2.2	<u>La détection</u>	53
5.2.2.1	<u>Les techniques de détection des produits</u>	53
5.2.2.2	<u>L'identification des usagers de drogues</u>	54
5.2.3	<u>Les sanctions</u>	57
5.2.3.1	<u>L'inventaire des sanctions</u>	57
5.2.3.2	<u>L'intervention des surveillants et des directeurs</u>	59
5.2.4	<u>Conclusions</u>	61
<u>5.3</u>	<u>LE REGIME</u>	62
5.3.1	<u>Introduction</u>	62
5.3.2	<u>Les ressources des détenus</u>	62
5.3.3	<u>Les régimes spécifiques</u>	66
5.3.3.1	<u>Considérations générales</u>	66
5.3.3.2	<u>Les annexes psychiatriques</u>	66
5.3.3.3	<u>Les sections dites « sans drogue »</u>	67
5.3.4	<u>La formation</u>	69
5.3.5	<u>Conclusions</u>	72
<u>5.4</u>	<u>LE TRAITEMENT</u>	74
5.4.1	<u>Introduction</u>	74
5.4.2	<u>La demande</u>	75
5.4.3	<u>L'offre</u>	78
5.4.3.1	<u>Le service médical</u>	78
5.4.3.2	<u>Le service psychosocial</u>	82
5.4.3.3	<u>Les intervenants extérieurs</u>	84
5.4.4	<u>La médication</u>	87
5.4.4.1	<u>La consommation</u>	87
5.4.4.2	<u>La fourniture et la prescription des médicaments</u>	88
5.4.4.3	<u>La préparation et la distribution des médicaments</u>	90

5.4.4.4	Le sevrage	91
5.4.4.5	Les traitements de substitution	92
5.4.5	La prévention	95
5.4.5.1	Les possibilités de dépistage	95
5.4.5.2	L'accès aux formations et aux informations en matière de santé : la connaissance des risques	98
5.4.6	Conclusion	99
5.5	CONCLUSION	101
6	LES COMPORTEMENTS GENERATEURS DE RISQUES EN PRISON	102
6.1	INTRODUCTION	102
6.2	L'USAGE DE DROGUES	102
6.2.1	La motivation : valeur que le détenu accorde à son usage de drogues	102
6.2.2	Les comportements à risques relatif à l'usage de drogues	103
6.2.2.1	L'initiation à la consommation	103
6.2.2.2	La rechute et l'arrêt	105
6.2.2.3	Les modèles de consommation	107
6.2.2.4	L'overdose	117
6.3	LES AUTRES COMPORTEMENTS GENERATEURS DE RISQUES	121
6.3.1	La sexualité	121
6.3.2	Le tatouage et le piercing	123
6.3.3	Le partage d'article personnels d'hygiène	124
6.4	CONCLUSION	125
7	MISE AU POINT D'UN INSTRUMENT EPIDEMIOLOGIQUE	127
7.1	INTRODUCTION	127
7.2	LES QUALITES D'UN SYSTEME DE SURVEILLANCE	127
7.3	CONSIDERATIONS GENERALES	128
7.4	L'INSTRUMENT EPIDEMIOLOGIQUE	129
7.4.1	Introduction	129
7.4.2	Le premier volet : facteurs de risques relatifs à la santé des détenus	131
7.4.2.1	Pré-test	131
7.4.2.2	Questionnaire destinés aux détenus	188
7.4.2.3	Modalités d'administration du questionnaire	198
7.4.3	Le deuxième volet : données épidémiologiques et mesure de l'état de santé	201
7.4.3.1	Analyse des outils existants	201
7.4.3.2	Première partie : mesure de l'état général de santé des détenus	206
7.4.3.3	Deuxième partie : mesure de la prévalence de certaines affections à risque ..	210

7.4.4	<u>Le troisième volet : facteurs de risques environnementaux et services</u>	212
7.4.4.1	<u>Introduction</u>	212
7.4.4.2	<u>Questionnaire destiné à la direction</u>	212
7.4.4.3	<u>Questionnaire adressé au médecin chef de la prison</u>	218
7.5	<u>INTEGRATION ET INTERPRETATION DES DONNEES</u>	222
7.5.1	<u>Modalités d'application</u>	222
7.5.2	<u>Pré-test</u>	222
7.5.3	<u>Diffusion des résultats</u>	222
8	<u>CONCLUSION GENERALE</u>	223
8.1	<u>INTRODUCTION</u>	223
8.2	<u>DETECTION</u>	224
8.3	<u>SANCTIONS</u>	225
8.4	<u>REGIME</u>	226
8.5	<u>TRAITEMENT</u>	227
8.5.1	<u>Généralités</u>	227
8.5.2	<u>Prise en charge psychosociale</u>	228
8.5.3	<u>Prise en charge médicale</u>	229
8.6	<u>STRUCTURE</u>	232
8.7	<u>FORMATION</u>	233
8.8	<u>RECHERCHES ET PERSPECTIVES</u>	235
9	<u>BIBLIOGRAPHIE</u>	236

1 INTRODUCTION GENERALE (PREAMBULE)

L'on retrouve la consommation de drogues tout au long de l'histoire de l'humanité, dans toutes les cultures. Pourtant, c'est surtout depuis les dernières décennies que cette consommation, plus particulièrement de produits illégaux, fait partie intégrante de la vie sociale européenne. Malgré la « guerre contre la drogue », les produits envahissent le marché en nombre croissant et les consommateurs sont de plus en plus nombreux. Cette « guerre », concrétisée sur le plan politico-judiciaire par la loi sur les stupéfiants, a eu des conséquences importantes sur les établissements pénitentiaires. En effet, le nombre de consommateurs de drogues détenus pour consommation, trafic ou faits connexes, a considérablement augmenté au cours des dix dernières années. De façon générale, l'on admet qu'aujourd'hui, quelque 50% de la population carcérale sont des consommateurs de drogues, parmi lesquels 30% (soit 15% de la population totale) consomment par voie intraveineuse. Il va de soi que la croissance explosive de ce type de population dans l'univers carcéral pose de nouveaux défis. Dans ce contexte, les soins de santé préventifs et curatifs constituent indubitablement un facteur essentiel.

Ce rapport synthétise une enquête menée sur la consommation de drogues et les comportements à risques en prison. Celle-ci vise à développer un outil de recherche épidémiologique qui permettra d'améliorer la santé des détenus, et par extension celle du personnel, dans les établissements pénitentiaires.

Il nous paraît important de définir préalablement quelques concepts utilisés par l'équipe de recherche.

Nous avons utilisé le terme « consommateurs de drogues », car la notion de « toxicomane » n'offre pas une définition précise. Dans la littérature, les concepts de « drogues », « consommateur » ou « toxicomane »¹ revêtent des significations totalement différentes en fonction des auteurs. Lorsque dans ce rapport, nous évoquons les « consommateurs de drogues », nous ne visons que les « personnes qui consomment de la drogue », indépendamment du fait qu'elles entretiennent un lien de dépendance, qu'elles soient consommatrices occasionnelles ou non, qu'elles consomment des produits illégaux ou non.

Pour la notion de « santé », nous nous référons à la définition générale de l'Organisation mondiale de la santé (OMS)², même si celle-ci vise un idéal difficile à concrétiser dans la vie quotidienne, sans parler du milieu carcéral. La relation, saine ou non, qu'entretient une personne avec le produit qu'elle consomme n'est pas prise en considération comme indice de santé.

Cette enquête ciblait en premier lieu la problématique des drogues dites illégales. Cette restriction s'est imposée étant donné nos moyens limités, tant en temps qu'en argent. Vu toutefois que la différence entre les substances illégales (telles qu'elles sont annexées à la Convention des Nations Unies) et d'autres psychotropes (surtout ceux qui engendrent la

¹ KAMINSKI, D. ; « Toxicomanie : le mot qui rend malade », *Déviance et Société*, 1990, vol. 14, n°2, pp. 179-196

² La définition de l'OMS : ... « la santé est un état de complet bien-être physique, mental et social et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité ».

dépendance comme le tabac, l'alcool et certains médicaments souvent prescrits) tend de plus en plus à disparaître, il nous paraît nécessaire d'approfondir la problématique de ces substances psychotropes.

Les recherches scientifiques menées en France par le professeur Roques³ se concluent de manière extrêmement claire sur un tableau mettant sur pied d'égalité alcool et héroïne. Ce rapport n'est pas le seul à dénoncer cet état de fait. En Angleterre, des conclusions similaires ont été tirées par rapport au tabac (exception faite de la « dangerosité sociale » vu le caractère illégal des opiacés).⁴

De même, M. Gentilini⁵ affirme qu'il faut aborder l'ensemble du problème de la dépendance, vis-à-vis de substances illégales ou non, au travers de soins préventifs et curatifs de qualité. Enfin, les travaux de M. Jaeger et M. Monceau⁶ indiquent l'équivalence attribuée par les détenus aux médicaments psychotropes et aux drogues illégales en prison. Les médicaments psychotropes revêtent en effet la même fonction, à savoir combler au maximum le « déficit santé » (stress, angoisse, insomnie) lié à l'incarcération, surtout dans les premières semaines de détention.

Nous recommandons dès lors d'envisager les substances psychotropes dans leur ensemble, sans se limiter à une partie d'entre eux, à savoir les produits illégaux.

Comme nous l'avons déjà signalé, cette démarche n'a pas été possible dans le cadre de la présente recherche et nous ne nous sommes donc penchés sur la consommation d'alcool et de médicaments en prison que de manière marginale.

Ce rapport se compose des parties suivantes:

- « **Méthodologie : le processus de recherche** » retrace le déroulement de l'enquête;
- « **Quelques spécificités de la population carcérale** » analysent les caractéristiques sociales-démocratiques, la surreprésentation des consommateurs de drogues et le profil santé;
- « **Les relations au sein de la prison et la présence de drogues** » présentent la manière dont se nouent les relations entre les acteurs pénitentiaires et traitent du trafic de drogues ainsi que les différentes formes de violence;
- « **La politique pénitentiaire** » aborde la lutte contre la consommation de drogues (détection et sanction), le régime, les aspects traitement et prévention;

³ Problèmes posés par la dangérosité des "drogues" ; Rapport du Professeur Roques au Secrétaire d'Etat à la Santé, MILDT, mai 1998

⁴ BRITTON J. et al; Nicotine addiction in Britain. A report of the Tobacco Advisory Group of the Royal College of Physicians, London, february 2000

⁵ GINTILINI M.; Problèmes sanitaires dans les prisons : maladies infectieuses et toxicomanies ; Flammarion, Paris, 1998

⁶ JAEGER M., MONCEAU M.; La consommation des médicaments psychotropes en prison, Ramonville Saint-Agne, Erès, 1996

- ensuite, nous avons considéré de plus près les aspects « **L'usage de drogues et les comportements à risques en prison** »;
- l'objectif final de cette recherche était la « **Mise au point d'un instrument épidémiologique** ». La partie 7 présente cet instrument qui se compose de trois volets. Il est important de noter que l'instrument n'a pas pu être testé dans son intégralité vu le peu de temps consacré à l'enquête. Seul le premier volet, à savoir un questionnaire destiné aux détenus, a pu être soumis à un test préalable. Les résultats de ce test sont repris dans cette partie également;
- enfin, le rapport conclut sur une série de « **Recommandations** » concernant, d'une part, le suivi relatif à l'instrument épidémiologique et d'autre part, la politique en matière de drogues en milieu pénitentiaire.

2 METHODOLOGIE : LE PROCESSUS DE RECHERCHE

2.1 PRESENTATION

Le point X du « Programme de recherches socio-économiques prospectives », approuvé par le conseil des Ministres le 17 mars 1995, prévoit l'exécution d'études d'aide à la décision politique et dans ce cadre, les Services fédéraux des Affaires scientifiques, techniques et culturelles ont lancé un appel visant à recueillir des propositions de réalisation d'une « étude concernant la mise au point d'un instrument de recherche épidémiologique concernant l'usage de la drogue et le comportement à risque avant, pendant et après la détention ».

Deux projets de recherche ont été retenus : celui de la Free Clinic et de son partenaire, Modus Vivendi et celui de l'Université Libre de Bruxelles et de l'Université Catholique de Louvain. La présente étude a été menée pendant un an par neuf chercheurs au total, répartis de la manière suivante : trois personnes représentant un équivalent temps plein (ETP) pendant 9 mois à la Free Clinic, quatre personnes représentant ½ ETP pendant un an à Modus Vivendi, une personne engagée pour un an à ½ ETP à l'U.L.B. et une personnel engagée pour un an à ¼ ETP à l'U.C.L. La composition de l'équipe de recherche a nécessité, dans un premier temps, l'organisation de réunions préparatoires en vue de mettre au point un protocole de recherche commun, alliant les deux projets, ainsi que les modalités de collaboration et la répartition des tâches entre les différents chercheurs.

Au cours de ces réunions, l'équipe de recherche a mis en évidence plusieurs préalables communs.

1. La présente recherche s'insère exclusivement dans le cadre de problématique de la santé en prison. En vue de garantir cette optique et de ne pas voir l'instrument épidémiologique détourné à des fins de contrôle et de répression de l'usage de drogues, l'équipe de recherche a posé comme conditions *sine qua non* de la réalisation de l'étude, la gestion autonome de l'instrument épidémiologique par rapport à l'utilisateur (l'administration pénitentiaire) ainsi que la confidentialité des données récoltées. A cette fin, un avenant a été inséré dans les contrats de recherche, à l'article 12 relatif au secret professionnel (annexe I : spécifications techniques), aux termes duquel « En aucun cas, le ministère de la Justice, et plus particulièrement la Direction générale des établissements pénitentiaires, ne pourra gérer directement l'instrument épidémiologique mis au point dans le cadre de cette recherche. La gestion de celui-ci devra être attribuée à un organisme public ou privé indépendant ».
2. Aux termes du premier principe du préambule de la Constitution de l'O.M.S., « la santé est un état de complet bien-être physique, mental et social et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité »⁷. Sur cette base, les chercheurs ont adopté une vision large de que ce peut être un instrument épidémiologique relatif à l'usage de drogues

⁷ Constitution de l'O.M.S., (1948) 14 *R.T.N.U.* 185, cité par DAVID, E. ; « Le droit à la santé comme droit de la personne humaine », *Rev. québécoise dr. intern.*, 1985, p. 63. Le 2^{ème} principe énonce que « la possession du meilleur état de santé (...) constitue l'un des droits fondamentaux de tout être humain ».

en prison afin de prendre en compte l'ensemble des paramètres ayant une influence sur la santé en prison. En effet, l'objectif de l'épidémiologie étant l'amélioration de la santé d'un groupe déterminé, il convenait de ne pas se limiter à l'usage et aux risques qui découlent de la consommation proprement dite mais de porter également notre attention sur les facteurs de santé et le « climat social », c'est-à-dire sur les variables relatives au contexte institutionnel. En d'autres termes, la prison étant un milieu où il existe un certain nombre de risques pour la santé —l'usage de drogues n'étant qu'un risque parmi d'autres—, il était judicieux d'adopter une perspective plus large en recherchant les modalités d'organisation de l'institution carcérale qui constituent également des facteurs influençant la santé des détenus.

3. S'agissant de mettre au point un instrument permettant d'évaluer notamment la prévalence de l'usage de drogues et des comportements à risques associés dans l'optique d'élaborer une politique de santé adéquate en matière de drogues, l'équipe a signalé d'emblée que la mesure de cette prévalence ne pouvait être envisagée, contrairement à ce que mentionne l'appel d'offre, ni avant, ni après la détention. Par contre, elle peut être mesurée au début et à la fin de celle-ci pour permettre une mesure dynamique rendant compte des « effets » du séjour en prison.

Quant à la répartition des tâches, nous avons pris comme option de considérer les différentes phases de la recherche (de la préparation à la rédaction du rapport final) comme formant un ensemble de sorte que tous les chercheurs ont participé aux différentes étapes de réalisation du projet. Cette option nous a permis d'exploiter les avantages de la composition pluridisciplinaire de l'équipe de recherche (médecins, criminologues, psychologues,...). Deux exceptions doivent cependant être relevées : la première concerne la coordination de la recherche qui a été assurée par la Free Clinic ; la seconde vise la récolte des données empiriques réalisée principalement par la Free Clinic et Modus Vivendi.

La présente étude peut être découpée, en vue d'en faciliter la présentation, en quatre étapes.

2.2 LA PREMIERE ETAPE

La première étape de recherche a été consacrée, d'une part, à la collecte et à l'analyse d'un matériau documentaire descriptif et analytique, sur le plan national et international, dont l'objet principal était de circonscrire la problématique et d'en définir les paramètres utiles à son traitement et d'autre part, à la recherche, par le biais notamment de contacts avec les réseaux européens, des instruments épidémiologiques existants en matière de santé en général et plus particulièrement, en matière d'usage de drogues *intra et extra muros*.

A cet égard, des tâches spécifiques ont été attribuées aux différents partenaires de recherche en fonction des compétences particulières des chercheurs. Ainsi, la Free Clinic s'est centrée sur les comportements à risques et les aspects sanitaires de l'usage de drogues, Modus Vivendi s'est particulièrement intéressée aux maladies contagieuses (VIH/SIDA, hépatites B et C), l'U.L.B. s'est occupée des questions relatives à la politique criminelle et pénitentiaire en vue d'une contextualisation de l'instrument épidémiologique et l'U.C.L. s'est penchée sur le recensement des facteurs essentiels dont l'instrument devait tenir compte en matière de santé, des recommandations internationales en la matière, des instruments existants dans d'autres pays et des moyens actuels ou qui seront développés dans un proche avenir au sein de l'administration pénitentiaire et qui pourraient être utilement mis à profit pour répondre aux questions (ou à une partie des questions) posées par les demandeurs de la recherche.

Cette analyse documentaire préalable a été complétée par la participation de certains membres de l'équipe à différents colloques et conférences : le Troisième séminaire européen sur le V.I.H. et les hépatites virales en milieu carcéral, Milan, 28-29 mai 1999, les cinq séminaires relatifs à la santé en prison organisés par la FIDEX⁸ de février à juin 1999, les journées d'études *Politique en matière de justice*, organisées par les SSTC, les 11, 25 mai et 1^{er} juin 1999, l'après-midi de réflexion organisée par la Plate-forme de concertation pour la santé mentale pour Bruxelles-Capitale, le 1^{er} octobre 1999 sur le thème *Quelle interface Santé mentale – Justice ?*, le cycle des séminaires 1999 organisé par l'asbl Interstices du CHU Saint-Pierre sur le thème *Drogues et sciences de la vie humaine*, L'Atelier 3, « Assistance aux usagers de drogues en prison » du Septième Congrès National *Gestion de drogues 2000*, organisé à Gand, les 26-27 octobre 1999, séminaire sur 'Les délinquants usagers de drogues en prison et après libération', organisé par le Groupe Pompidou à Strasbourg du 4 à 6 octobre 1999.

Des informations ont également été récoltées par le biais d'entretiens avec des représentants du service médical central et du service psychosocial de la Direction générale des établissements pénitentiaires. Le secteur associatif de l'aide aux justiciables et de l'aide aux toxicomanes a également été consulté comme, par exemple, le service d'aide aux justiciables d'Anvers et les organisations du V.V.B.V. (association flamande des centres pour l'aide aux toxicomanes). Enfin, plusieurs experts étrangers ont été rencontrés : ceux du réseau REITOX attachés à l'Observatoire européen des drogues et des toxicomanies, ceux du Haut comité de la santé publique en France, le Dr J. HAWKES, coordinatrice du projet « Health in Prisons » du Bureau européen de l'O.M.S., ou des chercheurs universitaires auprès de la Maison des

⁸ FIDEX : Fédération bruxelloise des institutions pour détenus et ex-détenus.

sciences de l'homme (M. BESSIN) ou de l'Université Paris 7 (D. LHUILIER) ainsi que les Cranstoun Drug Services (F. Ambrosini), le Trimbos Institute (F. Trautmann) et le Réseau Européen « Encouraging Health Promotion for Drug Users within the Criminal Justice System ».

Il convient de préciser que l'étude de la littérature ne fait pas l'objet d'une partie spécifique du rapport. Il nous a semblé plus adéquat d'articuler l'analyse documentaire à l'analyse empirique dans la mesure où cette formule présente l'avantage d'éviter les redites et d'étayer les hypothèses et/ou les choix effectués dans la création de l'instrument épidémiologique.

2.3 LA DEUXIEME ETAPE

La deuxième phase de la recherche concerne la mise au point de la pré-enquête, sa réalisation et le traitement des données récoltées.

Dans un premier temps, l'équipe de recherche a dû résoudre la question de savoir quelle méthode, qualitative (entretien) ou quantitative (questionnaire), était la plus adéquate pour réaliser cette pré-enquête. Etant donné que « toute méthodologie doit être choisie en fonction des objectifs de la recherche, en fonction du type de résultat escompté, du type d'analyse que l'on souhaite effectuer »⁹, nous sommes arrivés à la conclusion que le sondage n'était pas le meilleur moyen pour traiter notre champ d'investigation. En effet, l'objectif de la pré-enquête était, non pas de recueillir des données en vue de fournir des résultats concernant l'usage de drogues et les risques qui y sont associés mais d'identifier les éléments nécessaires pour constituer l'instrument épidémiologique. En d'autres termes, la pré-enquête devait servir d'une part, à déterminer les variables (comportementales et contextuelles) ayant une incidence sur la santé des détenus, l'usage de drogues et les risques sanitaires qui y sont associés en milieu carcéral et, d'autre part, à découvrir les conditions de récolte des données épidémiologiques, auprès des détenus et éventuellement des gardiens, propres à répondre aux critères de qualité d'un système de surveillance épidémiologique¹⁰, et plus particulièrement l'acceptabilité, c'est-à-dire la participation des acteurs concernés. C'est donc la précision ou la profondeur des informations que nous souhaitons obtenir qui a été déterminante dans le choix de l'entretien semi-directif étant entendu que le recours à l'entretien repose sur l'hypothèse que l'information la plus facilement accessible — celle atteinte par questionnaire — est la plus superficielle, la plus stéréotypée et la plus rationalisée alors que l'information obtenue par entretien correspond à un niveau plus profond car il existe une relation entre le degré de liberté de parole et le niveau de profondeur de l'information, qui serait censurée par l'utilisation d'une autre méthode¹¹.

Ayant dégagé, au regard des observations recherchées, l'intérêt de réaliser, dans la phase exploratoire, une approche qualitative de type inductif, préalable à la mise au point de l'instrument épidémiologique, il fallait encore envisager trois autres niveaux des questions

⁹ ALBARELLO, L., DIGNEFFE, Fr., HIERNAX, J.-P., MAROY, Chr., RUQUOY, D., de SAINT-GEORGES, P. ; *Pratiques et méthodes de recherche en sciences sociales*, Paris, Armand Colin éd., coll. « Coursus », 1995, p. 34.

¹⁰ A cet égard, voyez partie VII : Mise au point d'un instrument épidémiologique

¹¹ MICHELAT, G. ; « Sur l'utilisation de l'entretien non directif en sociologie », *Rev. fr. sociol.*, 1975, vol. XVI, p. 231.

méthodologiques : auprès de qui rechercher les observations ?, comment les récolter ? et comment les traiter ?

La première question, à savoir celle du choix de l'échantillon, nécessitait de définir préalablement, la population de référence. Le fait que, d'une part, nous cherchions à approfondir notre connaissance des pratiques d'usage de drogues, des comportements à risques et des autres facteurs, d'ordre contextuel, qui ont une influence sur la santé des détenus, et que, d'autre part, l'ensemble des détenus (usagers et non-usagers) comme l'ensemble du personnel des établissements pénitentiaires (médical, psycho-social, de surveillance, de direction) sont confrontés, d'une manière ou d'une autre, à la problématique de l'usage de drogues, nous a amené à la conclusion que se sont ces deux groupes d'individus qui devaient constituer notre population mère.

Quant au choix de l'échantillon, nous savons que « dans les études qualitatives, on interroge un nombre limité de personnes. La question de la représentativité au sens statistique du terme ne se pose donc pas. Le critère qui détermine la valeur de l'échantillon devient son adéquation avec les objectifs de la recherche en prenant comme principe de diversifier les personnes interrogées et en vérifiant qu'aucune situation importante n'a été oubliée. Dans cette optique, les individus ne sont pas choisis en fonction de l'importance numérique de la catégorie qu'ils représentent mais plutôt en raison de leur caractère exemplaire »¹². Il convient donc essentiellement de retenir les variables dont on présuppose qu'elles permettront de rendre compte de la diversité des réactions possibles face au phénomène étudié : il y a les variables classiques (sexe, âge,...) qui constituent des contextes de socialisation producteurs de différences quel que soit le thème de l'étude et les variables stratégiques, liées au thème de l'étude.

Prenant en considération les limites matérielles de la recherche ainsi que l'un des critères de validation des méthodes qualitatives, la notion de saturation¹³ (qui est atteinte lorsque les techniques utilisées ne fournissent plus d'éléments nouveaux et qui confère une base solide à la généralisation lorsqu'elle est atteinte¹⁴), nous avons fixé le nombre d'individus interrogés à 40 d'autant que l'expérience montre qu'en général, au-delà de 30 ou 40 entretiens, les entretiens supplémentaires n'apportent plus une information suffisante pour justifier l'augmentation du corpus¹⁵.

¹² ALBARELLO, L. *et al.*; *op.cit.*, p. 72.

¹³ MUCHIELLI, A. ; *Les méthodes qualitatives*, Paris, PUF, coll. « Que sais-je ? », n°2591, 2^{me} éd., 1994, pp. 16-19. La saturation constitue un critère de scientificité et de fiabilité au même titre que la représentativité dans les méthodes statistiques. Les autres critères de validation des méthodes qualitatives sont : l'acceptation interne (les résultats de la recherche doivent être reconnus comme pertinents par les acteurs sociaux sur lesquels porte la recherche) ; la complétude (critère lié à la qualité de la synthèse qui doit restituer la globalité du phénomène) ; cohérence interne (le phénomène décrit est rendu compréhensible à travers la prise en compte d'une totalité en tant que système ayant sa cohérence) ; confirmation externe (acceptabilité des résultats par les spécialistes et experts de la question n'ayant pas fait l'étude [reconnaissance de la plausibilité des résultats]).

¹⁴ MUCHIELLI, A. ; *op.cit.*, p. 115.

¹⁵ MICHELAT, G. ; *op.cit.*, p. 245.

Eu égard au souci de diversification des personnes interrogées, celles-ci se répartissent en quatre groupes.

1. Une dizaine de détenus, répartis pour moitié entre les prisons francophones (6 détenus) et néerlandophones (5 détenus). Afin de ne pas rendre trop lourde, ni coûteuse la méthode de choix des détenus interrogés mais aussi dans l'optique de toucher l'ensemble des détenus (usagers ou non) désireux de parler de la problématique soumise à notre étude, un appel aux volontaires a été affiché dans l'ensemble des sections et dans le service médical des prisons choisies pour mener la pré-enquête¹⁶. Cet appel aux volontaires précisait l'objet de l'étude, la qualité des instances de recherche (indépendante de l'administration pénitentiaire) et le fait que les participants seraient rémunérés par une carte de téléphone. Les inscriptions des détenus volontaires ont transité par le service médical. Parmi les détenus ayant répondu à l'appel, les premiers inscrits ont été privilégiés tout en essayant de maintenir un équilibre entre les détenus identifiés comme usagers de drogues et ceux qui ne le sont pas. Les femmes (2 au total) ont également été prises en considération étant donné qu'il y a une forte proportion d'usagers de drogues parmi celles-ci.
2. Initialement, nous avons décidé d'interroger une dizaine d'ex-détenus ayant une longue histoire d'usage de drogues et d'incarcération, ceux-ci semblant plus enclins à parler librement que les détenus. En effet, lors de recherches précédentes, Modus Vivendi avait rencontré des difficultés quant à la qualité des informations obtenues au cours d'entretiens avec des détenus, difficultés dues au fait que ces derniers seraient réservés pour parler de certaines thématiques. Un autre élément justifiant ce choix est que ces personnes ont connu différentes prisons et les différentes phases de l'incarcération (détention préventive, condamnation, congés pénitentiaires, libération). Si le nombre d'ex-détenus interrogés avait été porté théoriquement à 15, au cas où trop peu de détenus se seraient déclarés volontaires, en fin de compte 18 personnes ont été interviewées (6 francophones et 12 néerlandophones). Cette disparité quantitative trouve sa source dans les différences de possibilités de contacts avec des ex-détenus usagers de drogues rencontrées dans la partie francophone et la partie néerlandophone du pays. Côté néerlandophone, les ex-détenus usagers de drogues ont été contactés via deux modalités : le centre ambulatoire de la Free Clinic (MASS d'Anvers) et les travailleurs de rue, afin de toucher des personnes qui ne sont pas en contact avec les instances d'aide. Du côté francophone, des difficultés ont été rencontrées dans la mesure où plusieurs associations ont refusé de parler de la recherche aux personnes dont elles assurent la prise en charge en raison de possibles interférences avec le travail entrepris. Des affiches annonçant l'appel aux volontaires ont été placées dans différents lieux (CAP-ITI, CCLA, Transit, Diapason,...) sans grand succès. Les MASS de Mons et de Charleroi ont été mise à contribution et des contacts ont été recherchés avec des éducateurs de rue.
3. 10 agents pénitentiaires, répartis pour moitié entre les prisons francophones et néerlandophones. En pratique, un courrier a été adressé aux directions des établissements en vue d'annoncer la date de la venue des enquêteurs et le nombre de surveillants à

¹⁶ Voyez *infra* pour le choix des prisons.

interroger. Ainsi, ce sont des surveillants disponibles au moment de la réalisation de l'interview qui ont été rencontrés.

4. 10 membres du personnel médical : 3 médecins et 2 infirmiers dans les prisons francophones choisies ; 2 médecins et 3 infirmiers dans les prisons néerlandophones. Parmi les médecins, qu'ils soient généralistes ou psychiatres, nous avons choisi des personnes qui présentent une longue expérience en matière de traitement des toxicomanes en prison. Celles-ci ont directement été contactées par les enquêteurs en vue de fixer un rendez-vous. En ce qui concerne les infirmiers, c'est le critère de l'ancienneté qui a été pris en compte.

Au vu de la présentation des individus interrogés, on notera que le personnel du service psychosocial, à l'exception des psychiatres, a été écarté en raison des limites imparties à la pré-enquête. En effet, la mise en place d'entretiens avec ce personnel présentait un rapport coût/bénéfice peu favorable dans la mesure où celui-ci est essentiellement engagé dans des tâches d'expertise ou de mise en place des projets de sortie, dans le cadre de la procédure des congés pénitentiaires ou de la libération conditionnelle. Néanmoins, un psychologue a été interviewé en raison de sa demande insistante.

Les établissements pénitentiaires dans lesquels nous avons réalisé la pré-enquête sont la maison d'arrêt de Jamioulx, le Centre de détention de Saint-Hubert, la maison d'arrêt d'Anvers et le complexe pénitentiaire de Bruges. Ces établissements ont été choisis de manière à assurer la diversité de leurs caractéristiques¹⁷ : établissements du Sud et du Nord du pays ; maisons d'arrêt et établissements pour peines ; prisons appartenant toutes à la « première classe »¹⁸ en raison de leur importance mais la prison de Bruges est l'un des six établissements belges à avoir une capacité supérieure à 400 places ; prisons anciennes ayant bénéficié de rénovations et prisons plus récentes ; prisons de type architectural différent ; prison ouverte à destination agricole et prisons fermées ; régimes allant du régime cellulaire de sécurité à la vie en communautaire sur section ; population composée de prévenus, de condamnés, d'internés, d'hommes et de femmes. Ajoutons encore qu'au sein des établissements choisis, on trouve deux annexes psychiatriques, deux sections pour femmes et un centre médical. Deux de ces établissements ont développé un projet de section spécifique pour usagers de drogues.

Bien qu'un certain nombre d'usagers de drogues soient internés, nous n'avons pas pris en considération les établissements de défense sociale pour des motifs liés aux limites matérielles de la présente recherche. Le fait que les établissements de défense sociale n'aient pas spécifiquement fait l'objet d'investigation dans le cadre de cette recherche ne constitue cependant pas un obstacle à ce que l'instrument épidémiologique mis au point puisse y être appliqué. Par ailleurs, nous avons été attentifs à la problématique des annexes psychiatriques qui, dans certains établissements pénitentiaires, reçoivent notamment les usagers de drogues en période de sevrage.

¹⁷ Pour un relevé des caractéristiques des établissements choisis pour réaliser la pré-enquête, voyez Direction générale des établissements pénitentiaires, *Rapport d'activité 1998*, [Bruxelles], Ministère de la Justice, s.d., pp. 47, 50, 61-62, 84.

¹⁸ Direction générale des établissements pénitentiaires, *Rapport d'activité 1998, op.cit.*, p. 42.

La décision de réaliser les entretiens avec les détenus et le personnel dans les mêmes prisons est justifiée par la nécessité de pouvoir procéder à la triangulation des informations. Conscients du fait que cette option comporte le biais de voir les enquêteurs catalogués de « pro-détenus » par les surveillants¹⁹ —risque déjà contenu dans l'objet même de la recherche—, nous avons tenté de limiter ce biais en assurant la récolte d'informations auprès de ces deux groupes par des enquêteurs différents, le même jour.

La récolte des données a été réalisée sur base de guides d'entretien²⁰ semi-structurés et adaptés à chaque groupe de personnes interrogées. Ces guides ont été élaborés autour d'hypothèses quant aux pratiques d'usage de drogues en prison et aux facteurs de risques pour la santé, traduites en variables et en indicateurs, mais aussi autour des conditions de mise en œuvre de l'instrument épidémiologique.

Les variables prises en compte dans ces guides d'entretien sont au nombre de huit :

- *la variable « temporelle »* : première incarcération ou plusieurs, les moments importants de la détention (entrée, jugement, approche de la sortie), durée de la détention ;
- *la variable « géographique »* : maisons d'arrêt et établissements pour peines, prisons ouvertes et fermées, taille de l'établissement ;
- *la variable « régime »* : régime non spécifique et spécifique (section dite sans drogue, annexe psychiatrique), régime cellulaire et communautaire, occupations sportives et culturelles, possibilités de travail et de formation, contacts avec l'extérieur ;
- *la variable « relationnelle »* : qualité des relations entre détenus et surveillants, attitude des surveillants face à la drogue et aux usagers, attitude du directeur face à l'usage et au trafic (détection et sanctions), formation des surveillants et des directions, relations entre détenus usagers et/ou non-usagers ;
- *la variable « prise en charge »* : disponibilité du personnel médico-psycho-social, politique de prescription, attitude face aux traitements de substitution, modalités de préparation et de distribution des médicaments, possibilités de dépistage, éducation pour la santé et prévention, intervenants extérieurs ;
- *la variable « accessibilité au produit »* : organisation du trafic, modalités d'entrée et de circulation dans la prison, produits disponibles et qualité, prix, violences connexes, détournement de médicaments issus du service médical ;
- *la variable « comportementale »* : changements dans les produits utilisés et les modalités de l'usage par rapport à l'extérieur, overdose, désinfection du matériel d'injection, de piercing et de tatouage, pratiques sexuelles et protection contre les risques, autres facteurs comportementaux de risques pour la santé ;

¹⁹ CHAUVENET, A., BENGUIGUI, G., ORLIC, Fr. ; *Le personnel de surveillance des prisons. Essai de sociologie du travail*, Convention de recherche entre le Conseil de la recherche de ministère de la Justice et l'EHESS (janvier 1990), Paris, Centre d'étude des mouvements sociaux, CNRS, Ecole des Hautes Etudes en sciences sociales, mai 1992, p. 1.

²⁰ Les guides d'entretien sont reproduits à l'annexe 1.2

- *la variable « instrument épidémiologique »* : qualité des interviewers, moment (in)adéquat, formulation des questions, motifs de (non-)participation.

Après retranscription, les entretiens ont fait l'objet d'une analyse de contenu²¹. Cette analyse visait à vérifier les hypothèses émises par l'entremise de catégories prévues à l'avance mais aussi à faire apparaître, le cas échéant, des variables ou facteurs d'influence ignorés. Dans cette optique, les entretiens ont fait l'objet de plusieurs lectures par des personnes différentes pour dégager les extraits de discours essentiels par rapport à l'objectif de la recherche. Au terme de ces lectures, quasiment toutes les variables mentionnées *supra* ont été repérées dans les entretiens tandis qu'aucun nouveau facteur d'influence pour la santé n'a été identifié. L'analyse a, par ailleurs, tenu compte des contradictions et des conflits d'interprétation : lorsque des contradictions sont apparues dans les entretiens analysés, nous les avons mentionnées dans le rapport²². Signalons que les extraits d'entretien reproduits pour illustrer notre propos comportent les indications suivantes, en fonction de l'émetteur du discours :

- (S): surveillants,
- (D) : détenus,
- (M) : personnel médical.

Parallèlement aux entretiens réalisés dans les prisons sélectionnées pour réaliser la pré-enquête, un courrier a été adressé aux directions de l'ensemble des établissements pénitentiaires afin d'obtenir une actualisation des données récoltées dans le cadre de la recherche réalisée par l'équipe U.L.B.-U.C.L. et l'université de Gand en 1997²³. Les questions portaient sur les six objets investigués par cette précédente recherche : la détection des produits et des usages, les sanctions prises à l'égard des usagers et des dealers, le régime, la formation des personnels, la prise en charge médico-psycho-sociale et les structures opérationnelles. Malheureusement, nous n'avons obtenu que 12 réponses dont 6 ne sont pas exploitables car elles proposent une rencontre justifiée par le fait qu'une réponse écrite prendrait trop de temps. Une rencontre avec les directeurs de l'ensemble des établissements pénitentiaires belges n'était matériellement pas envisageable étant donné les délais impartis pour réaliser l'étude. Toutefois, afin de compléter l'actualisation des données, nous avons procédé à une prise de contact téléphonique avec les directions de différentes prisons, voire avec les services médicaux, sur base d'une grille standardisée reprenant des items précis. Des informations ont ainsi été obtenues pour 12 établissements supplémentaires.

²¹ GRAWITZ, M. ; *Méthodes des sciences sociales*, Paris, Dalloz, 9^{ème} éd., 1993, pp. 533 et s.

²² La grille d'analyse est reproduite à l'annexe 1.3.

²³ ADAM, Ch., BARTHOLEYNS, Fr. ; *Politique pénitentiaire en matière de drogues*, Rapport de recherche commandité par l'Administration des établissements pénitentiaires et dirigé par D. Kaminski et Ph. Mary, octobre 1997 , ULB / UCL. DE RUYVER B., VAN LIMBERGEN M., BALTHAZAR T., VAN DAELE L., VANDER BEKEN T., VERMEULEN G., VAN IMPE K., FLAVEAU A.; *Penitentiair Drugsbeleid : voorontwerp van beleidsnota voor de aanpak van de druggerelateerde problemen in de Belgische penitentiaire inrichtingen vanuit een geïntegreerd perspectief*, Universiteit Gent, 1997

2.4 LA TROISIEME ETAPE

La troisième étape de la recherche a été consacrée à la mise au point de l'instrument épidémiologique.

Dans un premier temps, plusieurs réunions de travail ont été consacrées à la mise en commun des données issues de la littérature et de la pré-enquête. Celles-ci ont abouti à la formulation d'un instrument épidémiologique comprenant trois volets qui seront présentés en détails dans la septième partie²⁴ du présent rapport.

Le premier volet est un questionnaire adressé aux détenus portant principalement sur les pratiques d'usage de drogues et sur les facteurs de risques comportementaux et contextuels.

Le deuxième volet consiste d'une part, à intégrer, dans le programme « Epicure » de l'administration pénitentiaire, les réponses à un questionnaire auto-administré relatif à l'état de santé et d'autre part, à en extraire des données objectives relatives à la santé des détenus mais aussi à accéder aux données administratives et judiciaires utiles.

Le dernier volet comporte deux questionnaires (l'un adressé aux directeurs, l'autre destiné aux services médicaux) en vue de recueillir des données sur l'organisation des services médicaux et la politique locale en matière d'usage de drogues, qui sont des facteurs ayant une influence sur la santé des détenus. L'équipe de recherche a estimé ne pas devoir adjoindre un questionnaire destiné aux surveillants, d'une part, parce que les informations recherchées pouvaient être obtenues par le biais des autres modalités de récolte de données mises en œuvre et d'autre part, parce qu'un tel questionnaire serait alors venu alourdir inutilement l'instrument épidémiologique.

Par ailleurs, connaissant l'importante dépendance de l'administration pénitentiaire à l'égard des différentes instances pénales intervenant en amont et déterminant la population détenue, l'instrument devra intégrer diverses données contextuelles si l'on veut véritablement être en mesure d'adapter la politique menée en matière de drogues. Ainsi, les instruments d'orientation de la politique criminelle en matière de drogues (législation, réglementation, circulaires,...) et les données statistiques policières et judiciaires relatives au contentieux « stupéfiants » devront être répertoriées et actualisées lors de chaque application de l'instrument épidémiologique. Relevons toutefois que l'intégration des statistiques criminelles à l'instrument épidémiologique, dans l'optique de fournir à l'administration pénitentiaire des indications supplémentaires sur les caractéristiques de la population qu'elle aura à prendre en charge, en vue d'adapter anticipativement sa politique, reste actuellement un idéal impossible à atteindre en raison des problèmes des statistiques criminelles belges. En effet, si les statistiques policières font l'objet d'une intégration et d'une mise à jour permanente par le Service général d'appui policier (sans que ces statistiques soient utiles à l'administration pénitentiaire, notamment en raison du nombre important de classements sans suite), ce n'est pas le cas des statistiques judiciaires. Ces dernières font, d'une part, l'objet d'une intégration qui n'est que partielle et d'autre part,

²⁴ Voir partie 7 : Mise au point d'un instrument épidémiologique.

sont produites annuellement mais avec plusieurs années de retard de sorte qu'elles ne sont actuellement d'aucune utilité pour l'administration pénitentiaire²⁵.

Dans un second temps, l'instrument épidémiologique élaboré de manière théorique aurait dû être affiné empiriquement. Malheureusement, le délai imparti à la présente recherche n'a pas permis d'appliquer une première fois, en totalité, l'instrument épidémiologique en vue de le tester et de l'adapter, le cas échéant, ni de procéder à l'intégration des données issues des différents volets. L'équipe de recherche insiste dès lors sur la nécessité de prolonger cette recherche en vue de finaliser l'instrument épidémiologique.

Toutefois, le volet « questionnaire détenus » a fait l'objet d'un test à la prison de Saint-Gilles qui réunit des détenus francophones et néerlandophones, condamnés et prévenus, mais également auprès des femmes incarcérées à Anvers, qui sont principalement des prévenues ou condamnées à de courtes peines. Comme dans le cadre de la pré-enquête, un appel aux volontaires, rémunérés par une carte de téléphone, a été réalisé par voie d'affichage et une lettre présentant la recherche a été distribuée dans les cellules le jour précédant la venue des enquêteurs. Les détenu(e)s volontaires ont été appelés par les surveillants et ont rempli les questionnaires, par groupes d'une quinzaine, en l'absence des surveillants, après quelques explications fournies par les enquêteurs. Ils avaient la possibilité de poser toutes les questions nécessaires à leur compréhension et les questionnaires remplis ont été déposés dans une urne par leurs soins. Outre la carte téléphonique, les détenu(e)s pouvaient repartir avec une brochure d'information et des préservatifs.

2.5 LA QUATRIEME ETAPE

La quatrième et dernière étape de la recherche a consisté en la rédaction du rapport final ainsi qu'en l'élaboration des recommandations. Ces dernières ont été formulées au regard des données empiriques et théoriques récoltées par l'équipe de recherche et portent essentiellement sur les conditions d'utilisation de l'instrument épidémiologique, sur les possibilités d'utilisation pour des recherches de suivi, sur les possibilités d'exploitation de l'instrument en connexion avec des instruments semblables ou comparables relatifs à des usagers de drogues non incarcérés, mais en traitement, ainsi que sur les modalités de retour d'information concernant la présente recherche et les recherches de suivi auprès des différents personnels des établissements pénitentiaires. Ensuite, nous avons également formulé des recommandations générales relatives à la politique pénitentiaire en matière de drogues et destinées à une amélioration de la santé des détenus.

Par ailleurs, le présent rapport a été traduit en français et en néerlandais.

²⁵ Les données les plus récentes à ce sujet sont reprises dans deux documents : Point d'appui statistique, Service de la politique criminelle, *Données statistiques en matière de condamnations, suspensions, internements, 1995*, Bruxelles, Ministère de la Justice, septembre 1999 ; Secrétariat général, Service statistique, *Les statistiques annuelles des Cours et Tribunaux. Données 1998*, Bruxelles, Ministère de la Justice, 1999, n°1.

3 QUELQUES SPECIFICITES DE LA POPULATION CARCERALE

3.1 INTRODUCTION

Dans cette partie, nous allons rappeler certaines caractéristiques de la population carcérale. Tout d'abord, nous présenterons brièvement le problème de la surpopulation pénitentiaire. Ensuite, nous aborderons quelques aspects du profil de la population carcérale et nous mettrons en évidence la surreprésentation des usagers de drogues en prison. Enfin, nous envisagerons les différents problèmes de santé rencontrés chez les personnes incarcérées, en lien avec le phénomène de la paupérisation.

3.2 LE PROBLEME DE LA SURPOPULATION PENITENTIAIRE

En 1998, la population carcérale moyenne s'élevait à 8130 personnes²⁶, dont 4% de femmes, répartis dans 32 établissements. Ces chiffres correspondent à un *taux d'occupation* des établissements pénitentiaires qui est de 102% par rapport au nombre de places disponibles au 31 décembre 1998. La capacité pénitentiaire a été fortement augmentée au cours des deux dernières années, sans toutefois compensé l'augmentation de la population carcérale. Si le taux d'occupation des établissements ouverts et des établissements à régime particulier est normal, la surpopulation peut atteindre plus de 50% dans certains établissements, notamment dans les maisons d'arrêt.

Si le concept de « surpopulation pénitentiaire » comporte un aspect quantitatif qui renvoie à une relation problématique entre population et capacité pénitentiaire (la première excédant la seconde), il comporte également un aspect qualitatif puisqu'il porte atteinte à la qualité de la vie et à la sécurité des détenus (et des personnels pénitentiaires), à l'espace physique individuel, à la qualité des soins médicaux, de la nourriture, etc.²⁷

Lors de son premier séminaire, le Groupe européen de recherches sur la justice pénale a dégagé une série de facteurs et de mécanismes qui peuvent expliquer l'existence de la surpopulation pénitentiaire généralisée en Europe. Les travaux du Groupe révèlent que ce phénomène est lié à l'interaction de multiples facteurs échappant à une logique linéaire et causale et qui peuvent être classés en trois catégories²⁸. La première catégorie de facteurs

²⁶ Source : Ministère de la Justice ; Administration Pénitentiaire ; 1999.

²⁷ SNACKEN, S. ; « Analyse des mécanismes de la surpopulation pénitentiaire », in MARY, Ph., PAPTAEODOROU, Th. (éd.), *La surpopulation pénitentiaire en Europe. De la détention avant jugement à la libération conditionnelle*, Actes du 1^{er} séminaire du Groupe européen de recherches sur la justice pénale tenu à Corfou du 8 au 12 septembre 1997, Bruxelles, Bruylant, 1999, p. 9.

²⁸ LEBRUN, V., GUIDICELLI, A. ; « En guise de conclusion », in MARY, Ph., PAPTAEODOROU, Th. (éd.), *La surpopulation pénitentiaire en Europe, op.cit.*, pp.192-193 ; voyez aussi, VANNESTE, Chr., « L'évolution de la population pénitentiaire belge de 1830 à nos jours: comment et pourquoi ? Des logiques socio-économiques à leur traduction pénale », *R.D.P.C.*, 1999, n°4, pp. 484-518.

concerne le fonctionnement du système d'administration de la justice pénale et notamment l'exécution des peines. Il s'agit principalement de l'augmentation des prévenus, l'augmentation de la durée de la détention préventive, l'augmentation de la durée des peines, l'augmentation de certaines catégories de personnes dont les étrangers, les « toxicomanes » et les délinquants « sexuels ». La deuxième catégorie de facteurs est liée aux modèles de représentation des acteurs du système pénal et des intervenants d'autres systèmes. Il s'agit notamment des phénomènes d'opinion publique, du rôle des médias ainsi que des facteurs relatifs aux attitudes et aux décisions des acteurs du système pénal. Enfin, des facteurs issus d'autres champs d'intervention que celui de la justice sont également recensés : « Parfois même, ceux-ci apparaissent comme plus pertinents que ceux directement liés au champ pénal. Ainsi, par exemple, l'analyse de la criminalité enregistrée ne permet pas de comprendre le phénomène, alors que par contre le lieu de résidence, l'appartenance ethnique et la situation socio-économique semblent être des pistes bien plus riches (...) »²⁹.

3.3 CARACTERISTIQUES DE LA POPULATION CARCERALE

Depuis les années 70, la population carcérale est en constante augmentation. Le chiffre de population enregistré en 1998 est comparable à 1997 mais correspond à une augmentation de 30% par rapport à la population en 1991. On observe une augmentation des personnes en détention préventive et des personnes condamnées à des peines de longue durée et une diminution de la population à la disposition de l'office des étrangers.

Tableau 1 : Population carcérale en Belgique en 1998

	<i>Nombre de détenus</i>	<i>Condamnés</i>	<i>Préventive</i>	<i>Autres motifs</i>
TOTAL	8137	61%	26%	13%

La population carcérale est une *population très mobile et fluctuante*. En 1998³⁰, il y a eu 14127 écrous, abstraction faite des retours de congés et réintégrations après soustraction à l'exécution d'une peine restrictive de liberté ou suite à une permission de sortie.

3.3.1 Répartition par titre de détention

On observe sur l'ensemble de la population carcérale, que 26% des détenus sont en détention préventive et 61% condamnés à une peine (voir tableau 1). Les 13 % restants sont détenus pour divers motifs, tous provisoires. Il existe une différence en fonction du sexe. Ainsi, on observait en 1996 chez les femmes que seules 37% étaient des personnes condamnées, plus de 40% étaient en détention préventive et 22,5% incarcérées pour des raisons diverses.

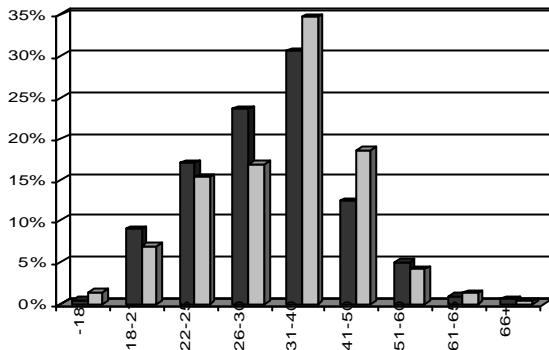
²⁹ LEBRUN, V., GUIDICELLI, A. ; « En guise de conclusion », *op.cit.*, pp. 192-193.

³⁰ Source : Ministère de la Justice. Administration des Etablissements Pénitentiaires. Données Statistiques 1995.

3.3.2 Répartition par groupes d'âge et par sexe

Les femmes et les hommes représentent respectivement 4% et 96 % de la population carcérale.

Figure 1 :

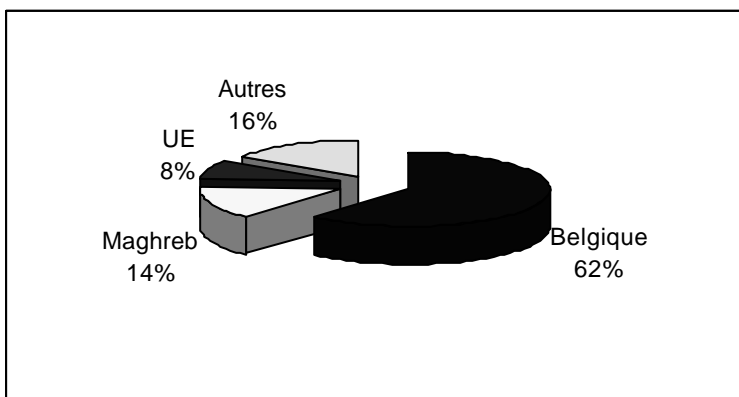


Quatre-vingt pour-cent de la population carcérale est âgés de moins de quarante ans (voir figure). Il n'existe pas de détention séparée pour les mineurs d'âge qui peuvent rester en prison pour un maximum de 15 jours, à la disposition du juge de la jeunesse.

3.3.3 Répartition par origine

Environ soixante pour-cent de la population carcérale est de nationalité belge, tant chez les femmes que chez les hommes. On peut cependant observer certaines différences en fonction du sexe. La plus significative concerne les personnes originaires d'Afrique centrale, région classée à haute endémicité pour le Sida. En effet, 4% des femmes sont originaires d'Afrique Centrale, pour 1% des hommes seulement. Il existe également des différences en fonction des établissements. C'est ainsi qu'à Forest la population belge ne représente que 38% de la population totale et 43% à Anvers.

Figure 2 : Population carcérale 1998 : répartition par origine



3.3.4 Situation socio-professionnelle

Les données provenant des établissements pénitentiaires ne permettent pas de dresser un profil de la population carcérale en fonction du niveau de formation et de l'expérience professionnelle. Toutefois, selon une étude fragmentaire, un « coup de sonde » réalisé en 1996 dans des établissements francophones et flamands, « les prisons sont en majeure partie peuplées par des personnes qui appartiennent aux groupes défavorisés de la population : il s'agit essentiellement de personnes provenant de la classe ouvrière, ayant un niveau de formation bas, un passé professionnel instable ainsi que des chances limitées en matière d'emploi, qui sont peut-être encore plus restreintes en raison de leurs antécédents judiciaires. On estime qu'un détenu sur trois a suivi un cycle complet d'enseignement primaire et qu'un maximum d'un détenu sur quatre a suivi l'enseignement secondaire inférieur (sans pour autant en avoir le diplôme). La plupart de ceux qui ont suivi l'enseignement secondaire (inférieur ou supérieur) ont abouti dans l'enseignement professionnel ou technique. Une partie importante de la population carcérale —12% selon certaines sources (...) serait partiellement ou totalement analphabète »³¹.

3.3.5 Surreprésentation des détenus usagers de drogues

Dans son ouvrage le plus récent, Loïc Wacquant³², constate qu'en Europe, "tant le nombre que la part des toxicomanes et des revendeurs de stupéfiants a connu une augmentation spectaculaire", parallèle, même si elle est de moindre échelle, à celle constatée aux Etats-Unis, ces dix dernières années. Il cite Pierre Tournier³³, qui relève que la proportion des condamnés pour affaires de stupéfiants dépassait le tiers de l'ensemble au Portugal et en Espagne, atteignait 20% pour la France et la Suède, et se situait autour de 15 % pour l'Angleterre, les Pays-Bas et l'Allemagne, "où l'agrandissement du parc pénitentiaire durant la dernière décennie a servi presque exclusivement à absorber les toxicomanes".

La surreprésentation des usagers de drogues en prison trouve son origine dans le fait que cette institution subit les effets terminaux d'une politique criminelle qui commence avec la criminalisation des stupéfiants, qui se poursuit avec les investissements policiers en la matière, la politique de poursuite, les faveurs de la détention préventive et les pratiques de *sentencing* en matière d'infractions à la loi sur les stupéfiants³⁴.

³¹ Il s'agit d'un coup de sonde effectué par Chr. KLOEK (conseillère au cabinet de l'ancien ministre de la justice), in DECLERCK, S., *Politique pénale et exécution des peines. Note d'orientation*, Ministère de la justice, juin 1996, p.10.

³² WACQUANT L. ; *Les prisons de la misère, Raisons d'agir*, Paris, 1999

³³ TOURNIER P. ; *Statistiques pénales annuelles du conseil de l'Europe, Enquête 1997*, Strasbourg, Conseil de l'Europe (à paraître)

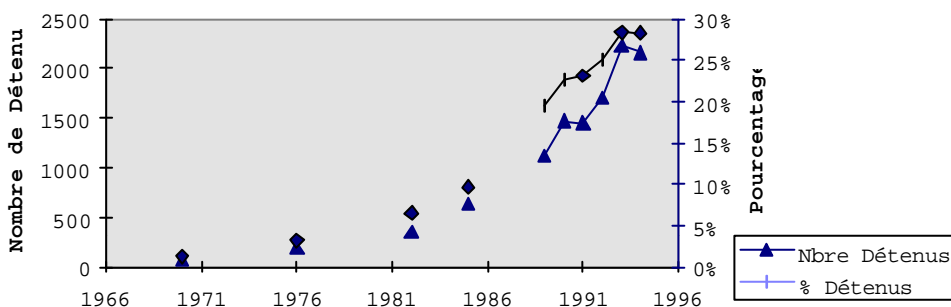
³⁴ Pour toutes ces questions, nous renvoyons notamment aux documents suivants : KAMINSKI, D., MARY, Ph., « Politiques (criminelles) en matière de drogues : évolutions et tendance en Belgique », *D. et S.*, 1999, vol.23, n°2, pp. 205-220 ; KAMINSKI, D., « Approches globale et intégrée : de l'usage politique des drogues », in CARTUYVELS, Y., MARY, Ph. (dir.), *L'Etat face à l'insécurité. Dériver politiques des années 90*, Bruxelles, Labor, 1999, pp. 101-114 ; DEVRESSE, M.-S., GUILLAIN, Chr., « Les nouvelles politiques sociopénales en matière de toxicomanie », in CARTUYVELS, Y., MARY, Ph. (dir.), *op.cit.*, pp. 115-129 ; DEVRESSE, M.-S., « La rencontre entre la police communale belge et les usagers de drogue : en toute discrétion », *D. et S.*, 1999, vol. 23, n°1, pp. 59-73 ; LAHAYE-BEKAERT, N., « Le rôle des polices communales dans la

Il est par essence impossible de connaître le nombre exact de détenus consommateurs de drogues en milieu pénitentiaire. Tous les chiffres disponibles sont indicatifs, basés soit sur des études, soit sur des motifs de condamnation et donc sous-estiment la taille de la population.

En Belgique aussi, le nombre de détenus pour infraction à la loi sur les stupéfiants (détention et commerce illégal) est en croissance exponentielle depuis les années 1970³⁵ (voir figure 3). Cette tendance a pour conséquence logique une augmentation du nombre de consommateurs de drogues au sein même du secteur pénitentiaire, et l'on peut suspecter, une augmentation de la présence et du commerce de drogues illégales en prison. Au 30 décembre 1996, 30% des femmes et 14 % des hommes étaient incarcérés pour infraction à la loi sur les stupéfiants ou faits de drogue. Ce pourcentage est plus élevé, jusqu'à 70% dans certaines maisons d'arrêt³⁶. Si on exclut des statistiques, les « sans moyens d'existence » (SMEX) et internés en application de la loi de défense sociale, on observe que la proportion de détenus pour infraction à cette loi atteint en 1994, 50% de l'ensemble des détenus.³⁷

Ces détenus ne représentent cependant qu'une fraction des consommateurs de drogues en prison, puisque nombre d'entre eux sont en détention pour des faits non liés à la loi sur les stupéfiants, mais pour vol ou une autre forme de délinquance. Pour ces derniers détenus, l'usage de drogues constitue soit un fait secondaire, soit est inconnu de l'administration pénitentiaire. Le nombre de détenus consommateurs de drogues en prison est estimé à 50% de la population carcérale. Le nombre d'usagers de drogues par voie intraveineuse (UDI) est estimé à 30% de ceux-ci, soit environ 15% de la population carcérale.

Figure 3 : Détenus pour infraction à la loi sur les stupéfiants (1970-1994)



prévention de la toxicomanie. Approche pragmatique et réflexions sur les modalités d'appréhension du phénomène », *R.D.P.C.*, 1998, n°9-10, pp. 857-893 ; DE PAUW, W., « La justice sous influence : la trajectoire pénale des affaires de drogues à Bruxelles », *Rev. intern. crimin. pol. techn. scientif.*, 1998, n°3, pp. 305-325 ; Dossier « Des pratiques judiciaires en matière de consommation de produits illicites », *Les cahiers de prospective jeunesse*, 1996, vol. 1, n°1-2 ; GUILLAIN, Chr., « La nouvelle directive du Collège des Procureurs généraux relative à la politique des poursuites en matière de drogues illégales », *J.P.*, 1998, n°352, pp.11-14 ; GUILLAIN, Chr., SCOHIER, Cl., « La gestion pénale d'une cohorte de dossiers stupéfiants (1993-1997). Les résultats disparates d'une justice dite alternative », à paraître.

³⁵ VAN MOL. F ; LAUWERS N. ; Drogues et Prisons. La réalité Pénitentiaire en Matière de Drogue. Actes de la journée d'étude du 22 avril 1994. Présence et Action culturelles.

³⁶ La Prévention du Sida en Communauté Française : Plan Guide Triennal 1996-1998 Agence de Prévention du Sida. Ministère de la Santé de la Communauté française de Belgique.

³⁷ VAN MOL. F ; LAUWERS N. ; Drogues et Prisons. Op.Cit.

Les détenus usagers de drogues sont relativement jeunes. En 1993, 51,2% de ces détenus avaient moins de 26 ans et 9% moins de 20 ans.³⁸

En outre, on observe une différence en fonction du sexe. En 1996 par exemple, un tiers des femmes détenues et un sixième des hommes (tous motifs de détention confondus) le sont en raison d'une infraction à la loi sur les stupéfiants. La proportion d'usagers de drogues est donc sans doute plus élevée dans la population féminine que dans la population masculine. Par ailleurs, nombre de femmes UDI en prison sont soit enceinte, soit mère de jeunes enfants.³⁹

La proportion de détenus consommateurs de drogues, et plus particulièrement par voie intraveineuse, est significativement plus élevée dans la population carcérale de nationalité belge que parmi les détenus d'origine étrangère. En 1993, Todts⁴⁰ observe dans la prison d'Anvers que dans le groupe des moins de 25 ans, 67% des détenus belges et 41% des détenus d'origine étrangère déclarent être consommateurs de drogues illégales. Et quelque soit l'âge des détenus consommateurs de drogues illégales, 47% des consommateurs belges et 24% des consommateurs d'origine étrangère déclarent s'être injecté de la drogue.

Au cours d'une enquête effectuée en 1993 auprès des établissements pénitentiaires, 27 prisons sur 31 ont répondu qu'il y avait consommation de drogue en prison. Dix d'entre elles ne pouvaient estimer le pourcentage de détenus consommant en prison, et les 17 autres donnèrent des chiffres variant de 3% à 90%. Il s'agirait cependant rarement de drogues dites « dures »⁴¹.

Une étude menée en 1989 à la prison d'Anvers, sur les échantillons d'urines de 300 entrants, a montré que dans 51% des cas examinés, une (26%) ou plusieurs (25%) drogues ont été détectées (benzodiazépines, barbituriques, cannabis, opiacés, cocaïne, amphétamine). Ces chiffres sous-estiment la réalité étant donné que des consommateurs occasionnels d'héroïne ou de cocaïne par exemple peuvent avoir un test négatif trois jours après cette consommation. Le cannabis, par contre, peut être détecté dans les urines jusqu'à un mois après sa consommation. Par ailleurs, une autre étude effectuée la même année sur les urines d'une série de détenus qui avaient séjourné deux mois au moins en prison, ne montre aucune diminution de l'usage des drogues « douces ».

Une étude effectuée dans la prison d'Anvers (Todts, 1993)⁴² a montré que plus des deux tiers des prisonniers belges âgés de moins de 25 ans rapportent avoir consommé des substances

³⁸ VANDENBROUCKE M., JOOSEN B. ; La problématique des toxicomanes illégaux dans les prisons belges. Une situation au 1 décembre 1993. Information criminographique.

³⁹ PICARD E.; Proposal for taking into account the medical, psychological and social aspect of parenthood among drug-using female prisoners. Communication. Paris Février 1997.

⁴⁰ TODTS S., FONCK K., DRIESEN K., UYDEBROUCK M., VRANCKX R., VERCAUTEREN G., VAN MOL F., COLEBUNDERS R.; Tuberculosis, HIV, Hepatitis B and risk behaviour in a Belgian prison, Arch. Public Health, 1997, 55, 87-97

⁴¹ VANDENBROUCKE M., JOOSEN B. ; La problématique des toxicomanes illégaux dans les prisons belges. Une situation au 1 décembre 1993. Information criminographique.

⁴² TODTS S., FONCK K., DRIESEN K., UYDEBROUCK M., VRANCKX R., VERCAUTEREN G., VAN MOL F., COLEBUNDERS R.; Tuberculosis, HIV, Hepatitis B and risk behaviour in a Belgian prison, Arch. Public Health, 1997, 5, 87-97

illégalles, et 42% de l'ensemble des prisonniers interrogés. Parmi ceux-ci, 36% rapportent avoir consommé par voie intraveineuse, soit 15% de l'ensemble des détenus répondants à l'enquête.

En décembre 1997, dans une enquête effectuée à la prison de Namur, 115 détenus répondent, concernant l'année qui précède leur incarcération, avoir consommé du cannabis dans 45% des cas, de la cocaïne dans 23%, de l'extasy dans 21% des cas et des amphétamines dans 19%. Un quart (24%) déclarent être des consommateurs par voie intraveineuse (UDI). Durant l'incarcération, la consommation de cannabis est rapportée par 38% des détenus, celle de cocaïne par 15% , d'XTC par 8% et d'amphétamines par 4%. Enfin, près d'un tiers (32%) des UDI rapportent des injections en prison et 15% ont fait leur première injection en prison⁴³.

Enfin, un grand nombre d'usagers de drogues dépendants séjournent en prison. Deux études, l'une en Flandres (Totds ; 1989) et l'autre en Wallonie (IHE ;1994⁴⁴) ont respectivement montré que 54,1% et 49,5% des usagers de drogues dépendants avaient déjà séjourné au moins une fois en prison. Il semble également que nombre d'usagers de drogues dépendants effectuent plusieurs séjours en prison.

Si on compare la situation dans les prisons belges par rapport à celle de quelques pays européens, on observe que la proportion estimée d'UDI est relativement comparable.

Tableau 2 : Estimation du nombre d'UDI détenus dans quelques pays de l'UE

<i>Pays</i>	<i>Nombre estimé d'Usagers de Droque i.v. Incarcérés</i>
<i>France</i>	20%
<i>Allemagne</i>	10-40%
<i>Pays-Bas</i>	5-15%
<i>Suède</i>	40%
<i>Italie</i>	31,7%
<i>Belgique</i>	15% - 20%

⁴³ European network on HIV/AIDS and Hepatitis prevention in prison. 2nd annual report. May 1998.

⁴⁴ RENARD F., TAFFOREAU J., VANDERVEKEN M., STROOBANTS A. ; Monitoring de la Prévention du Sida en Communauté française de Belgique. Situation en 1994. IHE.

3.4 PROFIL SANITAIRE DE LA POPULATION CARCERALE

3.4.1 Association entre paupérisation et mauvais état de santé

Outre le nombre, le phénomène de paupérisation des personnes placées en détention s'est accru au cours du temps comme le documente abondamment L. Wacquant ⁴⁵. La formule de B. Aubusson de Carvalay (1985) "si l'amende est bourgeoise ou petite bourgeoise, l'emprisonnement ferme est sous-prolétarien" se confirme et tend à séparer encore plus les catégories nanties ou démunies face au risque d'incarcération.

En France, un prisonnier sur six, en 1998, était sans domicile fixe. En Angleterre, 43% des détenus ont abandonné l'école avant 16 ans. En Belgique, en 1997, le taux d'incarcération des étrangers était six fois plus élevé que celui des nationaux, alors qu'on sait que les premiers composent les catégories les plus vulnérables face à l'emploi par exemple.

Le profil de la population carcérale requiert donc une attention et des compétences particulières de la part des services de santé car cette population cumule des déterminants sociaux défavorables à la santé. Les conditions de détention constituent en elles-mêmes des facteurs néfastes à la santé des individus incarcérés.

Les évidences scientifiques à propos de l'impact des facteurs sociaux sur la santé sont telles que l'OMS a récemment publié, sous un titre sans équivoque et sous une forme très accessible mais appuyée par des références de grande qualité, les 10 facteurs sociaux essentiels qui affectent l'état de santé ⁴⁶.

Sans entrer dans les détails, la liste est la suivante:

- place dans l'échelle sociale ;
- degré de stress ;
- qualité de la prime enfance ;
- insertion (ou exclusion) sociale ;
- sécurité d'emploi ;
- absence d'emploi ;
- support social ;
- conduites addictives (alcool et tabac principalement) ;
- qualité de l'alimentation ;
- sécurité des modes de transport.

⁴⁵ WACQUANT L. ; Les prisons de la misère, Raisons d'agir, Paris, 1999

⁴⁶ WHO, Regional Office for Europe. The solid facts: social determinants of health. HFA Policy on Europe, Target 14, 1998

Comme le constate O. Obrecht, « les établissements pénitentiaires concentrent de plus en plus une population précarisée par rapport à l'emploi, au logement et aux revenus, souffrant d'un isolement social croissant »⁴⁷. Il relève par ailleurs qu'un système de santé carcéral, isolé du reste du système de santé, et fortement sous-doté en moyens matériels et humains (ce constat s'appliquerait tout aussi bien à la Belgique) restait complètement inadapté. C'est d'ailleurs ce qui a motivé les réformes dans les pays voisins.

Outre la surmortalité déjà mentionnée précédemment, on y observe une prévalence importante de quatre groupes de pathologies : pathologies mentales, pathologies auto-destructrices, pathologies infectieuses et problèmes bucco-dentaires.

La proportion considérable de troubles mentaux fait craindre la constitution d'un cercle vicieux "précarité-pauvreté-troubles mentaux-prison".

Ces observations, et en particulier les 10 « solid facts » présentés par l'OMS, ne demandent pas seulement d'adapter le système et la politique des soins dans les prisons. Elles amènent aussi à réfléchir à l'organisation de la vie en prison, afin d'éviter d'aggraver les facteurs néfastes que l'incarcération renforce, et afin de replacer le "passage en prison" en continuité avec le monde extérieur et ses services d'aide et de soins.

M. Marmot et R. G. Wilkinson⁴⁸ démontrent, grâce à l'examen d'études et de preuves incontestables, que les conséquences des facteurs sociaux ne se limitent pas à ce que l'on a l'habitude de considérer : affections mentales, maladies transmissibles ou suicides, mais qu'ils atteignent tout autant les sphères cardiaque, gastro-intestinale ou rénale, la croissance, les défenses immunitaires, le système endocrinien, etc.

Au vu du caractère récent de ces publications (deuxième partie des années 90 pour la majorité), des connaissances spécifiques s'imposent aux professionnels qui sont amenés à travailler avec des populations qui cumulent des facteurs de risques sociaux.

Les données accumulées dans ce domaine indiquent concrètement que ne pas tenir compte des caractéristiques sociales de la population incarcérée, comme d'omettre de porter l'attention sur le contexte carcéral ou les interventions susceptibles d'influencer les déterminants sociaux à l'intérieur des prisons ne permettrait ni de comprendre ni d'intervenir efficacement sur l'état de santé des populations concernées.

⁴⁷ OBRECHT O. ; Précarité et prison. In : Précarité et santé, J. Lebas et P. Chauvin, Flammarion, Paris, 1998, pp. 189-201

⁴⁸ MARMOT M., WILKINSON R.G.; Social determinants of health, Oxford University Press, 1999

3.4.2 Santé des personnes incarcérées

A l'heure actuelle, il existe peu de données sur la santé des détenus à l'entrée ou en cours d'incarcération. En l'absence d'un recueil systématique des données, les sources d'informations disponibles sur l'état de santé des détenus sont parcellaires dans la mesure où elles ciblent une pathologie particulière ou limitent leur champ d'investigations à une région ou à un établissement déterminé. En Belgique, on peut cependant imaginer qu'à terme, l'exploitation des données récoltées grâce à l'informatisation des services médicaux pénitentiaires (Epicure), permettra la récolte et l'analyse de ces données.

Le bas niveau socio-économique, le bas niveau d'éducation, un état psychique souvent délabré sont responsables d'une prévalence plus élevée de maladies « sociales » telles que l'alcoolisme ou la tuberculose. En plus, les usagers de drogues, principalement d'opiacés, entrent dans un état physique souvent diminué.

Une étude réalisée en France en 1997 sur des « entrants » a montré que près d'un tiers cumulaient des consommations à risque (alcool, tabac, drogues, psychotropes), et 10% nécessitaient une prise en charge psychiatrique⁴⁹. L'état général à l'entrée était jugé moyen ou mauvais pour un quart d'entre eux.

Consommations à risque	
Tabagisme	80%
Consommation excessive d'alcool	33%
Consommation de drogues	32%
Consommation de psychotropes	17%
Soins nécessités à l'entrée	
Soins dentaires	51%
Soins psychiatriques (à l'exception des problèmes de toxicomanie et alcoolisme)	10%
Gynécologie	19,5%

L'état de santé d'un cinquième des entrants nécessitait au moins une consultation de médecine spécialisée dès l'entrée. Outre les exemples cités dans le tableau ci-dessus, mentionnons les pathologies dermatologiques (1,2%), les personnes épileptiques (1,3%) ou souffrant d'asthme bronchique (4%). Enfin, 6,5% des entrants déclaraient être séropositifs pour le VIH et/ou l'hépatite B et/ou l'hépatite C.

Cet état de santé diminué à l'entrée peut être aggravé par l'incarcération dans la mesure où les conditions de cette incarcération sont souvent pathogènes. Les personnes incarcérées se trouvent subitement plongées dans une situation de stress intense. « Rien de pire ne peut m'arriver », entend-t-on dire des personnes détenues. Oscillant entre sentiments de révolte et

⁴⁹ MOUQUET MC., DUMONT M., BONNEVIE MC. ; La santé à l'entrée en prison : un cumul des facteurs de risque. Paris, DREES. Etudes et Résultats. N° 4. Janvier 1999.

de désespoir, le détenu est désespéré. Confronté à la violence des lieux, à la pauvreté des lieux, à son sentiment de déchéance et, à l'impossibilité d'échapper à la situation, sa demande d'attention et de soins est très forte, parfois d'ordre somatique, souvent d'ordre psychosomatique.

Le premier problème rencontré en prison est certainement la violence. Tournée vers les autres et vers soi-même, elle est présente dans tous les lieux de détention et est exacerbée par la surpopulation et l'absence d'horizon. En outre, on peut mentionner comme problèmes de santé :

1. alcoolisme, dépendance médicamenteuse, toxicomanie
2. traumatismes
3. épidémies de poux et autres parasites
4. problèmes dentaires
5. VIH, hépatites B et C, tuberculose
6. troubles mentaux
7. suicides, tentatives de suicides, automutilations
8. overdoses

Certains problèmes de santé tels que sida, hépatites, tuberculose et suicides ont une importance spécifique en prison du fait des caractéristiques à haut risque de la population et de l'environnement.

3.4.2.1 Infections par le VIH et le SIDA

3.4.2.1.1 Incidence et prévalence VIH/SIDA dans population générale

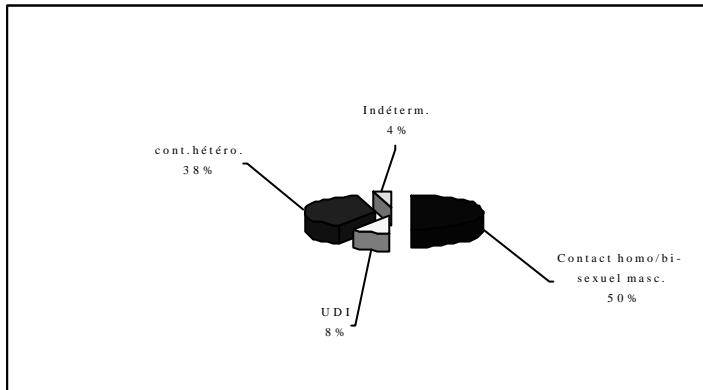
En moyenne 64 nouvelles infections VIH sont détectées par mois en Belgique⁵⁰. *Dans l'ensemble de la population, la prévalence de l'infection à VIH est estimée entre 0.2%*. En Belgique, depuis le début de l'épidémie, environ 12500 personnes ont été reconnues séropositives, 2602 malades du Sida ont été diagnostiqués. Les groupes d'âge les plus représentés sont ceux de 30-34 ans chez les hommes et 25-29 ans chez les femmes. Les hommes infectés sont deux fois plus nombreux que les femmes. La prévalence, dans ces tranches d'âges spécifiques de la population qui sont également les tranches de population les plus représentées en prison, est donc supérieure à la prévalence de la population générale. Les usagers de drogues par voie intraveineuse (UDI) représentent 6% des personnes séropositives pour le Sida. L'injection de drogues est relativement plus souvent la cause de l'infection en Wallonie (8%) et à Bruxelles (8%) qu'en Flandre (3,5%). Dans les groupes d'âge les plus jeunes (15-24 ans) la proportion d'UDI atteint jusqu'à 17% des cas de séropositivité pour le VIH.

⁵⁰ Source : SASSE A., VAN KERSSCHAEVER G., STROOBANTS A. ; Epidémiologie du sida et de l'infection à VIH en Belgique ; Situation au 31 décembre 1998 ; Institut Scientifique de la Santé Publique - Louis Pasteur ; Rapport Trimestriel N°44

Les transmissions suites à l'injection de drogues ont diminué jusqu'en 1991 – 1992 et sont stables depuis. En 1998, l'injection de drogues est responsable de 3.2% des cas de VIH diagnostiqués.

La répartition des cas de Sida dans la population âgée de plus de 13 ans montre que 8% des nouveaux cas de Sida enregistrés en 1998 sont des UDI. Le nombre total de nouveaux cas de Sida déclarés en 1998 est de 108, soit environ 10 nouveaux cas par mois. En région bruxelloise, la part prise par l'usage de drogues est la plus importante.

Figure 4: Nombre de cas de Sida par type de transmission : adultes/adolescents (1998)



3.4.2.1.2 Incidence et prévalence VIH/SIDA dans certains sous-groupes de population

La proportion d'hommes homosexuels/bisexuels représente environ 4-6% de la population générale masculine. La proportion en milieu carcéral est probablement identique à celle de la population générale. En prison, il faut tenir compte en outre, d'un certain degré d'homosexualité « de circonstance ». Or la voie de transmission homosexuelle est responsable de 50% des cas de Sida déclarés en 1998 parmi les hommes de nationalité belge. Les enquêtes de séroprévalence en milieu homosexuel montrent une prévalence qui varie en fonction des études de 1.6% (1989 Rijks Universiteit Gent) , à 3.5% (Centre Elisa-MSF 89-93) et jusqu'à 14% (1997 Hubert- Ex Aequo). Elles étaient estimées à 3,9% en 1995 par l'APS.⁵¹

Homosexuels

Certains sous-groupes de population sont à risque plus élevé. Ces groupes sont les homosexuels, les usagers de drogue par injection, et les personnes en provenance de région à endémicité élevée pour le Sida. Hormis pour les premiers, les personnes appartenant à ces groupes ont un risque plus élevé d'être incarcéré que la population générale et sont donc plus représentés en prison.

⁵¹ BEGHIN D., PREVOST M., de ROUBAIX J., LEQUARRE F. ; Monitoring de l'infection au VIH et du Sida en Belgique. Mise à jour 1995 ; Agence de Prévention du Sida. Ministère de la Santé de la Communauté Française.

Utilisateurs de drogues injectables (UDI)

En fonction des enquêtes effectuées en Belgique (voir tableau 3), le taux de prévalence de l'infection à VIH dans la population des UDI est compris entre 2,6% et 18,8%, ce qui est bas par rapport aux autres pays européens.⁵²

En Belgique, 4% des hommes et 10% des femmes séropositifs sont des UDI.

Tableau 3 : Résultats d'études de prévalence du VIH parmi des usagers de drogues en Belgique

	<i>Taille de l'échantillon</i>	<i>Lieux/Population</i>	<i>Taux de Prévalence</i>	<i>Source</i>
1985	75	Centre ambulatoire /UDI	18.8%	Dewit 1986
1987	302	Résidentiels, ambulatoires, Communautés thérapeutiques, MG/UDI	10.9%	Roelandt 1987
1985-1987	3126	Prisonniers pour <u>infraction</u> à loi stupéfiants /UDI	3.1%-7.7% par période	Donot 1989
1988	3160	Centres de traitement/UDI	11.4%	CCAD
1989-1990	163	Rue (Boule de neige)/UDI	3.1%	CCAD
1988-1989	1619	centres ambulatoires, résidentiels /UDI	4%	Peeters 1990
1990	200	Rue/UDI	4.5%	Todts 1990
1991	197	centre ambulatoire/UDI	13.2%	Valette 1991
1992	311	Résidentiels, ambulatoires, Communautés thérapeutiques MG/UDI	1.6%	Denis 1993
1992	217	Rue/UDI	5.9%	Todts 1992
1993	228	Prison Anvers - nouveaux entrants -UDI	2.6%	Todts
1994	523	MG (héroïnomane UDI et non-UDI)	2.9%	IHE/SSMG/ALTO
1997	100	Détenus UDI - Prison St.Gilles	8%	Donot

Il est intéressant d'observer du tableau ci-dessus que chez les personnes UDI en prison, les taux de séropositivité au VIH observés en 1987 (7,7%) et 1997 (8%) sont très similaires, ce qui contredirait l'opinion généralement répandue selon laquelle l'infection des UDI au VIH est en diminution. Il faut également rappeler que la moitié des UDI séjournent au moins une fois en prison. Cependant, les UDI qui vont en prison ne forment qu'une partie de ce groupe de population, probablement celle à comportements à risques les plus élevés, et ne sont donc pas représentatifs de l'ensemble de la population des UDI. Par contre, il s'agit sans doute d'une population plus jeune, donc avec un parcours et une durée de prise de risques plus courts, que la population d'UDI en centres de traitement.

Prostitution

Les données épidémiologiques sont rares. En 1989, des taux de séroprévalence de 0.7% (Prévention Sida Prostitution 89 Communauté Française) et 0.6% (RUG - Gand) ont été

⁵² Source : RENARD F., TAFFOREAU J., VANDERVEKEN M., STROOBANTS A. ; Monitoring de la Prévention du Sida en Communauté française de Belgique. Situation en 1994. IHE.

mesurés dans la population de prostituées « officielles ». Les femmes séropositives pour le VIH étaient soit des UDI, soit originaires de région à haute endémicité pour le Sida. Il n'existe pas de données concernant la prostitution « clandestine » qui échappe aux circuits de santé. Or, nombre d'UDI recourent occasionnellement ou régulièrement à la prostitution.

L'opération Boule de Neige 1995 de Modus Vivendi montre que 25% des UDI réguliers se prostituent pour acquérir soit leur drogue, soit l'argent nécessaire à cette acquisition⁵³.

Aucune étude n'a été trouvée concernant les prostitués masculins. Deux études effectuées à Amsterdam, l'une auprès de prostitués de sexe masculin (Coutinho-1986), et l'autre auprès de prostitués de sexe masculin UDI (Van den Hoeck -1987-1989) donnaient les chiffres de prévalence pour le VIH de 12.5% et 28%.

Personnes en provenance de pays de forte endémicité

Le risque d'infection varie en fonction de l'endémicité dans le pays d'origine. Au cours des années 1993-1995, on constate que 64% des cas de Sida notifiés en Belgique pour lesquels la nationalité est connue sont d'origine étrangère⁵⁴. On constate que plus des trois quarts de ces cas diagnostiqués sont des personnes originaires d'Afrique sub-saharienne. Les jeunes femmes africaines sont deux fois plus infectées que les hommes, alors que dans la population belge malade du Sida le rapport est d'une femme pour quatre hommes.

3.4.2.1.3 Prévalence du Sida dans les prisons

Il n'existe que peu de données sur la prévalence de l'infection à VIH dans les prisons. En 1987, la séroprévalence en prison était estimée à 1,3%⁵⁵. Deux études effectuées en 1992 et 1993 ont donné des résultats similaires. L'une, effectuée à Anvers, qui a donné une prévalence pour l'infection à VIH de 1,2%⁵⁶. L'autre effectuée dans 14 établissements pénitentiaires (à l'exclusion des patients admis au CMC de Saint-Gilles) a montré une prévalence d'infection à VIH de 0,84% chez les hommes et de 1,68% chez les femmes.⁵⁷ Dans cette dernière enquête, l'infection à VIH était la cause la plus fréquente de maladies sexuellement transmissibles et constituait la cinquième cause de morbidité. Outre les différences observées en fonction du sexe, cette étude montre que le groupe d'âge le plus atteint est le groupe des 25-34 ans (VIH + = 2,19%). Le groupe de prisonniers condamnés à de courtes peines est également plus touché que les détenus pour longues peines. Dans l'étude effectuée par IDEWE, 50% des cas détectés étaient en détention à Bruxelles, et l'autre moitié en Flandres.

⁵³ MODUS VIVENDI. Rapport d'Activité 1995. Bruxelles, 1996

⁵⁴ BEGHIN D., PREVOST M., de ROUBAIX J., LEQUARRE F. ; Monitoring de l'infection au VIH et du Sida en Belgique. Mise à jour 1995 ; Agence de Prévention du Sida. Ministère de la Santé de la Communauté Française.

⁵⁵ HARDING G.T. ; AIDS in Prison , The Lancet, November 28, 1987.

⁵⁶ TODTS S., FONCK K., DRIESEN K., UYDEBROUCK M., VRANCKX R., VERCAUTEREN G., VAN MOL F., COLEBUNDERS R. ; Tuberculosis, HIV, Hepatitis and risk behaviour in a Belgian Prison, Arch. Public Health, Octobre 1997

⁵⁷ IDEWE ; De prevalentie van infecties in penitentiaire instellingen in België, rapport de recherche, mai 1994

On peut donc estimer que la moyenne journalière de détenus infectés par le Sida est compris entre 60 et 85 détenus. Ces détenus appartenant à une catégorie de population ayant des séjours relativement courts, le nombre total de détenus séropositifs pour le VIH est probablement proche du double.⁵⁸

La prévalence de l'infection à VIH dans les prisons belges est donc environ dix fois supérieure à celle de la population générale. La situation est probablement beaucoup plus grave dans les maisons d'arrêts à Bruxelles (Saint-Gilles, Forest et Berkendael) qui regroupent une population plus jeune, et une proportion plus importante de personnes incarcérées pour faits liés à la législation sur les stupéfiants.

Des études effectuées en 1997 dans une prison dans sept pays européens⁵⁹ ont montré des taux de prévalence pour le VIH entre 0 et 18%.

Tableau 4 : Prévalence de VIH et Hépatite C (HCV) dans des établissements pénitentiaires de quelques pays européens

	<i>Taille échantillon</i>	<i>Prévalence VIH+</i>	<i>Prévalence Hépatites C</i>
<i>Allemagne</i>	437	0.7%	4.8%
<i>Espagne</i>	101	13.7%	45.6%
<i>France</i>	920	2.7%	6.9%
<i>Italie</i>	683	6%	23.5%
<i>Suède</i>	305	1.6%	(VHB 39.7%)
<i>Portugal</i>	483	17.7%	32.8%
<i>Belgique</i>	115	0%	10.9%

3.4.2.2 Situation spécifique des femmes et des mineurs incarcérés

À plus d'un égard, la situation sanitaire des détenues semble plus problématique encore que celle de leurs homologues masculins. De récentes statistiques françaises indiquent que les proportions d'entrantes déclarant au moins un résultat positif aux tests de dépistage du SIDA, de l'hépatite B et/ou hépatite C sont plus importantes pour les femmes que pour les hommes (9,6 % contre 6,4 %) ; ceci étant probablement lié à une surreprésentation en prison des femmes incarcérées pour infraction à la législation sur les stupéfiants⁶⁰.

Par ailleurs, la situation au Canada révèle que le risque de contamination à l'intérieur même de la prison serait statistiquement plus élevé chez les femmes que chez les hommes, et de

⁵⁸ HARIGA F.; Sida et prison. Agence de Prévention du Sida ; Ministère de la Santé de la Communauté française de Belgique, Septembre 1997

⁵⁹ WEILANDT C. ; ROTILY M. et al; European Network on HIV/AIDS Prevention in Prisons. 2d Annual Report. Bonn-Marseille, mai1997.

⁶⁰ Direction de la recherche des études de l'évaluation et des statistiques – *Etudes et Résultats*, N°4, janvier 1999.

nombreux défenseurs des droits des prisonniers estiment qu'à peu près 1/3 des détenues canadiennes pourraient être contaminées par le VIH⁶¹.

Aux Pays-Bas, des programmes d'éducation à la santé adaptés spécifiquement à la situation des détenues ont été menés dans trois des six établissements pénitentiaires accueillant des femmes. Adressés à la fois aux détenues et aux infirmières, ces programmes ont rencontré un vif succès⁶². Aux Etats-Unis, une expérience similaire a été réalisée avec des détenues toxicomanes, sur le modèle de la « communauté thérapeutique », et a également donné des résultats probants⁶³.

Dans la même optique d'adaptation des démarches de prévention aux particularités socio-culturelles de catégories spécifiques de détenus, un projet français a été réalisé avec 1500 arrivants au Centre des jeunes détenus de Fleury-Mérogis, et s'est avéré concluant⁶⁴.

3.4.2.3 Hépatites B et C

La population d'UDI étant une population particulièrement à haut risque en ce qui concerne les infections aux hépatites B (HBV) et surtout hépatites C (HCV), il est essentiel en parlant de prévention du Sida en milieu carcéral de parler également de prévention des hépatites.

D'après le système des Laboratoires Vigies⁶⁵ de l'IHE, entre 1994 et 1995, l'incidence de l'hépatite C a augmenté en Belgique de 10/100.000 habitants à 15/100.000. L'incidence de l'hépatite B à peu près stationnaire, est passée de 2,9/100.000 en 1994 à 2,7/100.000 en 1995.

Or, 70% des hépatites C deviennent des hépatites chroniques, dont la moitié vont devenir des hépatites chroniques agressives avec risque élevé d'évolution vers une cirrhose (20%) et cancer du foie (5-10%)⁶⁶. La fréquence d'évolution vers la chronicité des hépatites B est plus faible (10%) et les risques de cirrhose hépatique et de cancer du foie sont inférieurs à 1%. En cas d'hépatite C, la co-infection par hépatite B est un facteur d'aggravation de l'évolution de l'hépatite C en hépatite chronique⁶⁷.

⁶¹ S. BOYD, K. FAITH; *Women, illegal drugs and prison : views from Canada*, International Journal of Drug Policy 10 (1999) 195-207.

⁶² S. DE BRUINE, F. STEEGHS; *Development of health education programs for female prisoners in the Netherlands*, communication au « Third European Seminar on HIV and Hepatitis in Prison », Milano, May 28 & 29, 1999.

⁶³ D. LOCKWOOD, et al.; *Developing comprehensive prison-based therapeutic community treatment for women*, Drugs and Society, 1998, 13, (1/2), 193-212.

⁶⁴ P. HOFMAN ; *Prévention de l'infection au VIH auprès des mineurs en milieu carcéral*, Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence, 1998, 45, (10), 627-637.

⁶⁵ DUCOFFRE. G. ; *Surveillance des Maladies Infectieuses Par un Réseau de Laboratoires de Microbiologie ; 1995 ; Ministère des Affaires Sociales, de la Santé Publique et de l'Environnement.. Institut Scientifique de la Santé Publique-Louis Pasteur. Section Epidémiologie.*

⁶⁶ DENIS B., LEFEBVRE V. ; *Hépatites C et Toxicomanie*. Revue de la Médecine Générale ; N° 137 Novembre 1996.

⁶⁷ WELTMAN et al.; *Coinfection with Hepatitis B and C, or B, C and D viruses results in severe chronic liver disease and respond poorly to IFN treatment*. Journal of Viral Hepatitis, 1995 ;2 :39-45

Les UDI sont particulièrement à risque en ce qui concerne la transmission des hépatites B et C. En Belgique, la prévalence des hépatites C parmi ceux-ci est de 64% à 82% en fonction des études. La prévalence des hépatites B varie de 16% à 32%.

Une étude effectuée dans des prisons belges en 1992 (IDEWE⁶⁸) a montré un taux de prévalence des hépatites virales de 1,48% qui doit être comparé à un taux de 0,32% dans la population générale standardisée pour l'âge et le sexe. Cette étude n'a tenu compte que des cas symptomatiques ou cas de transfusion sanguine récente. Or, les hépatites virales sont asymptomatiques dans 80% (hépatite C) à 66% (hépatite B) des cas. Suite à cette étude, la vaccination du personnel pénitentiaire fut introduite. Une autre étude effectuée dans la prison d'Anvers a donné un taux de prévalence pour les hépatites B de 20%⁶⁹.

Une étude effectuée en France en 1995⁷⁰ sur des UDI en milieu carcéral a donné un taux de prévalence pour les marqueurs de l'hépatite B de 31,7%. En ce qui concerne l'hépatite C, le taux de prévalence est 25,6%, 90,8% chez les UDI et 6,7% chez les non-UDI.

Tableau 5 : Etudes de prévalence et d'incidence des hépatites B et C en Belgique

<i>Année</i>	<i>Taille de l'échantillon</i>	<i>Population</i>	<i>Taux de Prévalence</i>	<i>Référence</i>
1992	893	Prisons (14 établissements)	HBV/HCV*=1,48% (symptomatiques)	IDEWE 1994 ⁷¹
1993	996	Prison Anvers	HBV=20.5%	S.Todts 1997 ⁷²
1993-1994	4058	Pop.Générale-Flandres	HCV = 0.87% ; HBV = 6.9%	P.Van Damme 1997 ⁷³
1995	226	UDI en traitement	HCV = 82% ; HBV=34%	B. Denis 1993 ⁷⁴
1997	100	Prison St.-Gilles/UDI	HCV=64% HBV=32%	J.Donot ⁷⁵
1997	27	Prison de Namur / UDI	HCV = 39% (test salivaire ⁷⁶)	F. Hariga ⁷⁷

* HBV = Hépatite B et HCV = Hépatite C

⁶⁸ IDEWE, op.cit.

⁶⁹ TODTS S., FONCK K., DRIESEN K., UYDEBROUCK M., VRANCKX R., VERCAUTEREN G., VAN MOL F., COLEBUNDERS R.; Tuberculosis, HIV, Hepatitis and risk behaviour in a Belgian Prison, Arch. Public Health, Octobre 1997

⁷⁰ VERNAY-VAISSE C., ROTILY M., ROUSSEAU S., BOURLIERES M., GALINIER-PUJOL A., OBADIA Y. ; Epidémiologie des Hépatites Virales B et C au Centre Pénitentiaire de Marseille : Evaluation d'un programme de dépistage et de vaccination contre l'hépatite B.

⁷¹ IDEWE, op.cit.

⁷² TODTS S., FONCK K., DRIESEN K., UYDEBROUCK M., VRANCKX R., VERCAUTEREN G., VAN MOL F., COLEBUNDERS R.; Tuberculosis, HIV, Hepatitis and risk behaviour in a Belgian Prison, Arch. Public Health, Octobre 1997

⁷³ VAN DAMME P. et al.; Prevalence of Hepatitis A, B and C in the Flemish population, European Journal of Epidemiology 13 : 1-6, 1997

⁷⁴ DENIS B., op.cit.

⁷⁵ DONOT J.; communication personnelle

⁷⁶ la sensibilité du test salivaire est faible et on peut estimer que ce résultat est sous-estimé de 30% au moins.

⁷⁷ Réseau européen de Prévention du sida et des hépatites en prison. Rapport 1998.

Une étude effectuée en 1997 à Saint-Gilles auprès des UDI indique une séroprévalence HCV de 64% dans ce groupe de population. Une autre étude réalisée la même année à Namur, avec des tests salivaires responsables d'une sous-évaluation d'au moins 30%, montre une séroprévalence de 39% parmi les UDI.

Comme indiqué dans le tableau 4, des études effectuées dans des prisons d'autres pays européens ont montré une prévalence moyenne de 38%, et varie de 19% en Italie à 58% en Suède.

Il faut remarquer, qu'alors que la population d'UDI en Belgique est relativement épargnée par l'infection à VIH par rapport aux UDI des autres pays européens, elle ne l'est pas en ce qui concerne les infections aux virus des hépatites B et C⁷⁸. En effet, dans tous les pays de l'UE, entre 70 et 80% des UDI sont infectés par le virus de l'hépatite C, alors que dans ces mêmes pays, la séroprévalence pour VIH varie de 1% à 61% en fonction du pays. Cette différence entre les deux types d'infections est sans doute due à la plus grande virulence du virus de l'hépatite C. Le partage de l'ensemble du matériel d'injection (filtres, liquide de rinçage, cuillère) est probablement un facteur important de transmission. Par ailleurs, il semble que la grande majorité des personnes contaminées le sont au cours de la première année de consommation par voie intraveineuse⁷⁹.

Si les agents pénitentiaires ont la possibilité de se faire vacciner contre les hépatites B, ce n'est pas le cas des détenus. Remarquons que dans la société, les usagers de drogues, comme les autres citoyens, ne peuvent bénéficier de vaccination gratuite contre les hépatites B.

La séroprévalence des hépatites virales en prison en Belgique est au moins cinq fois plus élevée que dans la population générale. La situation est sans doute plus sévère dans les maisons d'arrêts de Bruxelles en ce qui concerne la prévalence des hépatites C qui pourrait atteindre des taux similaires à ceux observés dans d'autres pays européens, soit entre 20 et 30% , c'est-à-dire 20 à 30 fois supérieure à la prévalence nationale.

3.4.2.4 Tuberculose

Il existe une association importante entre l'incidence de la tuberculose active et l'infection à VIH. Celle-ci est observée dans 4.0% des diagnostics de tuberculose en 1995. Une étude réalisée dans une prison en Espagne⁸⁰ a montré chez les UDI un taux de co-infection VIH et tuberculose de 42.8%, et une prévalence de tuberculose de 2.7%. Le risque pour une personne VIH-positif de développer une tuberculose active est de loin plus élevée que pour une personne non-infectée. Ce risque semble plus élevé pour des UDI en prison. Dans une prison de l'Etat de New-York, en 1991, une épidémie de tuberculose multi-résistante aux tuberculostatiques fut responsable du décès de 11 détenus et d'un surveillant, tous VIH-positif.

⁷⁸ DENIS B., LEFEBVRE V. ; Hépatites C et Toxicomanie. Revue de la Médecine Générale ; N° 137 Novembre 1996.

⁷⁹ DENIS B. ; Résultats intermédiaires Hépatite C et Toxicomanie ; GEMT ; 1995

⁸⁰ MARTIN V et al.; Case-finding of pulmonary tuberculosis on admission to a penitentiary centre. Tubercule and Lung Disease (1994) 74, 49-53

L'incidence (taux de détection) de la tuberculose en 1998 en Belgique était de 12/100.000⁸¹. Elle varie en fonction des régions et est respectivement de 32.5/100.000 à Bruxelles, de 10.5/100.000 en Wallonie et de 9/100.000 en Flandre.

En 1998, la FARES a pratiqué un dépistage auprès de 4128 prisonniers, parmi lesquels 2 cas de tuberculose ont été détectés, ce qui correspond à un taux de détection de 50/100.000, soit près de quatre fois supérieur au taux correspondant à la population générale. Dans son rapport de 1992⁸² déjà, la FARES conclut que la tuberculose, en milieu carcéral, consiste en un problème de santé publique.

Dans l'étude effectuée en 1992 par S. Todts⁸³ dans la prison d'Anvers, on observait une prévalence de la tuberculose de 436/100.000 personnes. Le taux de conversion du test à la tuberculine parmi les détenus belges de moins de 25 ans était de 23% soit 10 fois supérieur à la moyenne nationale pour le même groupe d'âge.

Le taux de détection de la tuberculose en prison est donc 5 à 10 fois plus élevé que dans la population générale. La surpopulation, les pauvres conditions d'hygiène, l'absence de dépistage systématique à l'entrée, le taux élevé de VIH-positif et de UDI, sont des facteurs qui tous concourent à un risque non négligeable de transmission, tant pour le personnel pénitentiaire que pour les détenus.

3.4.2.5 Maladies sexuellement transmissibles (MST)

L'association entre maladies sexuellement transmissibles et infection à VIH est également très importante, puisqu'on observe un test VIH + chez 3,8% des patients porteurs d'une MST.

La prévalence des MST a été mesurée en 1992 dans 14 établissements pénitentiaires. Cette étude a montré une prévalence des infections génitales de 1,70 % (0.96-2.44), soit plus de trois fois supérieure à celle observée dans la population générale. Parmi les détenues, la prévalence était de 3.38%⁸⁴.

3.4.2.6 Suicides et automutilations

Au total 29 suicides ont été signalés en 1998, ce qui rapporté à l'ensemble de la population carcérale correspond à un taux de 368,9/100.000. Le taux enregistré dans la population générale en 1994⁸⁵ est de 21,07/100.000 et chez les hommes de 31,19/100.000. Une standardisation pour l'âge montrerait une différence encore plus importante. Ces chiffres

⁸¹ FARES. Rapport d'activités 1998.

⁸² Source : Etude Pilote : Dépistage de la Tuberculose Dans les Prisons De La Communauté Française de Belgique. FARES. 1992

⁸³ TODTS S., FONCK K., DRIESEN K., UYDEBROUCK M., VRANCKX R., VERCAUTEREN G., VAN MOL F., COLEBUNDERS R.; Tuberculosis, HIV, Hepatitis B and risk behaviour in a Belgian prison. Arch Public Health, 1997, 5, 87-97

⁸⁴ IDEWE De Prevalentie van infecties in penitentiaire instellingen in België. Onderzoeksrapport ; 1994

⁸⁵ source : Institut scientifique de santé Publique – Louis Pasteur

indiquent néanmoins un excès de mortalité par suicide en prison au moins 11 fois supérieur par rapport aux taux enregistrés dans la population générale.

Il ressort également des données pénitentiaires que le début d'une détention comporte un risque accru de suicide. Sur les 29 suicides enregistrés en 1998, 20 (soit les deux tiers) sont survenus pendant les six premiers mois de l'incarcération, dont 10 pendant le premier mois.⁸⁶ On peut raisonnablement suspecter qu'un nombre important des ces personnes étaient des détenus en détention préventive.

Tableau 6: Nombre de suicides en prison (Belgique)

<i>Durée de détention au moment du suicide</i>	<i>1997</i>	<i>1998</i>
<i>< 1 mois</i>	5	10
<i>1 à 6 mois</i>	5	10
<i>6 mois à 1 an</i>	4	6
<i>1 à 5 ans</i>	6	3
<i>> 5 ans</i>	2	0
<i>Total</i>	22	29

Au cours de la première phase de la détention, un grave état de manque peut venir aggraver l'atteinte de la résistance morale des usagers de drogues dépendants. De graves dépressions ainsi que des troubles du comportement (e. a. agressivité) sont très fréquents lors du manque de cocaïne, d'amphétamines, de certains benzodiazépines et opiacés.

Les personnes interrogées ayant déjà été incarcérées plusieurs fois présentent moins de difficultés d'adaptation lors d'une nouvelle incarcération. L'insécurité juridique (libération, recours en grâce, mise en liberté conditionnelle, octroi d'un congé pénitentiaire, alternatives à la détention, déroulement des affaires en cours,...) est à l'origine d'une tension et d'un malaise psychique. Elle a également été citée comme facteur à risque parce que le malaise psychique est une raison pour les détenus de consommer, (>60% des ex-détenus).

« Personne n'est certain du moment où il peut être libéré. C'est reporté pour la moindre imbécillité. Ce stress... » (S)

Nous ne disposons pas de chiffres concernant les automutilations non létales.

⁸⁶ Rapport annuel 1998, Direction Générale des Etablissements Pénitentiaires, Ministère de la Justice, page 124

3.5 CONCLUSION

Pour reprendre l'expression de la note d'orientation de la politique pénale et d'exécution des peines de juin 1996, le « détenu-type » est « un homme jeune qui, ayant bénéficié d'une formation limitée et possédant une position socio-économique faible, a commis un vol. Souvent, il a également commis une infraction liée à la drogue et il n'est pas rare qu'il s'agisse d'un étranger »⁸⁷.

De plus, les développements qui précèdent ont mis en évidence le fait que la population carcérale est particulièrement défavorisée sur le plan sanitaire et que l'incarcération constitue un facteur aggravant ce mauvais état de santé, facteur renforcé par la surpopulation des établissements pénitentiaires. Ce constat permet d'imaginer les difficultés que peut rencontrer l'administration pénitentiaire pour assurer la prise en charge de ces personnes et l'intérêt de développer un instrument épidémiologique concernant l'usage de drogues et les comportements à risques.

⁸⁷ DECLERCK, S. ; Politique pénale et exécution des peines. Note d'orientation, Ministère de la justice, juin 1996, p. 8.

4 LES RELATIONS AU SEIN DE LA PRISON ET LA PRESENCE DE DROGUES

4.1 INTRODUCTION

Il ressort des entretiens menés dans le cadre de la recherche universitaire de 1997 que « les acteurs situent le développement de la présence de drogues dans les prisons dans les années 80. Bien que certains lient ce fait à l'humanisation des conditions de détention et à l'ouverture de la prison sur la Cité, d'autres mettent en évidence l'augmentation des détenus condamnés pour des 'faits de drogue' à la suite de la modification de la loi sur les stupéfiants en 1975 et la surpopulation comme facteurs ayant eu une influence sur le développement du trafic. Parallèlement, et bien que l'usage de drogues soit souvent décrit comme de nature à rendre les détenus calmes, il semble que le climat des établissements pénitentiaires se soit dégradé : en effet, la présence importante de drogues a engendré un climat de violence (rackets, pressions, menaces, règlements de compte,...) et de suspicion (des surveillants envers les détenus mais également entre eux) qui n'a fait qu'exacerber une relation déjà tendue par une 'diabolisation' réciproque »⁸⁸.

Dans cette partie, nous allons décrire, dans un premier temps, la manière dont est organisé le trafic de drogues en prison et fournir quelques informations sur les substances disponibles : diversité, qualité, prix et modes de paiement. Ensuite, après avoir présenté les facteurs qui interviennent dans la façon dont se nouent les relations entre détenus, nous tenterons de déterminer quelle est l'influence du trafic et de l'usage de drogues sur les relations entre détenus, mais aussi entre détenus et personnel, afin de relever les problèmes relationnels et de violence qui y sont associés.

4.2 LE TRAFIC DE DROGUES

Lorsqu'on aborde la question du trafic de drogues dans les établissements pénitentiaires, les surveillants, comme les directions, font généralement part de leur impuissance à éradiquer le phénomène, qualifiant la prison de « gruyère » ou de « passoire », en raison de la multitude des possibilités d'entrée de la drogue et de la manière dont est organisé le trafic.

4.2.1 L'organisation du trafic et les modes d'entrée de la drogue

Le trafic de stupéfiants peut se présenter de deux façons en détention, à savoir individuellement ou de manière organisée. Dans les centres de détention, tels que les maisons d'arrêt, où il y a un important passage de détenus séjournant généralement peu de temps, le trafic individuel de stupéfiants est plus fréquent que sa forme organisée. Dans les établissements pénitentiaires où le passage est plus réduit et les peines de plus longue durée, ce sont principalement des

⁸⁸ ADAM, Ch., BARTHOLEYNS, Fr. ; Politique pénitentiaire en matière de drogues, op.cit., p. 35.

réseaux pyramidaux qui font le trafic de stupéfiants. D'une façon générale, il est rapporté que, tout comme à l'extérieur, les grands trafiquants restent le plus souvent hors d'atteinte alors que les personnes qui font entrer de la drogue dans le but de payer leur propre consommation sont plus visibles.

Si le type d'établissement a une influence sur l'organisation du trafic en raison de différences quant à l'intensité des contacts avec l'extérieur, notons que l'architecture des prisons a également son importance. Par exemple, certaines prisons situées en ville ont des abords vulnérables et des paquets sont lancés au-dessus des murs d'enceinte pour atterrir dans les préaux. De même, dans les établissements ouverts, d'une part, les possibilités de faire entrer des objets ou substances interdites sont évidemment plus nombreuses que dans les établissements fermés et, d'autre part, il existe une multitude de cachettes (bois environnants, parc, champs,...) dans lesquelles la drogue peut être entreposée.

La demande de renseignements sur les différentes modalités selon lesquelles les stupéfiants pénètrent illégalement dans les prisons a reçu des réponses réservées, ce qui est compréhensible. Nous pouvons cependant retenir quelques-unes des méthodes les plus fréquemment citées.

- La visite est présentée comme l'opportunité la plus évidente de faire entrer des substances illégalement. Les « trucs » utilisés sont, entre autres, l'échange de chaussures, le baiser intra-buccal, les étreintes, l'intérieur des colis apportés par le visiteur,...
- Le retour après un congé pénitentiaire, une sortie spéciale ou dans le cadre d'une semi-liberté, ... L'ingestion ou la dissimulation dans des endroits intimes sont des techniques fréquemment utilisées.
- Par l'intermédiaire du personnel : bien qu'il n'y ait pas d'indication précise quant à l'ampleur de l'implication de membres du personnel dans le trafic, tant les détenus que les surveillants confirment que le personnel participe au trafic. Ceci était mentionné dans 50% des interviews avec les surveillants, et dans près de la moitié des interviews avec les détenus.

« Non, pas seulement individuellement. Ça va jusqu'à l'organisation. Dans ce sens que si vous parvenez à plaire à un gardien et que vous pouvez faire passer des choses et qu'elles sont remises à ce gardien et qu'il les ramène à l'intérieur. Mais pour quelle contrepartie. Trafic, de l'argent à la prostitution... » (D)

« ...il y a des collègues qui y prennent part. Ça peut rapporter gros, hein... » (S)

« Mais je présume qu'il y a pas mal de drogues qui rentre par l'intermédiaire des gardiens. Je suppose aussi, d'après ce que les détenus me racontent, que certains gardiens ferment de toute évidence les yeux sur la consommation de stupéfiants. Parce que quelqu'un qu'on laisse fumer en paix n'est pas un fauteur de trouble. Ça donne un certain pouvoir au gardien. » (S)

Dans l'ensemble, nous pouvons dire qu'il est impossible, ou excessivement difficile, de rester à distance des stupéfiants en raison du chantage et des pressions exercées sur les détenus ou leur famille, de l'ingéniosité déployée pour faire entrer des stupéfiants et de l'implication du personnel.

Bien que le type de prison, le régime et la politique locale en matière de détection soient des éléments pouvant avoir un impact sur la quantité de substances disponibles, il est impossible de faire de la prison une « zone sans drogue ». A cet égard, le professeur B. De Ruyver affirmait, dans son rapport auprès du groupe de travail parlementaire chargé d'étudier la problématique de la drogue, qu' « il est impensable, compte tenu de l'importance de l'offre de stupéfiants dans la société que l'on puisse bannir les drogues légales et illégales du milieu carcéral sans risquer de rendre la vie intenable à l'intérieur des établissements pénitentiaires. Cela impliquerait en effet que l'on réduise au strict minimum les possibilités qu'ont les détenus de communiquer avec l'extérieur et que l'on soumette à des mesures de sûreté rigoureuses le personnel et les personnes qui sont présentes dans les prisons à titre professionnel »⁸⁹.

4.2.2 Les substances disponibles

D'une façon générale, nous pouvons dire qu'en prison, « si on le souhaite et si on paie, tout peut être obtenu ». Ainsi, nous allons voir que les *substances disponibles* sont très diverses : elles vont des stupéfiants illégaux aux succédanés de l'alcool, en passant par les médicaments.

Dans le passé, la majorité de l'offre se composait de dérivés de cannabis (qui devançaient de loin les autres produits), de benzodiazépines et d'opiacés. Récemment, et conformément à la tendance constatée dans la société, le marché de la polytoxicomanie a pris de l'ampleur dans les prisons. La première place des dérivés de cannabis n'est cependant pas menacée, mais, outre l'héroïne et les benzodiazépines, on trouve également de la cocaïne, du speed, de l'ecstasy,...

Il convient également d'accorder une attention particulière à la problématique des médicaments. En effet, ceux-ci sont disponibles en grande quantité par le biais de deux circuits illégaux, principalement sous la forme de somnifères, de calmants et d'analgésiques. Le premier circuit consiste à faire « entrer en fraude » des médicaments dans la prison : le Rohypnol[®] et le Lexotan[®] sont les deux médicaments favoris de ce type de circuit.

« Il y avait énormément de Rohypnol[®] qui entrainait. Il y avait toutes sortes de somnifères ; Vesparax[®], Lexotan[®], Valium[®], tout ce dont raffolent les junkies. J'avais même un garçon avec moi en cellule qui attendait avec impatience la visite de ses parents, ils lui donnaient dix Valium[®] ou douze Lexotan[®] et tout était aussi vite disparu que c'était rentré. Quand il n'avait pas de visite, c'était une catastrophe. »(D)

Le second circuit consiste à « détourner », soit sous la menace, soit pour en retirer un bénéfice financier, des médicaments prescrits par le médecin de la prison. Les habitudes du médecin local en matière de prescription et les systèmes de distribution des médicaments sont à cet égard des facteurs importants⁹⁰.

Mentionnons aussi dès à présent qu'il existe, dans les prisons, une corrélation entre l'usage de drogues illégales et la consommation de médicaments.

⁸⁹ Rapport fait au nom du groupe de travail chargé d'étudier la problématique de la drogue, *Doc. Parl.*, Ch. repr., s.o., 1996-1997, 1062/3, 5 juin 1997, p. 938.

⁹⁰ Voyez *infra*, 5.4.4.2. La fourniture et la prescription des médicaments.

« J'entends parfois dire qu'il y en a beaucoup à l'intérieur. Je pense que nous pouvons également le remarquer. Par exemple, quelqu'un qui quémante toujours des médicaments et qui en veut toujours plus, et qui un jour vient vous dire : j'ai décroché, je n'ai plus besoin de rien. Alors, nous savons qu'il existe un autre circuit qui fonctionne très bien. » (S)

Par ailleurs, la plupart des personnes interrogées ont déclaré que, quoique toutes les substances soient disponibles, la mesure dans laquelle elles le sont varie considérablement d'une période ou d'une prison à l'autre.

Bien que l'alcoolisme ne fasse pas directement partie de la présente étude, il faut signaler, afin d'être complet, que la consommation illégale d'alcool ou de ses substituts a été régulièrement citée par les personnes interrogées.

« ...je n'ai que de l'after-shave et un produit pour se mettre sur les cheveux, Petrolan, qu'on peut avoir sur la liste de la cantine. Il y avait des garçons qui en commandaient spécialement et qui vidaient la bouteille en une seule fois pour être un peu saouls... » (D)

« Ils fabriquent même de l'alcool ici. Avec de la levure qui vient de la cuisine, des fruits et du sucre. Ils le mettent de côté pendant 16 jours. Mais ça vous donne mal à la tête. » (D)

« On boit beaucoup d'eau de Cologne ici. On la filtre à travers une tartine pour éliminer le colorant... » (D)

Il est évident que la consommation de tels succédanés de l'alcool est loin d'être une activité ayant une action favorable sur la santé.

Tout comme lors des enquêtes effectuées dans le monde extérieur, *la qualité des stupéfiants* illégaux disponibles a été jugée de façon très subjective par les personnes interrogées : les qualificatifs utilisés vont de « meilleure » à « pire », en passant par « identique » à celle de l'extérieur. Les (ex-)détenus qui ont pu situer la qualité dans le temps ont cependant indiqué que, globalement, la qualité des stupéfiants disponibles en prison s'est améliorée. Il s'agit du même phénomène qu'en rue où la qualité des stupéfiants tels que l'héroïne, la cocaïne et le speed s'est sensiblement améliorée au cours des dernières années. Cette amélioration de la qualité des stupéfiants disponibles en prison ne doit pas occulter le fait que, comme à l'extérieur, des produits de mauvaise qualité peuvent circuler, comme cela a été mentionné par un document rédigé par la direction d'une prison à la suite d'overdoses survenues dans son établissement.

Non seulement, la qualité des stupéfiants disponibles dans la rue est supérieure par rapport à autrefois mais *les prix* de ces substances se sont également « démocratisés » de façon sensible. Si cette tendance à la baisse des prix observée dans la société est suivie dans les établissements pénitentiaires, les réponses des (ex-)détenus interrogés indiquent cependant que les prix sont sensiblement plus élevés qu'à l'extérieur (de deux à plusieurs fois supérieurs en fonction de l'offre disponible). Le fait que des prix plus élevés puissent donner naissance à une spirale d'endettements, avec toutes les conséquences qui y sont liées (violence, chantage, récupération des débiteurs dans le trafic,...) est un facteur de risque important pour la santé physique et/ou psychique des détenus usagers de drogues. Un facteur de risque qui, paradoxalement, se restreint à mesure que l'offre de stupéfiants devient plus abondante en prison, car alors les prix baissent.

Le paiement des stupéfiants se fait principalement par le biais de cartes de téléphone et d'objets de valeur (bagues en or, chaînes, cigarettes,...). Quelques personnes interrogées ont même fait part de méthodes permettant de convertir les cartes de téléphone afin qu'un trop grand nombre de cartes (ne pouvant être justifié) ne soit pas découvert lors d'une fouille de la cellule. Nous allons voir que certains détenus peuvent rencontrer des difficultés de paiement et que cette situation est de nature à entraîner différentes formes de violence. Ainsi, leur prise de participation au trafic de stupéfiants et la prostitution (forcée ou non) sont d'importants facteurs de risque dans ce cadre. Dans des cas exceptionnels, le paiement est effectué à l'extérieur par la famille et/ou des amis.

4.3 'ASPECT RELATIONNEL

4.3.1 L'alliance avec les pairs

Une recherche en cours, réalisée par l'U.L.B. et la V.U.B. et relative à la violence en prison, met en évidence le fait que les relations entre les détenus sont basées sur un lien instrumental ou fonctionnel et non sur l'amitié ou le respect.

Il ressort des entretiens menés dans le cadre de la présente recherche qu'il existe véritablement une distinction entre les détenus non-usagers et les détenus usagers de drogues, et que, si possible, ces derniers « s'agglutinent ». La consommation elle-même est une raison importante de ce phénomène.

« Il n'y a jamais eu de problème [...] entre les consommateurs et les non-consommateurs]. En général, les non-consommateurs font beaucoup de sport, et donc ne sont pas souvent avec les gens qui consomment. » (D)

L'obtention de stupéfiants dans un établissement pénitentiaire possède ses propres règles et l'adhésion à un sous-groupe, avec la solidarité qui lui est inhérente, facilite cette opération. En dépit des conséquences négatives qui y sont liées, telles que la pression exercée pour partager ses stupéfiants, la formation d'une bande est considérée comme nécessaire.

« Vous devez vous liquer... » (D)

Les usagers de drogues ne constituent cependant pas un groupe homogène et d'autres facteurs déterminent la manière dont se nouent les relations entre consommateurs.

Les stupéfiants utilisés (c'est-à-dire la substance favorite à l'extérieur) participent à la détermination des contacts réciproques. C'est incontestablement le cas auprès des consommateurs plus âgés où les sous-groupes de consommateurs d'héroïne, de speed et de cocaïne sont plus différenciés.

«... les détenus qui consomment de la coke se regroupent et ceux qui prennent de l'héroïne aussi bien entendu... » (D)

Ce phénomène joue un rôle moins important auprès des consommateurs plus jeunes parmi lesquels la polytoxicomanie est plutôt devenue la norme. La différenciation parmi les

consommateurs plus âgés ne signifie pas que ceux-ci, dans le contexte spécifique d'un établissement pénitentiaire, s'abstiendront de consommer d'autres stupéfiants.

La région d'origine joue également un rôle. Les usagers de drogues en détention se connaissent déjà souvent à l'extérieur. Les groupes de consommateurs sont souvent des petits sous-groupes à l'extérieur, principalement pour ce qui est du groupe d'usagers dépendants et désinsérés du circuit de soins et d'aide, composé de consommateurs problématiques qui ont été incarcérés à cause de la « criminalité d'acquisition ». Ils se connaissent parce qu'ils viennent de la même rue, du même quartier, de la même ville ou de la même région.

« Moi, je suis de Charleroi, donc je connaissais déjà pas mal de gens là-bas (... à la prison de Jamioulx). Donc je n'ai qu'à demander, et ça va vite pour savoir (...c.a.d. pour repérer les consommateurs et les dealers potentiels). » (D)

« Oui, vous avez celui-là d'Anvers et celui-là de Bruxelles, ils se connaissent et ils sont souvent collés ensemble. » (D)

L'origine ethnique est également un critère important. La langue, les spécificités culturelles sont déterminantes des relations que les détenus établissent entre eux.

« C'est des bandes. La bande des Turcs, la bande des Arabes, les Italiens. Les Italiens, ils sont souvent avec les Espagnols. » (D)

« Oui, je connaissais ces junkies à l'extérieur. J'en ai pris quelques fois avec eux, mais ici, à l'intérieur, je traîne plus avec des gens comme moi. Ici, je suis avant tout Marocain. » (D)

La plupart des personnes interrogées (>70% des détenus) signalent que les relations entre usagers et non-usagers —certains d'entre-eux méprisant ou ayant pitié des premiers— sont en général moins intenses qu'entre les usagers de drogues entre eux. D'une part, la « solidarité » induite par la consommation et, d'autre part, la méfiance (« dénonciation ») à l'égard des non-usagers, sont des facteurs déterminants dans ces relations interpersonnelles. Toutefois, l'accent se situe principalement sur le premier élément (l'usage de drogues dans tous ces aspects est une activité qui « demande beaucoup de main d'œuvre » en prison) et dans une moindre mesure sur la méfiance.

« Vous en prenez ou vous n'en prenez pas... ça n'intéresse personne. » (D)

« ... il n'y a pas de réaction à ça... » (D)

L'attitude des détenus à l'égard de la dénonciation et l'existence de « règles » à l'encontre des mouchards n'y sont pas étrangères. Il est également frappant de remarquer qu'aucun des usagers interrogés n'a répondu avoir été victime d'un chantage exercé par des détenus non-usagers en raison de sa consommation.

Les relations interpersonnelles décrites ci-dessus se rapportent principalement aux moments où il est possible d'établir un contact à l'extérieur de la cellule, par exemple pendant la promenade, dans les couloirs, les ateliers, etc. Le régime dont relèvent les détenus (ouvert/fermé, possibilités de travail,...) détermine également dans une large mesure la nature et, surtout, l'intensité de ces relations.

La situation au sein de la cellule est tout autre. Nous verrons que la répartition des détenus dans le cellulaire se fait essentiellement en fonction des possibilités au niveau de la place disponible. Les personnes interrogées ont signalé l'existence d'un risque que des détenus non-usagers soient ainsi initiés (volontairement ou non) à la consommation de stupéfiants ou deviennent également victimes de sanctions.

« Ils prennent ça devant toi (... *dans la cellule*), pour que tu paies, pour que ça te donne envie. Alors, ça fait une très mauvaise ambiance. » (D)

« ...consommation dont ils sont involontairement témoins. Ou qu'ils courent un risque. Ils sont placés en duo, par exemple. Ils demandent à être déplacés et il s'avère alors qu'ils ont peur d'un contrôle de la cellule parce que quelque chose y est caché... » (S)

4.3.2 Les relations entre surveillants et détenus (notamment usagers de drogues)

Dans le cadre de la gestion quotidienne de l'établissement, les surveillants disposent d'un pouvoir discrétionnaire, corollaire de l'objectif de maintien de l'ordre, qui découle de l'impuissance des règlements, bien qu'ils définissent les conduites des agents de façon minutieuse et détaillée, à régler les relations de face à face qui se nouent entre agents et détenus⁹¹. Grâce à ce pouvoir discrétionnaire, les agents vont pouvoir sortir de la situation paradoxale dans laquelle ils sont constamment placés et réduire la tension qui résulte de la nécessité de contenter la direction et de ne pas mécontenter les détenus.

Le concept de « double contrainte » traduit, en effet, le fait que dans l'exécution de leurs tâches, les agents sont confrontés à « deux demandes contradictoires : celle du maintien de l'ordre par le respect du règlement, exprimée par leurs supérieurs hiérarchiques, sans que ne soit pour autant autorisé le recours à des moyens qui contrediraient par trop ouvertement les modes de traitement en vigueur; celle d'un laxisme dans l'application de ce règlement, exprimée par les détenus de manière à réduire les contraintes institutionnelles. Et, de l'équilibre trouvé entre ces demandes, dépendra de la « tranquillité » avec laquelle, ce qui reste finalement une activité professionnelle faiblement rémunérée et peu valorisée sera accomplie »⁹². Dès lors, les gardiens se trouvent confrontés à un dilemme : « une affirmation excessive de la contrainte risque de compromettre l'ordre en suscitant une réaction de rébellion parmi les détenus; et inversement, une réduction excessive de cette contrainte risque d'entraîner une réaction de sanction de la part des supérieurs hiérarchiques »⁹³. La résolution de ce dilemme passe donc « par l'investissement de la marge de déviance tolérée institutionnellement » et « grâce au pouvoir dont ils disposent, les gardiens se trouvent (...) en mesure d'en fixer les frontières ; non

⁹¹ ROSTAING, C., « Les relations entre surveillantes et détenues », in FAUGERON, C., CHAUVENET, A., COMBESSIE, P., *Approches de la prison*, Bruxelles, De Boeck Université, coll. « perspectives criminologiques », 1996, pp. 101-125.

⁹² MARY, P. ; « Pratiques clandestines en milieu carcéral. Réflexions sur la reproduction et la production de la prison », *R.I.C.P.T.*, 1989, n°2, p. 182.

⁹³ Idem.

pas qu'ils les déterminent de leur propre chef, mais, compte tenu des demandes auxquelles ils sont confrontés, ils peuvent en faire varier l'étendue »⁹⁴.

En d'autres termes, « il existe un compromis permanent entre la discipline, le respect des règles d'un côté, la recherche d'absence d'incidents et le non respect de celles des règles qui ne mettent pas en cause la sécurité de l'autre, une oscillation constante entre des situations de rapport de force et des rapports de coopération. On constate également l'importance que prennent en prison les moyens informels de contrôle de la population pénale, dans un univers par ailleurs fortement bureaucratisé, tandis que prévaut le court terme sur le long terme et un équilibre social précaire, gouverné par l'événement »⁹⁵.

« Le principal c'est la surveillance, mais il faut insister sur le caractère humain. Essayer d'établir un lien agréable (allez, agréable entre guillemets) avec ces garçons, pour ne pas avoir « d'ennuis » avec eux. » (S)

Outre ce principe général, il ressort des réponses des surveillants et des détenus que la qualité des relations qui se nouent entre eux est également déterminée par les individualités des uns et des autres, par leurs attitudes personnelles et leurs représentations mutuelles.

Les extraits de discours suivants illustrent bien la diversité des représentations que les surveillants peuvent avoir des usagers de drogues incarcérés.

« Je suis contre la drogue. Prendre des tas de médicaments ou fumer tranquillement un joint le soir dans votre fauteuil, ce sont deux usages aussi importants de stupéfiants. Je suis de toute façon contre les toxicomanes ; bien que je puisse respecter les raisons pour lesquelles ils se droguent. Pour autant qu'ils ne le fassent pas d'une façon dégoûtante, je laisse faire... » (S)

« Vous voyez ces gens en déprimer. Pour moi, c'est tout en art de ne pas s'y mettre. On n'encourage pas à arrêter, mais à ne pas commencer. Avec eux, c'est de toute façon déjà trop tard. Si vous voyiez la vitesse à laquelle ils rechutent, avec les problèmes qu'ils ont ici et peut-être parce qu'ils ne bénéficient pas d'une prise en charge suffisamment professionnelle. » (S)

« Quel que soit le type de dépendance, il n'y pas de solution en prison. Il faut faire quelque chose, mais la solution la plus simple, c'est tout. Mais ce n'est pas une solution. On dit parfois qu'en prison, il est plus facile de se procurer de la drogue qu'à l'extérieur. Je pense que c'est vrai, un peu par expérience. » (S)

« Je ne parviens pas à m'imaginer ce qu'on peut trouver à ça, mais bon, je n'ai jamais rien pris de ce genre. Il y a beaucoup de toxicomanes qui sont en prison parce qu'ils ont dû trouver de l'argent pour leur drogue. Mais à mon avis, ce ne sont pas de vrais criminels. » (S)

« Fumer un joint, je ne trouve pas ça grave du tout. A l'extérieur, ils ne s'en préoccupent pas tellement non plus. Ce n'est que lorsqu'ils sont en cours de désintoxication ou qu'ils deviennent agressifs que j'ai des difficultés. » (S)

Au-delà de la diversité des positions individuelles, il est possible de dégager trois tendances.

- La question de savoir si un « toxicomane » a sa place en prison est très vivace chez les surveillants.

⁹⁴ Idem.

⁹⁵ CHAUVENET, A., ORLIC, B., BENGUIGUI, G. ; *Le personnel de surveillance de prisons, op.cit.*, pp. 73-74.

- Leur attitude à l'égard de la consommation de cannabis est plus tolérante (comme on le constate également au niveau de la société). Le fait qu'il rende les détenus « plus calmes » et ainsi moins difficiles, est à cet égard très significatif.

« Quand ils ont “pris”, on ne les entend pas. Donc, s'il y a deux détenus qui sont nerveux dans la section, ils prennent tous les deux leur crasse, on ne les entend pas pendant un bon moment. » (S)

- Les problèmes comportementaux, plus particulièrement l'agressivité, liés à l'usage de drogues sont ressentis comme la plus grosse menace et comme la pression la plus importante. (60% des surveillants).

Quant aux détenus, leurs témoignages évoquent assez bien de disparité dans les attitudes et réactions des surveillants par rapport à la consommation de drogues : du laxisme à l'acharnement. Nous reviendrons sur ce point quand nous traiterons de la « lutte » contre l'usage de drogues⁹⁶.

« Il y a deux catégories. Vous avez la catégories des surveillants qui veulent agripper, attraper les dealers, ou même la drogue elle-même. Et vous avez la deuxième catégorie qui n'en a rien à foutre, ceux qui se disent : “Tant qu'il a sa drogue, il ne va pas me faire chier, je serai tranquille.» (D)

4.3.3 Les différentes formes de violence et leurs effets

La violence est ressentie par tous comme l'un des problèmes majeurs rencontrés dans les établissements pénitentiaires. A cet égard, la surpopulation est un élément à ne pas négliger. Le manque d'espace, la détention de plusieurs personnes dans une cellule prévue pour un seul détenu, les listes d'attente pour le travail et les activités de détente,... sont des d'éléments qui mettent en évidence le fait que les conditions de vie en prison accroissent incontestablement le risque d'explosions de violence. Relevons également que, bien que les désordres soient en partie causés par des individus ou des groupes d'individus particuliers, ils sont aussi dus à la façon dont les prisons sont conçues et dirigées⁹⁷.

En outre, la plupart des personnes interrogées considèrent la consommation et le trafic de stupéfiants en prison comme une cause directe de violence, tant physique que morale. A cet égard, il faut distinguer différents types de violences, à savoir :

- la violence des usagers de drogues envers eux-mêmes et les autres usagers de drogues ;
- la violence entre les usagers de drogues et les non-usagers de drogues ;
- la violence liée au trafic et à l'endettement dû à l'usage de drogues ;
- la violence entre les détenus usagers de drogues et le personnel (surveillants et personnel médico-psycho-social)

⁹⁶ Voyez les pratiques en matière de détection et de sanction, partie 5

⁹⁷ SYR, J.-H. ; « Le contrôle dans les prisons : revue de la littérature », in FAUGERON, C., CHAUVENET, A., COMBESSIE, P. ; *op.cit.*, p. 261 ; nous soulignons.

4.3.3.1 La violence des usagers de drogues envers eux-mêmes et les autres usagers de drogues

La consommation de stupéfiants dans un établissement pénitentiaire peut avoir des conséquences tant positives (« échapper à la réalité »,...) que négatives sur la vie du détenu usager de drogues. Parmi ces effets négatifs, l'overdose, à l'issue éventuellement fatale, peut être qualifiée de violence envers soi-même. Cette problématique sera abordée ultérieurement⁹⁸.

La violence entre usagers de drogues dans un établissement pénitentiaire présente de nombreuses similitudes avec la violence constatée à l'extérieur entre consommateurs problématiques et marginalisés. Les conflits portant sur le partage des substances, le vol de stupéfiants, le comportement exigeant en vue de pouvoir participer à la consommation,... peuvent donner lieu à une agressivité réciproque. Des (ex-)détenus ont indiqué que de tels conflits se produisent cependant à une plus grande échelle en prison et impliquent plus d'individus qu'à l'extérieur. L'offre variable et donc parfois difficilement accessible de stupéfiants en prison exerce manifestement une influence directe sur cette violence réciproque.

« Toujours la même couillonnade. En dehors de la prison, ils sont comme des frères, et dedans, c'est comme chien et chat. » (D)

Un autre point d'attention concerne les usagers de drogues problématiques qui trouvent dans la détention un motif pour mettre un terme à leur consommation. Les réponses de quelques personnes interrogées (4 mentions par les détenus) laissent supposer que des moyens de pressions sont utilisés pour qu'ils continuent malgré tout à consommer des stupéfiants. La pression des pairs (*peer pressure*) est à cet égard un facteur important. C'est la consommation de substances telles que l'héroïne et la cocaïne qui est principalement concernée.

4.3.3.2 La violence entre les usagers de drogues et les non-usagers de drogues

L'une des formes les plus problématiques de violence se rapporte aux moyens de pression imposés par les usagers de drogues sur les non-usagers (principalement dans le contexte de la cellule). Ces moyens de contrainte peuvent aller du chantage jusqu'aux menaces physiques et aux coups, en passant par la violence verbale. L'objectif sous-jacent est toujours de parvenir à un « sentiment de solidarité », à savoir « consommer ensemble = se taire ensemble ». Cette attitude implique un risque réel d'initiation à l'usage de drogues ; en effet, tout le monde ne peut pas résister à ces moyens de pression.

« Il y en avait qui ne voulaient pas y prendre part, mais ils étaient soumis à une telle pression qu'ils n'avaient pas beaucoup le choix... » (D)

« Même lorsqu'un non toxicomane ne veut pas céder et se mettre à consommer, les menaces persistent régulièrement par peur de la dénonciation, même quand une demande de changement de cellule est approuvée » (D)

« ... oui, si on moucharde, on est « cueilli ». C'est : Survival of the fittest. » (D)

⁹⁸ Voyez partie 6.2.2.4: overdose

« Si vous vous retrouvez dans une cellule comme ça, il n'y a qu'une chose à faire. Vous taire comme une tombe ou vous aurez affaire aux couteaux. » (D)

Le fait qu'aucun usager de drogues n'ait répondu avoir été victime d'un chantage de la part de détenus non-usagers, en raison de son usage, donne une indication de l'efficacité des moyens de pression.

Les non-usagers ont également cité d'autres formes de violence : le vol et une pression exercée afin de céder des médicaments.

4.3.3.3 La violence liée au trafic et à l'endettement dû à l'usage de drogues

Presque toutes les personnes interrogées ont cité la violence relative au trafic de stupéfiants et aux spirales de l'endettement lié à l'usage de drogues comme l'une des formes de violence la plus grave. (24 détenus sur 29, 7 réponses sur 10 parmi le personnel médical, 8 surveillants sur 10). Il ne faut cependant pas oublier que le trafic peut porter sur d'autres objets que la drogues et générer également de la violence.

En ce qui concerne le trafic de drogues, nous avons vu que l'organisation de réseaux pyramidaux est plus fréquente dans les établissements pénitentiaires hébergeant des détenus condamnés à des peines de longue durée. Les différentes formes de manifestation de la violence dans ces réseaux ont déjà été abordées, il s'agit des règlements de compte, du recrutement en vue de participer au trafic, etc.

Bien que les personnes interrogées signalent également la présence d'un trafic de stupéfiants dans les maisons d'arrêt, il s'agit plutôt de détenus isolés qui font entrer illégalement des substances. Dans ce cas, le détenu concerné peut être exposé aux formes de violence déjà citées telles que le vol, le chantage, le partage des stupéfiants, etc.

Par ailleurs, l'un des risques majeurs engendrés par le trafic de stupéfiants est le chantage pesant sur les détenus et leur entourage direct en matière de congé et de visite.

D'une part, un grand nombre de personnes interrogées ont déclaré qu'une pression importante est exercée avant le congé pénitentiaire dans le but de faire ramener des stupéfiants. Tant les usagers que les non-usagers de drogues en sont victimes. Elle ne concerne donc pas uniquement les détenus ayant des dettes dues à l'achat de drogues. Notons que les détenus pour faits de mœurs sont particulièrement sujets à de telles pressions. Participer à l'acheminement de la drogue peut parfois être un moyen de monnayer leur protection. Dans le même ordre d'idées, les détenus servants ou ayant des postes clés sont régulièrement sollicités pour « rendre des services » liés à la circulation de la drogue dans la prison.

« ...alors j'ai limité ça deux fois ; la troisième fois, ils m'ont vraiment attaqué fort. Que je devais en ramener pour les autres et que j'allais le faire. Et alors, avant de partir en congé, je suis allé chez le directeur et je lui ai raconté ça. Je lui ai dit : quand je reviens, vous pouvez tout contrôler sur moi, mais je veux absolument que vous écriviez noir sur blanc que je serai placé dans une autre aile quand je reviens. Parce qu'autrement... » (D)

D'autre part, ce chantage est aussi parfois exercé sur l'entourage direct des détenus, la famille ou les amis par exemple. Ils sont alors forcés de faire entrer des stupéfiants pendant la visite. La famille des détenus endettés court plus de risques de subir de telles menaces mais les autres n'en sont pas pour autant à l'abri.

Certains détenus se retrouvent donc dans une véritable spirale d'endettements. Ils concluent des emprunts auprès d'autres détenus, déplacent leurs dettes et courent finalement un risque encore plus grand d'être soumis à la violence. D'autres essaient d'éviter cette violence en demandant la protection du personnel, entre autres par le biais d'une demande de transfèrement. Le risque de subir l'une ou l'autre forme de violence peut éventuellement conduire à un état d'isolement peu favorable pour leur résistance mentale : certains détenus n'osent plus quitter leur cellule, ils perdent ainsi toute possibilité de travail et ne participent plus à la promenade au préau.

La violence à l'encontre des détenus usagers de drogues endettés peut prendre différentes formes.

- Des menaces et règlements de comptes accompagnés de violence physique.

« ...oui, c'étaient des hommes de main. Et ces hommes de main étaient payés en stupéfiants. Quand il y avait un règlement de comptes, ils donnaient pour cinq cents francs de drogue à quelqu'un qui se tapait de la corvée... » (D)

- « ...ça allait d'un coup dans votre mâchoire jusqu'à... jusqu'au point où ils voulaient que ça aille. » (D)
- Des pressions exercées sur le débiteur afin qu'il rembourse ses dettes en participant au trafic de stupéfiants. Si l'individu cède, il encoure un risque de détection et de sanctions accru et cela signifie également une extension des réseaux de trafic de stupéfiants au sein de la prison.
- Le chantage sur le débiteur au moyen de menaces exercées sur des tiers à l'extérieur de la prison tels que les membres de la famille ou les ami(e)s. Plusieurs personnes interrogées ont mentionné l'exercice d'une contrainte sur ces personnes pour qu'elles amènent des stupéfiants lors de la visite. Dans les établissements pénitentiaires où des réseaux de trafic de drogue revêtent un caractère plus organisé, cette problématique est plus fréquemment citée.

« ...j'ai appris que la mère de ce garçon avait été forcée d'amener ceci ou cela à la prison, parce que, sans ça, des mesures seraient prises à l'encontre de son fils... » (D)

- Plus rarement, les personnes interrogées ont mentionné l'existence de violence sexuelle et de prostitution forcée afin de rembourser les dettes. Dans ce cas, les risques supplémentaires d'être contaminés par le VIH/SIDA, l'hépatite et d'autres MST sont évidents.

4.3.3.4 La violence entre les détenus usagers de drogues et le personnel

La violence entre les détenus usagers de drogues et le personnel peut prendre diverses formes⁹⁹.

Tout d'abord, les troubles du comportement dus à un état de manque de cocaïne, d'amphétamines et, dans une moindre mesure, d'héroïne peuvent présenter un caractère agressif. Celui-ci s'exprime parfois envers les surveillants et le personnel médico-psycho-social. Bien que cette problématique se présente plus souvent dans les maisons d'arrêt, et plus particulièrement en début de détention, elle est aussi exceptionnellement signalée dans les établissements pour peine. Un motif peut être trouvé dans le fait que l'abstinence survient après que l'une de ces substances ait été disponible en quantité suffisante pendant un certain temps.

Signalons que, si dans le passé les « *downers* » (opiacés, benzodiazépines, somnifères, dérivés du cannabis) étaient les drogues les plus populaires en prison, on constate aujourd'hui que les « *uppers* » (amphétamines, cocaïne,...) se rencontrent de plus en plus souvent en milieu pénitentiaire. L'usage de ces dernières substances peut engendrer un comportement « artificiel » aux répercussions agressives, également envers le personnel. Cette agressivité des détenus envers le personnel prend généralement une forme verbale. Les personnes interrogées font régulièrement mention d'une revendication de médicaments.

« Il y a quelques années, quand ils fumaient simplement des joints, ça allait. En plus, ça les calme. Mais ces dernières années, on trouve des drogues qui rendent les gens agressifs. La sécurité est menacée parce que vous vous trouvez alors face à des gens, bien... c'est finalement l'un des points principaux pour moi. » (S)

L'agressivité et l'altération de l'ambiance dans la section peuvent également apparaître lorsque des stupéfiants ont été détectés et saisis lors de fouille, par exemple. Dans ce cas, la perspective de consommation est tout à coup anéantie et il s'en suit un comportement d'*acting out*.

Un certain nombre de réponses de détenus et d'ex-détenus font allusion à une violence que nous pouvons qualifier de « psychique » ou « mentale ». Selon eux, cette violence viserait plus fréquemment les détenus usagers de drogues que les non-usagers. Concrètement, il s'agit surtout d'abus de pouvoir exercé par le personnel sur des détenus, comme l'absence de réaction aux rapports ou les difficultés lors de demandes de faveurs telles que l'obtention d'un travail ou d'une formation.

Par contre, dans les entretiens, nous n'avons trouvé aucune indication précise concernant l'existence d'un chantage exercé par les surveillants impliqués dans le trafic de stupéfiants. Ce sujet baigne manifestement dans une atmosphère tabou, même s'il a été insinué dans une réponse (« entendu dire ») que de telles pratiques existaient dans les établissements

⁹⁹ Un article met en évidence les circonstances des agressions de détenus (en général) sur les surveillants ainsi que les caractéristiques socio-démographiques et pénales des détenus impliqués dans ces incidents : GUILLONNEAU, M., KENEY, A., « Les agressions de détenus envers les surveillants », in *Prisons en société, Les cahiers de la sécurité intérieure*, 1998, n°31, pp. 171-181.

pénitentiaires où le trafic de stupéfiants est contrôlé par des réseaux de « crime organisé ». Aucun cas particulier n'a été indiqué aux enquêteurs.

4.4 CONCLUSION

Les développements qui précèdent ont mis en évidence les deux principales modalités d'organisation du trafic de drogues en prison ainsi que la situation d'endettement dans laquelle se trouve certains détenus. Le trafic et l'endettement sont des facteurs ayant une influence négative sur la santé physique et/ou psychique des détenus car ils s'accompagnent souvent de violences physiques et verbales, de violences sexuelles et de prostitution (forcée), de pressions pour faire entrer des produits, etc. poussant certains détenus à l'isolement (et diminuant ainsi encore leur résistance mentale). Bien que ce constat ait été réalisé dans le cadre d'une étude relative à l'usage de drogues, il faut relever que le trafic au sein des établissements pénitentiaires porte également sur bien d'autres objets.

D'une façon générale, il est impossible d'éradiquer la présence de drogues en prison et la poursuite de cet objectif se ferait au dépend de l'ouverture de la prison sur la société et de l'humanisation des conditions de détention.

A côté de la consommation de cannabis, qui fait l'objet d'une certaine tolérance, on trouve l'héroïne, les benzodiazépines, la cocaïne, le speed, les ecstasy ainsi que certains médicaments, qui peuvent avoir été prescrits par le service médical et détournés. En fait, ce n'est pas tant l'usage de drogues que les troubles du comportement (agressivité) qui peuvent être liés au manque ou à la consommation de certaines substances qui préoccupent les surveillants. De même, ils s'interrogent, comme la plupart des acteurs concernés, sur la place des usagers de drogues en prison.

Si les relations entre détenus et surveillants sont emprunts de négociation, celles existant entre les détenus sont dominées par la méfiance et la solidarité, selon le sous-groupe auquel ils appartiennent. En effet, la région d'origine, l'origine ethnique, le fait d'être usager de drogues ou non et le type de substances consommées sont des facteurs déterminants des liens qui se nouent entre les détenus. En termes de risques pour la santé, nous pouvons encore relever les pressions exercées sur les détenus tentant d'arrêter de consommer pour qu'ils continuent et inversement, sur les détenus non-usagers, qui partagent leur cellule avec des usagers, pour qu'ils soient solidaires dans la consommation.

5 LA POLITIQUE PENITENTIAIRE

5.1 INTRODUCTION

Dans son rapport d'activités de 1998, récemment publié, la Direction générale des établissements pénitentiaires annonce l'élaboration d'un « plan d'action » en matière de drogues dont la mise en œuvre a été confiée à un groupe de pilotage central, composé de représentants du Service psychosocial, du Service médical, du Service des cas individuels, du Service de la politique criminelle et de directeurs de prison¹⁰⁰. L'idée d'un « pilotage » de la problématique de l'usage de drogues en prison remonte à 1995 et fait suite au plan d'action gouvernemental toxicomanie-drogue. La structure s'est construite à partir d'une demande politique relativement floue, marquée par l'absence de problématisation et par l'affirmation d'évidence du « problème » de l'usage de drogues en prison.

Dans un premier temps, le groupe de pilotage central a indiqué des directives très générales à tous les établissements pénitentiaires. Il s'agissait alors de former un groupe de pilotage local, en partenariat avec le secteur associatif spécialisé, afin d'élaborer un projet en matière de drogues. Certains groupes de pilotage locaux n'ont jamais existé que « sur papier » et la plupart des autres semblent actuellement avoir cessé leurs activités pour divers motifs comme le manque de directives de l'administration centrale ou le fait que le groupe avait atteint son objectif —essentiellement la formation du personnel de surveillance.

Après le dépôt, en octobre 1997, des conclusions des études universitaires préparatoires, dont il avait accompagné les travaux, le groupe de pilotage central semble avoir cessé ses activités. Il les a reprises en mars 1998, mais sur base d'une nouvelle composition (présence du Service de politique criminelle et absence des intervenants extérieurs qui participaient initialement aux débats), et prépare un projet de circulaire, comportant un volet répressif, un volet psychosocial et un volet médical.

Au regard des travaux du groupe de pilotage central, il est étonnant de lire dans le rapport d'activités 1998 que « l'usage de drogues en prison est lui-même un problème »¹⁰¹, provoquant ainsi un effet dénoncé par le groupe de pilotage, à savoir, « le maintien d'un raisonnement déductif qui fait de la drogue le problème de la vie carcérale et qui remplit dès lors la fonction d'évacuer ou de voiler les véritables enjeux du pénitentiaire »¹⁰². En effet, un des principaux apports des travaux du groupe de pilotage central résidait dans le constat que l'objectif de gestion carcérale amène à relativiser le « problème » drogue au sein des établissements pénitentiaires et à affirmer que, « si celui-ci existe, il est à gérer comme d'autres problèmes pouvant perturber ou non la vie carcérale »¹⁰³. Cette position fondamentale implique justement

¹⁰⁰ Direction générale des établissements pénitentiaires, *Rapport d'activité 1998, op.cit.*, pp. 27-28 ; pour une analyse de ce groupe et des groupes de pilotage locaux, voyez ADAM, Ch., BARTHOLEYNS, Fr. ; *Politique pénitentiaire en matière de drogues, op.cit.*, pp. 14-30.

¹⁰¹ Direction générale des établissements pénitentiaires, *Rapport d'activité 1998, op.cit.*, p. 27.

¹⁰² LEBRUN, V. ; « Document de travail. Objet : Réflexions au départ du projet de circulaire relative à la politique pénitentiaire en matière de drogue », slnd.

¹⁰³ Idem.

une rupture face au raisonnement linéaire consistant à affirmer que la drogue est un problème nécessitant en tant que tel des réponses spécifiques. Elle a conduit le groupe de pilotage « à ne pas faire des stupéfiants le problème numéro 1 des prisons devant engendrer systématiquement des actions » et à affirmer que « c'est par le biais du régime —devant s'axer sur la réinsertion sociale du détenu— que la problématique de l'usage de stupéfiants peut être adéquatement rencontrée. C'est donc sur la politique pénitentiaire qu'il faut investir et toute spécification (du régime, des sanctions, du plan de détention,...) doit être évitée »¹⁰⁴.

Ainsi, le groupe de pilotage central semble avoir été conçu comme un lieu global de réflexion sur la prison et ses modalités, utilisant comme tremplin et révélateur la drogue en milieu pénitentiaire. Le projet de circulaire qu'il a élaboré s'inscrit donc dans une perspective plus large que la rencontre des éléments « drogue » et « prison » : le groupe de pilotage, « loin de développer un catalogue des actions à poser face au problème de la drogue, a tenté de dégager des lignes de politiques pénitentiaires pouvant servir de fil conducteur à la gestion des réalités quotidiennes en détention. Il convient d'ajouter dans le cadre de la présentation de cette directive que si [le] souci [de ce groupe] est bien la gestion de la peine, elle ne doit pas dédouaner les divers intervenants et décideurs de s'interroger d'abord sur l'efficacité générale de la peine. En effet, en aucun cas la prison (remplissant des objectifs multiples et parfois contradictoires) ne peut garantir aux consommateurs de drogues les mêmes conditions de traitement qu'à l'extérieur par des secteurs spécialisés à cet effet. Dès lors, il est capital qu'à côté d'un processus d'élaboration d'une politique progressiste, il existe une réelle volonté d'adapter la politique pénale à l'égard des consommateurs de drogues comme à l'égard d'autres catégories de délinquants »¹⁰⁵.

Dans son Plan fédéral de sécurité et de politique pénitentiaire de janvier 2000, le ministre de la Justice développe l'idée d'axer la peine privative de liberté sur la réparation¹⁰⁶. Si cette idée implique qu'il faut permettre aux parties (victime, auteur, société) de « rétablir la relation perturbée qui existe entre eux »¹⁰⁷, elle passe également par « une limitation des dommages au niveau de la détention »¹⁰⁸ —principe concrétisé dans le projet élaboré par la commission Dupont¹⁰⁹— ainsi que par « une culture du respect ». Selon cette dernière notion, il convient de respecter les auteurs d'infractions en tant qu'hommes et citoyens si l'on veut que ceux-ci témoignent de respect à l'égard de la société et des victimes et « ce respect doit transparaître

¹⁰⁴ *Idem*.

¹⁰⁵ *Idem*, extraits des propositions pour le texte d'introduction du projet de circulaire.

¹⁰⁶ A cet égard, signalons qu'une recherche a été réalisée (la recherche-action est toujours en cours) au sujet des possibilités de développer des activités de réparation dans le cadre de l'exécution de la peine privative de liberté. Voyez PETERS, T., SNACKEN, S., KELLENS, G., DE CONINCK, G., DE JAEGHER, K., LAUWAERT, K., MAES, E., STASSART, E., TUBEX, H., VERHOEVEN, H., « Fondements d'une politique judiciaire cohérente axée sur la réparation et sur la victime », in VAN DONINCK, B., VAN DAELE, L., NAJI, A. (dir.), *Le droit sur le chemin ?*, Antwerpen –Apeldoorn/Louvain-la-Neuve, Maklu/Academia-Bruylant, 1999, pp. 113-159, spéc. pp. 134-148.

¹⁰⁷ Plan fédéral de sécurité et de politique pénitentiaire, janvier 2000, p. 263.

¹⁰⁸ *Ibid.*, p. 264.

¹⁰⁹ En raison d'informations qui font état de modifications substantielles du texte élaboré par L. Dupont, nous ne mentionnons celui-ci qu'à titre indicatif : DUPONT, L., *Essai d'avant-projet de loi de principes concernant l'Administration pénitentiaire et l'exécution de peines privatives de liberté*, Louvain, 30 septembre 1997.

dans la manière d'occuper le temps en détention »¹¹⁰. Ce plan annonce également une « note de politique pénitentiaire en matière de drogue » sans pour autant être explicite sur son contenu. Ensuite, il exprime une position de principe sans aucun autre développement : « Il s'est avéré indispensable d'augmenter l'efficacité des actions menées à ce sujet dans le milieu pénitentiaire. Notre objectif est de contrôler et de limiter à un taux raisonnable la consommation de drogue dans l'enceinte des prisons. Nous voulons surtout éviter qu'une offre de stupéfiants n'occasionne des dommages superflus chez les consommateurs comme chez les non-consommateurs également pendant la détention »¹¹¹.

Dans cette partie, nous allons passer en revue les différents aspects de la politique pénitentiaire (détection et sanction, régime, formation, prise en charge médico-psycho-sociale), notamment par rapport à l'usage de drogues, en vue de mettre en exergue les facteurs qui constitue un risque pour la santé des détenus. L'attention portée au volet « drogue » de la politique pénitentiaire est liée à l'objet de notre étude et aux limites de ce rapport ; il ne comporte aucune spécification étant entendu que l'usage de drogues doit être considéré comme un élément parmi d'autres dans le déroulement de la détention. L'ensemble des développements qui vont suivre sont issus des données récoltées dans la cadre de la pré-enquête complétées par celles présentées dans les résultats de l'étude universitaire menée en 1997 ainsi que la littérature consultées en la matière.

¹¹⁰ Plan fédéral de sécurité et de politique pénitentiaire, p. 265.

¹¹¹ *Ibid.*, pp. 275-276.

5.2 LA « LUTTE » CONTRE L'USAGE DE DROGUES

5.2.1 Introduction

La question du contrôle apparaissant comme central pour les instances politiques, nous allons à présent montrer comment les établissements pénitentiaires tentent de lutter contre la présence de drogues en prison.

L'exposé relatif à l'organisation du trafic et aux modes d'entrée des produits dans les prisons¹¹² complété par l'inventaire des moyens de détections des produits mettra en évidence la faible emprise des acteurs pénitentiaires sur l'offre de drogues. Toutefois, il existe également un certain nombre de méthodes d'identification des usagers qui servent notamment à optimiser les techniques de détection du produit. Ensuite, nous établirons un inventaire des sanctions utilisées en cas d'infraction *intra-muros*. Cet inventaire révélera, d'une part la non-spécificité des sanctions en matière de drogues et d'autre part, le « pouvoir de filtrage » dont dispose les surveillants quant à la mise en œuvre de la procédure de sanction ainsi que le pouvoir discrétionnaire du directeur quant à l'importance des sanctions prononcées.

L'ensemble de ces considérations ayant fait l'objet de longs développements dans le rapport universitaire de 1997¹¹³, nos propos seront centrés sur les éléments obtenus dans les entretiens menés dans le cadre de la pré-enquête.

5.2.2 La détection

Il convient de distinguer deux systèmes de détection : d'une part, le système de détection des produits et d'autre part, le système d'identification des usagers.

5.2.2.1 *Les techniques de détection des produits*

A l'exception des *opérations ponctuelles menées par les forces de l'ordre* dans certaines prisons, qui sont spécifiques à la lutte contre la drogue, ces techniques relèvent des fonctions des surveillants et ont comme objectif général la sûreté et le maintien de l'ordre dans les établissements pénitentiaires : il s'agit des *fouilles de cellules, des fouilles des colis et des fouilles corporelles*.

D'une façon générale, il ressort des entretiens que *l'effectivité* (c'est-à-dire le fait que la pratique prescrite soit réellement traduite en action) de ces techniques est relativement faible. En effet, les fouilles réglementaires ne sont pas systématiquement effectuées et le sont généralement de façon sommaire. Les facteurs invoqués pour justifier ce manque d'effectivité sont relatifs à la nécessité de maintenir une bonne relation avec les détenus mais surtout au manque de

¹¹² Voyez *supra*, 4.2. Le trafic de drogues.

¹¹³ ADAM, Ch., BARTHOLEYNS, Fr. ; Politique pénitentiaire en matière de drogues, op.cit., pp. 31-78.

personnel et donc au manque de temps à consacrer aux fouilles, la priorité étant donnée à d'autres tâches.

« Contrôle des cellules. Mais cela se fait de moins en moins, à cause du manque de personnel. » (S)

« Une cellule est choisie chaque jour et elle est alors, en théorie, fouillée en détail. Mais bon, manque de temps. Et fouilles après la visite. » (S)

« Pour certains de ces hôtes, c'est un jeu, comme le chat et la souris. Ils savent que l'on ne peut pas continuer à chercher. » (S)

« On vit avec eux et ils nous rendent la pareille quand on fait de l'excès de zèle » (S)

Par ailleurs, il convient de relever que *l'efficacité* (c'est-à-dire les effets attendus d'une pratique) de ces techniques de détection est également faible, les prises de produits étant peu importantes voire absentes. (>60% des surveillants). Ce constat est dû, d'une part, au fait que la recherche de drogues n'est pas toujours la finalité première de la mesure et d'autre part, à l'existence de contre-stratégies développées par les détenus (dont l'imagination est dite débordante) en vue d'échapper à la détection.

« Une fouille quotidienne de la cellule. Une fouille corporelle après la visite. Mais bon, ils ont 24 heures pour réfléchir à l'endroit où ils vont la cacher et nous n'avons qu'une demi-heure pour la retrouver. » (S)

« Nous avons un détecteur de métaux ici, mais ce n'est pas la même chose qu'un détecteur de stupéfiants. » (S)

En ce qui concerne les fouilles corporelles, l'une des contre-stratégies des détenus consiste à dissimuler les substances dans les parties intimes, voire à les ingérer, ce qui constitue un danger pour la santé du détenu.

Enfin, *l'efficience* (qui renvoie au rapport coût-bénéfice) semble faible puisque les bénéfices sont peu importants (peu de produits découverts) par rapport au coût relativement élevé (temps nécessaire, tensions relationnelle possible, tâche peu gratifiante). A cet égard, notons que les « fouilles à nu » sont sérieusement remises en question par la majorité des personnes interrogées (surveillants et détenus), en raison de leur caractère dégradant et humiliant pour toutes les personnes impliquées.

5.2.2.2 L'identification des usagers de drogues

Compte tenu de ce qui précède, il semble plus rentable pour les surveillants de mettre en œuvre une technique de fouille à partir d'une information préalable, qui peut être constituée par un soupçon ou par l'obtention d'un « tuyau ».

Tout d'abord, l'expérience accumulée par les surveillants dans *l'observation des détenus* individuellement ou des sous-groupes a été citée comme manière d'identifier les usagers ou parfois les dealers, ces derniers pouvant éventuellement être soumis à une surveillance spéciale.

« S'ils fument du shit, on peut évidemment le sentir. » (S)

« Le contrôle des cellules à cause de soupçons. Quand vous travaillez ici depuis un moment, vous savez à peu près qui en prend et qui n'en prend pas. Vous reconnaissez généralement les consommateurs à leur visage. Et naturellement, ceux qui ont beaucoup d'argent, ceux qui se sentent forts dans le groupe. Ceux qui ne sont là que parce qu'ils ont quelque chose que les autres n'ont pas. C'est une telle merde. » (S)

D'un autre côté, outre le fait que *certain documents* mentionnent qu'un détenu a commis une infraction à la loi sur les stupéfiants (mandat d'arrêt, dossier d'écrou), il arrive que certains *détenus déclarent eux-mêmes* au personnel qu'ils sont usagers de drogues. Il s'agirait le d'usagers problématiques.

« J'ai dit moi-même que j'étais un junkie. Ils l'auraient quand même su tôt ou tard. J'ai pensé : si je le dis moi-même, ils seront plus contents ». (D)

Les entretiens menés révèlent également que les surveillants ont recours à des *détenus informateurs* pour obtenir l'information permettant d'orienter les stratégies de contrôle. Selon certains (3 répondants), cette source d'information serait marginale en raison de l'effet dissuasif des représailles violentes qui attendent les « mouchards » ; ceux-ci devant faire l'objet de mesure de protection comme le transfèrement. Certains surveillant (4 répondants) indiquent toutefois que la délation existe et qu'elle peut constituer une manière de régler ses comptes entre détenus.

« Souvent l'usager est balancé par ses copains, pour une vente pourrie, parce qu'il vend trop cher, ou qu'il n'a pas respecté ses engagements. » (S)

Par ailleurs, des doutes sont émis sur la qualité des informations obtenues de cette manière et certains surveillants (3 mentions) se méfient des allégations des détenus car elles pourraient être stratégiques : elles orienteraient alors, à dessein, la recherche dans une mauvaise voie afin de détourner l'attention des surveillants et de provoquer une diversion ou encore dans le but d'installer un marché concurrent.

Enfin, la technique des *tests d'urine* va retenir plus longuement notre attention.

En ce qui concerne l'utilisation en prison des tests d'urine à des fins répressives, il faut savoir que ces tests ne sont pas organisés par la loi en tant que moyen de preuve d'une infraction de sorte qu'aucune contrainte ne peut être exercée contre une personne pour qu'elle se soumette à cette analyse. Au regard de ce principe, il convient d'interroger les conditions dans lesquelles le détenu donne son consentement au test et les conséquences qui sont attachées à son refus. En effet, d'une part, il est difficile de parler de consentement libre et éclairé dans le cadre de la prison et d'autre part, le détenu qui refuse sera généralement considéré comme positif et/ou subira des sanctions informelles de la part des surveillants.

« ...on force les gens à se soumettre à une analyse d'urine. Des contrôles forcés de l'urine, et s'ils me le demandaient, je refusais simplement. Parce que je trouve que quelqu'un d'autre n'a pas le droit de savoir ce que je fais en privé. Et demain, qu'est-ce que ça sera... un examen de ma merde ou quoi... » (D)

« ... si vous refusez, ils pensent que vous avez pris quelque chose et ils vous couillonnent... ils suppriment des faveurs ou autre chose... » (D)

En Belgique, l'utilisation des tests d'urine varie considérablement d'une prison à l'autre. Certains directeurs de prisons se sont opposés à la mise en œuvre de tests d'urine dans un cadre répressif tandis que d'autres ont utilisé cette méthode de façon ponctuelle ou plus systématique, quand l'administration leur accordait un budget spécifique. Depuis l'existence d'un budget indépendant pour le service médical¹¹⁴, certaines directions ont abandonné cette pratique car elles ne peuvent plus imputer le coût des tests sur l'enveloppe médicale alors que d'autres ont décidé de consacrer une partie de leur budget au financement d'analyse d'urine.

Il faut savoir que la fiabilité des méthodes d'analyse utilisées est parfois mise en cause (faux positifs et faux négatifs) mais surtout que la pratique des tests d'urine en prison entraîne l'apparition de contre-stratégies de la part des détenus, comme le trafic d'urine « pure », ainsi que des effets pervers. Ces conséquences ont notamment été mise en évidence par des études¹¹⁵ effectuées dans des prisons au Royaume-Uni où des analyses d'urine obligatoires (*Mandatory Drug Testing - MDT*) sont pratiquées sur les détenus au hasard, moyennant des dépenses importantes. Un résultat positif signifie une prolongation de la peine.

En ce qui concerne l'impact des MDT sur l'usage de drogues, la proportion des tests négatifs met en évidence que certains détenus ont été amenés à stopper ou à diminuer leur consommation (de 42% à 15% selon les études). Les facteurs identifiés comme étant à l'origine de cette diminution de la fréquence de l'usage de drogues, principalement chez les usagers de cannabis, sont le calcul du risque d'être sélectionné et détecté positif ainsi que le risque de sanction. D'autres considérations sont également évoquées comme l'espoir d'obtenir certaines faveurs et privilèges.

Cependant, les MDT ont pour effet pervers d'entraîner les détenus à préférer consommer des drogues moins longtemps détectables dans l'urine¹¹⁶. Ainsi, une étude montre que 7,6% des détenus interrogés sont passés de la consommation de cannabis à l'héroïne et que d'autres ont expérimenté l'héroïne (4,4%). Au niveau des risques pour la santé, on peut se demander ce qui occasionne le moins de dégâts : est-ce une diminution de la consommation de cannabis dans un établissement pénitentiaire et une augmentation de la consommation d'héroïne avec, par voie de conséquence, de nouveaux consommateurs ou alors une consommation stable de cannabis et un risque restreint de consommation d'héroïne ?

Par ailleurs, l'utilisation des tests d'urine a une influence négative sur le climat dans les prisons : augmentation de la tension dans la prison, augmentation de la frustration et du ressentiment à l'égard du personnel. Une étude relative à la pratique des analyses d'urine dans les établissements suédois a, en outre, identifié deux variables comme étant déterminantes dans la

¹¹⁴ Voyez *infra*, 5.4.3.1. Le service médical.

¹¹⁵ KIMMETT, E., O'DONNELL, I.; *Mandatory drug testing in prisons. The relationship between MDT and the level and the nature of drug misuse*, Centre for criminological research, University of Oxford, London, Home Office, 1998 ; MAC DONALD, M.; *Mandatory drug testing in prisons*, Birmingham, Centre for research into quality and the Department of sociology, University of Central England, 1997 ; England and Wales Report, Group of experts in epidemiology of drug problems – drug use by prisoners, Rapport pour le 'Co-operation Group to Combat Drug Abuse and Illicit Trafficking in Drugs (Pompidou Group)', Strasbourg, septembre 1999.

¹¹⁶ Le résultat des analyses d'urine reste plus longtemps positif dans le cas des dérivés du cannabis que dans celui des opiacés et de la cocaïne (en fonction des tests utilisés, cette durée est prolongée d'environ une semaine ou plus pour le cannabis, contre trois jours pour l'héroïne et la cocaïne).

détérioration de l'atmosphère de la prison, à savoir la fréquence de l'usage des analyses d'urine et le type de personnel chargé de l'application de la technique (surveillants ou infirmiers)¹¹⁷.

Dans un autre registre, c'est-à-dire celui de la prise en charge, quelques personnes interrogées (4 mentions parmi le personnel médical) ont déclaré que les analyses d'urine pouvaient se révéler utiles dans un cadre thérapeutique.

« Je pense que ces analyses d'urine trouvent uniquement leur place dans un cadre entièrement thérapeutique. Des entretiens avec des psychologues,... avec tout le monde. Simplement analyser pour analyser, et si vous n'en faites rien pour modifier le régime – nous l'avons déjà dit, nous n'avons pas de régime particulier ici ; vous ne pouvez pas les récompenser, vous ne pouvez pas les punir parce que rien n'a été prévu – cela n'a finalement aucun sens... » (M)

Selon certains, les analyses d'urine peuvent éventuellement être utiles comme élément du contrat entre un usager de drogues et la prison, dans le cadre d'un régime spécifique dit « sans drogue » disposant d'un encadrement adapté assuré par le personnel et où les analyses ne sont pas utilisées à des fins répressives.

5.2.3 Les sanctions

Nous allons à présent procéder à un inventaire des sanctions qui peuvent être prononcées à l'encontre des usagers de drogues et/ou des dealers mais également présenter le « processus de filtrage », c'est-à-dire le processus par lequel le surveillant évalue l'opportunité de faire un rapport et ainsi d'initier la procédure qui aboutira à une sanction, elle-même tributaire du pouvoir discrétionnaire du directeur.

5.2.3.1 L'inventaire des sanctions

Les sanctions, qui ne sont aucunement spécifiques à l'usage ou au trafic de drogues, sont de trois types : les sanctions réglementaires prononcées par le directeur, les conséquences sur l'exécution de la peine et les sanctions dites « informelles » ou non-réglementaires mises en œuvre par les surveillants.

Parmi les sanctions réglementaires, on trouve le placement en cellule de punition (cachot), le placement au régime cellulaire strict (RCS) accompagné de la privation de faveurs comme le travail ou les visites¹¹⁸, la promenade individuelle, les visites derrière la vitre,... Ces sanctions varient d'une prison à l'autre et sont tributaires de l'appréciation par le directeur « des circonstances et de la gravité du cas »¹¹⁹.

En ce qui concerne les conséquences sur l'exécution de la peine, il peut y avoir des répercussions sur les congés pénitentiaires et la libération conditionnelle mais aussi une

¹¹⁷ LOUCKS, N. ; « La gestion de l'indiscipline : une étude comparative », in FAUGERON et al., *Approches de la prison, op.cit.*, pp. 316-317.

¹¹⁸ Art. 82 R.G.

¹¹⁹ Art. 81 R.G.

prolongation de la détention due à une nouvelle condamnation en cas de poursuites suite à l'information du parquet ou de la gendarmerie, qui n'est pas systématique.

Enfin, lorsque les agents pénitentiaires constatent que leurs rapports d'incident restent sans suite ou sont suivis de sanctions jugées « trop faibles », ils mettent en place toute une série de réactions afin de sanctionner eux-mêmes le détenu : il s'agit des sanctions informelles¹²⁰ comme, par exemple, oublier de prévenir un détenu pour un rendez-vous, porter son courrier avec retard, égarer ses bons de cantine, refuser une douche supplémentaire, confisquer des objets interdits,...

Remarquons que la plupart des personnes interrogées (70% des surveillants) ont indiqué qu'une distinction est faite au niveau de la sanction de la consommation et du trafic, bien qu'il soit difficile d'identifier avec précision, dans un établissement pénitentiaire, s'il s'agit de consommateurs ou de dealers.

« Les dealers sont traités plus durement. Mais quand est-ce qu'on sait s'il s'agit de dealers ? Les doses sont toujours tellement petites ici. Ca se passe dans le groupe. » (S)

« Cela va de la réprimande à une semaine de visites derrière la vitre. S'il s'agit de dealers, la question est abordée plus sérieusement et la gendarmerie est probablement avertie. » (S)

Contrairement aux extraits de discours de surveillants qui précèdent, il est à noter que de témoignages de détenus indiquent que les consommateurs semblent être plus exposés aux sanctions que les dealers.

« À la limite, j'ai l'impression qu'on va plus sanctionner un toxicomane qu'un dealer (...) à la limite, le dealer va dégager une menace, ou quelque chose comme ça, et on va avoir peur de le sanctionner plus. » (D)

L'existence de réseaux pyramidaux de trafic de stupéfiants où les grands trafiquants restent hors d'atteinte (tout comme à l'extérieur) sont surtout signalés dans les établissements où de longues peines sont purgées. Notons à ce propos que les gros dealers, lorsqu'ils sont identifiés, ne font généralement pas l'objet de rapports disciplinaires mais bien de rapports d'information de la part des surveillants. Ces derniers semblent peu enclins à vouloir sanctionner les trafiquants pour des raisons liées aux craintes de représailles et au fait que ceux-ci sont souvent de « gros caïds » qui jouent un rôle non négligeable dans le maintien de l'ordre sur les sections.

¹²⁰ Les surveillants jouent ainsi « sur les dysfonctionnement habituels de la bureaucratie et sur la désorganisation ». « Dans chaque cas, le surveillant fera savoir au détenu que son action n'est pas accidentelle et que le détenu ennuyé ne pourra prouver que le surveillant l'a fait exprès » (CHAUVENET, A., ORLIC, B., BENGUIGUI, G., *Le personnel de surveillance de prisons, op.cit.*, p. 148).

5.2.3.2 L'intervention des surveillants et des directeurs

Si le pouvoir de sanctionner un détenu reste du ressort du directeur, le surveillant est le principal acteur qui a le pouvoir de décision quant à l'initiation de la procédure qui aboutira ou non à une sanction disciplinaire voire à une nouvelle condamnation pénale. Ainsi, son rôle de filtrage est important¹²¹.

Différents éléments surdéterminent leur décision de « faire rapport » ou non à la direction des faits relatifs à l'usage de drogues qu'ils constatent chaque jour.

Tout d'abord, nous avons vu que le surveillant se trouve dans une situation paradoxale dans sa relation avec le détenu : il est, en effet, tiraillé entre le respect du règlement et la protection de la fonction institutionnelle (maintenir l'ordre) et individuelle (supporter les conditions d'incarcération) du produit. Ainsi, la drogue, ou plus exactement la tolérance de l'usage de drogues, permet au surveillant, faisant usage de son pouvoir discrétionnaire, de maintenir une relation viable avec le détenu, et par là même l'ordre dans l'établissement, tout en affirmant son autorité dans la mesure où il utilise l'usage comme un privilège, c'est-à-dire un avantage octroyé qui peut être retiré à tout moment. Pour reprendre les termes de G. Lemire, ce processus « s'inscrit dans le cadre d'un échange de bons procédés : récompenses et faveurs de la part des gardiens, coopération de la part des détenus »¹²².

« Les sanctions ne font que rendre les détenus plus difficiles. Ils attendent que ça rentre, ils guettent. Ils en ont peut être déjà promis à quelqu'un d'autre. Ils n'ont plus rien à prendre et ils deviennent alors plus agressifs. » (S)

« En général, ils savent qu'on en prend ici et ils le tolèrent. Autrement, les gens seraient encore plus excités et il y aurait plus de violence. » (D)

Les autres facteurs influençant la décision du surveillant sont¹²³ : l'attitude de la direction face au rapport d'incident, sa perception des objectifs de la politique institutionnelle, ses représentations de la drogue et des usagers, les circonstances de l'infraction, la personnalité du détenu et sa sensibilité à son égard,...

Dès lors, en fonction de l'établissements pénitentiaire, de l'agent et du détenu concerné, la réaction à l'égard de l'usage de drogues se place dans un vaste continuum allant de l'acceptation à la « tolérance zéro ». Lorsqu'un surveillant s'érige comme le grand adversaire de l'usage de drogues dans sa section, les détenus en tiendront compte et donneront à leur activités liées aux stupéfiants un caractère encore plus « clandestin ».

D'une façon générale, la consommation de cannabis semble faire l'objet d'une tolérance de la part de nombreux surveillants et directeurs. Cette position est justifiée par l'idée que cette

¹²¹ Nous verrons, dans la partie relative au traitement, que ce processus ne s'applique pas exclusivement au domaine des sanctions mais également aux demandes des détenus pour rencontrer le personnel médico-psycho-social.

¹²² LEMIRE, G. ; *Anatomie de la prison*, Paris/Montréal, Economica/Les Presses de l'Université de Montréal, 1990, p. 69.

¹²³ Pour plus de détails, voyez ADAM, Ch., BARTHOLEYNS, Fr. ; *Politique pénitentiaire en matière de drogues, op.cit.*, pp. 68-73.

drogue est d'une dangerosité relative et comparable à des drogues licites, comme l'alcool ou le tabac, que ce type de consommation est « rentrée dans les mœurs ».

Quant au directeur d'établissement, nous avons vu qu'il dispose d'un pouvoir discrétionnaire au niveau de la gravité de la sanction disciplinaire prononcée mais aussi en ce qui concerne l'information du parquet et les conséquences sur les congés et la libération conditionnelle.

« Les sanctions sont différentes d'un cas à l'autre, et aussi d'un directeur à l'autre. » (S)

« La consommation n'est plus punie ici. Je trouve ça dommage. Vous pouvez passer une heure entière, et même plus, à chercher jusqu'à ce que vous trouviez quelque chose et il n'y aura pas de sanction. J'ai connu ça plusieurs fois. » (S)

« Oui, vous ne savez jamais ce qui vous attend. Et quelque part, c'est tout à fait injuste que le directeur décide de tout ce qui se passe entre les quatre murs. Donc, si ce gars estime que vous devez aller en isolation pendant six mois, vous y allez... » (D)

La diversité des réactions des directeurs, liée à l'absence d'un statut juridique des détenus¹²⁴ et d'un droit de plainte, a pour conséquence de créer de l'incertitude chez les détenus accompagnée d'un sentiment d'injustice et d'arbitraire. Certains détenus parlent « d'abus de pouvoir » et cette situation peut avoir une incidence sur leur résistance mentale, ce qui peut engendrer un comportement à risque.

Nous avons vu qu'en réaction à une attitude du directeur vue comme trop laxiste, les surveillants peuvent avoir recours à des sanctions informelles. Les entretiens menés avec certains (ex-)détenus montrent que celles-ci peuvent être vues comme des « sévices psychiques » lorsqu'elles sont le fait de surveillants ayant une position furieusement anti-drogues. D'une autre côté, quand les sanctions prononcées par le directeur sont trop sévères, elles exercent une influence négative sur l'ambiance de la prison, ce qui engendre un surcroît de travail pour les surveillants.

Enfin, l'efficacité des sanctions, ou leur caractère arbitraire, a été remis en question par plusieurs personnes interrogées, (presque 75% des détenus).

« La promenade individuelle ou la suppression de la promenade pendant plusieurs jours, mais cela ne sert plus à rien. Je trouve ça dommage. » (S)

« Si vous imposez des sanctions systématiques, en ligne droite, ça marche. » (S)

Il ressort des entretiens que pour les détenus ayant été condamnés à une longue peine, les sanctions semblent avoir peu d'impact sur leur consommation. Même un prolongement éventuel de la peine ne deviendrait significatif qu'à la fin de la détention.

¹²⁴ Dans son avant-projet, L. Dupont définit le statut juridique matériel et formel du détenus. Le statut juridique matériel concerne la vie en milieu carcéral (statut juridique interne) mais également la durée, l'interruption et les diverses modalités particulières d'exécution de la peine ainsi que les possibilités de libération anticipée (statut juridique externe). Le statut juridique formel vise la manière dont le détenu pourra faire valoir juridiquement les droits qui lui sont reconnus en vertu de son statut juridique interne ou externe, ou la manière dont il pourra dénoncer toute atteinte présumée des dits droits (DUPONT, L., *Traité sur un avant-projet de loi de principes concernant l'administration pénitentiaire et l'exécution des peines privatives de liberté, Condensé*, K.U.L., s.d., p.18). A ce propos, voyez aussi, Société belge de criminologie, *Position en droit et droit de plainte du détenu*, Journée d'étude du 16 février 1996, Bruxelles, La Chartre, Les dossiers de la revue de droit pénal et de criminologie, 1997.

5.2.4 Conclusions

En ce qui concerne les techniques de détection des produits (les différents types de fouilles) et d'identification des usagers de drogues (observation, documents, auto-identification,...) —qui ne sont pas spécifiques à la problématique de la drogue, à l'exception des opérations menées par les forces de l'ordre et des tests d'urine pratiqués dans certaines prisons—, nous pouvons retenir que les premières se caractérisent par une faible efficacité, efficacité et efficacité tandis que les secondes permettent d'optimiser la détection de produits.

Quant aux sanctions, également non-spécifiques à la drogue, elles sont de trois types : les sanctions disciplinaires prononcées par le directeur (RCS, privations de faveurs,...), les sanctions informelles émanant des surveillants (retrait de privilèges,...) et les conséquences sur l'exécution de la peine (suppression des congés, contre-indication à la libération conditionnelle, nouvelle condamnation). Une autre caractéristique des sanctions est qu'elles sont variables d'un cas à l'autre et tributaires de l'attitude des surveillants quant à la rédaction d'un rapport mais aussi de l'arbitraire du directeur quant à la gravité des sanctions, plaçant ainsi les détenus dans une situation d'incertitude.

Outre cette incertitude dans laquelle sont placés les détenus au niveau des sanctions encourues, le stress lié au risque d'allongement de la peine, l'alourdissement des conditions de vie en cas de privation de faveurs et les sanctions informelles —qui peuvent prendre la forme d'un « harcèlement psychologique »— sont autant de facteurs susceptibles d'avoir une influence négative sur la santé mentale des détenus. D'une façon générale, le risque de sanction ne semble avoir qu'une faible influence sur la consommation des détenus, surtout ceux condamnés à de longues peines. Par ailleurs, deux facteurs de risque pour la santé physique des détenus ont été identifiés : il s'agit de deux contre-stratégies développées par les détenus en réponse aux techniques de détection. Il y a l'ingestion de produits pour les dissimuler lors de la fouille corporelle et le fait que les tests d'urine qui, s'ils peuvent entraîner une diminution de la consommation, principalement chez les usagers de cannabis, incitent les détenus à consommer des drogues qui sont moins longtemps détectables dans les urines, comme l'héroïne.

5.3 LE REGIME

5.3.1 Introduction

La question du régime renvoie à la manière dont est organisée la privation de liberté à l'égard des détenus et, dans le cadre de cette étude, plus particulièrement des usagers de drogues.

Si en matière de maintien de l'ordre, la question du contenu du régime appliqué —malgré les difficultés que ce concept pose— constitue le noyau même de la gestion des détenus¹²⁵, le contenu du régime appliqué à l'ensemble des détenus est également identifié comme pouvant être une réponse adéquate à la problématique de l'usage de drogues en prison.

Ceci renvoie à la question de l'humanisation des conditions de détention et à l'ouverture de la prison sur la société. A cet égard, les règles pénitentiaires européennes mettent l'accent sur le respect des droits individuels, de la dignité humaine et la nécessité de lutter contre les effets néfastes de la détention. Elles stipulent que les régimes des établissements pénitentiaires doivent être établis et gérés de manière à « réduire au minimum les effets préjudiciables de la détention et les différences entre la vie carcérale et la vie en liberté afin que les détenus ne perdent par le respect de soi ou le sens de leur responsabilité personnelle »¹²⁶.

L'objet de cette partie est, d'une part, de mettre en évidence les aspects de l'organisation de la détention qui peuvent avoir une influence sur l'usage de drogues et d'autre part, les conséquences que la présence de drogues induit sur le régime. Pour ce faire, différents points doivent être envisagés. Tout d'abord, nous aborderons les diverses ressources auxquelles les détenus peuvent faire appel pour supporter l'incarcération. Ensuite, nous présenterons les régimes spécifiques aux usagers de drogues qui sont mis en place dans certaines prisons après quelques considérations sur la manière dont le détenus sont répartis au sein des établissements pénitentiaires. Enfin, nous traiterons de la formation des surveillants qui constituent un chaînon important dans l'humanisation de la condition pénitentiaire. En effet, la littérature considère que la qualité de la vie en milieu carcéral dépend en grande partie de la qualité des relations entre les acteurs¹²⁷.

5.3.2 Les ressources des détenus

Bien que la prison ait fait l'objet d'un processus d'humanisation¹²⁸ (visites à table, introduction des journaux, de la télévision, de la cantine,...) ces vingt dernières années, l'enfermement reste une expérience existentielle difficile. Cette difficulté est renforcée par les conditions

¹²⁵ SYR, J.-H. ; « Le contrôle dans les prisons : revue de la littérature », in FAUGERON, C., *et al.*, *op.cit.*, , spéc. p. 261.

¹²⁶ Recommandation R (87) 3 du Conseil de l'Europe, règle 65.b.

¹²⁷ Par exemple, SENN GROMELLE, A., DE AGAZIO, M.-Th. ; « Le traitement pénitentiaire : la question de la participation du surveillant à sa mise en œuvre », *Rev. intern. crim. pol. techn. et scientif.*, 1999, p. 56.

¹²⁸ MARTIN, D., MEYVIS, W. ; Rapport sur l'humanisation des conditions de détention et le traitement de la délinquance dans la collectivité, Fondation Roi Baudouin, 1991.

d'incarcération auxquelles sont soumis les détenus : dans certaines prisons, la combinaison de l'état de délabrement général et de vétusté, du surpeuplement, de l'absence d'équipement sanitaire convenable ainsi que d'un régime très pauvre en activités équivaut, de l'avis du CPT, à soumettre les détenus à un traitement inhumain et dégradant¹²⁹.

Dans le cadre d'une étude sur la consommation de médicaments en prison, des auteurs français se sont attachés à la question de savoir comment les détenus parviennent à supporter les conditions d'incarcération (privations, promiscuité, solitude, violence, inactivité,...) et ont mis en évidence un certain nombre de variables¹³⁰.

La première variable se rapporte à la *consommation de médicaments* prescrits par le service médical, à laquelle nous pouvons joindre *l'usage de drogues illicites* : en effet, ces produits permettent de réduire la douleur psychique des personnes incarcérées mais aussi, de « faire passer le temps » et de fuir quelque peu la réalité de l'enfermement et de tenir...

« De nombreux d'entre eux quémandent des médicaments, simplement pour tuer le temps. Ils s'abrutissent et dorment. » (M)

Si les autres variables permettent de supporter l'incarcération, elles peuvent également avoir une influence sur la consommation de drogues qu'elles soient illicites ou non.

Ainsi, les *soutiens extérieurs* (visites de la famille et des proches, le courrier, le téléphone) ont une importance primordiale pour les détenus dans la mesure où ils contribuent au maintien de leur vie affective et de leur propre identité¹³¹. Ils attendent, par exemple, beaucoup de la visite et lorsque celle-ci n'a pas lieu, le détenu peut être fortement déçu. A cet égard, il faut noter que, selon l'étude française précitée, la rupture relationnelle avec l'extérieur ou des difficultés familiales peuvent être à l'origine d'une augmentation de la consommation.

“En ce qui concerne l'accès aux visites, il n'y a pas de distinction en consommateurs et non-consommateurs.” (S)

Les entretiens menés ne fournissent que peu d'éléments à propos des contacts avec l'extérieur ainsi qu'au sujet de la *cantine* qui est identifiée par la littérature, à l'instar de la télévision,

¹²⁹ Conseil de l'Europe, Rapport au gouvernement de la Belgique relatif à la visite effectuée par le Comité européen pour la prévention de la torture et des peines ou traitements inhumains ou dégradants (CPT) en Belgique du 14 au 23 novembre 1993, Strasbourg/Bruxelles, 14 octobre 1994, p. 35, au sujet de la prison de Saint-Gilles.

¹³⁰ JAEGER, M., MONCEAU, M. ; *La consommation des médicaments psychotropes en prison*, Ramonville Saint-Agne, Erès, pp. 26-35. Pour une analyse plus fine, voyez une étude réalisée par le laboratoire de changement social de l'Université Paris-7, dans laquelle les chercheurs ont mis en évidence que « L'*adaptation* à la vie en prison implique l'accessibilité des individus à des *ressources* diverses, psychiques comme environnementales leur permettant la mise en place de *stratégies* de préservation de soi. Révélées par l'emprise qu'exerce sur eux l'institution, leur déploiement potentiel paraît surdéterminé par la nature du rapport qu'entretient l'individu avec lui-même et son entourage humain et non-humain d'une part, par le dispositif contraignant de l'autre » (p. 172, nous soulignons), LHUILIER, D., SIMONPIETRI, A., VEIL, Cl., MORALES, L., *VIH-SIDA et santé : représentations et pratiques des personnes incarcérées*, Paris, Laboratoire de changement social, Université Paris 7, juin 1999, spéc. pp.166-173.

¹³¹ Voyez MARTIN, D., MEYVIS, W. ; Rapport sur l'humanisation des conditions de détention (...), op.cit., pp. 52-55.

comme constituant un irremplaçable « réducteur de tensions »¹³² mais aussi comme étant « utilisée pour rendre psychologiquement supportable la quotidienneté carcérale »¹³³.

Le dernier facteur d'influence est relatif aux *possibilités d'activités* (travail, sport, formation,...)¹³⁴ : les acteurs de l'institution carcérale placent le sport en tête, au même titre que le travail, comme facteur influant sur la baisse de la consommation individuelle, dans la mesure où ces activités permettent au détenu d'être occupé, de se fatiguer, et de ne pas rester confiné dans une cellule surpeuplée.

Dans le cadre de la pré-enquête, la majorité des personnes interrogées, sauf chez les femmes, ont indiqué qu'elles disposaient de suffisamment de possibilités sportives (à noter que les possibilités sont fortement dépendantes de l'infrastructure) et d'activités culturelles. Ce n'est cependant pas du tout le cas en matière de formations et de travail. De nombreux détenus se plaignent en effet de ne pas y avoir (suffisamment) accès.

« On nous promet beaucoup, mais bien peu de ces promesses sont tenues. J'attends encore. Ça vient du VDAB. Il a dit qu'il revenait la semaine suivante, mais je ne l'ai plus jamais revu. » (D)

« Le travail, c'est encore du favoritisme. Ceux de la région sont prioritaires. » (D)

« Non, ils ne m'ont jamais demandé si je voulais faire quelque chose. Ils me laissent marcher et m'asseoir comme un zombie » (D)

Ces témoignages révèlent une « offre » de travail inférieure à la « demande », situation qui s'explique notamment par la surpopulation.

« C'est une prison (... *Jamioux*) qui peut compter, je crois, 270 détenus, (or) on monte à 420. Donc on est déjà en surpopulation à plus de 100 %. Donc s'ils voulaient tous travailler, ce n'est pas possible. » (S)

Il faut également signaler, qu'en règle générale, l'accès au travail est prioritairement réservé aux détenus qui purgent une peine ; par contre, ceux qui sont en détention préventive ne semblent pas toujours avoir la possibilité de travailler.

« Tant que tu n'es pas condamné, ils n'osent pas te donner un travail. Ils disent "Oh, il peut être libéré dans 28 jours", ça les ennuie un peu. Il faut être condamné pour qu'on te donne une place. » (D)

¹³² SEYLER, M. ; « La consommation dans les établissements pénitentiaires. De la survie à la parole retrouvée », *Déviante et contrôle social*, 1985, n°4, pp. 20 et s.

¹³³ SEYLER, M. ; « Vivre avec son temps : les cantines des prisons », *Déviante et société*, 1988, n°2, pp. 127 et s.

¹³⁴ Ce rapport ne nous semble pas le lieu pour développer l'ensemble de ces possibilités et les problèmes rencontrés. Le lecteur pourra utilement consulter le *Rapport d'activité 1998* de la Direction générale ainsi que les documents suivants : MARTIN, D., MEYVIS, W., *Rapport sur l'humanisation des conditions de détention (...)*, *op.cit.*, pp. 31-51 ; HOUCHON, G., JANSSENS, N., « Education et prison. Une utopie constructive », in LAMPAERT, F., MALICE, P. (coord.), *Prison et Société II*, Bruxelles, Fondation Roi Baudouin, 1994, pp. 17-75 ; DETIENNE, J., ETIENNE, I., PIERAERTS, M. (red.), *Participation de la société dans les prisons*, Bruxelles, Commission royale des patronages, 1997 ; MARY, Ph., DURVIAUX, S., « L'éducation en prison : resocialisation ou occupation ? », *Revue internationale de criminologie et de police technique*, 1991, vol. XLIV, n°1, pp. 36-42 ; MARCHIETTI, A.-M., « Le travail en détention : un révélateur de la condition carcérale », *In Prisons en société, Les cahiers de la sécurité intérieure*, 1998, n°31, pp. 183-193.

Certains témoignages suggèrent également une forme implicite de chantage au travail par rapport aux détenus qui consomment certains produits.

« Le médecin est venu une fois pour me prescrire du Trazolan, pour dormir la nuit. Mais, comme j'étais "servant", je ne pouvais pas le prendre. Et je n'ai pas pu le prendre. » (D)

Il est frappant de noter que toutes les personnes interrogées reconnaissent que le manque de possibilités destinées à occuper le temps de façon rationnelle est l'un des facteurs à risque les plus graves. L'ennui, les tensions qu'il génère et le sentiment de malaise influencent considérablement, tant pour le personnel soignant que pour les surveillants et les (ex-)détenus, la consommation de stupéfiants et de médicaments en prison, qu'il s'agisse du début, de la poursuite ou d'une reprise de la consommation.

« Je continuais à fumer du shit parce que je m'emmerdais. » (D)

« La grande majorité ne travaille pas, ou ne suit pas de formation. L'ennui domine. » (S)

« Ils n'ont rien à faire. Ce vide et cet ennui engendrent régulièrement des tensions. » (S)

Globalement, aucune différence manifeste n'a été relevée entre les détenus usagers de drogues et les autres au niveau des possibilités de participation à des activités.

Cependant, des exceptions existent comme, par exemple :

- le développement d'activités dans le cadre d'une section spécifique dite « sans drogues » que nous aborderons plus loin ;
- la révélation du fait qu'un détenu est séropositif ou porteur d'une maladie contagieuse telle que l'hépatite ;

« Je n'ai plus pu travailler dans la cuisine parce qu'ils ont appris que j'ai l'hépatite C. » (D)

- lorsqu'un usager de drogues refuse spontanément de participer à des activités pendant une période de sevrage.

5.3.3 Les régimes spécifiques

Avant d'aborder les régimes dits spécifiques aux usagers de drogues, il nous semble adéquat d'expliquer rapidement comment les détenus sont répartis au sein des établissements pénitentiaires.

5.3.3.1 Considérations générales

En théorie, les détenus devraient faire l'objet d'une répartition en fonction des caractéristiques des individus et des spécificités des établissements¹³⁵. Il ressort des entretiens qu'en pratique, le seul critère de répartition est celui de savoir dans quelle cellule il reste de la place. Par ailleurs, vouloir regrouper les usagers de drogues sur la même section, par exemple, est totalement utopique dans la mesure où tous ne sont pas identifiés comme tel.

On peut supposer, surtout lorsqu'on considère la surpopulation dans les prisons, que des détenus usagers de drogues partagent régulièrement la cellule de détenus qui ne consomment pas de stupéfiants, ce qui comporte un risque d'initiation à l'usage de drogues et de chantage vis-à-vis de celui qui partage la cellule.

Notons que, lors de séjours prolongés en prison, il est possible, en guise de faveur et selon les places disponibles, que des détenus soient autorisés à partager la même cellule.

5.3.3.2 Les annexes psychiatriques

D'une façon générale, la mise à l'annexe psychiatrique comprend trois cas de figure : lorsqu'un détenu est en attente d'une place dans un établissement de défense sociale ; à la discrétion du psychiatre de l'établissement, lorsque la situation de certains détenus le justifie (tentative de suicide, état de décompensation psychotique, pédophiles qui ont demandé une mesure de protection, mise à l'écart d'un détenu soumis aux pressions du « milieu ») ; lorsque le détenu est en état de manque lors de son entrée dans la prison.

Autrefois, les usagers de drogues dépendants étaient régulièrement orientés vers les ailes psychiatriques. Cette décision semble moins systématique à l'heure actuelle, notamment en raison de l'augmentation du nombre d'usagers de drogues incarcérés. Toutefois, dans les établissements disposant d'une annexe, un passage par celle-ci « à l'entrée » semble assez répandu lorsque la personne arrive en manque.

« En général, quand un toxicomane est en manque, quand il arrive, on le met à l'annexe, une semaine ou deux. » (D)

¹³⁵ Art 14 RG : « Les détenus sont répartis entre les établissements selon les modalités du régime pénitentiaire à leur appliquer ».

Notons que, suite à sa visite de l'établissement de Lantin en 1993, le CPT a formulé un avis aux termes duquel « il n'est pas souhaitable que le problème de la toxicomanie à l'entrée soit géré à l'annexe psychiatrique, parallèlement aux cas psychiatriques majeures »¹³⁶.

Par ailleurs, seule une des personnes interrogées a été placée (en vertu d'une mesure d'internement) dans une annexe psychiatrique, en raison d'un problème d'usage de drogues.

On peut ici observer que, dans les soins aux usagers problématiques, il est de plus en plus souvent question du concept du double diagnostic¹³⁷ (problématique toxicomaniaque et psychiatrique), surtout en ce qui concerne les usagers de drogues dépendants et désinsérés des circuits d'aide et de soins. Sachant que ce groupe est fréquemment confronté à la détention, il est évident que cela peut avoir des répercussions sur l'administration pénitentiaire.

« Dans le système pénal, on retrouve effectivement deux sous-groupes distincts de cas de double diagnostic, à savoir les personnes atteintes de troubles de la personnalité et de toxicomanie d'une part, et toutes celles atteintes de troubles psychotiques et de toxicomanie d'autre part. »¹³⁸ Si les mesures d'internement sont plus probables dans le deuxième groupe, elles sont rares chez les personnes associant des troubles de la personnalité et la problématique de la toxicomanie, car la toxicomanie n'est généralement qu'un facteur secondaire dans l'appréciation de la responsabilité. Ces personnes sont donc incarcérées dans les conditions de détention habituelles.

« Il y a beaucoup de toxicomanes lourds qui n'ont pas leur place ici. Il s'agit plutôt de cas psychiatriques. » (S)

De plus, le risque que les personnes de ce groupe deviennent des « habitués » des établissements pénitentiaires est élevé. D'une part, leurs troubles de la personnalité et leur comportement « *d'acting out* » engendrent souvent une récidive et, d'autre part, on constate une réticence importante dans le milieu extérieur de l'aide aux toxicomanes face aux cas de double diagnostic présentant des antécédents judiciaires. Les possibilités d'accueil et de traitement sont quasiment nulles pour ce groupe marginalisé.

5.3.3.3 Les sections dites « sans drogue »

Les premières expériences de « drug free unit » sont issues des Pays-Bas : elles ont été mises en place dans l'optique de soigner les usagers de drogues dépendants et de les préparer à une vie sans drogue¹³⁹. Ainsi, ce pays possède, depuis la fin des années quatre-vingts, un certain nombre d'établissements pénitentiaires comportant des « sections sans drogue », d'une

¹³⁶ Conseil de l'Europe, Rapport au Gouvernement de la Belgique relatif à la visite effectuée par le Comité européen pour la prévention de la torture et des peines ou traitements inhumains ou dégradants (CPT) en Belgique du 14 au 23 novembre 1993, Strasbourg/Bruxelles, 14 oct. 1994, par. 177, p. 57.

¹³⁷ Voyez aussi par exemple, BROCHU, S., MERCIER, C. ; « Les doubles problématiques avec une composante de toxicomanie : état de la littérature », *Psychotropes*, 1992, vol. VII, n°3, pp. 7-20.

¹³⁸ DOM G.; (red), *Dubbeldiagnose: als verslaving en psychische problemen samengaan*, page 210 e.s., EPO, 1999

¹³⁹ ERKELENS, L. H., VAN ALEM, V. C. M.; « Dutch prison drug policy : towards an intermediate connection », pp. 75-94, spéc. p. 82.

capacité totale de 476 cellules (3,6% de la capacité totale).¹⁴⁰ L'approche utilisée dans ces sections dépend de la direction locale ; les détenus interrogés déclarent à ce sujet qu'elle est trop axée sur l'abstinence et que la prise en charge psychologique ne tient pas, ou peu, compte de l'aide pratique nécessaire pour affronter les problèmes quotidiens et les aspects de la réinsertion (finances, travail, logement, etc.).¹⁴¹ L'une des personnes que nous avons interrogées, un ex-détenu qui a également été incarcéré aux Pays-Bas, a déclaré qu'il préférerait séjourner dans des « sections sans drogue » parce que la qualité de l'héroïne y était supérieure.

En Belgique, ce type d'expériences est (et a été) tenté par différentes prisons¹⁴². Citons, par exemple, la section dite « sans drogue » qui existe depuis plusieurs années dans la prison de Dendermonde, malgré les difficultés pour trouver des détenus volontaires, la « procédure standard de décrochage » existant dans une section de la prison de Leuven, l'expérience menée pendant 6 mois à Saint-Hubert et qui attend une décision de l'administration centrale pour être poursuivie, les projets mis en place à Lantin mais qui ont été abandonnés en raison de trafics d'urine et de stupéfiants, le projet de section d'aide aux toxicomanes qui n'a jamais vu le jour à Jamioux et le souhait de la prison d'Arlon de mettre en place une telle section.

Ces régimes spécifiques sont caractérisés par trois composantes. Tout d'abord, pour bénéficier de ce régime, le détenu doit signer un contrat par lequel il s'engage à ne pas consommer. Ensuite, le respect de ce contrat fera l'objet de vérification par le biais de tests d'urine. Enfin, la section est souvent basée sur un régime de type « portes ouvertes », des activités communautaires y sont développées et les détenus participants bénéficient parfois d'un soutien psychosocial spécifique.

Notons que le prix de revient de telles sections est relativement élevé en raison de l'encadrement nécessaire et du coût des mesures de contrôle. Par ailleurs, on constate que ces projets ont été mis en œuvre par essais et erreurs, qu'il y a peu d'évaluation de ceux-ci et qu'il ne semble pas y avoir de réelle concertation entre les différents établissements, de sorte que l'expérience des uns ne peut pas bénéficier aux autres.

Il ressort de l'analyse des entretiens que certains surveillants estiment que des sections spéciales peuvent être utiles aux détenus mais qu'elles n'ont un sens que si le personnel est spécialement formé à cet effet et s'il existe un régime clairement défini. (40% des réponses).

« Des sections spéciales pour les toxicomanes ? Oui, pourquoi pas. Faut-il pouvoir placer ces personnes dans un département spécial, où les gardiens ont été spécialement formés afin de faire face à cette problématique ? Cela pourrait avoir une influence positive. Par exemple, quelqu'un en cours de désintoxication sue énormément. Le régime devrait autoriser une douche quotidienne pour ces gens. Pour ne citer qu'un exemple pratique. » (S)

¹⁴⁰ DUTCH Report, group of experts in epidemiology of drug problems / drug use by prisoners project, page 16. Rapport pour le Co-operation group to Combat Drug Abuse and Illicit Trafficking in Drugs (Pompidou Group), Strasbourg, 30 septembre 1999

¹⁴¹ BIELEMAN, B. et LAAN, R. van der.; Stok achter de deur; onderzoek naar het functioneren van de zorg voor verslaafde gedetineerden. Bureau IntraVal, Groningen. 1999

¹⁴² Pour une présentation des expériences menées en Belgique francophone et analyse critique plus complète, voyez ADAM, Ch., BARTHOLEYNS, Fr. ; *Politique pénitentiaire en matière de drogues*, op.cit., pp. 86-110.

« Cela n'a de sens que si le personnel est bien formé à cet effet. Autrement, c'est inutile. » (S)

Quant aux réponses des détenus, elles indiquent que, dans la situation actuelle, on peut sérieusement douter de la réalisation des objectifs d'une section dite « sans drogue ».

« Une section sans stupéfiant comme à X. Laissez-moi rire, c'est là qu'étaient tous les dealers parce que le régime y était plus souple. » (D)

« J'ai été détenu dans une prison où il y avait une section sans stupéfiant. En fait, il y avait plus de consommateurs dans ces sections sans stupéfiant que dans celles où ils savaient qu'on en prenait. Tout ça, c'est des foutaises. » (D)

« Ceux qui y sont détenus sont des grimaciers. Ce sont des gens qui disent : regarde, je vais là parce que je ne veux pas avoir affaire à la drogue. Mais, en fait, on y trouve les pires hypocrites, car ils se font spécialement incarcérer là parce qu'ils savent qu'il y a plus de drogues là qu'ailleurs. C'est aussi simple que ça. » (D)

« Absurde, ces projets sur la toxicomanie. C'est impossible de parler de vos sentiments avec un tas d'autre détenus. Ça ne va pas, c'est impossible. Après, vous revenez dans la section. Et une demi-heure plus tard, vous fumez de nouveau un joint. Je n'y crois pas. » (D)

5.3.4 La formation

Outre « l'humanisation » des conditions de détention et la progressive reconnaissance de droits aux détenus, d'autres facteurs viennent transformer la réalité professionnelle des surveillants : la surpopulation endémique associée au manque d'effectifs, l'évolution de la population dans le sens d'une augmentation des longues peines, des détentions préventives, des détenus usagers de drogues et des étrangers (avec la confrontation culturelle et les difficultés de communication que cela implique) auxquelles il faut encore ajouter une évolution des techniques sécuritaires (surveillance informatique, portique de détection, appareils RX,...) qui demandent des compétences nouvelles¹⁴³.

Certains auteurs considèrent que cette situation entraîne une stratégie de retrait de la part des surveillants en perte de pouvoir¹⁴⁴. Quoi qu'il en soit, on assiste à un mouvement par lequel la traditionnelle mission de « porte-clés », c'est-à-dire de garde, de contrôle et de maintien de l'ordre est doublée d'une mission à caractère socio-éducatif, d'aide à la réinsertion¹⁴⁵. Ceci a comme conséquence un renforcement de la complexité de la tâche des surveillants sans pour autant fournir les outils (en termes de formation) qui permettraient à ce personnel de mettre

¹⁴³ LAUWERS, N. ; « La formation initiale du personnel de surveillance d'administration pénitentiaire belge », *J.P.*, 1994, n°261, p.13-14.

¹⁴⁴ La reconnaissance progressive de droits aux détenus a pour conséquence que n'ayant plus les moyens adéquats pour contrôler ceux-ci (privileges), le surveillant « aura tendance à se retirer le plus possible, à mettre une distance plus grande entre les détenus et lui, à intervenir moins et à laisser les détenus se débrouiller seuls entre eux » (LEMIRE, G., *Anatomie de la prison, op.cit.*, p.72). A contrario, face à un régime sévère et une discipline serrée, « le surveillant rendra d'autant plus service au détenu que celui-ci est d'avantage dépendant » (CHAUVENET, A., « L'échange et la prison », p.64).

¹⁴⁵ Analysant cette mission des surveillants, des chercheurs la présentent comme résiduelle et utopique. En effet, il ressort, de façon synthétique, des discours des surveillants que, s'ils sont favorables au principe —en tant qu'idéal— de cette mission, ils ne sont pas en mesure de l'accomplir effectivement: d'une part, en raison d'un manque de temps, d'informations, de moyens et de formation, et d'autre part, parce qu'elle est incompatible avec leur mission de sécurité. CHAUVENET, A., ORLIC, B., BENGUIGUI, G., *Le personnel de surveillance des prisons, op.cit.* spéc. pp.39-61.

œuvre les attitudes adéquates pour résoudre le paradoxe (contrôle/aide) dans lequel ils sont immergés. Loin de valoriser la fonction et de lutter ainsi contre la tendance au retrait, ceci a pour effet de plonger les surveillants dans une recherche identitaire¹⁴⁶, face au manque de définition de la fonction, de sorte que ceux-ci préfèrent généralement se retrancher dans les attributs de la mission sécuritaire, « seule médiatrice de légitimité vis-à-vis du public »¹⁴⁷. Néanmoins, « ce n'est pas la dimension relationnelle qui est rejetée, mais plutôt les termes dans lesquels elle est posée (mission de réinsertion), le décalage entre les objectifs et les moyens et enfin peut-être principalement le manque de reconnaissance sociale accordée à ceux-là même qui en ont la charge directe »¹⁴⁸.

Le nœud du problème se situe donc au niveau de la formation du personnel de surveillance au sujet de laquelle les auteurs soulignent régulièrement le manque de cohérence entre les discours officiels, qui insistent sur la formation du personnel, et les pratiques de formation mises en place, qui se réduisent en fait à bien peu de chose. Cette incohérence entre les discours et la réalité résulte d'un manque de volonté politique qui apparaît encore plus nettement à l'examen des budgets nationaux consacrés à la formation, soit 1/1000 du budget de l'administration pénitentiaire¹⁴⁹. Il faut cependant noter une évolution positive des budgets consacrés à la formation du personnel pénitentiaire (en millions de FB) : 9,1 (1995) ; 23 (1996) ; 19,7 (1997) ; 26,8 (1998).

De plus, comme l'écrivaient J.P. Dewaele et W. Depreeuw, « il est évident que sans une politique criminelle renouvelée (...) on ne peut formuler une politique pénitentiaire systématique, et que, sans une politique pénitentiaire on ne peut définir complètement la fonction des surveillants pour que l'exercice optimal de cette fonction puisse faire l'objet d'une formation »¹⁵⁰.

Plus particulièrement en ce qui concerne l'objet qui nous occupe, le rapport annuel 1998 de la Direction générale des établissements pénitentiaires nous apprend que les problématiques de la drogue et des maladies contagieuses ont été abordées au cours des diverses formations organisées par les établissements pénitentiaires eux-mêmes¹⁵¹. La problématique des stupéfiants a en outre été abordée dans les centres de formation de base (du côté néerlandophone le centre « De Bres » situé à la prison de Bruges et le centre de formation situé à la prison de Lantin pour le côté francophone).¹⁵²

¹⁴⁶ Voyez entre autres, LHUILIER, D. ; « Les surveillants de prison : identité professionnelle et crise de légitimité », in *Prisons en société, Les cahiers de la sécurité intérieure*, 1998, n°31, pp. 135-150.

¹⁴⁷ KELLENS, G. ; « Devenir surveillant de prison. A propos d'un récent colloque européen », *J.P.*, 1994, n°261, p.12.

¹⁴⁸ AYMARD, N., LHUILIER, D. ; *Sécurité et identité professionnelle des personnels de surveillance*, Paris, Géal, 1993, p. 236.

¹⁴⁹ DE CONINCK, G. ; « La formation initiale du personnel de surveillance des établissements pénitentiaires : des exigences morales et religieuses à la formation d'intervenants socio-éducatifs en milieu pénal », *D.S.*, 1997, vol.21, n°2, pp.166-167.

¹⁵⁰ DE WAELE, J.-P. et DEPREEUW, W. ; *Formation du personnel pénitentiaire. De la surveillance à la guidance.*, Bruxelles, Le Moniteur belge, 1985, p.22 ; voyez aussi HOUCHON, G., « Pierres de touche pour une formation du personnel pénitentiaire (vers l'an 2000) », *J.P.*, 1994, n°261, pp.17-19.

¹⁵¹ Pour une analyse de certaines de ces formations, consultez ADAM, Ch., BARTHOLEYNS, Fr. ; *Politique pénitentiaire en matière de drogues, op.cit.*, pp. 175-205.

¹⁵² Direction Générale des Etablissement Pénitentiaires, *Rapport annuel 1998, op.cit.*, pp. 221-226.

Les réponses fournies par les surveillants indiquent néanmoins l'existence de lacunes importants quant au contenu de ces formations.

« Le point faible du recyclage est qu'ils commencent toujours par une demi-journée d'information sur les substances. C'est finalement moins important. Allez, pour moi enfin. Lors de la formation, ils doivent repérer ceux qui viennent de commencer et ceux qui travaillent déjà depuis quelques années. Il est nécessaire de rappeler certaines choses, mais pas de nous reparler sans cesse des substances. » (S)

« Plus de choses pratiques, comme comment faire face à leur comportement exigeant. Pas simplement ces histoires purement théoriques sur les substances. » (S)

« Il n'y avait rien de véritablement spécial au niveau des stupéfiants dans la formation de base ni dans les cours de recyclage. » (S)

« Une conversation avec un ancien toxicomane et... quels sont chez eux les échappatoires les plus fréquentes. Ou comment est-ce qu'ils les utilisent et quand. Ou s'il y a des moments précis. En plus, on nous avait également promis, lorsque nous suivions la formation, que nous recevions un dépliant en couleur ainsi que des explications sur les effets secondaires et d'autres choses de ce genre. Tout ça nous serait remis, mais ça fait déjà plus d'un an. Nous l'avons déjà demandé, mais nous n'avons toujours rien reçu. » (S)

« Quand même, en savoir plus sur la façon dont nous devons nous protéger, avec tous ces cas de sida et d'hépatite. » (S)

De plus, certains entretiens montrent que l'accès aux formations est limité à un nombre restreint de participants, et que certains candidats n'ont donc pas l'occasion d'y participer.

« Il y a eu une formation, mais très limitée en nombre. Je n'étais pas dans le quota. J'étais partant pour le faire, mais il y avait peut-être dix personnes qui pouvaient y aller, et je n'étais pas dans les dix. Cela va certainement se représenter, mais, avec 200 membres du personnel, si on forme dix hommes par an, j'irai peut-être en formation dans les vingt ans qui suivent. » (S)

Les formations, (généralement) assurées par des centres externes d'information sur la « toxicomanie », partent d'une attitude différente à l'égard des usagers de drogues. Le traitement et l'accompagnement y occupent une place centrale, ce qui peut engendrer une insatisfaction des surveillants car ils ont avant tout une mission de surveillance. Ils peuvent difficilement transposer les connaissances acquises dans leur pratique quotidienne¹⁵³. Un défaut caractérisant de nombreuses formations est manifestement ici également présent : « l'intérêt personnel » et la spécificité du groupe auquel la formation est dispensée sont trop peu pris en compte.

Même si une information sur les stupéfiants fait partie de la formation, elle n'est pas considérée comme suffisante. Le comportement à adopter face aux usagers de drogues exigeants, agressifs, en cours de désintoxication,... est régulièrement cité comme un élément manquant de la formation, tout comme les risques professionnels et la prévention possible des affections contagieuses telles que le VIH/SIDA et l'hépatite.

¹⁵³ Il s'agit cependant d'une critique adressée généralement aux formations : en effet, les surveillants critiquent l'aspect trop théorique de l'enseignement qu'ils ne peuvent pas restituer dans la réalité pénitentiaire (SENN GROMELLE, A., DE AGAZIO, M.-Th., *op.cit.*, p. 73).

Il convient également de remarquer que le comportement à adopter face à l'agressivité ainsi que les problèmes de sécurité inhérents sont considérés comme la lacune la plus fondamentale de la formation et que les problèmes relatifs aux détenus usagers de drogues ne sont pas les seuls concernés.

On ne peut évidemment pas s'attendre à ce que des surveillants puissent être reconvertis en spécialistes des problèmes liés à l'usage de drogues. Il existe de grandes différences au niveau de l'approche et des fondements au sein même de la prise en charge des « toxicomanes ». Néanmoins, l'ignorance en matière d'usage de drogues, et plus particulièrement le manque de connaissances et d'informations sur les aspects relatifs à la santé, comporte des risques pour le personnel ainsi que pour les détenus usagers de drogues eux-mêmes. Pensons, par exemple, aux risques éventuels de contamination encourus par le personnel et les détenus ou à une évaluation erronée par les surveillants des plaintes des détenus au niveau médical.

« Le problème, c'est qu'on n'a rien comme formation sur les overdoses. Et que, quand on voit quelqu'un qui est vraiment mal, la seule solution qu'on ait, c'est appeler le médecin. Parce que, personnellement, je ne suis pas apte à détecter un type qui a une overdose réelle. Pour moi, il est malade, c'est tout. » (S)

L'identification des besoins et des attentes du personnel au niveau de la problématique de la drogue dans les établissements pénitentiaires n'était pas un objectif spécifique dans le cadre de cette enquête. Il nous semble cependant qu'il s'agit d'un point important à étudier en profondeur.

A cet égard, relevons qu'une enquête néerlandaise, menée par l'Institut Trimbos, a montré l'importance de la formation du personnel pénitentiaire, en vue notamment de combattre les « idées fausses » relatives à la prise de risques et à la contamination¹⁵⁴. Et dans certaines prisons allemandes, en guise de stratégies de réduction des risques, on développe des programmes de formation dont la spécificité est de s'adresser aussi bien aux UDI qu'au personnel d'encadrement : on s'efforce en effet de motiver les membres du personnel à changer leurs comportements et attitudes face aux risques potentiels qu'ils encourent et qu'encourent les détenus¹⁵⁵.

5.3.5 Conclusions

Cette brève étude de l'organisation de la privation de liberté nous a permis d'identifier des facteurs ayant une influence sur la consommation de drogues ou de médicaments et/ou constituant un risque pour la santé.

Tout d'abord, le développement d'activités (sports, activités culturelles, travail et formation) permet au détenu d'échapper à l'ennui d'une autre manière que par la consommation et

¹⁵⁴ M. VAN DOORNICK; *Prison staff and infectious diseases ; factors likely to influence the behaviour of prison staff*, communication au « Third European Seminar on HIV and Hepatitis in Prison », Milano, May 28 & 29, 1999.

¹⁵⁵ J.H. HEUDTLASS, H. STOVER; « Harm reduction-Strategien » für intravenös applizierende Drogenkonsumenten und Bedienstete auch im Strafvollzug. Ein saferuse-Trainingsprogramm, Wiener Zeitschrift für Suchtforschung, 1998, 21, (1), 27-36.

inversement, le manque d'activités est de nature à favoriser l'usage de drogues et de médicaments, qui a pour fonction de réduire la douleur psychique des détenus et de «faire passer le temps ».

Ensuite, si le placement à l'annexe psychiatrique des personnes entrant en prison en état de manque est pratiqué dans plusieurs établissements pénitentiaires, il n'est pas recommandé par le CPT dans le cadre de la prise en charge des usagers de drogues dépendants. Par ailleurs, les expériences de sections dites « sans drogues » —basées sur le modèle de l'abstinence— ne semblent pas avoir une influence positive la consommation des détenus. En effet, outre un coût élevé, ces expériences ne semblent pas atteindre leur objectif, au regard des problèmes signalés concernant le trafic d'urine, la présence de stupéfiants et les difficultés pour trouver des volontaires.

Enfin, les formations destinées aux surveillants sont présentées comme lacunaires au sujet de plusieurs aspects, notamment en ce qui concerne la gestion des difficultés relationnelles avec les détenus, et plus particulièrement, le comportement à adopter face à un usager de drogues exigeant, agressif ou en manque ainsi qu'en ce qui concerne les risques professionnels. Dès lors, le manque d'informations et de connaissances des surveillants en matière de santé est identifié comme un facteur de risque : risques éventuels de contamination encourus par le personnel et risques pour la santé des détenus, par exemple, en cas d'une évaluation erronée par les surveillants de leurs plaintes somatiques.

5.4 LE TRAITEMENT

5.4.1 Introduction

L'augmentation du nombre d'usagers de drogues parmi la population carcérale ainsi que l'épidémie du sida a contribué à révéler la précarité sanitaire des populations emprisonnées et à sensibiliser les pouvoirs politiques quant à la nécessité d'améliorer la prise en charge sanitaire des détenus, voire à celle d'en réformer les modalités, comme en France où les prestations des soins de santé destinés aux détenus sont placées depuis 1994, sous la responsabilité du ministère de la santé¹⁵⁶.

Le Conseil de l'Europe constate que dans la plupart des pays européens les services médicaux sont organisés par l'administration pénitentiaire et ne suggère aucun modèle unique d'organisation des soins de santé en prison. Toutefois, la Recommandation n° R (98) 7 relative aux aspects éthiques et organisationnels des soins de santé en milieu pénitentiaire souligne que « Le ministère de la santé devrait avoir une responsabilité plus étendue dans des domaines tels que l'évaluation de l'hygiène, l'appréciation de l'adéquation des soins de santé et leur organisation dans les établissements pénitentiaires ». De plus, afin de « garantir des soins optimaux aux détenus et mettre en œuvre le principe de l'équivalence des soins de santé entre les établissements pénitentiaires et la communauté, les différents ministères et services concernés devraient entreprendre d'élaborer une politique intégrée de santé pour le système pénitentiaire. Cette politique demanderait une coopération étroite et une définition claire des responsabilités ».

Jusqu'à présent, nous sommes loin d'une politique de santé pour le système pénitentiaire belge basée sur la collaboration et la concertation entre les différents ministères concernés. Cette difficulté a été relevée, au sujet de la politique de santé préventive et curative à l'égard des usagers de drogues, par un groupe de travail « Prisons et aide externe aux toxicomanes » composé de personnes actives dans ce domaine, soit au niveau de la DGEP, de la prison même ou de l'aide aux toxicomanes¹⁵⁷. Notons qu'en France, malgré la réforme des soins en milieu pénitentiaire et bien plus qu'à un manque de moyens, c'est à une absence de coordination des acteurs et des financements que sont attribuées, en grande partie, les difficultés d'une stratégie de prévention et d'éducation à la santé en prison¹⁵⁸.

¹⁵⁶ Pour une analyse comparative entre le système belge et le système français, voyez BARTHOLEYNS, Fr. ; *Les détenus et la droit à la santé. De la médecine pénitentiaire à la médecine en milieu pénitentiaire*, en préparation chez Bruylant dans la coll. de l'Ecole des sciences criminologiques de l'U.L.B. ; pour une modélisation des systèmes de soins de santé en prison et une comparaison internationale, consultez TOMASEVSKI, K., *Prison health. International standards and national practices in Europe*, Helsinki, Helsinki institute for crime prevention and control, affiliated with the United Nations, publication series n°21, 1992.

¹⁵⁷ Ce groupe a rédigé un texte qui a servi de base de discussion pour l'Atelier 3, « Assistance aux usagers de drogues en prison », du Septième Congrès *Gestion des drogues en 2000*, 26-27 octobre 1999, Gand, tiré à part, pp. 8-9.

¹⁵⁸ OBRECHT, O. ; « Une réforme au milieu du gué », *Rev.fr.aff.soc.*, 1997, vol. 51, n°1, pp. 121-122.

Le traitement pénitentiaire se caractérise par trois types d'intervention (médicale, psychologique et sociale) et deux types d'acteurs institutionnels (« internes » et « externes »).

Les services internes à l'administration pénitentiaire ont subi ces dernières années de profondes modifications structurelles : regroupement des intervenants psychosociaux des prisons dans un Service psychosocial, créé fin 1997 en tant que structure unique destinée à remplacer le Service d'anthropologie pénitentiaire¹⁵⁹ ; restructuration des services médicaux des établissements pénitentiaires, sous la direction du Service médical central, créée également en 1997.¹⁶⁰

Au niveau des intervenants « externes », nous avons les médecins traitants, les services d'aide sociale aux justiciables (ASJ) et le secteur associatif spécialisé en « toxicomanie ».

Dans cette partie, nous allons faire état de la demande et de l'offre de soins en tentant de mettre en évidence certaines facettes de l'organisation des soins qui constituent un facteur de risques pour la santé. Dans un premier temps, nous caractériserons la demande des détenus en matière de prise en charge médico-psycho-sociale. Ensuite, nous présenterons brièvement les activités des services énoncés plus haut tout en mettant l'accent sur les obstacles à l'accès aux soins en prison. Puis, nous nous attarderons sur les questions touchant à la médication des détenus (prescription, préparation et distribution des médicaments) et au cas particulier des usagers de drogues nécessitant un traitement (sevrage, traitements de substitution). Enfin, nous aborderons la question de la prévention des maladies contagieuses et de l'éducation à la santé.

5.4.2 La demande

Le détenu est identifié comme le principal demandeur (demande de rapport, lettre sous pli fermé) de prise en charge médico-psycho-sociale mais d'autres acteurs formulent également ce type de demande. Ainsi, certains agents pénitentiaires sont amenés à contacter les acteurs du traitement lorsqu'ils constatent qu'un détenu « ne va pas bien ». Dans une moindre mesure, les acteurs du traitement renvoient des détenus vers leurs collègues lorsqu'ils estiment que la demande formulée par le détenu (ou la problématique de celui-ci) ne relève pas de leurs compétences. A titre marginal, il faut également mentionner les demandes émanant de la famille, de l'aumônier, du conseiller moral, ou de l'avocat. A côté de cette demande « d'aide », nous avons la masse croissante des demandes d'expertise faites par les autorités chargées de décider des modalités d'exécution de la peine (direction, service des cas individuels, commission de libération conditionnelle)

Les entretiens menés avec des (ex-)détenus usagers de drogues révèlent que leurs demandes s'orientent généralement vers le service médical et qu'elles portent plus spécifiquement sur des questions relatives à la médication ainsi que sur des demandes de médicaments. Si les

¹⁵⁹ Le Service d'anthropologie pénitentiaire (SAP) était composé du Service d'anthropologie, des Unités d'orientation et de traitement (UOT) et du Service social d'exécution de décisions judiciaires (SSEDJ).

¹⁶⁰ Le circulaire No 1716 de 24/07/00 règle la transformation du Service médical central en Service de Santé Pénitentiaire. Ce service a pour mission les soins de santé dans tous ces aspects, comme les soins curatifs, la prévention et la protection de la santé.

discours des soignants font état d'une demande exagérée de médication, intimement mêlée à la personnalité du « toxicomane », cette représentation participe à une stigmatisation des usagers comme grands demandeurs de médication masquant, en fait, une situation qui est généralisable à l'ensemble des détenus, même si cette demande est plus exacerbée chez les premiers, notamment pendant la période de sevrage. Quoiqu'il en soit, il ressort également des entretiens réalisés avec les médecins et les infirmiers que ceux-ci sont régulièrement confrontés à des difficultés relationnelles avec certains détenus. Ces difficultés sont liées à un comportement revendicateur visant à l'obtention de médicaments et dans le cadre duquel ces détenus utilisent toute une gamme de « trucs » allant de l'agressivité verbale à l'incitation à la compassion. Notons que les surveillants sont également confrontés à cette difficulté, et sans doute de manière plus prégnante eu égard à leur position de première ligne : on peut facilement imaginer les difficultés auxquelles ils sont confrontés face, par exemple, à un détenu en proie aux symptômes de sevrage.

« ...ils hurlent et invoquent toutes les mères et les membres de la famille, les grand-mères décédées, tous les petits chats morts... » (M)

Il semble que les détenus soient peu enclins à formuler une réelle demande d'aide dans la mesure où ils font preuve d'une certaine méfiance, liée à l'objectif principal d'abréger leur détention, à l'égard des intervenants pénitentiaires ; le service médical et le service psychosocial étant généralement considérés comme un prolongement de la prison. Ainsi, le manque de confiance des détenus à l'égard de ces services constitue un obstacle certain à l'accès de ceux-ci à l'aide et aux soins que leur état réclame. Il est lié aux doutes des détenus quant au respect de la confidentialité des propos qu'ils auraient confiés sous le sceau du secret professionnel.

« Oui, ils disent qu'on peut aller chercher de l'aide chez eux. Mais euh... je ne fais pas ça. Parce que je sais que tout ça a à voir avec la drogue. Si je dis oui, j'ai des problèmes... directement dans mon dossier... à la commission... » (D)

« ... je sèche les cours du personnel, j'ai un bon alibi pour ça, mais pas les psychologues. Vous voyez alors qu'ils ont deux dossiers... un dossier qui ne porte pas de nom, qui n'a pas de droit à l'existence, mais qui est beaucoup plus important... » (M)

« C'est pourquoi je vais écouter un détenu qui vient me raconter quelque chose, mais je ne vais pas demander de noms. Comme ça, je ne vais pas me sentir mal à l'aise. » (M)

« ...le premier psychologue que j'ai vu, j'ai été honnête avec lui. Il en a abusé... » (D)

Ces extraits de discours montrent que, « bien qu'en fait devenue pour beaucoup de détenus surtout lieu de soins, voire premier ou même seul lieu de soins, la prison n'est pas un lieu thérapeutique. Contrairement à un présupposé tenace, il existe un risque élevé que l'activité médicale soit perçue par les détenus comme liée à la contrainte carcérale, et soit subie sans adhésion ni persévérance »¹⁶¹.

En règle générale, il existe donc peu de demandes « spontanées » des détenus qui soient spécifiques à l'usage de drogues et il est souvent difficile d'aborder et de travailler la

¹⁶¹ LHUILIER, D., SIMONPIETRI, A., VEIL, Cl., MORALES, L. ; *VIH-SIDA et santé : représentations et pratiques des personnes incarcérées*, Paris, Laboratoire de changement social, Université Paris 7, juin 1999, p. 22.

problématique de la consommation en détention face à des détenus qui se replient dans une attitude de négation. Cette attitude est particulièrement présente chez les détenus admissibles aux congés ou à la libération conditionnelle ainsi que chez les prévenus devant passer en Chambre du conseil. En effet, le détenu identifie l'intervenant comme ayant un pouvoir sur sa situation pénale et va alors prendre contact avec celui-ci afin de montrer qu'il a « la volonté de s'en sortir » et obtenir ainsi une attestation de prise en charge par un organisme extérieur, condition de sa libération.

Ces considérations sont à mettre en relation avec la question fondamentale de la rencontre entre logique carcérale et logique médicale. Examinant le rôle des instances soignantes en prison, de nombreux auteurs relèvent que leur action ne peut être authentique que dans l'indépendance par rapport aux finalités et aux programmes propres à l'institution, en particulier quand il s'agit de danger et de récidive : la demande du patient et celle de la puissance publique ne peuvent être traitées par les mêmes intervenants, sans engager ces derniers dans une double contrainte difficilement gérable^{162 163}.

Nous ne disposons pas de données suffisantes pour qualifier la demande adressée aux intervenants extérieurs.

Pour clore ce point, il convient encore de s'attarder sur la manière dont la demande du détenu est acheminée vers le personnel de soins et d'aide. Comme dans le cadre de la procédure de sanction, les surveillants disposent d'un pouvoir de « filtrage » dans ce circuit. M. Jaeger et M. Monceau s'expriment en ces termes : « Ainsi, la demande écrite de traitement ou de consultation peut être acheminée dans les délais prévus, mais elle peut également être interceptée, retardée, détournée, ne jamais arriver, soumise au gré des intermédiaires et de l'arbitraire toujours possible dans un espace clos. Le voyage du retour peut être tout aussi aventureux. L'espace de négociation dans lequel se joue le va-et-vient de la demande et de la réponse, suivie ou non de consommation, nous paraît être, plus que d'autres, un espace signifiant, (...). Plus qu'ailleurs nous semble-t-il, se confondent là les intentionnalités, missions, positionnements différents des catégories professionnelles en présence »¹⁶⁴. Le « sabotage » effectué par les surveillants peut être le résultat d'un premier tri effectué pour ne pas gêner les soignants avec des demandes jugées inopportunes mais peuvent également être dirigé contre le service destinataire ou contre le détenu. Nous sommes ici dans le registre des « sanctions

¹⁶² Voyez par exemple, FOGEL, D. ; « Traitement pénitentiaire et contrainte », *Déviance et société*, 1979, vol. 3, n°2, pp. 169-178 ; FRANCOIS, J., « Pour une clinique alternative en milieu carcéral », *Déviance et société*, 1979, vol. 3, n°2, pp.169-178 ; DEBUYST, C. ; « L'observation psychosociale avant et après jugement », in *Les interventions psychosociales dans le système de justice pénale, Rapports présentés à la 20^{ème} Conférence de recherches criminologiques (1993)*, *Recherche criminologique*, vol. XXXI, 1995, pp. 41 et s. ; ROELANDT ; M., « Justice et thérapie ou l'impossible alliance », *Les cahiers de Prospective jeunesse*, 1996, vol. I, n°1-2, pp. 13-17.

¹⁶³ Le Conseil National de l'Ordre des Médecins a d'ailleurs pris clairement position à ce sujet. Lors de son assemblée du 30 octobre 1999 à la demande du Ministre de la Justice, le Conseil a donné son avis sur le rapport final de la Commission Intermédiate en vue de la révision de la Loi du 1^{er} juillet 1964 de défense sociale : « Enfin, le Conseil National tient à souligner qu'il s'indique d'établir une séparation stricte entre les missions des experts désignés et celles des thérapeutes... Le Conseil National peut admettre qu'un expert puisse, dans des circonstances exceptionnelles, endosser le rôle de « dispensateur de soins », mais il est d'avis qu'une séparation nette de ces missions doit être la règle ». Bulletin du Conseil National, Ordre des Médecins, mars 2000, Vol. VIII No 87, p.18

¹⁶⁴ JAEGER, M., MONCEAU, M.; *op.cit.*, p.11.

informelles »¹⁶⁵ par le biais desquelles les surveillants utilisent négativement la dépendance des détenus à leur égard et jouent sur les services et faveurs accordés aux détenus pour obtenir leur coopération.

5.4.3 L'offre

Ces dernières années, l'administration pénitentiaire a procédé à l'engagement de psychologues et d'assistants sociaux supplémentaires ainsi qu'à une restructuration des services médicaux¹⁶⁶, ce qui laisse supposer une amélioration des prestations offertes aux détenus. Parallèlement, on assiste à une ouverture de plus en plus grande (mais encore timide) de l'univers carcéral sur les ressources de la communauté. Néanmoins, beaucoup s'accordent pour dénoncer le manque de moyens des équipes médico-psycho-sociales des prisons ainsi que la faiblesse des interventions extérieures en matière d'aide et de soins aux détenus. Cette situation a bien évidemment une influence sur l'accès et la permanence des soins et de l'aide offerts aux détenus, qui est elle-même renforcée négativement par le surpeuplement des établissements pénitentiaires.

Les limites budgétaires sont fréquemment invoquées pour justifier les lacunes en matière de prise en charge médico-psycho-sociale, comme dans d'autres domaines, tels que l'enseignement ou les loisirs, tandis que l'achat d'équipements de vidéo-surveillance ou la création de quartiers de haute sécurité ne posent pas de problème. Comme l'affirme A. Spielmann, si la « volonté politique existe le soi-disant manque de ressources ne constitue guère un obstacle à des réformes envisagées »¹⁶⁷.

Nous allons maintenant détailler quelque peu l'action du service médical, du service psychosocial et des intervenants extérieurs.

5.4.3.1 Le service médical

Suite à deux rapports d'audit (le rapport Tractebel et le rapport ABC) mettant en évidence la disparité des statuts du personnel médical employé par l'administration pénitentiaire ainsi que les difficultés de gestion des dépenses médicales, le service médical central a développé deux actions. La première vise à mettre en œuvre un plan de restructuration des services médicaux des établissements pénitentiaires dont l'objectif est d'élaborer des structures analogues à celles de la société¹⁶⁸ : organisation des centres médico-chirurgicaux suivant le modèle de l'hôpital civil ; recrutement d'infirmiers supplémentaires (et de pharmaciens) en qualité d'agents statutaires ou contractuels ; les autres dispensateurs de soins (médecins, spécialistes, dentistes, infirmiers dans les petites prisons) sont liés par un contrat d'entreprise. La seconde

¹⁶⁵ Voyez à ce sujet, CHAUVENET, A., ORLIC, B., BENGUIGUI, G. ; *Le personnel de surveillance des prisons, op.cit.*, pp. 147-148.

¹⁶⁶ voyez Direction générale des établissements pénitentiaires, *Rapport 1998, op.cit.*, pp. 147, 231-235.

¹⁶⁷ SPIELMANN, A. ; « Pour un contrôle efficace de l'application pratique des Règles minima pour le traitement des détenus », *op.cit.*, p.536.

¹⁶⁸ Direction générale des établissements pénitentiaires, *Rapport d'activité 1998, op.cit.*, pp. 231-232.

concerne la séparation, depuis le 1^{er} janvier 1999, de la comptabilité médicale du reste de la comptabilité des établissements pénitentiaires : cette autonomisation permettra un meilleur suivi et une meilleure prévision des dépenses¹⁶⁹.

On sait que l'administration pénitentiaire belge assure la responsabilité des soins de santé tant préventifs que curatifs administrés aux détenus et qu'elle en supporte entièrement le financement en raison de l'exclusion des détenus du système de l'assurance maladie obligatoire¹⁷⁰. « Afin d'éviter tout dérapage lié à l'absence de ticket modérateur, le service médical central détermine l'ampleur des soins à dispenser, par établissement et par spécialité, afin de fixer des quotas à respecter ; les dispensateurs de soins, organisé en pool au sein de chaque prison, sont chargés de gérer au mieux les enveloppes budgétaires mises à leur disposition »^{171 172}. « Des premières évaluations, il ressort que les quotas pour la médecine générale et les soins infirmiers sont suffisants. Des quotas pour la dentisterie devraient être adaptés dans le futur ».¹⁷³ Une étude approfondie serait nécessaire afin de déterminer dans quelle mesure cette organisation constitue un frein à l'accès des détenus à des soins équivalents à ceux prodigués dans la communauté.

Les entretiens ont fourni diverses indications sur les difficultés auxquelles les médecins des prisons sont journellement confrontés face à une population fortement demandeuse de soins. Ainsi, les rapports du CPT établis à la suite de ses visites de 1993 et de 1997 de différents établissements pénitentiaires belges semblent toujours d'actualité dans la mise en évidence du manque de personnel médical et infirmier, malgré les efforts consentis en la matière¹⁷⁴.

D'une façon générale, les médecins généralistes organisent chaque jour une consultation d'une ou deux heures, à laquelle se rendent 10 à 15% des détenus¹⁷⁵ et laissant peu de temps au

¹⁶⁹ Pour plus de détails, voyez DETRY, C. ; *De l'organisation des soins de santé en milieu pénitentiaire en Belgique*, Mémoire présenté sous la direction de J. MASSON en vue de l'obtention du titre de licencié en sciences de la santé publique, U.C.L., 1998-1999, pp. 39-46.

¹⁷⁰ A.R. du 24 décembre 1963 portant règlement général des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire contre la maladie et l'invalidité, art. 8 : « Les prestations de santé définies par la loi du 9 août 1963 sont refusées tant que l'ayant droit est incarcéré dans un établissement pénitentiaire (...) » ; voyez par exemple : COLARDYN, M., « L'application de la législation sociale aux détenus et aux membres de leur famille », *B.A.P.*, 1972, n°5, pp. 301-323 ; PIETERS, Fr., « Les détenus et les personnes à leur charge ont-ils droit à la sécurité sociale en tant que membres de la société ? », *B.A.P.*, 1983, n°1, pp.5-39 et *B.A.P.*, 1983, n°2, pp.149-175 ; à cet égard, le plan de politique pénitentiaire de janvier 2000 estime nécessaire, dans l'objectif d'une détention utile et humaine, de mettre tout « en œuvre pour la normalisation du statut social des détenus » (p. 273).

¹⁷¹ Direction générale des établissements pénitentiaires, *Rapport d'activité 1998*, *op.cit.*, p. 232.

¹⁷² Le Ministre de la Justice calcule, par prison et éventuellement au sein même de la prison, le nombre normal d'heures de consultation par mois. Le calcul s'effectue sur la base de données statistiques et sous réserve d'une diminution ou d'une augmentation, selon les nécessités médicales, du nombre d'heures ainsi calculé.

¹⁷³ VAN MOL F. ; communication personnelle, 2000

¹⁷⁴ Conseil de l'Europe, Rapport au gouvernement de la Belgique relatif à la visite effectuée par le Comité européen pour la prévention de la torture et des peines ou traitements inhumains ou dégradants (CPT) en Belgique du 14 au 23 novembre 1993, CPT/Inf (94) 15, Strasbourg/Bruxelles, Conseil de l'Europe, 14 octobre 1994, pp.51 et s. ; Conseil de l'Europe, Rapport au Gouvernement de la Belgique relatif à la visite en Belgique effectuée par le Comité européen pour la prévention de la torture et des peines ou traitements inhumains ou dégradants (CPT) du 31 août au 12 septembre 1997, Strasbourg, Conseil de l'Europe, 3 avril 1998, pp. 52 et s.

¹⁷⁵ VAN MOL, F. ; *Restructuration des services médicaux des établissements pénitentiaires*, s.l., avril 1996, p. 13.

contact et à l'établissement d'une relation basée sur la confiance. Il ne s'agit toutefois pas d'un problème typique des établissements pénitentiaires. D'une enquête menée en 1999 par le *Belangenvereniging van Antwerpse Druggebruikers* (BAD) auprès de 108 usagers, il ressort que 40% des répondants pensent que la disponibilité d'écoute dans les centres d'aide et chez les médecins généralistes est insuffisante et 63% n'a pas pu accéder à un centre à cause des longues listes d'attente.

Le manque de disponibilité du médecin peut être encore aggravé par l'horaire des consultations qui vient interférer avec les activités des détenus. Comme l'indiquait un médecin :

« ...parfois, un détenu doit choisir entre moi et la promenade, et pour de nombreux détenus toxicomanes, il s'agit là d'un grand dilemme. Je fais souvent mes consultations au moment de la promenade... » (M)

Ce constat est alourdi par les nombreuses plaintes formulées par les (ex-)détenus interrogés à l'égard du fonctionnement du service médical et de l'attitude de certains médecins, (>70% des réponses). Il faut signaler que dans des centres pour l'aide aux 'toxicomanes' les patients suivis dans le cadre d'un traitement de leur dépendance se plaignent régulièrement des soins médicaux, surtout lorsqu'ils n'obtiennent pas ce qu'ils désirent (principalement en matière de médication).

« ...personne n'en est content... » (D)

« Si vous allez chez le docteur, vous allez pour un examen. Vous n'y allez pas pour qu'il se contente d'écrire chose. » (D)

« ...sur le docteur ici. Que vous soyez toxicomane ou pas... il ne bouge pas son derrière de sa chaise... » (D)

« ...il a plus de contacts avec son ordinateur qu'avec la personne qui est devant lui. » (D)

« Il a peur de toucher les patients. » (D)

« ...on peut faire mieux. On peut sûrement faire mieux. Je veux dire, le docteur ici, et ça fait parfois rire, on le considère généralement comme un charlatan. Vous entrez. OK, je peux entrer. Il faut voir autant de détenus par jour. Il faut ensuite encore écrire un rapport. Et pour la plupart, une pilule par ici, une pilule pour ça. Généralement des toxicomanes. Mais si vous avez vraiment quelque chose qui cloche. Vous entrez, il vous rembarre : pour quelles pilules est-ce que tu viens encore me casser les pieds. Même aux personnes qui n'ont rien à voir du tout avec la drogue... » (D)

Par ailleurs, la faible présence d'un médecin dans les établissements pénitentiaires est problématique pour les surveillants et le personnel infirmier quand il s'agit de gérer des situations d'urgence (par exemple, une crise de manque) et ce, malgré la mise en place d'une garde tournante entre les médecins constituant le « pool » du service médical. Il s'ensuit des adaptations : recours par l'équipe infirmière à une médication avec ou sans avis préalable du médecin, mise à disposition des surveillants d'une trousse de secours,...

En ce qui concerne le personnel infirmier, l'administration pénitentiaire a procédé au recrutement d'infirmiers contractuels destinés à remplacer peu à peu les surveillants faisant fonction. Toutefois, outre le fait que ces derniers n'ont pas encore disparu, le manque de personnel infirmier qualifié a pour conséquence la participation des surveillants à des tâches ne relevant pas de leurs compétences, comme la distribution des médicaments, ainsi que

l'impossibilité d'assurer une permanence la nuit ou le week-end. Cette impossibilité peut être préjudiciable à la santé des détenus dans le cas où les premiers soins devraient être dispensés rapidement mais peut également placer le surveillant dans une situation difficile puisqu'il a la responsabilité d'appeler ou non le médecin de garde.

Mentionnons aussi la problématique de la continuité des soins qui se pose lors de l'entrée en détention, au moment des transfèrements et de la libération. Tous les entrants sont soumis à une visite médicale d'entrée au cours de laquelle le détenu peut tenter d'obtenir la continuation des traitements en cours. Cette dernière est relativement incertaine dans la mesure où un certain laps de temps peut s'écouler avant de rencontrer le médecin de la prison mais également parce que celui-ci, fort de sa liberté thérapeutique, peut décider d'un autre traitement. De même, l'absence d'information du service médical en cas de transfèrement et de libération des détenus entraînent des ruptures dans les traitements. Ici l'implémentation d'EPICURE pourrait apporter une aide.

Enfin, la formation du personnel médical est un élément important. Au niveau médical, les soins aux usagers de drogues dépendants sont, en effet, un domaine pointu de spécialisation. Même à l'extérieur des prisons, peu de médecins possèdent l'expérience nécessaire en la matière. La « polytoxicomanie », que l'on rencontre de plus en plus fréquemment à l'heure actuelle, pose des exigences supplémentaires en matière de soins aux usagers de drogues dépendants dans le cadre desquelles il convient de développer des programmes spécifiques de lutte contre la dépendance à la cocaïne et aux amphétamines, en plus de ceux destinés aux héroïnomanes. En l'absence d'encadrement et de formation spécifique, on peut craindre que le problème du traitement des usagers de drogues dépendants en détention persiste ; à cet égard, la rechute et les autres risques ne sont pas inexistantes. Ici aussi l'implémentation d'EPICURE pourrait apporter une aide.

Il convient également d'accorder une attention particulière aux pratiques de médecine dentaire en prison.¹⁷⁶ D'autant plus que les usagers problématiques (principalement lorsqu'il y a consommation régulière de cocaïne et amphétamines) présentent très souvent des problèmes dentaires. De nombreuses personnes interrogées se posent des questions sur les mesures prises en vue de garantir l'hygiène, comme la désinfection du matériel. Afin d'être complet il faut ajouter que de telles demandes pour une pratique dentaire hygiénique existent également chez la clientèle des soins en matière de toxicomanies et ne se limitent donc pas à la détention.

Ces questions sont évidemment importantes dans le cadre de la prévention de la transmission par le sang des maladies contagieuses telles que le VIH/SIDA et les hépatites B et C.

L'achat, par le service médical central, d'appareils de désinfection pour les dentistes a réduit sensiblement cette problématique.

¹⁷⁶ VAN MOL F. (communication personnelle) ; «Des quotas pour la dentisterie devraient être adapter dans le futur. Les détenus font de plus en plus appel aux dentistes. 1. Tous les cabinets dentaires ont été mieuw aménagés (entre autre 16 nouveaux cabinets les trois dernières années). 2. En dehors de la prison, il y a une intervention de la mutuelle pour les prothèses dentaires à partir de 50 ans. Dans les prisons il est prévu également pour les jeunes patients (par exemple les usagers de drogues) une intervention un tiers du prix, dans certains cas une intervention complète est même prévue. Cette intervention doit contribuer à la réintégration du détenu ».

Notons que depuis quelques années, le service médical central organise, en collaboration avec des intervenants extérieurs (gendarmerie, FARES, Modus Vivendi, Free Clinic,...), des journées d'études destinées au personnel soignant (médecins, dentistes, infirmiers) sur les thèmes de la tuberculose, de la drogue et des maladies contagieuses (sida et hépatites). Par ailleurs, ce personnel a été informé quant au plan de restructuration du service médical et des cours d'initiation à l'informatique sont également dispensés en vue de l'utilisation du programme EPICURE.

5.4.3.2 Le service psychosocial

En janvier 1998, le Service social d'exécution des décisions judiciaires a été scindé : l'ensemble du travail parajudiciaire effectué à l'extérieur des prisons (probation, enquêtes et guidances sociales,...) a été regroupé en un seul service, le Service du travail social¹⁷⁷, dépendant de la Direction générale de l'organisation judiciaire tandis que les travailleurs sociaux internes aux prisons relèvent à présent du Service psychosocial (SPS). L'administration pénitentiaire a, par ailleurs, procédé à des vagues d'engagement en vue de renforcer la qualité du travail SPS et de diminuer la charge de travail.

La présentation du SPS dans le rapport d'activités 1998 montre clairement le renforcement de l'instrumentalisation des intervenants psychosociaux à la gestion des risques de récidive, mise en évidence par la littérature¹⁷⁸ : « S'inscrivant dans l'objectif global de la Direction générale des établissements pénitentiaires, la mission du Service psychosocial est d'apporter une assistance professionnelle aux autorités compétentes par les avis qu'il formule et de contribuer par une approche scientifique à la réinsertion psychosociale des détenus afin de limiter la récidive tout en participant à l'exécution sûre et humaine de la peine »¹⁷⁹.

Plus précisément, les missions des équipes SPS locales à l'égard de l'ensemble des détenus sont de deux ordres. D'une part, une mission d'avis, c'est-à-dire l'élaboration de rapports en vue de classifications, de permissions de sortie, de congés pénitentiaires, de libérations ou suite à divers incidents ainsi que les évaluations des sorties et des congés. D'autre part, une mission de suivi qui comprend les entretiens d'accueil, les interventions ponctuelles (informations, démarches pratiques diverses) et la gestion de situations de crise (passage à l'acte, deuils, décision négative de l'autorité, diagnostics médicaux,...). Le suivi peut déboucher sur une prise en charge plus ou moins longue. Toutefois, « les équipes soulignent les exigences de plus en plus importantes des autorités à l'égard des missions d'avis et la préoccupation évidente à l'égard des auteurs d'agressions sexuelles au détriment des autres catégories présentant cependant des caractéristiques cliniques tout aussi problématiques »¹⁸⁰. Il ressort d'ailleurs des

¹⁷⁷ Les intervenants de ce service, les assistants de justice, sont rassemblés dans des Maisons de justice installées peu à peu dans chaque arrondissement judiciaire.

¹⁷⁸ MARY, Ph. ; « De l'orientation de la politique pénitentiaire à la désorientation des réformes pénales », Communication présentée à la Journée d'étude *Politique pénale et pénitentiaire : idéologie et management*, organisée le 18 décembre 1997, par le G.R.A.P.P., l'U.L.B. et l'U.C.L., (non publiée) ; LAPLANTE, J., *Psychothérapies et impératifs sociaux. Les enjeux de la connaissance de soi*, spéc. pp. 71 et s. ; KAMINSKI, D., « L'examen de personnalité comme élément d'une proposition de libération conditionnelle : limites et possibilités », *R.D.P.C.*, 1998, n°1, pp. 69-83.

¹⁷⁹ Direction générale des établissements pénitentiaires, *Rapport d'activité 1998*, *op.cit.*, p. 33.

¹⁸⁰ *Ibid.*, p. 146.

entretiens que l'augmentation des demandes administratives relatives à l'expertise ne laisse qu'une place résiduelle à l'aide. De plus, le suivi sera d'autant plus minimal que la surpopulation place les intervenants devant un « *case load* » important les réduisant souvent à travailler dans l'urgence.

Ces considérations montrent que les détenus usagers de drogues ne bénéficient que d'une prise en charge relativement minimale de sorte que les acteurs de l'institution carcérale affirment que « les toxicomanes n'ont pas leur place en prison ». Associés à la non-spécificité du cadre institutionnel, deux autres facteurs viennent encore expliquer la faible accessibilité des détenus usagers de drogues à une aide à la part des SPS : il s'agit, d'une part, des représentations négatives à l'égard des détenus « toxicomanes » qui sont véhiculées par certains intervenants les poussant ainsi à consacrer leur temps à des détenus dont la prise en charge sera plus valorisante pour leur fonction et, d'autre part, le fait que nombre de ces détenus soient condamnés à de courtes peines amène des intervenants à poser la question de savoir si « cela vaut la peine d'entreprendre quelque chose ». D'un autre côté, nous avons déjà vu que les détenus semblent peu consulter le SPS pour des problèmes liés à l'usage de drogues en raison de craintes quant au respect de la confidentialité de leurs propos.

Toutefois, plusieurs établissements pénitentiaires ont développé des actions (dont certaines ont été abandonnées) portant sur l'usage de drogues, auxquels les équipes psychosociales ont été associées¹⁸¹ : groupes de réflexion interdisciplinaires concernant la prise en charge des toxicomanes, la gestion des traitements à la méthadone, le vécu du « toxicomane » en détention ; la mise en place d'une section proposant un programme de vie communautaire axé sur le sport, la formation et la gestion des émotions ; la coordination de projets de formation spécifique à l'attention du personnel, en interaction ou non avec des centres extérieurs spécialisés, comme par exemple TIMC¹⁸².

En ce qui concerne la formation du personnel psychosocial, signalons que, outre les journées d'accueil et d'information organisées dans le cadre de l'entrée en service des personnes nouvellement engagées, ce personnel a eu l'occasion de prendre part à différentes formations parmi lesquelles une formation axée sur la problématique de la « toxicomanie »¹⁸³.

¹⁸¹ *Ibid.*, p. 144.

¹⁸² Le programme TIMC (« Toxicomanie et Intervention en Milieu Carcéral ») anime un réseau d'intervenants pénitentiaires et extra-pénitentiaires dans l'espace Rhin-Meuse-Moselle. Deux établissements (Lantin et Verviers) se sont engagés dans cette structure organisée en collaboration avec l'asbl « Praxis ». Voyez ADAM, Ch., BARTHOLEYNS, Fr. ; *Politique pénitentiaire en matière de drogues, op.cit.*, pp. 201-204.

¹⁸³ Direction générale des établissements pénitentiaires, *Rapport d'activité 1998, op.cit.*, p. 149.

5.4.3.3 Les intervenants extérieurs

Tout d'abord, nous venons de voir que dès l'entrée en prison, les détenus sont sous la responsabilité du médecin de la prison en ce qui concerne les traitements que leur état réclame. Néanmoins, l'article 96 R.G. prévoit la possibilité pour les détenus de faire appel à leur frais (honoraires, examens et prescriptions) à l'intervention d'un médecin de leur choix, moyennant l'autorisation du directeur. L'application de cette disposition est très controversée et a entraîné de plusieurs actions en justice, même si l'administration soutient que ses médecins appliquent avec souplesse les principes dictés par le règlement général et parviennent généralement à établir le traitement du détenu en concertation avec le médecin extérieur. Ainsi, dans le cadre d'un litige autour de l'interruption d'un traitement de substitution à la méthadone¹⁸⁴, le tribunal des référés de Bruxelles a condamné l'Etat belge « à prendre immédiatement des dispositions nécessaires aux fins de permettre au requérant de disposer du traitement médical prescrit par son médecin traitant »¹⁸⁵. Une seconde ordonnance, rendue dans la même affaire, précise que « la lecture de l'article 96 démontre clairement qu'en règle, le médecin lié à la prison effectuera l'ordonnance du médecin extérieur. Sinon, il n'y aurait pas de sens à faire appel à un médecin de son propre choix. Par ailleurs, le choix d'un médecin propre ne peut être refusé [par le directeur] que pour des raisons d'ordre et de sécurité » tandis que le médecin attaché à l'établissement pénitentiaire peut s'opposer à l'ordonnance de son collègue « si, et seulement si ces ordonnances sont en contradiction avec la loi ou avec un règlement pris en exécution de celle-ci »^{186 187}.

Il convient, à présent, d'examiner le rôle joué par les services de l'aide sociale aux justiciables, qui n'interviennent pas spécifiquement pour les usagers de drogues, ainsi que celui du secteur associatif spécialisé en « toxicomanie ». La présentation qui va suivre ne fait pas la distinction entre les deux types de services étant donné que la manière dont se structure le secteur associatif rend parfois peu aisée la distinction entre les services spécialisés et l'aide sociale « généraliste ».

D'une façon générale, il faut constater qu'en Belgique, comme dans la plupart des pays européens, les intervenants extérieurs sont de plus en plus actifs dans les prisons en matière d'aide aux détenus usagers de drogues.

« Les seuls soutiens qui arrivent, c'est des groupes extérieurs (...) à part les groupes extérieurs, t'as rien » (D)

¹⁸⁴ Dans le même ordre d'idée, les personnes qui sont emprisonnées voient leur traitement psychosocial brusquement interrompu : pour deux exemples en ce qui concerne des usagers de drogues, voyez l'Atelier 3, « Assistance aux usagers de drogues en prison », du Septième Congrès *Gestion des drogues en 2000*, 26-27 octobre 1999, Gand, tiré à part, p. 6.

¹⁸⁵ Civ. Bruxelles (référé), 20 novembre 1995, inédit.

¹⁸⁶ Civ. Bruxelles (référé), 16 novembre 1995, *J.P.*, 1995, n°293, pp.26-27 (traduction partielle).

¹⁸⁷ « Les procédures en appel et sur tierce opposition contre ces ordonnances furent renvoyées au rôle dans l'attente d'un jugement sur le fond. Mais étant donné que le demandeur s'est rétracté, aucun jugement définitif n'a jamais été rendu sur le fond de l'affaire. Les ordonnances n'ont donc pas valeur juridique de précédent ».

Ainsi, en France, des centres externes de traitement jouent un rôle de soutien aux services médicaux dans 170 des 193 prisons¹⁸⁸. Au Portugal, le traitement par des centres d'aide aux usagers de drogues dépendants a été lancé en prison et certains détenus sont même accompagnés par des gardiens jusqu'aux centres à l'extérieur de la prison¹⁸⁹. Au Royaume-Uni, une somme de 50 millions de livres sterling (plus de 300 millions de francs) a été libérée en 1999 pour la mise sur pied d'un programme destiné aux usagers de drogues dépendants dans les prisons (CARAT-services) et réalisé en collaboration avec des centres externes¹⁹⁰.

En Belgique, bien que le rapport d'activités 1998 de la Direction générale des établissements pénitentiaires belges, énonçant les activités spécifiquement destinées à certains groupes cibles, mentionne que les « toxicomanes » bénéficient « d'une attention particulière dans tous les établissements »¹⁹¹, l'intervention des organismes extérieurs reste, en réalité, relativement limitée¹⁹². Cette limite se rapporte d'une part, à la situation géographique des établissements et, d'autre part, aux types d'actions développées par le secteur associatif en prison.

En effet, l'éloignement géographique et/ou l'importance du réseau associatif de la région est déterminant quant à l'offre qui est faite aux détenus ou à l'administration pénitentiaire locale. Il existe donc de grandes disparités entre les prisons, les unes bénéficiant d'une offre importante du secteur associatif tandis que les autres n'ont pas ou peu la possibilité de développer ce type d'actions.

En ce qui concerne les actions du secteur associatif¹⁹³ en prison, il convient de relever que celui-ci offre principalement une prise en charge individuelle aux détenus. Cette dernière se matérialise sous la forme d'entretiens thérapeutiques ou de soutien psychosocial mais également d'une information sur les structures de prise en charge extérieure en vue d'une orientation dans le cadre de la préparation à la libération.

L'information aux usagers de drogues incarcérés est donnée par tout un réseau d'associations actives dans le domaine de l'usage de drogues. Ces associations sont soit des centres d'information, soit des centres de cure ou de post-cure. Les associations interviennent à la demande des détenus. Dans certaines prisons, une information systématique est dispensée à tous les détenus entrants (par exemple, CAP-ITI à Forest et Saint-Gilles ou les différents

¹⁸⁸ FRENCH Report, Group of experts in epidemiology of drug problems-drug use by prisoners project, Groupe de Coopération en matière de lutte contre l'abus et le trafic illicite des stupéfiants (Groupe Pompidou), Strasbourg, 30 septembre 1999, p. 7.

¹⁸⁹ PORTUGAL Report, Group of experts in epidemiology of drug problems-drug use by prisoners project, Co-operation Group to combat drug abuse and illicit trafficking in drugs (Pompidou group), Strasbourg 29 septembre 1999, p. 5.

¹⁹⁰ ENGLAND AND WALES Report, Group of experts in epidemiology of drug problems-drug use by prisoners project, Co-operation group to combat drug abuse and illicit trafficking in drugs (Pompidou Group), Strasbourg, 30 septembre 1999, p. 9.

¹⁹¹ Direction générale des établissements pénitentiaires, *Rapport d'activité 1998, op.cit.*, p. 141.

¹⁹² Relevons, à ce propos, que le Plan de politique pénitentiaire de janvier 2000 estime nécessaire, dans le cadre d'une détention utile et humaine d'intensifier la collaboration avec les Communautés qui sont compétentes pour l'aide aux justiciables (p. 273).

¹⁹³ Par exemple, De Sleutel, De Kiem, Centrum voor drugs – en alcoholverslaving, Lama, Misdrasch, Cap-iti, Casc,...

centres regroupés au sein du groupe « In-dépendances à Lantin¹⁹⁴). CAP-ITI reçoit la liste des entrants repris sur la liste « STUP ». L'accès à des intervenants externes peut cependant varier énormément d'une prison à l'autre en fonction de sa localisation. Ainsi, par exemple, à Saint-Hubert, qui regroupe une forte population d'usagers de drogues, il n'existe pas d'intervenants dans la région et donc pas d'intervenants externes dans la prison.

Les activités de groupe sont, par contre, beaucoup moins fréquentes : il s'agit de groupes de discussion et de sessions de formation (généralement axées sur une vie sans produit et/ou l'accompagnement après la détention). En définitif, l'usage de drogues et les risques qui y sont associés dans le cadre de détention sont excessivement peu abordés. En outre, il faut constater que les intervenants extérieurs n'ont, jusqu'à présent, joué aucun rôle d'importance significative dans la politique sanitaire des prisons.

La sollicitation du secteur associatif spécialisé témoigne cependant du fait que les prisons sont demandeuses d'un développement de cette participation dans la prise en charge des usagers de drogues en prison permettant ainsi aux détenus de bénéficier d'une aide spécialisée et complémentaire de l'action du SPS. En plus de son expérience, l'implication du secteur associatif a pour avantage que celui-ci est indépendant de l'administration pénitentiaire, contrairement au SPS, ce qui semble de nature à améliorer la qualité de la relation avec les détenus usagers de drogues, en terme de confiance quant au respect de la confidentialité et du secret professionnel. Un autre avantage peut être trouvé dans le fait que l'intervention du secteur associatif en prison constitue un maillon important dans la reprise ou la poursuite des soins après la libération.

Néanmoins, le secteur associatif peut faire l'objet de pressions de la part du SPS quant à l'obtention d'informations sur l'évolution des détenus, ce qui pourrait laisser contraindre à ceux-ci que les intervenants extérieurs ne soient que des auxiliaires du pouvoir judiciaire, destinés à les contrôler. L'analyse des relations entre le personnel psychosocial des prisons et les associations extérieures montre cependant qu'elles sont caractérisées par le cloisonnement. « Ce fonctionnement est caractérisé par des disqualifications mutuelles et le fait que le personnel pénitentiaire regrette souvent le manque (ou l'absence) de « feed back » de la part des seconds, qui mettent en avant leur secret professionnel pour ne lâcher qu'un minimum d'informations (notamment au niveau des congés). Il semble que certaines associations reçoivent peu ou ne reçoivent plus de demandes des détenus en raison de leur « manque de collaboration », ce qui laisserait supposer que les demandes des détenus sont, dans certains cas, orientées par le personnel de la prison. Par ailleurs, lorsque dans le cadre de la mise en place d'un régime spécifique aux usagers de drogue, la prison fait appel à des intervenants extérieurs pour assurer la prise en charge, il est à craindre que les relations soient alors caractérisées par la confusion. Autrement dit, par une assimilation à la logique normative de l'institution »¹⁹⁵.

¹⁹⁴ Voyez à cet égard, BOSMANS, R. ; « Bilan de 5 années de fonctionnement du groupe I.T.I. », *Les cahiers de la dépendance*, 1990, pp. 109-129 et BOLETTE, Ph. ; « Le groupe 'In-dépendance' », *Les cahiers de la dépendance*, 1990, pp. 159-174.

¹⁹⁵ ADAM, Ch., BARTHOLEYNS, Fr. ; *Politique pénitentiaire en matière de drogues, op.cit.*, p. 165 ; Pour une classification des modèles de programme spécifique aux usagers de drogues aux Etats-Unis, voyez CASTELLANO, T.C., BECK, R. ; « A

En matière d'assistance aux usagers de drogues en prison, certains formulent la proposition selon laquelle l'offre doit être complète et différenciée : il s'agit du vaste *continuum* allant de la prévention (éducation à la santé, techniques de limitations des dommages) à l'assistance ambulatoire et résidentielle¹⁹⁶. Un des éléments nécessaires à la réalisation de cet objectif est de mettre en place une coordination entre les différentes associations et une plus grande collaboration avec les autorités pénitentiaires. Notons qu'en Flandre, un groupe de travail « prisons » de la *Vlaamse Vereniging voor Behandeling Verslavingszorg* (V.V.B.V.), initié en 1999, réunit des communautés thérapeutiques et des centres d'accueils médico-sociaux. Du côté francophone, Cap-iti coordonne une cinquantaine d'organisations.

5.4.4 La médication

La gestion des médicaments en prison est une activité qui se révèle problématique en raison de l'importance de la consommation médicamenteuse et des risques pour la santé que peuvent représenter le non-respect des traitements et le détournement de médicaments prescrits.

5.4.4.1 La consommation

Lorsque la littérature aborde le phénomène de la (sur)consommation médicamenteuse en prison, elle se focalise sur les psychotropes dont l'utilisation remplit deux fonctions interdépendantes, l'une individuelle et l'autre institutionnelle. Eu égard aux conditions de détention, nous avons vu que la consommation de médicaments psychotropes vise à réduire la douleur psychique des personnes incarcérées. « Mais ces produits ont, en outre, la particularité d'avoir une fonction institutionnelle, en contribuant au calme de l'institution pénitentiaire et à la sécurité des personnels de surveillance »¹⁹⁷. Comme l'indiquait un surveillant :

« Le psychiatre m'a toujours dit : "Vous préférez quoi ? Que je baisse les médicaments, et que vous ayez une révolte ?" » (S)

Il est intéressant de relever qu'un parallèle peut être réalisé entre la consommation de psychotropes et l'usage de drogues fortement répandu en prison: dans la mesure où se sont deux aspects d'un même phénomène, l'hypothèse d'un « mouvement de vases communicants » entre l'usage de drogues et la (sur)consommation de médicaments peut être posée. « Cette hypothèse consiste à soutenir que si un détenu n'obtient pas de quoi soulager sa souffrance existentielle auprès du service médical, il risque de se diriger vers les drogues illégales. Outre les pressions ou incitations que le détenu peut subir, le manque d'accessibilité à la médication pourrait expliquer le fait que des individus s'initient à la drogue en prison »¹⁹⁸. De

cross-classification of prison substance abuse program models ; the relevance of structural fit», *Journal of crime and Justice*, vol. XIV, n° 1, 1991, pp. 123-144.

¹⁹⁶ Atelier 3, « Assistance aux usagers de drogues en prison », du Septième Congrès *Gestion des drogues en 2000*, 26-27 octobre 1999, Gand, tiré à part, p. 10.

¹⁹⁷ JAEGER, M., MONCEAU, M. ; *op.cit.*, p.10.

¹⁹⁸ ADAM, Ch., BARTHOLEYNS, Fr., « Régime pénitentiaire et fonctions de l'usage de drogues », in DE RUYVER, B., DE SOMERE, P., VERMEULEN, G., NOIRFALISE, A., FIGIEL, Ch. (red.), *La politique en matière de drogues en Belgique : développements actuels*, Actes du Cinquième congrès national *Gestion des drogues en 2000*, Gand, 5/6 novembre 1997, Antwerpen-Apeldoorn/Bruxelles, Maklu-Uitgevers/Bruylant, 1998, pp. 345-358, spéc. p. 350.

même, l'interdépendance des logiques sanitaire et sécuritaire conduit à émettre une seconde hypothèse selon laquelle un contrôle accentué des entrées de drogues se traduira par une recrudescence du trafic médicamenteux.

Rappelons brièvement ici les différents facteurs identifiés par M. Jaeger et M. Monceau¹⁹⁹ comme ayant une influence sur la consommation de médicaments : la taille de la prison²⁰⁰, le travail et le sport influencent la consommation individuelle à la baisse ; trois périodes particulièrement stressantes (l'arrivée en prison, le jugement et l'approche de la sortie) sont génératrices d'une consommation plus importante ; une augmentation de la consommation de médicaments est également attribuée à la rupture relationnelle avec l'extérieur ou les difficultés familiales, à la surpopulation et aux mauvaises relations avec les surveillants.

5.4.4.2 La fourniture et la prescription des médicaments

Actuellement, les services médicaux des établissements pénitentiaires s'approvisionnent à la pharmacie centrale par le biais de commandes établies sur base d'un formulaire reprenant l'ensemble des médicaments disponibles²⁰¹. « Ce formulaire a pour but d'orienter la politique de prescription, c'est-à-dire, de permettre une thérapeutique pharmacologique optimum avec une base limitée de médicaments »²⁰². Pratiquement, le médecin doit prescrire des médicaments inscrits au formulaire dans la majorité des cas. Néanmoins, il peut prescrire des médicaments non repris dans le formulaire en s'approvisionnant auprès d'une pharmacie privée locale, mais uniquement dans trois cas :

- face à des pathologies rares ne trouvant pas de réponse thérapeutique dans le formulaire ;
- pour des traitements chroniques instaurés pour lesquels une substitution avec un produit du formulaire est aléatoire ;
- en ce qui concerne la prescription de produits répondant à la législation des stupéfiants.

¹⁹⁹ JAEGER, M., MONCEAU, M., *op.cit.*, pp. 33, 82, 52, 44.

²⁰⁰ Analysant l'activité pharmaceutique des prisons, M. Jaeger et M. Monceau constatent que dans les petits établissements (et particulièrement les maisons d'arrêt de petite taille) la consommation de psychotropes est largement supérieure à celle existant dans les grands établissements : « Plusieurs explications peuvent être avancées : la taille des petits établissements rend plus facile l'accès aux soins ou permet de donner plus d'importance, d'un point de vue médical, aux manifestations les plus bruyantes des détenus, manifestations qui, dans un grand établissement, seraient plus rapidement traitées de manière disciplinaire. D'autres hypothèses peuvent aussi être avancées : l'accès plus facile aux pharmacies par les surveillants ou l'isolement du personnel infirmier qui dispose alors de consignes plus souples que dans les grands établissements où le contrôle par corps médical est plus strict » (*Ibid.*, p.44).

²⁰¹ Signalons que cette organisation quant à la fourniture et la gestion des médicaments, comparable à celui de l'armée, où le médecin est responsable des médicaments livrés à l'infirmerie de la prison, est contraire aux dispositions de l'A.R. du 21 octobre 1999 modifiant l'arrêté royal du 31 mai 1885 approuvant les nouvelles instructions pour les médecins, pour les pharmaciens et pour les droguistes, *M.B.*, 1^{er} décembre 1999. Pour être en conformité avec cette réglementation, un pharmacien devrait être présent dans chaque établissement. Le service médical central tente actuellement de trouver une solution pragmatique.

²⁰² Direction générale des établissements pénitentiaires, *Formulaire des médicaments*, version 2 – mai 1999.

En effet, le service médical central a pris la décision que les médicaments stupéfiants et assimilés, y compris la méthadone²⁰³, ne seront plus fournis aux établissements pénitentiaires par la pharmacie de Forest. Le médecin doit maintenant établir une ordonnance au nom du détenu en vue d'une délivrance du produit par une pharmacie locale. Nous ne disposons pas de données suffisantes pour examiner dans quelle mesure ce changement dans l'approvisionnement des médicaments stupéfiants a eu une influence sur les pratiques de prescription.

La prescription des médicaments relève de la seule responsabilité des intervenants médicaux mais nous avons vu plus haut qu'il existe une délivrance de médicaments non prescrits par le personnel infirmier confronté aux pressions des détenus ou des surveillants, mais aussi directement par ces derniers²⁰⁴. Même si cette pratique est illégale, elle est considérée comme indispensable au bon fonctionnement de la prison.

« La prescription médicale, en prison comme ailleurs, résulte d'un processus complexe qui met en jeu l'exercice d'une compétence, un contexte, des choix éthiques : "science toute personnelle", "médication subjective et empirique", dès le moment où l'on n'utilise pas de protocoles thérapeutiques préétablis. On comprend que les médecins, même soumis aux fortes pressions de toutes parts (...), souhaitent réaffirmer la priorité de la clinique et banaliser leur intervention en prison : la prescription peut être objectivement forte ou faible, mais elle ne résulte pas d'un choix institutionnel »²⁰⁵.

Ce n'est pas l'avis des détenus qui reprochent le plus souvent une trop grande facilité de prescription au corps médical jugé trop laxiste, trop sécuritaire, plus proche de la mission de l'institution que du soutien de leurs patients²⁰⁶.

« A X, c'était Docteur Feelgood. Il donnait tout ce qu'on demandait... » (D)

« Il donnait vraiment beaucoup, mais alors il y avait moins de drogue. Parce qu'un type était calme et que tout le monde pouvait dormir. Ici, par exemple, si on n'arrive pas à dormir, il ne faut pas sonner parce qu'on ne reçoit quand même rien. »(D)

Quant aux représentations des surveillants, elles sont plus divisées : « Dans tous les cas, que les médecins paraissent trop proches des détenus (en écoutant trop leurs demandes) ou au contraire trop loin d'eux pour constater les effets négatifs de leurs prescriptions, ils prescrivent trop ou ne prescrivent pas les médicaments dont les détenus auraient besoin, quand ils ne font pas preuve d'une inattention coupable »²⁰⁷.

²⁰³ Notons que pour la méthadone, le médecin doit prescrire pour chaque détenu individuellement un traitement couvrant 7 jours, à raison d'un flacon monodose par jour et sur base d'une concentration de 1 mg/ml.

²⁰⁴ JAEGER, M., MONCEAU, M., op.cit., pp. 74-77. Inspection générale des affaires sociales, Rapport sur les modalités de prescription, d'achat, de détection et de distribution des médicaments dans les établissements pénitentiaires, rapport n°91 084, 1991, p. 22.

²⁰⁵ *Ibid.*, p.60.

²⁰⁶ *Ibid.*, p.39.

²⁰⁷ *Ibid.*, p.88.

Il est frappant de constater qu'un certain nombre d'ex-détenus, au long passé pénitentiaire, font régulièrement référence à une modification des habitudes en matière de prescription depuis les années quatre-vingts. Les somnifères et les tranquillisants puissants (tels que le Rohypnol®) étaient autrefois beaucoup plus fréquemment prescrits.

« Tout le monde était abattu par les pilules » (D)

Selon ces ex-détenus, les changements en matière de prescription ont eu des répercussions sur l'usage de drogues en prison, venant ainsi confirmer l'hypothèse des vases communicants. Ainsi, la problématique de l'usage de drogues était moins aiguë dans le passé en raison de l'accessibilité aisée des « drogues légales ». Du point de vue de la santé publique, il est paradoxal de voir que les habitudes actuelles plus responsables en matière de prescription donnent lieu à une consommation plus importante de médicaments obtenus illégalement, de stupéfiants illégaux et donc à une intensification des comportements à risque.

5.4.4.3 La préparation et la distribution des médicaments

La préparation des médicaments est réalisée par le personnel infirmier ou des surveillants faisant fonction, aidés parfois de détenus servant, qui sont dès lors informés de la nature du traitement et de la pathologie de leurs codétenus au détriment de la confidentialité.

Bien que les discussions soient ouvertes quant aux possibilités de responsabilisation des détenus à la gestion de leur traitement pour un ou plusieurs jours, de nombreux établissements pratiquent encore la dissolution des médicaments.

« Les médicaments ne sont pas donnés en main, ils sont écrasés et mis dans un gobelet avec de l'eau, de manière à ce que tu ne les stockes pas. » (D)

Un rapport de l'Inspection générale des Affaires sociales (France) a cependant émis les conclusions suivantes : la dissolution « est censée assurer la sécurité en empêchant tout stockage des médicaments avec ses conséquences éventuelles (tentatives de suicide, trafics de médicaments). Mais elle entraîne une incertitude majeure sur la qualité et la sécurité de la thérapeutique »²⁰⁸. Les critiques qui sont avancées sont les suivantes : mélange de formes pharmaceutiques, quantité d'eau insuffisante, préparations faites à l'avance au détriment des règles pharmacologiques et bactériologiques, efficacité moindre des produits compensée par un dosage plus fort, éliminer les enveloppes protectrices revient à dénaturer le produit qui est exposé plus tôt à l'action des enzymes dans le processus de digestion, enfin cette pratique équivaut à la perte de l'autonomie ou de la gestion du patient quant à son traitement²⁰⁹. La question est donc de savoir s'il convient de maintenir cette pratique préjudiciable d'un point de vue thérapeutique dans la mesure où son efficacité, quant à l'objectif de limiter les risques liés au stockage et au trafic, est mise en doute en raison du fait que les surveillants ne respectent

²⁰⁸ Inspection générale des Affaires sociales, Rapport sur les modalités de prescription, d'achat, de détention et de distribution des médicaments dans les établissements pénitentiaires, rapport n°91 084, 1991, p.37.

²⁰⁹ Certaines de ces critiques ont été avancées par les intervenants interrogés, d'autres sont exposées par JAEGER, M., MONCEAU, M. ; *op.cit.*, pp. 66-70.

généralement pas la procédure de distribution et que l'ingéniosité des détenus pour tromper les distributeurs est sans limite.

Actuellement, le service médical central essaye d'encourager la pratique qui consiste à préparer les médicaments sans les diluer et à les faire distribuer dans le cellulaire par un infirmier, éventuellement accompagné d'un surveillant ou d'un détenu servant, sur un plateau individuel contenant les médicaments de la journée. Toutefois, les réticences de certaines directions et de certains membres du personnel ainsi que l'insuffisance du personnel infirmier ont pour conséquence que, dans de nombreuses prisons, les médicaments, à l'exception de la méthadone, sont distribués plusieurs fois par jour par le surveillant de section. Chacun s'accorde pour reconnaître que la règle selon laquelle l'agent doit veiller à l'absorption des médicaments n'est pas systématiquement suivie. (70% des détenus, 50% des surveillants et du personnel médical). Souvent, le « potiquet » est laissé en cellule.

« Cela fait partie des tâches journalières des chefs de quartier. Ca doit aller vite, vite. On contrôle donc peu, voire pas, ce qui est pris... » (D)

« Ce sont les infirmières qui préparent les médicaments. Pour les distributions, quand l'infirmière est là, c'est elle qui les donne, et le surveillant est à côté. Et quand l'infirmière n'est pas là, c'est le surveillant qui distribue les médicaments. » (S)

Deux motifs sont invoqués pour justifier le non-respect du règlement : le manque de temps mais surtout la nécessité de maintenir l'ordre sur la section, qui renvoie à la double contrainte à laquelle est soumis le surveillant. En effet, ce dernier est tiraillé entre le respect du règlement (et donc le contrôle - si minime soit-il - de la consommation, du stockage et du trafic) et le maintien d'une relation la moins problématique possible avec les détenus.

Les risques inhérents à l'une ou l'autre méthode de distribution des médicaments sont évidents : il s'agit de la mise en réserve de médicaments avec comme corollaire un risque accru d'overdose et le fait que ces médicaments vont se retrouver dans le trafic. A cet égard, les médicaments tels que les somnifères, les analgésiques, les benzodiazépines,... sont principalement convoités. Par ailleurs, les entretiens menés n'ont pas permis de mettre en évidence dans quelle mesure la dissolution de médicaments (par exemple, le Valium® et le Lexotan®) neutralise les conséquences négatives précitées.

Enfin, le détournement des médicaments à d'autres fins que celle pour laquelle ils ont été prescrits a pour conséquence de miner l'accompagnement thérapeutique mais également de créer un climat de méfiance qui peut menacer le fonctionnement du service médical. Comme l'indiquait un médecin :

« ...j'ai régulièrement des gens qui réclament parce que hier, ils n'ont pas eu leurs pilules. Alors, je me dis : elles disparaissent peut-être. Je ne peux pas surveiller ça. Et, alors, je me dis : suis-je responsable ? Si je suis responsable de ça, je devrais me mettre en colère et dire : je ne prescris plus rien, parce que je n'ai aucune garantie que ces médicaments sont bien distribués... » (M)

5.4.4.4 Le sevrage

L'une des préoccupations du service médical est de gérer les symptômes dus à la période de sevrage à laquelle sont soumis les usagers dépendants lorsqu'ils entrent en prison. Les détenus

bénéficient généralement d'un traitement médicamenteux consistant en une association de divers médicaments, qui varie en fonction des habitudes de prescription de chaque médecin.

« C'est une combinaison, Tranxène, vitamines B, Buscopan, Depakine. La Depakine n'est utilisée que s'ils ont signalé qu'ils ont déjà eu des crises d'épilepsie. Ou, par exemple, si quelqu'un prend énormément de Lexotan[®] et arrête. Et alors Dominal Forte pendant 10 jours. » (M)

« Je n'ai pas de marchand qui dit : et pour madame, qu'est-ce que ce sera ? Un Lexotan ou plutôt un Tranxène ? Je vous conseille le Tranxène : en promotion aujourd'hui. » (M)

Néanmoins, on parle volontiers de « sevrage bloc » et les surveillants, comme d'autres intervenants, rapportent que ces traitements ne couvrent pas toujours comme ils devraient les symptômes de manque. Néanmoins, ces symptômes peuvent également apparaître en cours de détention suite à la poursuite de la consommation, voire à une initiation à la drogue entre les murs de la prison.

5.4.4.5 Les traitements de substitution

Les pratiques en matière de traitements de substitution en milieu carcéral varient considérablement au sein des Etats membres de la Communauté européenne. En Suède, aucun traitement d'entretien à la méthadone n'est prévu dans les prisons (les règles du Programme Méthadone suédois stipulent une détoxication de la méthadone en cas d'incarcération). En Italie et en Grèce, le traitement est uniquement mis à la disposition des détenus qui prenaient déjà part à un « programme méthadone » avant leur incarcération. Certains pays administrent uniquement des médicaments de substitution dans le cadre de schémas d'arrêt progressif de courte durée et il n'existe pas de traitement d'entretien à la méthadone, sauf pour les héroïnomanes séropositifs suivant une tri-thérapie. Au Danemark, en Ecosse, en Espagne et aux Pays-Bas, à la fois des programmes dégressifs et d'entretien à la méthadone sont disponibles pour la plupart des détenus²¹⁰.

Dans l'ensemble, la politique pénitentiaire belge en matière de santé à l'égard des usagers de drogues est axée sur l'abstinence. Après consultation des médecins généralistes et psychiatres au cours des mois de mai et juin 1995, le groupe de pilotage central a énoncé un certain nombre de principes directeurs²¹¹, qui guident également le projet de circulaire. Partant de l'idée que « la lutte contre la drogue dans les prisons doit *rester axée sur le sevrage*, l'accompagnement et la motivation du consommateur de drogue, la lutte contre le trafic de

²¹⁰ 2nd Annual Report European Network on VIH/AIDS and Hepatitis Prevention in Prisons, Bonn-Marseille, may 1998, page 28-29

²¹¹ Tous les médecins consultés étaient partisans d'un traitement dégressif à la méthadone dans un délai de 10 jours à 3 semaines. Seul le médecin anthropologue de la prison d'Anvers continuait en prison la plupart des traitements de maintenance à la méthadone initiés à l'extérieur. Trois cas peuvent être distingués : les femmes enceintes ; les séropositifs VIH dont il pense qu'ils continuent à consommer de l'héroïne en prison ; les détenus entrants pour lesquels il apparaît, après contact avec le médecin traitant, qu'ils avaient réduit leur consommation d'héroïne avant leur détention, grâce au traitement à la méthadone, et qu'ils avaient été suivis sur le plan psychothérapeutique. Ajoutons que ce médecin envisageait de commencer un programme de maintenance à la méthadone avant la libération des détenus héroïnomanes afin de faciliter le passage difficile vers la liberté. Ce médecin ayant une pratique relativement isolée, la prolongation du traitement à la méthadone a rencontré quelques problèmes dans la mesure où il est arrêté lorsque le détenu est transféré dans un autre établissement.

drogue, la formation du personnel et une approche constructive du problème par l'offre aux détenus de travail, de sports et de possibilités de détente » et que « cette offre crée un climat favorable aux programmes thérapeutiques dans lesquels peut s'insérer l'aide extérieure pour accompagner le toxicomane après sa détention »²¹², il est affirmé que, « en principe, un *traitement d'entretien à la méthadone n'est pas indiqué en milieu pénitentiaire*. Les détenus entrant sous traitement de méthadone sont traités dans le cadre d'un programme rapidement dégressif de maximum 3 semaines »²¹³.

Au niveau local, on constate de grandes différences dans la pratique des médecins constituant le « pool » du service médical. En effet, dans certaines prisons, les héroïnomanes nouvellement incarcérés bénéficient de la poursuite d'un traitement d'accompagnement à la méthadone, après confirmation du médecin traitant. Ce prolongement prend généralement place dans un schéma d'arrêt progressif en quelques semaines. D'autres ignorent totalement ce type de traitement, la méthadone y est un sujet tabou. Quant à l'initiation d'un programme « méthadone », elle a rarement lieu en prison.

Cette situation montre qu'il existe véritablement un conflit entre la logique répressive de la prison et la logique de santé publique : la politique pénitentiaire actuelle en matière de traitement de substitution occulte totalement les effets de ce traitement en termes d'amélioration de la santé et comporte des risques réels. En effet, il a été constaté à plusieurs reprises que les patients stabilisés prenant de la méthadone ont de nouveau recours à l'héroïne lorsque la méthadone est arrêtée²¹⁴. Les programmes de traitement en cours initiés par des centres externes d'aide aux usagers de drogues peuvent ainsi être « anéantis » en peu de temps.

Par ailleurs, de nombreuses preuves ont été fournies de l'efficacité d'un traitement d'entretien à la méthadone dans la communauté en termes de réduction de la mortalité des héroïnomanes²¹⁵, de réduction de la consommation d'héroïne²¹⁶, de réduction de la criminalité²¹⁷ et de réduction de la transmission du VIH et des hépatites²¹⁸. Toutefois, si l'on veut évaluer l'efficacité du traitement

²¹² Traitement de substitution à la méthadone dans les établissements pénitentiaires, Document de travail, s.l.n.d., p.5, nous soulignons.

²¹³ La drogue dans les établissements pénitentiaires. Un problème pour chaque détenu et chaque membre du personnel, s.l.n.d., p.4., nous soulignons.

²¹⁴ SHEWAN, D. et al.; *Evaluation of the Saughton drug reduction program*, Main Report, Central research unit, Edinburgh, 1994 ; SHEWAN, D., GEMMEL, M. et DAVIES, J.B.; « Behavioural change amongst drug injectors in Scottish prisons », *Soc. Sci. Med.*, 1994, vol.39, n°11, pp.1585-1586.

²¹⁵ CAPLEHORN, J.R.M., DALTON, M.S., CLUFF, M.C. and PETRENA, A.M.; « Retention in methadone maintenance and heroin addicts' risk of death », *Addiction*, 1994, n°89, pp.203-207.

²¹⁶ GOTTHEIL, E., STERLING, R.C. and WEINSTEIN, S.P., « Diminished illicit drug use as a consequence of longterm methadone maintenance », *Journal of addictive diseases*, 1993, vol.12, n°4 , p.45.

²¹⁷ NEWMAN, R.G., BASHKOW, S. and CATES, M.; « Arrest histories before and after admission to a methadone maintenance program », *Contemporary drug problems*, Fall, 1973, pp.417-430.

²¹⁸ BLIX, O. and GRONBLADH, L.; « AIDS and IV heroin addicts : the preventive effects of methadone maintenance in Sweden », *Drug and alcohol dependence*, 1981, n°7, pp.249-256 ; DOLE, V.; « Methadone treatment and the acquired immunodeficiency syndrome epidemic », *JAMA*, 1989, pp.1681-1682 ; CAPLEHORN, J. and ROOS, M., « Methadone maintenance and the likelihood of risky needle-sharing », *The international journal of the addictions*, 1995, vol.30, n°6, pp.685-698 ; KERNDT, P., WEBER, M., FORD, W., PREVOTS, R., LEHMAN, S.; « HIV incidence among injection drug users enrolled in a Los Angeles methadone program », *JAMA*, 1995, vol.276, n°23, p.41 ; METZGER, D.S., WOODY, G.E.,

d'entretien à la méthadone en prison, il convient de le faire par rapport aux objectifs du programme, qui ne sont pas nécessairement les mêmes que ceux des traitements effectués dans la communauté. En effet, les systèmes pénitentiaires connaissant ce traitement se sont rendu compte que l'objectif de réduction de la récidive et donc du retour en prison n'était pas un but approprié et ont adapté leurs programmes d'entretien à des buts plus réalistes de santé publique tels que la continuité des soins ou la réduction des injections et, par là même, du partage de seringues et de la transmission du VIH et des hépatites.

Dans un article fouillé, K. Dolan et A. Wodak²¹⁹ mettent en évidence l'efficacité et l'efficience de ce traitement en prison sur base de différentes études. Ces études ont démontré les effets suivants.

Une diminution des injections par rapport à un groupe contrôle, à condition que les détenus soient traités pendant toute la durée de leur incarcération, et donc une diminution des risques de transmission du VIH²²⁰.

La réduction de l'utilisation de drogues²²¹ est associée à une réduction de la violence dans la prison et à une diminution de la criminalité lors de la libération²²².

Ce traitement a également une influence sur le climat régnant dans la prison. En effet, on a constaté une réduction de l'anxiété du personnel de surveillance liée au fait que les détenus sous méthadone sont moins irritables et plus facile à diriger²²³. Certains agents interrogés nous ont d'ailleurs rapporté une diminution de la tension dans leurs rapports avec ces détenus. Par ailleurs, aucun conflit entre les détenus traités et les autres n'a été mentionné et aucune preuve du développement d'un marché noir de méthadone n'a été rapporté²²⁴.

Mc LELLANA, Th., O'BRIEN, Ch.P., DRULEY, P., NAVALINE, H., DEPHILIPPIS, D., STOLLEY, P., ABRUTYN, E.; « Human immunodeficiency virus seroconversion among intravenous drug users in- and out-of-treatment : an 18 month prospective follow-up », *Journal of acquired immune deficiency syndrome*, 1993, n°6, pp.1049-1056.

²¹⁹ DOLAN, K. and WODAK, A.; « An international review of methadone provision in prisons », *Addiction Research*, 1996, vol. 4, n°1, pp.85-97.

²²⁰ DOLAN, K.; « The reduction of risk behaviour among in methadone maintenance treatment in NSW », *Presentation at the Australian and New Zealand Society of Criminology's 10th Annual Conference*, UNSW, Sydney, 27-30 september 1994 ; HEFEZ, S.; « L'impact des politiques de réduction de risques. Analyse de 'Methadone treatment as a determinant of HIV risk reduction among injecting drug users - SERPONI et al.' », *Transcriptase*, 1994, n°30, pp. 20-21.

²²¹ Des études avancent que la majorité des tests montrent que les détenus n'ont pas consommé de drogues non prescrites : GORTA, A. ; « Monitoring the NSW prison methadone program: a review of the research 1986 -1991 », *Research publication department of Corrective Services*, publication n°25 ; SHEWAN, D., MACPHERSON, S., REID, M. and DAVIES, J.B. ; *Evaluation of the Saughton drug reduction programme*, Main Report, Central Research Unit, Edinburgh, 1994.

²²² BERTRAM, S. and GORTA, A.; «Views of recidivists released after participating in the NSW prison methadone program and the problems they faced in the community», *Evaluation on the NSW Department of Corrective Services Prison Methadone Program Study n°8*, Research Publication department of corrective Services, Publication n°21, 1990.

²²³ HERZOG, C., FASNACHT, M., STOHLER, R. and LADEWIG, D.; « Methadone substitution as an AIDS-preventive measure in the prison environment », Paper presented at the *European Symposium on drug addiction and AIDS*, Siena, Italy, 1993, october 4-6 ; MAGURA, S., ROSENBLUM, A., LEWIS, C. and JOSEPH, H.; « The effectiveness of in-jail methadone maintenance », *Journal of drug issues*, 1993, vol.23, n°1, pp.75-99.

²²⁴ BERTHAM, S.; *Results of gaols urinalyses update : july - december 1989*, Evaluation of NSW Department of Corrective Services Pre-release Methadone Program, Study n°10, Research and Statistics division, 1991.

5.4.5 La prévention

Dans cette partie, nous n'allons pas présenter l'ensemble des actions de prévention mais seulement la manière dont est organisé le dépistage des maladies contagieuses dans les établissements pénitentiaires ainsi que les possibilités d'accès pour les détenus à l'éducation à la santé et à l'information relative aux risques de transmission des maladies contagieuses. Par ailleurs, nous avons déjà abordé la question des traitements de substitution tandis que les moyens de prévention spécifiques à l'usage de drogues, la sexualité et les décorations corporelles seront traités en même temps que l'analyse de ces comportements en prison.

5.4.5.1 Les possibilités de dépistage

Tous les détenus sont soumis à un examen médical à l'entrée en prison. Le test de dépistage du VIH n'est pas proposé systématiquement mais uniquement aux détenus considérés « à risque » lors de l'examen médical d'entrée. La lettre circulaire adressée aux directeurs des établissements pénitentiaires du 5 juillet 1985 stipule que « Les médecins attachés aux établissements pénitentiaires sont chargés de sélectionner les cas suspects parmi les groupes à risques afin de les soumettre à un examen sanguin »²²⁵. Cette lettre collective a été complétée, le 6 septembre 1985, de la manière suivante : « Les examens sanguins en vue du dépistage des maladies contagieuses ne peuvent être imposés aux détenus qui refusent de s'y soumettre. Par contre, ils doivent être autorisés à tout détenu qui en fait la demande... »²²⁶.

Les critères de risques ne sont pas clairement définis. Sont généralement retenus comme critères : l'usage de drogues, la prostitution, l'homosexualité et le fait d'être originaire de pays à forte endémicité.

Il n'existe pas de procédure de consentement informé. En outre, il n'est pas certain que le choix soit clairement donné aux personnes identifiées comme personne à risques. Ainsi, dans une note d'information émanant du service social —« Information aux toxicomanes incarcérés (Forest et Saint-Gilles) »—, on peut lire : « Par ailleurs, il se peut que le médecin décide, dans votre intérêt, de vous faire ce test. Si vous appartenez à une population à risque, c'est-à-dire si vous êtes connu comme toxicomane intraveineux ou homosexuel ou comme faisant de la prostitution ou si vous êtes connu pour avoir de nombreux partenaires sexuels ou si vous venez de l'étranger (particulièrement des pays africains), vous serez testé d'office. »²²⁷.

Par ailleurs, tout détenu, soit qu'il ne lui ait pas été proposé, soit qu'il l'ait refusé, peut demander un test du Sida. Il semble cependant que les détenus soient mal informés de cette possibilité ou même de leur droit en général à demander un test de dépistage.

« Je pense bien que si on demande au médecin il accepterait » (D)

²²⁵ Administration des Etablissements Pénitentiaires, Lettre collective (1/XII) du 5 juillet 1985.

²²⁶ Administration des Etablissements Pénitentiaires, Lettre collective (2/XII) du 6 septembre 1985.

²²⁷ DANTINE. S.I.D.A. Note d'information aux Personnes Incarcérées. Equipe U.L.B. Information aux Toxicomanes Incarcérés.

« Les détenus peuvent demander un dépistage (SIDA, hépatites). Parfois, ils le demandent au médecin. » (S)

Néanmoins, le dépistage n'étant pas offert à tous, les personnes auxquelles celui-ci n'est pas proposé vont hésiter à le demander de peur de faire l'objet de suspicion, par exemple, quant à un risque de séropositivité ou un usage de drogues non-connu officiellement.

Si le dépistage est généralement effectué sans conseil avant le test, au niveau de la remise des résultats, la personne qui a subi un test est informée que si elle n'a aucune nouvelle du test dans les 15 jours, c'est que celui-ci est négatif. En cas de confirmation de la séropositivité du test, le résultat est annoncé par le médecin de la prison. Les conseils après test positif sont donnés par le médecin. Un test négatif n'est jamais contrôlé ultérieurement. Il n'est donc point tenu compte d'une possible période de latence. En principe, le détenu peut demander lui-même ce contrôle. Il semble cependant que celui-ci soit mal informé de cette possibilité.

Quant aux tests de dépistage des hépatites, ils sont effectués plus rarement que ceux du VIH, bien que la prévalence soit plus élevée. Les procédures applicables sont encore moins définies que celles relatives au dépistage du VIH.

Enfin, signalons que la confidentialité entourant les résultats des dépistages fait l'objet de conflits entre le service médical et les surveillants. En effet, les surveillants veulent généralement savoir quels sont les détenus séropositifs parce qu'ils pensent (à tort) qu'ils peuvent ainsi réduire le risque de contamination pendant l'exercice de leur profession. Ils ne se sentent pas compris par le service médical qui (à juste titre) fait usage du secret professionnel pour refuser de communiquer de telles informations.

« Une bonne mise à niveau pour le personnel, un bon protocole pour le service médical, et une bonne collaboration avec le docteur. Afin que nous sachions dans la section qui est contaminé et qui ne l'est pas. » (S)

Certains (ex-)détenus (3 réponses) ont, par ailleurs, fait mention d'abus dans ce cadre.

« ...la dent qu'on m'avait arrachée continuait à saigner et ce surveillant a crié à l'infirmier dans le couloir : 'viens vite parce que X continue à saigner et il a l'hépatite C.' C'est pourtant un secret, nom de Dieu ! Mais je pense qu'il y a un infirmier qui aime raconter des cancons... autrement, comment pouvaient-ils le savoir... D'ailleurs, un autre infirmier a aussi trouvé ça scandaleux. » (D)

Ces extraits de discours sont révélateurs d'une « peur de la contagion insuffisamment prise en compte du point de vue de ceux qui se trouvent au contact quotidien des détenus »²²⁸.

Dans le cadre du débat sur la question de savoir si le service médical ne devrait pas, dans certaines circonstances, rompre le secret et informer les surveillants et/ou la direction de l'identité des détenus infectés par la maladie, en vue de protéger le personnel contre les risques

²²⁸ JAEGER, M., MONCEAU, M. ; *op.cit.*, p.91 ; ces auteurs renvoient à deux études qui ont analysé ce phénomène de peur chez les surveillants : GOLDBERG, M., GOLDBERG, P., DAVID, S., DASSA, S., MARNE, M.J., LANDRE, M.F. ; *Etude sur la santé et les conditions de travail des personnes de l'administration pénitentiaire ; aspects épidémiologiques*, INSERM, Unité 88, 1992 ; AYMARD, N. et LHUILIER, D. ; *Sécurité et identité professionnelle des personnels de surveillance*, Paris, GERAL, 1993.

de contamination²²⁹, certains²³⁰ n'ont pas hésité à défendre la position selon laquelle le médecin est tenu d'informer le personnel pénitentiaire et la direction lorsqu'un détenu s'est avéré être séropositif, se basant erronément sur l'arrêté royal du 1^{er} mars 1971 relatif à la prophylaxie des maladies transmissibles²³¹.

Par contre, R. Jürgens et N. Gilmore²³² ont mis en évidence, dans une étude fouillée, qu'en règle générale, la prétention selon laquelle le personnel a besoin de connaître les renseignements confidentiels sur les détenus pour se protéger n'est pas justifiée dans la mesure où la divulgation aurait seulement pour effet de rassurer à tort les surveillants, sans les protéger réellement. Seule l'attitude consistant à supposer que tout détenu peut être infecté — surtout que peu d'entre eux ont pratiqué un test de dépistage— et à appliquer de façon universelle les procédures et les pratiques de protection est susceptible de garantir une prévention contre le risque de transmission. De plus, la rupture du secret médical et la communication de renseignements au personnel peut ébranler la confiance des détenus envers le service médical et entraîner certains effets pervers comme le fait que moins de détenus demanderont à subir un test de dépistage ou révéleront être infectés.

Néanmoins, la règle du secret tolère certaines exceptions par application de la théorie des conflits de valeurs selon laquelle, face à des valeurs contradictoires à protéger (vie privée du détenu/santé du personnel ou des co-détenus), il convient de les hiérarchiser et de donner la préférence à l'une d'elles au détriment de l'autre²³³. Ainsi, les informations pourront être divulguées « lorsque, dans des cas particuliers et après évaluation individuelle du cas, il est établi qu'une telle communication est nécessaire pour empêcher un préjudice grave et qu'il n'y a pas de moyen moins intrusif et moins restrictif permettant d'atteindre le même objectif »²³⁴. Ce sera par exemple le cas si le personnel médical a connaissance du fait qu'un détenu a l'intention de blesser quelqu'un d'une façon qui pourrait l'exposer au virus ou lorsque le détenu séropositif a commis ou menace de commettre une agression sexuelle.

Pour conclure sur ce point, rappelons que si l'on veut prévenir la propagation des maladies transmissibles dans les prisons, il est essentiel d'informer le personnel et les détenus sur les

²²⁹ Evoquons que ce type de débat n'est l'apanage de la prison. En effet, le corps médical s'est penché sur les problèmes posés par le SIDA au regard de l'entourage du malade et le débat s'est articulé sur le point de savoir dans quelle mesure il peut paraître opportun d'actualiser le principe du secret professionnel pour faire face à certaines difficultés à l'égard de la collectivité (MATHIEU, G. ; « Sida et droit pénal », *Rev.sc.crim.dr.pén.comp.*, 1996, n°1, spéc. p.94.)

²³⁰ PIETERS, F. ; « Het jaar van het virus : aids-virus dragers in de Belgische gevangenissen », *Panopticon*, 1986, n°6, pp. 558-562, spéc. p.565.

²³¹ A.R. 1^{er} mars 1971 relatif à la prophylaxie des maladies transmissibles, *M.B.*, 23 avril 1971. Ce point de vue rencontre plusieurs critiques : d'une part, ni le SIDA ni le VIH ne figurent dans la liste des maladies transmissibles soumises à une obligation de déclaration et d'autre part, l'application par analogie d'un arrêté royal sanctionné pénalement est difficilement défendable (VANSWEELVELT, Th., *Le SIDA et le droit. Une étude de droit de la responsabilité et de droit des assurances*, trad. H. BOUQUET, P. DE CLERCK, Anvers/Bruxelles, MAKLU Uitgevers/Bruylant, 1990, p.48, n°36).

²³² JÜRGENS, R., GILMORE, N. ; « Prisons, SIDA et divulgation de renseignements médicaux. Analyse juridique et éthique », *Criminologie*, 1994, vol. XXVII, n°2, pp.127-163.

²³³ LAMBERT, P. ; « Enfants maltraités et toxicomanes dans la polémique du secret professionnel », in *Secret professionnel. Quand le silence condamne ? Médecins et juristes, une collaboration impossible ? ou Toxicomanies et enfants maltraités dans la problématique des secrets professionnels*, R.D.P.C., 1990, n°4, pp.311-315.

²³⁴ JÜRGENS, R., GILMORE, N. ; *op.cit.*, p.155.

précautions à prendre et de mettre à leur disposition les moyens nécessaires pour s'y conformer.

5.4.5.2 L'accès aux formations et aux informations en matière de santé : la connaissance des risques

Le matériel éducatif et les brochures d'information sont rares ou inexistantes. Il ressort des réponses des personnes interrogées que la formation dans le domaine de la santé est absente de presque toutes les prisons.

« Oh, non, nous n'avons jamais reçu d'informations. Rien sur le SIDA, encore moins sur l'hépatite ou autre chose. La direction part du principe qu'on ne se drogue pas en prison. Et donc, qu'il n'y a pas de risque de contamination. » (D)

« Dans notre section, il y avait, en me comptant, trois cas d'hépatite C. Et c'est une cuisine commune. Et comme à Anvers : c'est accroché... des lames de rasoirs qui ont déjà servi ... mais pas ici. Ici, vous ne recevez pas de brochure sur les dangers, à Anvers oui. » (D)

« Je ne sais pas comment on attrape ça. J'ai déjà entendu dire qu'on peut attraper le SIDA en s'asseyant sur un sol froid. Mais autrement... non... » (D)

Le cas échéant, le matériel est généralement disponible auprès du service médical ou du SPS. Les intervenants extérieurs se chargent parfois également de le diffuser. A Anvers, par exemple, le *Justitieel Welzijnswerk* joue un rôle actif à cet égard ; dans les prisons de Forest et de Saint-Gilles, Cap-iti veille à ce que tous les détenus reçoivent des informations lors de leur incarcération.

Dans la partie francophone du pays, une brochure de Modus Vivendi, intitulée « En vogue la galère », est disponible. Cette brochure s'adresse principalement aux usagers de drogues et traite des comportements à risque, du VIH/SIDA, de l'hépatite, de la tuberculose et des MST. Elle est distribuée dans certaines prisons. En Flandre, une brochure similaire de la Free Clinic est en préparation mais elle n'est pas encore disponible.

Les réactions aux affiches de prévention du VIH et de l'hépatite accrochées dans les sections de la prison d'Anvers montrent que ces dernières peuvent avoir un effet positif. Ces affiches ont été conçues par le *Justitieel Welzijnswerk Antwerpen*, à la demande des surveillants, après une formation assurée par la Free Clinic autour du thème des affections contagieuses.

Il est évident que l'absence d'informations et de formation ciblée en matière de santé engendre des comportements à risques, par pure ignorance.

5.4.6 Conclusion

Différents éléments ont été identifiés comme constituant des limitations à l'accès des détenus à une aide et des soins équivalents à ceux prodigués à l'extérieur, malgré les efforts consentis pour améliorer leur prise en charge médico-psycho-sociale. Nous allons les récapituler.

Premièrement, la surpopulation carcérale et l'accroissement de la charge sanitaire liée à la fois à la dérive sanitaire des populations incarcérées et aux politiques pénales envers les usagers de drogues constituent des freins à l'accès aux soins, d'autant que les moyens et la présence médicales sont insuffisants.

Ensuite, il semble que si les détenus verbalisent une forte demande de médicaments, ils soient, par contre, peu enclins à requérir une aide psychosociale auprès des services pénitentiaires. Les motifs invoqués sont relatifs à un manque de confiance quant à la confidentialité qui trouve son origine dans le fait qu'outre une mission d'aide, le SPS a une mission d'avis (monopolisant une grande partie de son temps) dans le cadre de la procédure concernant les modalités d'exécution de la peine privative de liberté.

Quoiqu'il en soit, nous avons vu aussi que les demandes des détenus, sous forme de rapports, transitent par les surveillants, lesquels peuvent exercer un filtrage et ne faire parvenir qu'une partie des demandes.

En ce qui concerne le service médical, le fait que l'administration pénitentiaire finance les soins dispensés aux détenus peut constituer un frein à l'accès aux soins dans la mesure où des quotas de dépenses ont été fixés pour chaque établissement, par spécialité. Par ailleurs, des plaintes ont été formulées à l'encontre de l'attitude de certains médecins envers les détenus et des doutes émis sur les précautions prises en matière d'hygiène par certains dentistes. De plus, le manque de personnel entraîne un certain nombre d'effets négatifs : temps de consultation très court, pas de présence infirmière le nuit et le WE, participation des surveillants à la préparation et distribution des médicaments, difficulté de gestion des situations urgentes. On peut également poser la question de savoir si les médecins travaillant en prison sont formés ou possèdent les connaissances spécialisées nécessaires à la prise en charge des usagers de drogues dépendants. Enfin, la continuité des soins est problématique, que ce soit à l'entrée en prison, lors de transfèrements ou de la libération.

D'un autre côté, si les intervenants extérieurs sont de plus en plus actifs dans l'aide aux usagers de drogues en milieu pénitentiaire, leur participation reste encore fort limitée et varie selon l'établissement concerné.

En matière de médication, nous avons vu que la pratique qui consiste à diluer les médicaments comporte des incertitudes quant à la qualité de la thérapeutique. Quelque soit la méthode de distribution des médicaments, un risque existe en ce qui concerne le stockage de médicaments (alimentation du trafic, overdose). Par ailleurs, il semblerait que les médecins aient adopté une attitude plus responsable en matière de prescription de certains médicaments, entraînant dans la foulée une augmentation de la consommation de drogues illégales. Deux éléments peuvent encore être retenus : le soutien médicamenteux accompagnant le sevrage ne couvre pas toujours adéquatement les symptômes ; la politique pénitentiaire relative aux traitements de

substitution ne prend pas en considération les bénéfices de celui-ci en termes de santé publique, comme par exemple, la diminution de la consommation et des injections, la réduction de la mortalité des héroïnomanes,...

Pour clore ce récapitulatif, relevons que le dépistage, accessible sur demande par tous les détenus, n'est proposé qu'aux groupes dits « à risques », certains éléments laissant penser que ces détenus n'ont pas toujours exprimé leur consentement au test. Enfin, le matériel éducatif et les brochures d'information en matière de santé sont plutôt rares dans les établissements pénitentiaires, ce qui peut générer des comportements à risques par ignorance.

Enfin, la description d'une « médecine à la chaîne bâclée »²³⁵, ou le fait que la prison n'a pas pour mission de guérir des malades mais seulement de ne pas remettre en liberté des personnes dans un état de santé moindre qu'à leur arrivée, n'empêche pas certains d'affirmer que « la prison soigne ». En effet, malgré les carences et les difficultés de l'organisation des soins en milieu carcéral, celle-ci permet une prise en charge des individus incarcérés qui « n'auraient sans doute pas eu l'idée, les moyens ou la possibilité de consulter les institutions médicales s'ils n'avaient pas été emprisonnés »²³⁶.

Cette situation est particulièrement soulignée pour les usagers de drogues par voie intraveineuse qui vont intégrer la prison « comme un *moyen contraint d'accès aux soins* et à la remise en forme. C'est là qu'on fait l'apprentissage du sevrage contrôlé (...) ; que se trouvent réintroduits des rythmes de sommeil et d'alimentation ; que s'effectuent des bilans, des analyses et souvent la découverte de la séropositivité »²³⁷. Des experts européens relayent cette position en affirmant que pour nombre de détenus usagers de drogues marginalisés, la prison représente une chance d'accéder à des soins de santé et qu'elle doit dès lors être considérée comme un endroit stratégique pour transmettre des informations sur les comportements à risques et des explications dans le domaine de la santé²³⁸.

²³⁵ DENIS, C. ; « Des prisonniers interdits de santé ? », *Tonus*, 1988.

²³⁶ EMMANUELLI, X., ESPINOZA, P. ; « Le sida derrière les barreaux », *Le Monde*, 19 juin 1991.

²³⁷ TOUZE, S., BOUHNIC, P. ; « La prison : un espace-temps intégré au système de vie des usagers de drogues dures par voie intraveineuse, *Journée d'animation sida, système judiciaire et milieu carcéral*, Paris, A.N.R.S., pp. 12-16, nous soulignons.

²³⁸ FRENCH Report, Group of experts in epidemiology of drug problems-drug use by prisoners project, Groupe de coopération en matière de lutte contre l'abus et le trafic illicite des stupéfiants (Groupe Pompidou), Strasbourg, 30 septembre 1999, p. 14-16

5.5 CONCLUSION

L'ensemble des développements qui précèdent nous a permis de mettre en évidence un certain nombre de risques pour la santé en lien avec différentes facettes de la politique pénitentiaire, à savoir la détection et les sanctions, le régime, le traitement et la formation des personnels. Les conclusions intermédiaires constituent le lieu de la synthèse de ces risques ; nous n'y reviendrons plus ici.

Nous souhaitons plutôt clore notre examen de la politique pénitentiaire (en matière de drogues) par une remarque d'ordre pénologique permettant de replacer notre propos dans son contexte. Le mouvement d'humanisation et d'ouverture de l'institution carcérale, auquel participe l'amélioration des conditions d'incarcération ou de la prise en charge sanitaire des détenus, ne doit pas faire oublier que les « réformes positives » ne sont en réalité que des changements de surface qui contribuent à légitimer et à reproduire le système²³⁹.

En effet, l'échec des tentatives de réformes qui domine depuis 150 ans « montre que celles-ci ne seraient en définitive qu'une suite de changements superficiels, sortes de mises à jour de la définition du traitement en fonction des idées dominantes en la matière. Le passage de cette définition d'un niveau discursif à sa concrétisation ne serait en définitive qu'un problème secondaire dans la mesure où la finalité objective de tels changements serait de légitimer la logique pérenne de la prison, à savoir ses objectifs toujours atteints de neutralisation et de punition »²⁴⁰. En d'autres termes, le débat « quitte le terrain des buts pour celui des moyens. Non plus pourquoi la prison, mais comment la prison. La réforme légitime l'institution en même temps qu'elle lui permet de s'adapter »²⁴¹.

Pour certains, il faut accepter le risque d'incohérence et de la récupération, tout en gardant une orientation de réforme favorisant le principe de l'intervention minimale du système pénal. Nous ne citerons que M. Foucault dont l'opinion est claire : « Faire régresser la prison, diminuer le nombre des prisons, modifier le fonctionnement des prisons, dénoncer tous les illégalismes qui peuvent s'y produire... Ce n'est pas mal, c'est même bien, c'est même nécessaire »²⁴².

²³⁹ Voyez notamment BUFFARD, S. ; « Y a-t-il une évolution de la prison ? Réflexion du groupe multiprofessionnel de Lyon sur les questions pénitentiaires », *D.S.*, 1977, vol.1, n°2, pp.203-208.

²⁴⁰ MARY, Ph. ; « Prison et droits de l'homme : resocialisation des détenus ou resocialisation de la Justice pénale ? », *R.D.P.C.*, 1990, n°7, p. 736.

²⁴¹ ROTH, R. ; « Prison-modèle et prison symbole : l'exemple de Genève au XIX^e siècle », *D.S.*, 1977, vol.1, p. 393.

²⁴² FOUCAULT, M. ; Conférence publique au colloque *Alternatives à la prison*, Université de Montréal, 1976, texte inédit, cité par PIREZ, A.P. ; « La réforme pénale et la réciprocité des droits », *Criminologie*, 1991, vol. XXIV, n°1, p.97.

6 LES COMPORTEMENTS GENERATEURS DE RISQUES EN PRISON

6.1 INTRODUCTION

Cette partie du rapport est consacrée aux influences de l'incarcération sur la consommation de drogues proprement dite ainsi qu'aux comportements individuels qui peuvent entraîner des risques pour la santé, surtout centré sur les risques de transmission des maladies contagieuses, à l'exclusion, par exemple, des risques liés à la consommation de tabac ou d'alcool. Après avoir présenté les motifs invoqués par les usagers pour poursuivre leur consommation de drogues en prison, nous étudierons les risques liés à cette consommation ainsi que ceux liés à la sexualité, au touage, au piercing et au partage d'articles personnels d'hygiène. Il nous semble utile d'insister sur le fait que l'usage de drogues, comme l'acte sexuel ou le tatouage et le piercing, ne constitue pas à lui seul un comportement à risques. Les risques sont associés à certaines modalités particulières de ces comportements. En outre, nous tiendrons compte des possibilités de prévention de la transmission des maladies contagieuses qui sont ouvertes aux détenus pour chacun de ces comportements.

Enfin, il convient de signaler que les études portant sur les comportements à risques dans les prisons rencontrent des difficultés spécifiques. Nous pouvons partir du principe que les comportements à risques sont souvent sous-estimés par les personnes interrogées car l'enquête porte sur des activités inacceptables tant du point de vue légal que social.

6.2 L'USAGE DE DROGUES

6.2.1 La motivation : valeur que le détenu accorde à son usage de drogues

Nous pouvons retenir différents facteurs cités par les (ex-)détenus interrogés en vue de justifier la poursuite de leur usage de drogues en prison.

Premièrement, il y a le groupe pour lequel l'usage de drogues est un « mode de vie ». Ces personnes considèrent l'usage de drogues comme un comportement naturel et fondamental, et le fait qu'elles soient (temporairement) incarcérées ne les empêche pas de poursuivre autant que possible leur consommation de stupéfiants en prison. La détection et les sanctions ont peu, voire pas, d'influence sur leur recherche de stupéfiants et la consommation de ceux-ci en prison. L'usage de drogues est en effet vécu comme inévitable et nécessaire.

Deuxièmement, de nombreuses personnes interrogées ont cité l'ennui comme étant l'un des principaux facteurs de l'usage de drogues. La consommation de stupéfiants fait donc passer le temps et minimise l'ennui (« être comme dans un rêve »).

A côté de l'ennui, l'usage de drogues est également ressenti comme un bon moyen pour faire face à la détention et aux exigences spécifiques de la (dure) vie en prison. Les personnes interrogées ont signalé un besoin constant d'être « *stoned* » pour pouvoir mieux affronter la vie quotidienne en prison. Ces personnes consomment tout ce qui est disponible, qu'il s'agisse de stupéfiants illégaux ou de médicaments. Par conséquent, la polytoxicomanie n'est pas un phénomène inconnu en détention. Une étude française le confirme.²⁴³

Certaines situations de crise représentent en outre un facteur de risque supplémentaire. Les personnes interrogées ont cité les mauvaises nouvelles, la violence, le jugement, ... comme des périodes favorisant la consommation (supplémentaire) de stupéfiants.

L'habitude de consommer des stupéfiants en détention est également contractée pour combattre l'état de manque, surtout pendant les premières semaines, voire les premiers mois, suivant l'incarcération et, donc, essentiellement dans les maisons d'arrêt. Les troubles persistants du sommeil dus à un arrêt de la prise d'opiacés sont en outre cités comme motif de consommation de stupéfiants et de médicaments. Une étude qualitative anglaise confirme que les troubles du sommeil sont un élément important de l'usage de drogues en prison. Les personnes interrogées justifient leur consommation en invoquant le fait qu'elles avaient l'impression de faire un « *double time* » à cause de leurs insomnies. Indépendamment de l'état de manque, l'angoisse, la dépression, l'ennui et l'impossibilité d'exercer des activités physiques ont également été signalés comme des facteurs entraînant des insomnies et engendrant une consommation de stupéfiants.²⁴⁴

6.2.2 Les comportements à risques relatif à l'usage de drogues

6.2.2.1 L'initiation à la consommation

Nous avons déjà mentionné à différentes reprises le fait qu'un pourcentage important de la population carcérale se compose d'usagers de drogues. Dans l'ensemble, on admet qu'environ 50% des détenus présentent des antécédents d'usage de drogues. Les risques en matière de santé liés à la poursuite de la consommation de stupéfiants en prison seront abordés plus loin. Nous allons d'abord nous attarder sur les détenus qui commencent à consommer des stupéfiants pendant leur détention, en d'autres termes au groupe de détenus courant le risque d'être usagers de drogues dépendants à leur sortie de prison, ce qui ne peut en aucun cas être considéré comme une réhabilitation réussie.

Nous disposons de très peu de données épidémiologiques donnant une indication du pourcentage de détenus commençant à consommer des stupéfiants lors de leur incarcération. Bien que l'on admette qu'environ 10% des détenus non-usagers de drogues commencent à

²⁴³ FRENCH Report, RESSCOM survey, Group of experts in epidemiology of drug problems – drug use by prisoners project, Groupe de coopération en matière de lutte contre l'abus et le trafic illicite des stupéfiants (Groupe Pomicidou), Strasbourg 30 septembre 1999, page 9

²⁴⁴ TURNBULL P., STIMSON G., STILWELL G.; Drug use in prison, AVERT, The Centre for Research on Drugs & Health Behaviour, 1994

consommer des stupéfiants en détention, le manque de données issues d'enquêtes ne nous permet pas de le confirmer. La seule indication concrète concerne une enquête réalisée à Malte parmi une population carcérale de 240 personnes : on suppose que 12 détenus (5%) ont consommé des stupéfiants pour la première fois au cours de leur détention.²⁴⁵

Au cours des entretiens, nous avons pu relever diverses indications d'un début de consommation en cours de détention.

« ...c'est quelque chose que j'ai vécu personnellement. A l'extérieur, on ignore comment se procurer des stupéfiants, ou on le fait pour tenter l'expérience. Tandis qu'en prison, j'ai vu beaucoup de gens qui prenaient de la drogue alors qu'ils n'avaient absolument rien avoir avec la drogue avant. Même des trucs plus lourds. Et ils ne savaient pas ce qu'ils faisaient. Ceux qui en prenaient uniquement pour oublier le stress, ou qui ne pouvaient pas supporter le système pénitentiaire. De vraies poubelles, ils prenaient n'importe quoi pour se droguer... » (D)

« ...j'ai vu des gens rentrer en prison qui n'avaient jamais touché à la drogue et qui étaient de véritables junkies quand ils sortaient... » (D)

« Oui, je connais beaucoup de gens qui ne prenaient véritablement rien, qui ne voulaient pas en entendre parler. Mais quand ils ont été incarcérés, ils ont vu que nous en prenions et ils ont voulu essayer aussi et, en même temps, tout d'un coup ils n'ont plus pu s'en passer. Et encore moins si vous purgez une longue peine. » (D)

« ...je vais vous dire, l'origine (vous n'allez pas changer de couleur) de ma toxicomanie, du problème que je dois affronter maintenant, tout a commencé en prison. Par rien... l'ennui, le stress, et de ne rien pouvoir y faire... » (D)

« Par exemple, il y en a un qui vient dans ma cellule, et j'ai de l'héroïne, et je fume. Ou il devient furieux, ou il devient curieux. Généralement curieux... car, ici, tout est beaucoup plus proche. Vous comprenez... » (D)

« Oui, j'ai une idée là-dessus. Je pense que c'est pour le plaisir, pour oublier de penser à la prison... » (S)

« Parce que beaucoup de garçons n'ont pas de caractère et sont énormément influençables. Et aussi pour en faire partie. Une sorte de comportement de macho. » (S)

Ainsi, de nombreuses personnes interrogées, tant des (ex-)détenus que des surveillants, confirment qu'il n'est pas rare que des détenus commencent à consommer des stupéfiants en prison. La plupart des citations mentionnées font également allusion aux facteurs de risques déclenchant la consommation de stupéfiants. Il est frappant de noter que divers facteurs, mentionnés par les usagers de drogues comme motivation de la continuation de leur usage de drogues en prison, ressortent également de ces propos, à savoir que les stupéfiants rendent le régime pénitentiaire plus supportable. Faire disparaître le stress, l'ennui, le vide, un comportement de fuite,... Chez les individus dont la détention modifie brusquement la vie sociale (par exemple, perte du travail, rupture des relations avec la famille,...), la dépression qui accompagne l'incarcération peut intensifier le risque de début de consommation de stupéfiants. L'absence de stupéfiants légaux (l'alcool ou les médicaments) peut exercer une influence supplémentaire.

²⁴⁵ MALTA Report, Group of experts in epidemiology of drug problems-drug use by prisoners, Co-operation group to combat drug abuse and illicit trafficking in drugs (Pompidou Group), Strasbourg, 30 septembre 1999, p. 6

Par ailleurs, le sentiment « d'en faire partie » est également un aspect important. D'après les déclarations, le début de l'usage de drogues est un choix volontaire (par exemple, en solidarité avec les détenus qui partagent la cellule). La problématique de l'usage de drogues forcé a déjà été abordée au paragraphe relatif à la violence entre usagers et non-usagers de drogues²⁴⁶.

En résumé, nous pouvons dire que la détention comporte un risque réel d'initiation à l'usage de drogues, soit volontaire, soit sous la contrainte. La consommation de stupéfiants est ressentie comme une façon d'affronter plus facilement le régime pénitentiaire. En raison du manque de données épidémiologiques, il nous est impossible de déterminer la taille du groupe des non-usagers se mettant à consommer des stupéfiants en prison.

6.2.2.2 La rechute et l'arrêt

Des éléments issus des entretiens indiquent que la rechute n'est pas un phénomène inconnu en prison. Il convient en outre de faire une distinction entre, d'une part, les ex-héroïnomanes suivant un traitement de substitution médicamenteux (généralement la méthadone) et, d'autre part, les personnes ne suivant aucun traitement lors de leur entrée en prison.

Le risque de rechute est très important, en particulier dans le premier groupe. Nous avons déjà signalé, dans le paragraphe traitant de la médication²⁴⁷, qu'il n'existe pas de politique univoque en matière de méthadone dans les établissements pénitentiaires belges, comme dans de nombreux pays européens. Lorsqu'une personne suivant un traitement de substitution est incarcérée dans une prison où elle ne reçoit pas de méthadone, le risque de rechute est accru, en lien avec la nécessité de combattre l'état de manque. Le même phénomène peut survenir après un schéma d'arrêt progressif de la méthadone s'étendant sur une courte durée. Nous avons vu que les insomnies persistantes survenant lors de l'arrêt de la prise d'opiacés ont été citées, en plus de l'état de manque même, comme un motif important de l'usage de drogues en prison. Nous pouvons alors logiquement supposer que la vaste majorité des consommateurs d'opiacés rechuteront lorsque le traitement de substitution ne sera plus administré.

Les personnes arrivant sans traitement en prison citent principalement comme motivation de la reprise de la consommation le fait de pouvoir mieux affronter le régime pénitentiaire. Nous pouvons dès lors comparer ce motif aux raisons déjà invoquées plus haut par les consommateurs débutants.

« Oui, j'étais clean avant d'entrer. Mais bon, lorsque vous restez presque toute une journée dans votre cellule... alors je me suis dit « merde ». Il y a une liste d'attente de 75 hommes. Maintenant, je suis le 76^e pour avoir du travail. Donc, je m'ennuie... et pour m'échapper, j'en prends... » (D)

« Vous réfléchissez moins, vous avez des problèmes en tête mais vous préférez ne pas y penser. Toute une journée avec de l'herbe, c'est une bonne solution. Et pour moi, c'est aussi en partie pour me désintoxiquer. C'est important... » (D)

²⁴⁶ voir partie 4 : 4.3.3. Les différentes formes de violence et leur effets

²⁴⁷ Voir partie 5.4.4. : la médication.

Néanmoins, certains détenus usagers de drogues dépendants considèrent la prison comme un environnement favorable à l'arrêt de la consommation de stupéfiants ou pour « décrocher » pendant un moment du mode de vie axé sur la drogue qu'ils connaissent à l'extérieur. Des facteurs tant émotionnels (par exemple, un sentiment de culpabilité, le désir d'une vie « nouvelle ») qu'économiques (manque de moyens financiers pour acheter des stupéfiants) sont cités comme motifs de l'arrêt.

Même avec beaucoup de motivation, une abstinence totale semble relativement difficile dans un établissement pénitentiaire, comme le confirment des études réalisées à l'étranger. « Nous ne pouvons considérer la prison comme un environnement idéal à l'arrêt de la consommation de stupéfiants par un individu »²⁴⁸. « Aucune des personnes interrogées n'avait pu cesser complètement de consommer des stupéfiants pendant son séjour en prison »²⁴⁹. L'arrêt de la consommation de stupéfiants n'a été signalé que dans une étude anglaise, principalement parmi des consommateurs de cannabis, et est à mettre en relation avec le *Mandatory Drug Testing* (MDT) ainsi qu'avec la perte de faveurs et les sanctions supplémentaires liées à ce système. La majorité des usagers qui arrêtaient étaient des jeunes. Une autre étude anglaise a cependant démontré que l'abstinence était extrêmement difficile en raison de la disponibilité des produits, alliée à l'absence d'encadrement.²⁵⁰ Cette dernière observation, à savoir la disponibilité des produits en prison et l'absence d'encadrement médical et psychosocial des usagers de drogues, semble compromettre le modèle d'abstinence en détention.

En résumé, nous pouvons considérer la prison comme un environnement facilitant la rechute et rendant difficile ou impossible une abstinence continue.

²⁴⁸ MUSCAT R., MALTA Report, Group of experts in epidemiology of drug problems-drug use by prisoners project, Co-operation group to combat drug abuse and illicit trafficking in drugs (Pompidou Group), Strasbourg, 30 septembre 1999, page 6

²⁴⁹ FRENCH Report, RESSCOM survey, Group of experts in epidemiology of drug of drug problems-drug use by prisoners project, Groupe de coopération en matière de lutte contre l'abus et le trafic illicite des stupéfiants (Groupe Pompidou), Strasbourg 30 septembre 1999, page 11

²⁵⁰ ENGLISH Report, (Edgar et al) (Turnbull et al), Group of experts in epidemiology of drug problems-drug use by prisoners project, Co-operation group to combat drug abuse and illicit trafficking in drugs (Pompidou Group), Strasbourg, 30 septembre 1999

6.2.2.3 Les modèles de consommation

Nous allons, à présent, aborder les questions de savoir quels sont les stupéfiants consommés en prison, avec quelle fréquence et en quelle quantité.

6.2.2.3.1 Les stupéfiants consommés

Il ressort de différentes études européennes que les dérivés de cannabis sont les stupéfiants les plus consommés dans les établissements pénitentiaires. Le cannabis est régulièrement décrit comme la « meilleure drogue de prison ». Dans une étude qualitative anglaise²⁵¹, 36 des 44 personnes interrogées ont confirmé que le cannabis était la drogue la plus utilisée en détention, suivi par l'héroïne. Ceci a été confirmé par une étude française²⁵² réalisée auprès de 1.212 détenus dans quatre prisons françaises, avec un taux de participation moyen de 62% à 87% par établissement : 26% des personnes interrogées ont affirmé avoir consommé du cannabis au cours de leur détention, en deuxième lieu venaient l'héroïne (7%) et les médicaments de substitution (Subutex® et Temgesic®) également avec 7%. Dans une étude néerlandaise²⁵³ réalisée auprès de 91 détenus, 45% des personnes interrogées ont répondu que le cannabis était la drogue prédominante en prison, devant la méthadone (22%), la cocaïne (11%), l'héroïne (9%) et les autres stupéfiants (9%). Une étude réalisée en 1989 à la prison d'Anvers²⁵⁴ a conclu, sur base d'analyses d'urine, qu'il n'y avait pas de diminution sensible de la consommation des drogues douces parmi les détenus incarcérés depuis deux mois par rapport aux résultats du dépistage pratiqué lors de l'incarcération, à savoir 51% des personnes contrôlées.

Les entretiens menés dans la présente étude ont également confirmé que les dérivés de cannabis sont les stupéfiants les plus consommés dans les prisons belges. Deux raisons sont fréquemment citées : d'une part, le cannabis est la drogue la plus disponible et d'autre part, il est subjectivement considéré comme la drogue la plus relaxante. Même les détenus qui consommaient d'autres stupéfiants à l'extérieur déclarent consommer du cannabis en détention.

Le facteur principal de diminution de la consommation de cannabis se trouve dans la politique locale. Aux Pays-Bas, la consommation des *soft drugs* (drogues douces) est tolérée en prison²⁵⁵, comme à l'extérieur. En Angleterre, la consommation de cannabis a baissé depuis l'instauration du *Mandatory Drug Testing* (MDT) en 1996. Le nombre d'analyses d'urine

²⁵¹ TURNBULL P., STIMSON G., STILWELL G.; Drug use in prison, AVERT, The Centre for Research on Drugs & Health Behaviour, 1994

²⁵² ROTILY M., French Report, Group of experts in epidemiology of drug of drug problems-drug use by prisoners project, Groupe de coopération en matière de lutte contre l'abus et le trafic illicite des stupéfiants (Groupe Pompidou), Strasbourg 30 septembre 1999,

²⁵³ BIELEMAN B., LAAN R. van der; Stok achter de deur; onderzoek naar het functioneren van de zorg voor verslaafde gedetineerden; Bureau Intraval, Groningen, 1999

²⁵⁴ VAN MOL F., LAUWERS N.; Drogues et Prisons. La réalité pénitentiaire en matière de drogues. Actes de la journée d'étude du 22 avril 1994. Présence et Action culturelles

²⁵⁵ DUTCH Report, Group of experts in epidemiology of drug problems-drug use by prisoners project, Co-operation group to combat drug abuse and illicit trafficking in drugs (Pompidou Group), Strasbourg 30 septembre 1999, page 19

positives est passé de 19,9% en 96/97 à 16,5% en 97/98 et à 14% pour 98/mi-99.²⁵⁶ Le pourcentage d'analyses positives aux autres substances a diminué de façon moins significative. Le fait que les traces de cannabis restent plus longtemps décelables dans l'urine explique peut-être cette différence. L'étude a cependant démontré que le MDT a provoqué un glissement vers des substances plus dures (héroïne), avec tous les risques qui y sont liés. Une étude irlandaise a également indiqué un glissement de la consommation de cannabis vers celle de l'héroïne après un contrôle renforcé pendant la visite.²⁵⁷ Enfin, à Malte, des analyses forcées d'urine dans une aile de sécurité maximale ont permis de déceler des traces d'héroïne et de cocaïne chez 9 détenus sur 15.²⁵⁸ Comme nous l'avons déjà signalé²⁵⁹, l'attitude à l'égard de la consommation de cannabis diffère d'un établissement pénitentiaire à l'autre en Belgique et va de la tolérance non officielle à des sanctions disciplinaires et d'éventuelles poursuites entraînant une condamnation supplémentaire. Dans les prisons où ce dernier système est appliqué systématiquement, on peut craindre, et les indications issues des entretiens vont dans ce sens, que certains détenus se mettent également à consommer des substances plus lourdes.

Les études anglaise²⁶⁰ et française²⁶¹ déjà citées ont révélé qu'après le cannabis, l'héroïne ou ses substituts (méthadone, Temgesic®, Subutex®) sont les drogues les plus populaires en prison (« elles donnent un bon *high* »), ainsi que les benzodiazépines (« anesthésient l'esprit »). En raison de leurs effets, les substances stimulantes, telles que la cocaïne et les amphétamines sont moins recherchées et sont considérées comme étant moins adaptées à la détention (« trop excité »). Il ressort cependant de l'étude néerlandaise de 1999²⁶² que la cocaïne a enregistré un résultat supérieur, avec 11%, à celui de l'héroïne (9%). La deuxième place de la méthadone, avec 22%, est due au fait que des programmes « méthadone » sont disponibles dans les prisons néerlandaises. On admet généralement, et les études le confirment, que la cocaïne est la drogue secondaire la plus consommée parmi les personnes suivant un traitement de substitution, ce qui permet d'expliquer le résultat supérieur de la cocaïne par rapport à l'héroïne. Par ailleurs, les entretiens ont également permis de relever des indications du gain de popularité, dans les prisons belges, de substances telles que la cocaïne, le speed et l'ecstasy, alors qu'il n'existe pas de programmes d'entretien à la méthadone. Cela peut s'expliquer par le fait que la polytoxicomanie est de plus en plus constatée dans la société, ce qui signifie, en d'autres termes, qu'un nombre sans cesse croissant de polytoxicomanes sont incarcérés et que

²⁵⁶ ENGLAND and WALES Report, Group of experts in epidemiology of drug problems-drug use by prisoners project, Co-operation group to combat drug abuse and illicit trafficking in drugs (Pompidou Group), Strasbourg, 30 septembre 1999, page 3

²⁵⁷ O'MAHONEY, P.; Mountjoy Prisoners : a sociological and criminological profile, Department of Justice, 1997

²⁵⁸ MUSCAT R., MALTA Report, Group of experts in epidemiology of drug problems-drug use by prisoners project, Co-operation group to combat drug abuse and illicit trafficking in drugs (Pompidou Group), Strasbourg, 30 septembre 1999

²⁵⁹ Voir, Partie 5, 5.2. : la « lutte » contre l'usage de drogues

²⁶⁰ TURNBULL P., DOLAN K., STIMSON G.; Drug use in prison, AVERT, The Centre for Research on Drugs & Health Behaviour, 1994

²⁶¹ ROTILY M., FRENCH Report, Group of experts in epidemiology of drug of drug problems-drug use by prisoners project, Groupe de coopération en matière de lutte contre l'abus et le trafic illicite des stupéfiants (Groupe Pompidou), Strasbourg 30 septembre 1999,

²⁶² BIELEMAN B., LAAN R. van der; Stok achter de deur; onderzoek naar het functioneren van de zorg voor verslaafde gedetineerden; Bureau IntraVal, Groningen, 1999

la demande et, par conséquent, l'offre connaissent des modifications. Les répercussions, sur la sécurité et la santé, de cette extension du champ des substances consommées sont évidentes et ont déjà été abordées.

Dans le paragraphe relatif aux substances disponibles, nous avons déjà mentionné que la consommation de médicaments (essentiellement des benzodiazépines) est également très recherchée en détention. Comme nous l'avons dit ci-dessus, les études anglaise et française confirment ce fait. L'une des conclusions du rapport français pour le Groupe Pompidou déclare même que « la prison entraîne une consommation massive de médicaments psycho-actifs »²⁶³ et que certains détenus (surtout des femmes) connaissent une problématique de dépendance aux benzodiazépines en prison.

Les détenus touchés par une problématique grave de dépendance, principalement les usagers de drogues par voie intraveineuse, utilisent significativement plus de stupéfiants à l'extérieur et en prison. L'étude française le confirme également²⁶⁴. On peut cependant regretter que cette étude n'ait pas pris l'héroïne en considération.

Tableau 7: Usage de drogues avant et pendant la détention

<i>Substance</i>	<i>Pourcentage de détenus qui consommaient la substance au cours de l'année précédant leur incarcération</i>	<i>Pourcentage de détenus qui consommaient la substance en prison</i>
<i>Cocaïne</i>	18% (56% UDI)	7% (26% UDI)
<i>Crack</i>	3% (13% UDI)	2% (9% UDI)
<i>Cannabis</i>	37% (73% UDI)	26% (55% UDI)
<i>Ecstasy</i>	9% (25% UDI)	3% (14% UDI)
<i>Amphétamines</i>	6% (21% UDI)	3% (13% UDI)
<i>LSD, substances provoquant un trip</i>	7% (21% UDI)	3% (13% UDI)
<i>Subutex®, Temgesic®</i>	8% (42% UDI)	7% (35% UDI)
<i>Méthadone</i>	2% (12% UDI)	1% (4% UDI)

« Prendre ce qu'on trouve » est vraisemblablement la devise de ce groupe, comme le confirment les entretiens. Les raisons citées sont la lutte contre l'état de manque et la recherche perpétuelle d'une « ivresse » comme particularité de leur choix de vie. Les personnes qui connaissent une situation de crise temporaire en prison ont également tendance, à ce moment, à rechercher toutes les substances disponibles. En règle générale, les usagers de drogues essaient d'abord de consommer en prison ce qui était leur drogue favorite à l'extérieur mais, si celle-ci est indisponible, ils consommeront des substituts. Il existe donc toujours un risque de polytoxicomanie en détention.

²⁶³ FRENCH Report, Group of experts in epidemiology of drug problems-drug use by prisoners project, Groupe de coopération en matière de lutte contre l'abus et le trafic illicite des stupéfiants (Groupe Pompidou), Strasbourg, 30 septembre 1999, page 15

²⁶⁴ FRENCH Report, Group of experts in epidemiology of drug problems-drug use by prisoners project, Groupe de coopération en matière de lutte contre l'abus et le trafic illicite des stupéfiants (Groupe Pompidou), Strasbourg, 30 septembre 1999, page 8

En résumé, nous pouvons dire que le cannabis demeure la drogue la plus populaire en prison et que sa consommation est liée à des facteurs dépendant du régime carcéral local. Les « downers » (tels que l'héroïne et les benzodiazépines) restent populaires, bien qu'il y ait des indications montrant que les « uppers », tout comme à l'extérieur, progressent en détention. L'abus de médicaments demeure un point d'attention important et peut conduire à une autre dépendance. Les usagers de drogues problématiques, et principalement les usagers de drogues par voie intraveineuse, sont plus enclins à une consommation très diversifiée en prison.

6.2.2.3.2 La fréquence et la quantité

Les données provenant d'études quant à la fréquence de la consommation sont peu nombreuses. Des résultats provenant d'Angleterre²⁶⁵ correspondent aux indications obtenues à partir des entretiens. A savoir : la plupart des stupéfiants peuvent régulièrement se trouver en prison mais le niveau individuel de consommation est inférieur à celui de l'extérieur.

La disponibilité des substances est naturellement un facteur déterminant de la consommation. Dans les maisons d'arrêt, elle dépend dans une plus grande mesure de facteurs individuels à cause de l'absence de réseaux organisés de trafic de stupéfiants, mais le nombre de détenus usagers de drogues y est généralement supérieur à celui des maisons pour peines, ce qui accroît la disponibilité. La majorité des stupéfiants se trouvent donc régulièrement dans tous les établissements pénitentiaires. Bien que des périodes de « sécheresse » soient signalées, elles ne sont jamais considérées comme étant assez longues pour entraîner une différence significative dans la consommation.

Le niveau inférieur de la fréquence de consommation individuelle est essentiellement attribué à des facteurs économiques, c'est-à-dire le manque d'argent nécessaire à un financement constant de l'usage de drogues. Les prix inflationnistes pratiqués en prison entraînent une diminution de la consommation individuelle, particulièrement dans le cas de substances comme l'héroïne. Dès lors, il n'est pas exceptionnel que des détenus dépendants aux opiacés doivent faire face à des périodes de consommation alternant avec des périodes de manque.

Non seulement la fréquence de consommation individuelle est vraisemblablement inférieure par rapport à l'extérieur mais il ressort également des entretiens que les stocks personnels sont traités de façon plus économique. L'argument suivant est fréquemment entendu :

« Alors, ça dure plus longtemps, parce que vous ne savez jamais quand vous allez être réapprovisionné... » (D)

Ce principe, mentionné par de nombreuses personnes interrogées, est toujours évalué par rapport au risque de détection. Dans un régime pénitentiaire où l'accent est placé sur la lutte contre la drogue (par le biais notamment des différents types de fouilles), l'utilisateur de drogues doit trouver un équilibre entre une consommation économique et le risque d'être pris. Paradoxalement, cela signifie que le risque d'overdose est accru dans un établissement où les

²⁶⁵ ENGLAND and WALES Report, Group of experts in epidemiology of drug problems-drug use by prisoners project, Co-operation group to combat drug abuse and illicit trafficking in drugs (Pompidou Group), Strasbourg, 30 septembre 1999, pag.4

contrôles sont stricts : ce sera, par exemple, le cas lorsqu'un usager de drogues, par crainte de la détection, doit rapidement consommer une nouvelle provision d'héroïne après une période d'abstinence. La problématique spécifique de l'overdose sera traitée plus loin.

6.2.2.3.3 Les modes de consommation

La fumée, l'inhalation et l'ingestion sont les modes d'usage les plus fréquents en prison. La fréquence de l'injection de stupéfiants est inférieure à celle de l'extérieur.

Inhaler, fumer et ingérer

Fumer est le mode de consommation le plus populaire, ce qui est logique si l'on considère que le cannabis est la drogue la plus consommée en prison. Aucune des personnes interrogées n'a répondu avoir consommé du cannabis d'une autre façon en détention (par exemple, en le mélangeant à des aliments ou de la boisson).

L'héroïne est essentiellement consommée en la fumant (notamment par le biais de « chinois » : fumer sur une feuille d'aluminium et inhaler les vapeurs).

La cocaïne est généralement consommée en la reniflant, bien qu'il ait été exceptionnellement fait mention de fumée. La cocaïne brute (poudre) est alors transformée en cocaïne sous forme de base libre portant différents noms en fonction de la région (basecoke, coke nettoyée, freebase, coke cuite, crack,...). Il existe deux façons de préparer de la cocaïne sous forme de base libre : avec de l'ammoniac ou avec du bicarbonate de soude. A l'extérieur, fumer la cocaïne devient de plus en plus populaire, le fait que des indications le laissent supposer également dans les établissements pénitentiaires ne fait que confirmer cette tendance.

Les amphétamines (speed) sont le plus fréquemment consommées en les reniflant.

Dans les cas exceptionnels où l'ecstasy, le LSD et d'autres substances provoquant un « trip » ont été cités, la consommation se faisait toujours par voie orale, tout comme pour les médicaments par ailleurs.

En résumé, nous pouvons dire que les modes de consommation de stupéfiants en détention comportent dans l'ensemble moins de risques pour la santé, et plus particulièrement au niveau des affections transmissibles par le sang, en raison de la faible fréquence des injections. Cette conclusion est confirmée dans d'autres pays européens²⁶⁶.

²⁶⁶ ENGLAND and WALES Report, Group of experts in epidemiology of drug problems-drug use by prisoners project, Co-operation group to combat drug abuse and illicit trafficking in drugs (Pompidou Group), Strasbourg, 30 septembre 1999; MUSCAT R., MALTA Report, Group of experts in epidemiology of drug problems-drug use by prisoners project, Co-operation group to combat drug abuse and illicit trafficking in drugs (Pompidou Group), Strasbourg, 30 septembre 1999; BIRD A. G. , GORE S.M, JOLLIFFE D.W., BURNS S.M.; Second Anonymous HIV surveillance in Saughton Prison, Edinburgh; AIDS vol. 7, No. 9, 1993

Injection, partage de seringues et désinfection

L'injection de stupéfiants est plutôt un phénomène marginal en prison, notamment en raison du fait que la fréquence de consommation individuelle est inférieure à la consommation à l'extérieur²⁶⁷.

Cependant, la principale raison de la fréquence restreinte des injections dans un établissement pénitentiaire est relative à la difficulté de se procurer des seringues. Selon un rapport français, « des seringues usagées sont dérobées à l'infirmerie ou même récupérées dans les poubelles »²⁶⁸. Les mêmes anecdotes ont été racontées dans les entretiens.

« ...ou les gens qui nettoient le local du docteur. Il y avait toujours des aiguilles usagées dans la poubelle. Quand le chef tournait le dos un moment. Alors, que faisaient les gars, ils récupéraient autant de seringues qu'ils pouvaient ... oui, ça leur rapportait... » (D)

« Et quand on allait chez le dentiste, pendre toutes les seringues qu'on pouvait trouver, celles qui étaient dans la poubelle ou ailleurs. On les mettait dans notre poche et on les emportait. Et elles étaient vendues pendant la promenade, parfois mille francs pour une aiguille... » (D)

Des raisons économiques (le prix d'une seringue supérieur au prix des stupéfiants peut être une ruine) poussent également certains usagers de drogues à rechercher un mode de consommation de rechange.

La fabrication artisanale de seringues a été mentionnée très exceptionnellement par les (ex-)détenus et confirmée par un surveillant ayant trouvé un objet de ce type au cours d'une fouille de cellule. Il s'agit de la fabrication d'une seringue au moyen d'un stylo à bille, d'un trombone, d'un taille-crayons et d'une petite gomme. Bien que le matériel nécessaire à une injection circule exceptionnellement dans le circuit illégal, cela demeure un phénomène marginal.

Outre la mauvaise disponibilité des seringues, pour certains détenus, leur origine douteuse ainsi que les risques liés à ce type de matériel entrent en ligne de compte.

« Non, parce que j'ai même déjà reçu une aiguille que je devais utiliser... J'avais un peu peur. Elle passait peut-être sur dix ou vingt bras avant que vous l'ayez dans vos mains. » (D)

Les campagnes d'information et les formations en vue d'un usage plus sûr (« *safe use* »), dispensées dans le cadre de la prévention du SIDA et des hépatites chez les usagers de drogues par voie intraveineuse (UDI), ont permis de mieux connaître les risques à l'extérieur et ont empêché certains détenus UDI de consommer des stupéfiants par injection. Leur degré d'efficacité demeure cependant une question sans réponse. Une étude allemande²⁶⁹ est arrivée à la sinistre conclusion que la prison anéantissait les effets positifs de ces campagnes d'information à l'attention des UDI.

²⁶⁷ Voir supra 6.2.2.3.2 La fréquence et la quantité.

²⁶⁸ FRENCH Report, Group of experts in epidemiology of drug problems-drug use by prisoners project, Groupe de coopération en matière de lutte contre l'abus et le trafic illicite des stupéfiants (Groupe Pompidou), Strasbourg, 30 septembre 1999, page 12

²⁶⁹ STARK K, MULLER R.; HIV prevalence and risk behaviour in injecting drug users in Berlin; Forensic Sci. Int. 62 (1993) 73-81

Bien que nous ayons dit que la fréquence d'injection était inférieure en détention par rapport à l'extérieur, cela ne signifie pas que ce mode de consommation soit inexistant en prison. Le tableau ci-dessous synthétise un certain nombre d'études portant sur la consommation de stupéfiants par voie intraveineuse en prison et, dans la mesure où elles sont connues, des données sur le partage du matériel d'injection.

Tableau 8 : Usage de drogues par voie intraveineuse en prison

<i>Année</i>	<i>Pays</i>	<i>Taille de l'échantillon</i>	<i>Prévalence de la consommation par IV en prison</i>	<i>Partage du matériel d'injection en prison</i>	<i>Source</i>
1990	Ecosse	262 détenus	16%	73%	Covell ²⁷⁰
1990	Angleterre	44 ex-détenus UDI	50%	75%	Turnbull ²⁷¹
1991	Angleterre	43 détenus	67%	76%	Dye ²⁷²
1991	Ecosse	66 détenus UDI	47%	?	Bird & Gore ²⁷³
1992	Ecosse	154 (de 9 prisons)	28%	74%	Power ²⁷⁴
1992	Ecosse	67 ex-détenus	21%	50%	Bath ²⁷⁵
1992	Allemagne	324 ex-détenus UDI	50%	?	Stark & Muller ²⁷⁶
1992	Ecosse	80 détenus UDI	40%	?	Bird & Gore ²⁷⁷
1993	Ecosse	76 détenus UDI	43%	99%	Taylor ²⁷⁸
1993	Ecosse	68 détenus UDI	25%	?	Bird & Gore ²⁷⁹
1993	Allemagne	202 ex-détenus UDI	48%	75%	Muller ²⁸⁰

²⁷⁰ ENGLAND and WALES Report, Group of experts in epidemiology of drug problems-drug use by prisoners project, Co-operation group to combat drug abuse and illicit trafficking in drugs (Pompidou Group), Strasbourg, 30 septembre 1999, page 7

²⁷¹ TURNBULL P., DOLAN K., STIMSON G.; Prisons, HIV and AIDS: Risks and experiences in custodial care; AVERT Centre for Research on Drugs & Health Behaviour; London; 1991

²⁷² DYE S., ISAACS C.; Intravenous drug misuse among prison inmates : implications for spread of HIV; British Medical Journal 1991; 302; 1506-1508

²⁷³ BIRD A.G., GORE S.M., JOLLIFFE D.W., BURNS S.M.; Second anonymous HIV surveillance in Saughton Prison, Edinburgh, AIDS vol.7 No. 9 page 1277-1279, 1993

²⁷⁴ POWER K.G., MARKOVA I., ROWLANDS A., McKEE K.J., ANSLOW P.J., KILFEDDER C.; Intravenous drug use and HIV transmission amongst inmates in Scottish prisons; British Journal of Addiction; 1992; 87; 35-45

²⁷⁵ BATH G.E., DAVIES A.G., DOMINY N.J., PETERS A., RAAB G., RICHARDSON A.M.; Imprisonment and HIV prevalence, The Lancet, 27 November 1993, page 1368

²⁷⁶ MULLER R., STARK K., GUGGENMOSS-HOLZMANN I. et al; Imprisonment : a risk factor for HIV infection counteracting education and prevention programmes for intravenous drug users; AIDS (1995). 9: 183-90

²⁷⁷ BIRD A.G., GORE S.M., JOLLIFFE D.W., BURNS S.M.; Second anonymous HIV surveillance in Saughton Prison, Edinburgh, AIDS vol.7 No. 9 page 1277-1279, 1993

²⁷⁸ TAYLOR A., GOLDBERG D., EMSLIE J., WRENCH J., GRUER L; CAMERON S. et al; Outbreak of HIV Infection in a Scottish prison; BMJ, 310 -6975; 289-92, 4 feb. 1995

²⁷⁹ BIRD G., GORE S.; Study of infection with HIV and related risk factor in young offenders'institution; BMJ vol 307-6890, 23 July 1993

²⁸⁰ GUGGENMOSS-HOLZMANN I., STARK K., MULLER R.; High risk behaviour is common in prisons in Berlin; BMJ vol; 310-6989, 13 may 1995

1994	Ecosse	75 détenus UDI	34%	76%	Shewan ²⁸¹
1994	Ecosse	325 détenus UDI	50%	?	Bird & Gore ²⁸²
1996	Grèce	544 détenus	69%	69%	Mallior ²⁸³
1997	Angleterre / Pays de Galles	458 détenus UDI	47%	80%	Department of Health ²⁸⁴

Il ressort de toutes ces études que la consommation par injection existe véritablement en prison (de 16% à 69%) et qu'elle s'accompagne généralement d'un accroissement des risques dus au partage du matériel d'injection (entre 50% et 99% !!!).

Une étude réalisée dans cinq pays de la Communauté européenne a démontré que 48% des UDI avaient également consommé des stupéfiants par injection en prison et que le matériel avait été partagé dans 50% à 76% des cas²⁸⁵. 10% ont consommé des stupéfiants par injection pour la première fois en détention.

D'autres enquêtes confirment, par ailleurs, le fait que certains détenus ont été initiés à l'usage de drogues par voie intraveineuse en prison. Dans une étude écossaise de 1994²⁸⁶, 6% des UDI ont confirmé qu'ils avaient consommé des stupéfiants par injection, pour la première fois, en détention. Dans une étude irlandaise²⁸⁷, 6 détenus sur 108 (5,5%) ont indiqué avoir consommé des stupéfiants par injection pour la première fois en prison. L'étude européenne ORS PACA, réalisée en 1997-98 dans quatre prisons françaises et sept prisons étrangères, a produit les résultats suivants²⁸⁸ : sur l'échantillon total, 3,5% ont admis avoir consommé des stupéfiants par injection en prison et 0,6% pour la première fois ; sur l'ensemble des UDI (n=150, soit 13% des personnes interrogées), 35% avaient consommé des stupéfiants par injection en prison et 6% pour la première fois ; sur l'ensemble des UDI actifs (n=103, soit 8,6%), 42% avaient consommé des stupéfiants par injection au cours de leur séjour en détention, 28% pendant l'incarcération actuelle, 12% avaient consommé des stupéfiants par injection plus de 20 fois et 7% pour la première fois en prison.

²⁸¹ SHEWAN D., GEMMEL M., DAVIES J.B.; Behavioural change amongst drug injectors in Scottish prisons; Soc. Sci. Med. Vol. 39, No.11, pp. 1595-1586, 1994

²⁸² BIRD G., GORE S., CAMERON S., ROSS A., GOLDBERG D.; Anonymous HIV surveillance with risk factor elicitation at Scotland's largest prison, Barunnie; AIDS 1995; 9; 801-808

²⁸³ MALLIORI M., SYPSA V., PSICHOIOU M., TOULOUMI G., SKOUTELIS A., TASSAPOLOS N., HATZAKIS A., STEFANIS A. ; A survey of bloodborne viruses and associated risks behaviours in Greek prisons, Addiction (1998) 93 (2), p. 243-2

²⁸⁴ ENGLAND and WALES Report, Group of experts in epidemiology of drug problems-drug use by prisoners project, Co-operation group to combat drug abuse and illicit trafficking in drugs (Pompidou Group), Strasbourg, 30 septembre 1999, page 7

²⁸⁵ WEILANDT C., ROTILY M.; European Network on VIH/AIDS prevention in Prisons, Final Report, February 1997

²⁸⁶ BIRD G., GORE S.M., CAMERON S., ROSS A., GOLDBERG D.; Anonymous HIV surveillance with risk factor elicitation at Scotland's largest prison, Barunnie; Aids 1995, 9; 801-808

²⁸⁷ O'MAHONEY P.; Mountjoy Prisoners : a sociological and criminological profile, Department of Justice, June 1997

²⁸⁸ FRENCH Report, Group of experts in epidemiology of drug problems-drug use by prisoners project, Groupe de coopération en matière de lutte contre l'abus et le trafic illicite des stupéfiants (Groupe Pompidou), Strasbourg, 30 septembre 1999, page 11

Toutes ces études indiquent suffisamment qu'un établissement pénitentiaire intensifie non seulement le risque d'initiation à l'usage de drogues mais que certains détenus courent également un risque supplémentaire d'initiation à l'usage de drogues par voie intraveineuse.

Nous avons déjà signalé que le partage du matériel d'injection est fréquent en prison. Il est bien connu que le partage de seringues et de tout autre matériel tel que cuillers, filtres, etc. est un moyen réel de transmission d'infections par le sang, telles que le VIH et les hépatites B et C. Cela signifie que, malgré la faible fréquence des injections en prison, le comportement à risque augmente considérablement et est bien supérieur à celui constaté dans le monde extérieur.

Dans une étude réalisée en Angleterre en 1991, Turnbull²⁸⁹ est arrivé aux résultats suivants : avant leur incarcération, 45% (n=164) des UDI partageaient leurs seringues ; pendant la détention, 73% (n=45) d'entre eux partageaient leurs seringues ; et, après leur libération, 63% (n=103). Cette étude indique donc que la fréquence plus élevée du partage de seringues en prison a des répercussions après la détention et intensifie également le comportement à risque à l'extérieur. Dans une étude irlandaise²⁹⁰, 58% des personnes interrogées ont confirmé le partage des seringues en prison, par rapport à 37% à l'extérieur. Des études françaises ont conclu que les détenus ressentent l'intensification des risques comme « quelque chose avec quoi il faut vivre en prison, le principal était en effet de pouvoir se faire une injection sans être repéré »²⁹¹. Une étude allemande de 1993²⁹² a démontré que 48% des détenus avaient partagé pour la première fois du matériel d'injection en prison. Une autre étude allemande²⁹³ a également démontré que le partage de seringues en prison constitue le principal facteur à risque d'une éventuelle contamination par le VIH (75% des UDI interrogés ont partagé leurs seringues pour la première fois en détention). Selon cette étude, la prison multiplie par cinq le risque de contamination par le VIH pour les UDI. Seule une étude néerlandaise²⁹⁴ réalisée auprès de 188 ex-détenus UDI constitue, à cet égard, une exception. Seulement 3% des personnes interrogées ont admis avoir consommé des stupéfiants par injection au cours de leur détention, mais sans partager leur matériel d'injection. Il convient cependant de préciser qu'aux Pays-Bas, tous les détenus sont incarcérés dans une cellule individuelle et que 85% des détenus UDI bénéficient d'un programme d'entretien à la méthadone. Par ailleurs, cette étude conclut que le faible taux de comportements à risques au niveau du VIH était en contradiction avec les résultats d'autres pays.

²⁸⁹ ENGLAND and WALES Report, Group of experts in epidemiology of drug problems-drug use by prisoners project, Co-operation group to combat drug abuse and illicit trafficking in drugs (Pompidou Group), Strasbourg, 30 septembre 1999, page 8

²⁹⁰ ALLWRIGHT et al; Hepatitis B, Hepatitis C and HIV in Irish prisoners: prevalence and risk; Department of Justice Equality and Law Reform, 1999

²⁹¹ FRENCH Report, Group of experts in epidemiology of drug problems-drug use by prisoners project, Groupe de coopération en matière de lutte contre l'abus et le trafic illicite des stupéfiants (Groupe Pompidou), Strasbourg, 30 septembre 1999, page 12

²⁹² GUGGENMOSS-HOLZMANN I., STARK K., MULLER R.; High risk behaviour is common in prisons in Berlin; BMJ vol; 310-6989, 13 may 1995

²⁹³ STARK K., MULLER R.; HIV prevalence and risk behaviour in injecting drugs users in Berlin, Forensic Sci. Int. 62 (1993) 73-81

²⁹⁴ HAASTRECHT H.J., BAX J.S., van den HOEK A.A.; High rates of drug use, but low rates of HIV risk behaviours among injecting drug users during incarceration in Dutch prisons; Addiction, 9, 1998, 1417-1425,

C'est d'ailleurs en raison de l'épidémie de SIDA parmi les UDI que des stratégies telles que les programmes d'échange de seringues et de désinfection des seringues au moyen de méthodes à base d'eau de Javel ont été développées.

A l'heure actuelle, il n'existe aucun projet pilote relatif à l'échange de seringues dans les établissements pénitentiaires belges. A l'extérieur, il existe cependant un certain nombre de programmes d'échange de seringues, principalement en Communauté française et à Bruxelles. Depuis 1995, Liège compte deux comptoirs et trois pharmacies pratiquant l'échange de seringues, et Bruxelles compte actuellement un comptoir fixe et un comptoir mobile. A cet égard, les modalités de mise en œuvre de la loi publiée au Moniteur belge du 23 décembre 1998 doivent encore paraître.²⁹⁵ A l'étranger, il y a actuellement quelques projets portant sur l'échange de seringues dans les prisons. Les premiers projets ont vu le jour en Suisse (Genève, Oberschonögrün, Hindelbank) en 1993 et 1994 en Allemagne (Hambourg, Lingen et Vechta en Basse-Saxe) et plus récemment en Espagne (Pampelune, Bilbao)²⁹⁶.

Ces programmes d'échange en prison sont justifiés par deux principes. Le premier, toujours indiqué, est un souci de santé publique. Le deuxième, rarement mentionné, est le droit à l'accès à des services de santé, préventifs et curatifs, équivalents à ceux existant au sein de la communauté. Les principes de santé publique sont basés sur les constatations suivantes : la consommation de drogues est une réalité en prison qui ne peut être stoppée ; les seringues et aiguilles sont utilisées et partagées en prison ; la prévention du Sida est plus importante que la préservation de la « moralité » ; la distribution de matériel d'injection stérile n'est pas en opposition avec le mandat du personnel et procure plus de sécurité aussi bien au personnel qu'aux détenus ; la réduction des risques est plus efficace en terme de coût que la prohibition. Tous ces projets furent évalués de manière positive et des expériences pilotes en prison ont été intégrées dans les programmes normaux.

Depuis le milieu des années quatre-vingts, les services de prévention destinés aux usagers de drogues ont activement diffusé la méthode de l'eau de Javel comme moyen de désinfection des seringues usagées. Cette technique est utile dans le cadre de la prévention contre le VIH (95% de chance de destruction du VIH si la technique est correctement appliquée). Par contre, elle n'est pas efficace dans le cas du virus des hépatites B et C. L'eau de Javel est disponible dans les cantines de quelques prisons, en principe pour le nettoyage des cellules. Toutefois, elle est généralement diluée et inutilisable pour la désinfection. Dans la grande majorité des établissements pénitentiaires, l'eau de Javel n'est cependant pas disponible et encore moins les informations sur la façon de désinfecter le matériel d'injection. La situation est comparable à celle de la plupart des pays européens. Seules les prisons écossaises semblent toutes fournir de l'eau de Javel aux détenus²⁹⁷.

²⁹⁵ Moniteur Belge, 23 décembre 1998.

²⁹⁶ JURGENS R.; HIV/AIDS in Prisons : Final report. Canadian HIV/AIDS Legal Network ; Canadian Aids Society. September 1996; NELLES J., FURHER A.; Drug and HIV Prevention at the Hindelbank Penitentiary ; Swiss Federal Office of Public Health ; Bern. 1995; ROTILY M., DELORME C., BEN-DIANE M-K.; L'usage des drogues en milieu carcéral : approche épidémiologique. Les Cahiers de la Sécurité Intérieure, 31, 1^{er} trimestre 1998, p 3-4

²⁹⁷ WEILANDT C., ROTILY M.; European Network on HIV/AIDS Prevention in Prisons, Final Report, February 1997

« ...le service médical dispose bien de tout ça, mais les détenus mêmes en cellule... non. On peut acheter un peu de Cif, via la cantine, ou des produits d'entretien, mais pas de désinfectants... » (D)

« G : Désinfecter... je n'ai pas la moindre idée de comment... » (D)

« G : ...ça se faisait... mais simplement sous le robinet avec de l'eau. L'eau de Javel n'est pas disponible. » (D)

« Je le saurais. Je pense bien qu'ils utiliseront une autre seringue. Vous ne pouvez pas utiliser la seringue de quelqu'un d'autre. Lorsque l'infirmière vient vous voir pour vous faire une injection, ce n'est quand même pas avec une seringue usagée. » (S)

Les indications obtenues auprès de la plupart des personnes interrogées (>70% des détenus) font apparaître, d'une part, l'impossibilité de désinfecter le matériel d'injection, même quand les techniques sont connues et d'autre part, le fait que tout le monde ne connaît pas les méthodes adéquates de désinfection. Ces deux constats conduisent cependant au même résultat, à savoir une intensification du comportement à risque. Les « groupes de discussion focus » (groupes de pairs) sur le thème de la prison organisés par Modus Vivendi pour les ex-détenus UDI ont par ailleurs confirmé ces faits.

« ... quand une pompe tourne, on peut éventuellement la rincer surtout avec de l'eau de Cologne et de l'after-shave, parfois avec de l'eau de Javel qu'on récupère dans le seau. La Javel, en dehors du seau on ne nous la donne pas de peur qu'on l'avale »

Une étude écossaise²⁹⁸ a prouvé que l'intensification du comportement à risque des UDI en prison donne lieu à un risque de transmission du VIH et des hépatites en détention. Entre avril et juin 1993, 8 cas d'hépatite B symptomatique et deux cas de séroconversion au VIH ont été constatés à la prison de Glenochil. L'étude de cette épidémie a permis de conclure que 13 détenus avaient été contaminés par le VIH au cours d'une période de six mois, soit directement, soit indirectement, par le même UDI, et tous par le partage de matériel d'injection en prison²⁹⁹.

En conclusion, nous pouvons dire que la consommation de stupéfiants par injection existe réellement en prison. Bien que sa fréquence soit inférieure à celle de l'extérieur, les risques dus aux injections sont fort supérieurs en raison du partage du matériel. Un certain pourcentage de détenus consomment des stupéfiants par injection pour la première fois en prison. Rien n'est prévu pour désinfecter le matériel d'injection. Des études internationales prouvent que les infections transmissibles par le sang sont transmises par le biais du partage du matériel d'injection dans les établissements pénitentiaires.

6.2.2.4 L'overdose

Nous ne disposons pas de chiffres précis quant au risque d'overdose en détention. Comme les enquêteurs n'ont pu avoir accès aux rapports relatifs aux décès suspects en prison, nous ne pouvons nous baser que sur les indications décelées dans les entretiens réalisés.

²⁹⁸ TAYLOR A., GOLDBERG D., WRENCH J., GRUER L., CAMERON S. et al; Outbreak of HIV infection in a Scottish prison; BMJ vol.310, 4 february 1995, p. 289-29

²⁹⁹ YIRREL D.L., GOLDBERG D., ROBERTSON P., MCMENAMIN J., CAMERON S., LEIGH BROWN A.J.; Molecular investigation confirming an outbreak of HIV in a Scottish prison, ICA Vancouver 1996; Doc. MO.C. 1532.

« J'ai entendu une fois parler d'une overdose. A l'époque, la direction a camouflé ça en hémorragie stomacale. » (D)

« J'ai été au courant d'une à X. J'en ai moi-même fait une aussi. Et à Y. Il y en a eu une aussi. » (D)

« Cette année, une. Et, en neuf ans, c'était le premier qui faisait une overdose d'héroïne. Nous sommes parvenus à le ranimer... » (M)

« J'ai déjà vu des overdoses ici. Je pense que la prison est un milieu où les accidents se produisent plus facilement. Est-ce un accident lors de la prise, est-ce qu'une capsule qui n'était pas bien fixée saute ou est-ce par pur plaisir, si bien qu'ils en ont tout à coup une sans le savoir. Dehors, ils contrôlent ça plus ou moins un peu mieux. Tandis qu'à l'intérieur, ils prennent ce qu'il peuvent trouver. Je pense que c'est plus dangereux. Aussi, par exemple, quand on entend qu'il va y avoir un contrôle des cellules, et hop, on prend tout. » (D)

« .. j'ai eu trois ou quatre copains à moi ... ils étaient dans le coma par excès ou pas habitué à la qualité. Des fois ils ne rendent pas compte et donnent de trop à une personne .. Ils le savent très bien, ils s'en foutent » (D)

La survenue des overdoses (OD) est donc réellement reconnue. Leur fréquence demeure cependant une inconnue, d'autant plus que la plupart des overdoses ne connaissent pas une issue fatale. Il se peut donc tout aussi bien que quelqu'un fasse une OD en cellule et qu'il s'en sorte seul ou qu'il soit aidé par les détenus qui partagent sa cellule, ce que l'une des personnes interrogées a rapporté avoir vécu.

Par ailleurs, un certain nombre de facteurs peuvent engendrer la survenance d'OD en prison. Les derniers extraits d'entretien font état de la différence de qualité des stupéfiants disponibles, des « accidents de contrebande » et des contrôles contraignant à la prise de la totalité du stock.³⁰⁰ A l'extérieur, des cas d'OD dus à une consommation précipitée ont également été constatés. Il semble évident qu'en détention, la consommation doit également être rapide afin de réduire les risques de détection. Comme la disponibilité des stupéfiants est plus variable en prison qu'à l'extérieur, il est plausible que le risque d'OD soit supérieur : par exemple, en cas de reprise de la consommation d'héroïne après quelques semaines « sèches », ce qui a abaissé le seuil de tolérance. La présence de cocaïne sous forme de base libre engendre également un risque supplémentaire d'OD. En cas d'ingestion (par exemple, lors d'un contrôle de cellule), une OD peut facilement survenir.

Les risques cités ci-dessus se rapportent principalement à une OD due à la consommation de stupéfiants illégaux. Les OD provoquées par des médicaments constituent un autre risque. Nous avons déjà mentionné qu'un mauvais contrôle de la prise des médicaments prescrits par le médecin permet aux détenus de les mettre de côté³⁰¹. De plus, certains médicaments (le Rohypnol®, par exemple) constituent un élément important du trafic de stupéfiants. Ces deux facteurs accroissent le risque d'OD en cas de prise excessive et de cocktails de substances (éventuellement par pulsion suicidaire consciente).

³⁰⁰ voir supra partie 6 : 6.2.2.3.1. les stupéfiants consommés

³⁰¹ Voir supra, partie 5, 5.4.4.: Distribution des médicaments,

« Je pense qu'ils avaient mis ces trucs de côté, parce qu'à l'époque ils recevaient encore du Rohypnol®. Mis de côté, et alors, ils disent que ça vient de la visite. Vous ne saurez jamais la véritable raison... » (D)

« Oui, mais est-ce vraiment dû aux stupéfiants. Ce sont généralement des médicaments ou autre chose de ce genre. Je pense qu'il y a encore plus de problèmes avec les gens qui essaient, volontairement ou involontairement, de s'en sortir... » (S)

Ainsi, le risque d'overdose existe réellement dans les établissements pénitentiaires. Un certain nombre de facteurs de risque de survenance d'une OD peuvent être comparés à ceux existants à l'extérieur, par exemple, les importantes différences de qualité et le mélange de différentes substances (« cocktails »). D'autres facteurs pouvant se rencontrer à l'extérieur sont intensifiés dans un établissement pénitentiaire, comme l'utilisation de certains stupéfiants (surtout des opiacés) après une (longue) période d'abstinence et la consommation précipitée (par crainte de la détection). Le fait que de nombreuses personnes ressentent la détention comme une période très stressante accroît le risque de comportement suicidaire sous la forme d'une OD.

Enfin, l'un des principaux facteurs de risque d'OD se trouve vraisemblablement dans la période suivant immédiatement la libération ou pendant un (premier) congé pénitentiaire. Une étude écossaise récente³⁰² a démontré que le taux de mortalité était très élevé après la libération et que le décès était généralement dû à une overdose.

« Oui, pendant mon congé... j'ai même fait une overdose pendant mon congé... » (D)

La plupart des personnes interrogées admet, par ailleurs, ouvertement que le moment du congé ou de la libération est prétexte à une « fête ». Pour les usagers de drogues, la définition de la « fête » peut souvent être liée à une consommation démesurée. La consommation par voie intraveineuse peut atteindre des sommets et comporter plus de risques à de tels moments.

Dans l'étude néerlandaise³⁰³ où seulement 3% des personnes interrogées avaient consommé des stupéfiants par injection en prison, 70% des UDI ont admis avoir consommé des stupéfiants par voie intraveineuse au cours du premier jour suivant leur libération. Le fait qu'une seule des personnes interrogées ait emprunté à cet effet une seringue usagée s'explique par l'existence, aux Pays-Bas, d'un réseau performant d'échange et de distribution de seringues.

Dans les « groupes focus » de Modus Vivendi et les activités de « Peer Support » de la Free Clinic, il a souvent été question du fait que la première chose à laquelle un détenu pense lorsqu'il sort de prison est la consommation de stupéfiants.

A l'heure actuelle, il n'existe pas de véritable stratégie de préparation des détenus usagers de drogues aux risques liés à la libération et au congé. Il s'agit généralement d'activités individuelles et isolées (le *Justitieel Welzijnswerk Antwerpen* a conçu sur ce thème une brochure destinée aux détenus qui quittent la prison d'Anvers, par exemple). Etant donné les risques accrus qui accompagnent la libération, une stratégie coordonnée semble nécessaire.

³⁰² Etude réalisée par GORE & al. en 1998 citée par WEILANDT C., ROTILY M.; European Network on HIV/AIDS prevention in Prisons, 2nd Annual Report, may 1998, page 179

³⁰³ HAASTRECHT H.J., BAX J.S., van den HOEK A.A.; High rates of drug use, but low rates of HIV risk behaviours among injecting drug users during incarceration in Dutch prisons; *Addiction*, 9, 1998, 1417-1425,

6.3 LES AUTRES COMPORTEMENTS GENERATEURS DE RISQUES

6.3.1 La sexualité³⁰⁴

Dans la partie traitant de la violence, nous avons déjà signalé que la prostitution, forcée ou non, pouvait servir à payer les stupéfiants ou à rembourser des dettes contractées en raison de l'usage de drogues. Par conséquent, le comportement sexuel (à risque) fait partie intégrante de la présente étude.

Au cours des entretiens, il s'est avéré que le comportement sexuel en détention demeure un tabou encore plus puissant que l'usage de drogues, principalement parmi la population masculine.

Cependant, la présence de la sexualité ne peut pas être exclue des prisons. L'existence de la prostitution, mais aussi « l'homosexualité de situation » ainsi que le fait que des homosexuels sont également incarcérés, indiquent l'existence de pratiques sexuelles en prison. De plus, la problématique du viol, bien qu'exceptionnelle, ne peut être niée, tout comme le fait que le comportement sexuel peut se manifester au cours des visites, que ce soit ou non dans des espaces réservés aux visites « intimes ». Les risques de contracter le VIH/SIDA, l'hépatite ou d'autres MST sont par conséquent évidents.

Il ressort d'une étude réalisée en 1993 à la prison d'Anvers³⁰⁵ que seulement 67% des détenus masculins (n = 1071), auxquels il a été demandé s'ils avaient des relations sexuelles, ont accepté de répondre. Sept d'entre eux (0,6%), purgeant tous des peines de longue durée, avaient eu des relations anales au cours de leur détention, 3 d'entre eux se sont déclarés homosexuels et les 4 autres hétérosexuels. Aucune de ces relations sexuelles n'avait été protégée. Une femme a fait mention d'une relation sexuelle avec un homme, également sans protection. Des indications ont permis de déduire que le comportement sexuel du groupe interrogé était plus actif au cours des 12 mois précédant l'incarcération que celui de la population en général. 44% des homosexuels et 66% des hétérosexuels ont effectivement signalé qu'ils avaient eu des rapports sexuels non protégés avec des partenaires occasionnels. 53% des personnes interrogées sexuellement actives avaient eu au moins deux partenaires sexuels au cours des douze mois en question, avec une moyenne de quatre partenaires par personne. Cette étude met donc en évidence que le comportement sexuel, bien que limité,

³⁰⁴ Pour une analyse sociologique de la sexualité en milieu carcéral, voyez WELZER-LANG, D., MATHIEU, L., « Des significations de la sexualité en milieu carcéral, in *Prisons en société, Cahier de la sécurité intérieure*, 1998, n°31, pp. 211-228. Cet article récuse les interprétations qui font de la sexualité carcérale une sexualité essentiellement substitutive. Il appréhende celle-ci comme le produit d'une construction sociale permanente dont les détenus et surveillants sont des acteurs à part entière.

³⁰⁵ TODTS S., FONCK K., VERCAUTEREN G., DRIESEN K., UYDEBROECK M., VRANCK R., VAN MOL F., COLEBUNDERS R.; Tuberculosis, HIV, hepatitis B and risk behaviour in a Belgian Prison, *Arc Public Health*, 1997, 55, p. 87- 97

existe en prison, qu'il s'accompagne toujours d'une intensification du risque et que ce comportement à risque se rencontre déjà au sein de ce groupe avant l'incarcération.

D'autres études européennes ont également prouvé qu'un comportement sexuel à risque existe en milieu pénitentiaire. Une étude anglaise³⁰⁶ réalisée auprès de 419 et de 82 ex-détenus a révélé une fréquence, respectivement de 6,2% et de 19,5% de relations homosexuelles et de 0,5% à 2,4% de relations hétérosexuelles pendant la détention. L'utilisation d'une protection (préservatif) s'élevait à 0%. Une étude inter-européenne réalisée en France, en Grande-Bretagne, aux Pays-Bas, en Italie et en Allemagne, auprès de 737 détenus³⁰⁷ a révélé une fréquence de 1% pour les relations homosexuelles et de 10% pour les relations hétérosexuelles (visites intimes comprises). Il est frappant de noter que les rapports protégés n'existent vraisemblablement pas en détention.

Une circulaire du Directeur général de l'administration pénitentiaire, datant de 1989, autorise la vente de moyens contraceptifs. Dans la pratique, la politique locale détermine si ces moyens seront mis ou pas, à la disposition des détenus, ainsi que la façon dont ils seront proposés. D'une façon générale, les détenus peuvent se procurer des préservatifs auprès du service médical et/ou les commander à la cantine.

Il ressort des entretiens que les moyens contraceptifs peuvent être obtenus facilement dans quelques établissements pénitentiaires et que l'anonymat est assuré. Cependant, dans la plupart des prisons, il est impossible de se procurer des préservatifs et des lubrifiants, ou bien l'anonymat n'est pas respecté, ce qui hypothèque lourdement leur demande.

« A X, on peut trouver des préservatifs sur la liste de la cantine par exemple et il faut alors en commander un paquet. Et alors, on vous met à coup sûr au cachot pendant trois jours... » (D)

« ...si on commande des préservatifs, il faut donner une justification au directeur... » (D)

« ...des préservatifs sont disponibles. Personne n'en demande, mais ils partent toujours... » (M)

« ...le directeur ne veut pas de préservatifs parce qu'il croit qu'on ne les utilise que pour le trafic de la drogue... » (D)

Il ressort d'une étude comparative européenne³⁰⁸ qu'à l'exception de l'Ecosse, tant la France, l'Allemagne, les Pays-Bas que la Suède et la Belgique, autorisent leurs prisons à distribuer des moyens contraceptifs aux détenus. La France, l'Allemagne et la Suède sont les seuls pays où ces moyens semblent réellement et activement distribués.

Quelques personnes interrogées ont signalé l'existence de la prostitution au sein des établissements pénitentiaires. La plupart des réponses faisaient référence à une prostitution volontaire destinée à financer l'achat de stupéfiants ; la prostitution forcée n'a été citée

³⁰⁶ TURNBULL P., DOLAN K., STIMSON G.; Prisons, HIV and Aids; risks and experiences in custodial care, AVERT, The Aids Education and Research Trust, The Centre for Research on Drugs & Health Behaviour, Department of Psychiatry London, 1991, 51 pages.

³⁰⁷ WEILANDT C., ROTILY M.; European Network on HIV/AIDS prevention in Prisons, Final Report on the EU project, February 1997

³⁰⁸ WEILANDT C., ROTILY M.; European Network on HIV/AIDS Prevention in Prisons, Final Report, February 1997

qu'exceptionnellement comme moyen de remboursement des dettes liées à l'usage de drogues. Dans ce dernier cas, il s'agissait toujours de personnes qui avaient « entendu dire que ».

« ...je sais que la prostitution est assez répandue ici. De la part de la prostituée et du client... » (S)

« Ecoutez, dans la plupart des cas, c'étaient des détenus qui se prostituaient, simplement pour avoir de la drogue. Ou juste pour pouvoir acheter des substances qu'ils voulaient avoir... » (D)

« ...il y en avait un, c'était un travesti et, au fond, il faisait ça pour des télécartes, mais en réalité c'était pour de la came... » (D)

Signalons également que la prostitution homosexuelle n'est pas un phénomène inconnu des personnes s'occupant de l'aide aux usagers de drogues, particulièrement parmi le groupe des usagers dépendants et désinsérés des circuits de soins et d'aide.

Deux cas de viols ont été signalés. Une fois par des détenus et une fois par des gardiens.

« ...personne ne s'en vante. Si ce garçon va après chez le docteur et dit qu'il a été violé, le docteur va se mettre à rire et il le traitera d'idiot. Et peut-être qu'il lui donnera des neuroleptiques en plus ou même qu'il le fera interner... » (D)

En conclusion, nous pouvons dire qu'il existe effectivement un comportement sexuel dans les établissements pénitentiaires et que ce comportement comporte de nombreux risques, également dus à l'absence d'une méthode de distribution, accessible et digne de confiance, des moyens contraceptifs. La prostitution pour l'obtention de stupéfiants existe, la prostitution forcée destinée au remboursement de dettes liées à l'usage de drogues, ainsi que le viol semblent exceptionnels.

6.3.2 Le tatouage et le piercing

Au cours de ces dernières années, non seulement la décoration corporelle (tatouage et piercing, par exemple) a été de plus en plus acceptée par la société, mais cette pratique s'est également ancrée au sein du groupe des consommateurs de drogues dures. Tous les membres du personnel des prisons peuvent confirmer que les détenus ne sont pas dégoûtés par les tatouages. (Et nous ne parlons pas seulement des quatre points tatoués sur le dos de la main comme trophée lorsque l'on a séjourné entre ces quatre murs).

En Belgique, aucune étude mesurant l'importance du tatouage et du piercing dans les établissements pénitentiaires n'a encore été réalisée. Une étude européenne qui a étudié ce phénomène dans cinq prisons de cinq pays³⁰⁹, a démontré que, sur 737 détenus, presque 20% s'étaient fait tatouer en prison. En fonction du pays, le tatouage était réalisé dans 8% à 37% des cas avec du matériel appartenant aux détenus. Des méthodes inefficaces (eau ou feu) étaient utilisées pour désinfecter le matériel. Cette étude montre aussi que les usagers de drogues par

³⁰⁹ WEILANDT C., ROTILY M.; European Network on HIV/AIDS Prevention in Prisons, Final Report, February 1997

injection se font tatouer deux fois plus que les autres usagers de drogues. Par ailleurs, 6% des participants à une étude anglaise³¹⁰ s'étaient fait tatouer en prison.

Il ressort des entretiens que le fait de se (faire) tatouer existe également dans les prisons belges, et semble plus fréquent dans les maisons pour peines. Les piercings, au contraire, sont rares ou inexistantes.

« Oui, j'ai été assez bête pour me faire tatouer. Et je m'en suis déjà plaint vingt fois... Oui, on paie ça avec de la drogue ou des télécartes. » (D)

« Vous voyez énormément de tatouages ici. Pas tellement de piercings. Vous en voyez quelquefois, mais c'est encore quelque chose de nouveau. Mais les tatouages sont généralisés. Dans les maisons pour peines, c'est beaucoup plus fréquent. » (S)

« Neuf fois sur dix, ça se passe la nuit. C'est parfois très joli, d'ailleurs. On peut par ailleurs difficilement mettre sur un rapport disciplinaire : Monsieur, s.v.p., veuillez enlever ce tatouage... » (S)

« Ils n'ont pas la possibilité de désinfecter. Ils font ça avec une aiguille qui vient de l'atelier et un rasoir électrique, ou avec le petit moteur d'un walkman... » (S)

« ...je pense que les conditions d'hygiène ne sont pas bonnes pour ça. Pas d'aiguilles stérilisées, de l'encre grasse, ça donne des maladies... » (S)

Les extraits d'entretiens confirment que certains détenus sont au courant des risques sanitaires inhérents à une décoration corporelle réalisée dans des conditions d'hygiène médiocres. Il s'agit cependant d'exceptions.

L'existence de pratiques de décoration corporelle en prison et l'absence de moyens de désinfection accroissent par conséquent le risque de contracter une affection transmissible par le sang, telle que l'hépatite ou le Sida.

6.3.3 Le partage d'articles personnels d'hygiène

Un dernier aspect des risques liés aux affections transmissibles par le sang concerne le partage des articles d'hygiène personnels, tels que les lames de rasoir et les brosses à dents.

Tant les détenus que les surveillants signalent que ces objets sont régulièrement utilisés par plusieurs personnes, surtout parce que, dans de nombreux cas, une cellule est occupée par plus d'un détenu. Le risque de transmission percutanée n'est dès lors pas inexistant non plus.

³¹⁰ TURNBULL P., DOLAN K., STIMSON G.; Prisons, HIV and AIDS : Risks and experiences in custodial care; AVERT Centre for Research on Drugs & Health Behaviour, London, 1991

6.4 CONCLUSION

En guise de conclusion, nous allons procéder à la synthèse des influences de l'incarcération sur la consommation proprement dite ainsi qu'à l'inventaire des comportements individuels qui constituent un risque pour la santé mis en évidence dans cette partie du rapport.

Tout d'abord, l'incarcération présente le risque pour l'individu d'être initié à l'usage de drogues, et notamment à l'injection. Les facteurs invoqués comme ayant une influence sont le stress, les pressions, l'ennui, la dépression, la nécessité de rendre la privation de liberté supportable, l'absence de médication,...

Ensuite, la prison n'est pas un environnement favorable à l'abstinence en raison de la disponibilité du produit et de la faiblesse, voire l'absence, d'encadrement. Elle comporte même un risque de rechute notamment pour les personnes qui suivaient un traitement de substitution à l'extérieur et qui voient leur traitement interrompu, même de façon dégressive.

En ce qui concerne les substances consommées, nous avons vu que le cannabis est le produit le plus consommé, suivi de l'héroïne ainsi que des benzodiazépines et, dans une moindre mesure, on signale la cocaïne, les amphétamines, le speed et les ecstasy. A côté de ces substances illégales, il ne faut pas oublier la consommation des médicaments prescrits ou non par le médecin.

D'une façon générale, on constate une fréquence de consommation inférieure à celle de l'extérieur en lien avec la question de la disponibilité des produits mais surtout pour des motifs économiques. La gestion économe des stocks est ainsi mise en balance avec les risques de détection et de sanction.

Le fait qu'un établissement pratique des contrôles intensifs peut dès lors accroître le risque d'overdose en contraignant le détenu à prendre rapidement les produits qu'il a en sa possession. Les autres facteurs susceptibles d'engendrer des overdoses (drogues illégales, médicaments, cocktails) sont les différences de qualité des produits consommés, les « accidents de contrebande », le stress qui accroît le risque de comportement suicidaire. Par ailleurs, les congés pénitentiaires et la libération sont identifiés comme des moments particuliers de risque d'overdose.

L'analyse des modes de consommation montre que les drogues sont principalement fumées, inhalées ou ingérées en prison. Toutefois, de nombreuses études européennes font état de l'existence de pratiques d'injection en prison, fréquemment associées à un partage de seringues et un risque de contamination par le VIH/SIDA et les hépatites. Notons que la non-disponibilité des possibilités de protection (seringues, eau de Javel) ainsi que le manque d'informations en la matière viennent renforcer ce risque.

Par ailleurs, les pratiques sexuelles en prison, même si elles sont taboues, se déclinent sous la forme de la prostitution, du viol, de l'homosexualité de situation, des relations dans le cadre des visites. Elles comportent un risque évident de transmission du SIDA, de l'hépatite et des MST qui est renforcé par la difficulté d'avoir un accès anonyme aux préservatifs en prison.

Enfin, un risque de contamination est également présent dans les pratiques de tatouage (dont on connaît mal l'étendue) et de piercing (rares), d'autant que les méthodes de désinfection du matériel utilisées sont inefficaces, ainsi que dans le partage d'articles personnels d'hygiène.

7 MISE AU POINT D'UN INSTRUMENT EPIDEMIOLOGIQUE

7.1 INTRODUCTION

Un système de surveillance est la base épidémiologique pour le développement d'une action de santé publique moderne. Appliqué au départ à l'enregistrement exclusif des maladies ou des accidents, il comprend actuellement les informations sur les facteurs de risque, tant individuels qu'environnementaux.

Lors de sa 21^{ème} Assemblée Mondiale en 1968, l'OMS définit la surveillance (à la différence d'autres techniques utilisées en épidémiologie : études ponctuelles, temporelles ou spatiales, études de cohortes ou cas-contrôles) comme "la collecte systématique et l'usage de l'information épidémiologique pour la planification, la mise en œuvre et l'évaluation des actions de santé". En résumé, la surveillance implique "l'information pour l'action".

C'est au cours de cette même assemblée qu'elle recommanda d'étendre la surveillance aux problèmes sociaux et aux comportements susceptibles de nuire à la santé, comme les conduites addictives.

7.2 LES QUALITES D'UN SYSTEME DE SURVEILLANCE

Les performances d'un système reposent sur plusieurs critères³¹¹ présentés et explicités ci-après ; ceux-ci ont dicté les choix retenus.

- Son UTILITÉ dépend de sa capacité à générer une réponse menant au contrôle ou à la prévention des problèmes de santé ou à améliorer la compréhension des processus qui en sont la cause. Elle peut aussi dépendre de l'amélioration des connaissances des facteurs de risque incriminés ou servir à identifier des pistes à investiguer ;
- Son COÛT est fonction des bénéfices en terme de problèmes de santé évités par rapport aux dépenses consenties. Son estimation est toujours difficile et fort spécialisée. Il faudra tenir compte d'abord des coûts de la collecte et de l'encodage, qui sont généralement les plus importants et qui sont difficiles à obtenir, car ils représentent une grosse partie des dépenses à consentir, à un moment où les bénéfices (amélioration de la santé, évitement de décès ou de maladies) sont encore invisibles aux yeux des décideurs ;
- La SENSIBILITÉ est la capacité à identifier les "vrais positifs", c'est-à-dire à reconnaître les faits recherchés lorsqu'ils surviennent ;

³¹¹ THACKER S.B. et al; A method for evaluating systems of epidemiological surveillance, World Health Statistics Quarterly, 41, 1988, pp 11-18

- La SPÉCIFICITÉ est celle de reconnaître uniquement les faits recherchés, à l'exclusion des autres ;
- La VALEUR PRÉDICTIONNELLE POSITIVE repose sur sa faculté à lancer des signaux d'alarme lors de modifications significatives des valeurs observées ;
- La REPRÉSENTATIVITÉ est assurée lorsqu'on peut reporter les résultats de la part de population étudiée à l'ensemble de la population ;
- L'OPPORTUNITÉ (ou "timeliness") représente le délai "opportun" entre la survenue de l'événement et son enregistrement, ou son signalement dans les résultats, ou encore la mise en œuvre des mesures ;
- La SIMPLICITÉ parle d'elle-même (facile à comprendre et à expliquer) ;
- La FLEXIBILITÉ (ou la souplesse) doit permettre au système de s'adapter aux fluctuations inhérentes au cours du temps, que ces fluctuations concernent la population étudiée ou les événements (en nature ou en importance) ;
- Enfin, l'ACCEPTABILITÉ repose sur la participation des acteurs impliqués aux différents niveaux.

7.3 CONSIDÉRATIONS GÉNÉRALES

R. L. Berkelman *et al.*³¹² recommandent d'envisager à la fois l'état de santé, les facteurs de risque individuels et environnementaux, et les services.

L'établissement d'un système de surveillance requiert un objectif, l'identification de l'objet de la surveillance et la mise en œuvre de procédures pour la collecte, l'analyse et l'interprétation, et la dissémination des résultats obtenus.

Dans le cadre de cette recherche, l'objectif poursuivi est clairement l'obtention régulière d'informations sur l'état de santé, sans que cette notion soit restreinte à une pathologie ou à une condition particulière, mais en tenant compte de l'évolution importante des problématiques liées à l'usage de drogues.

La population cible est constituée des personnes incarcérées, dans leur ensemble, quels que soient leur âge, leur sexe, ou le motif de leur incarcération.

Les éléments du système sont au nombre de trois (voir ci-dessous).

Les programmes de santé publique concernés portent sur les interventions entreprises par les services médicaux et sociaux, ou sur celles qui dépendent d'une modification de législation ou d'un aménagement local de l'organisation ou des conditions de détention.

³¹² BERKELMAN R.L. et al; Public health surveillance. In: Oxford Textbook of Public Health, 3rd ed. Oxford University Press, 1997, pp 735-750

La définition des cas, fondamentale, porte sur le niveau de l'état de santé et de ses variations, mais peut être complétée par des mesures de pathologies ou de conditions spécifiques (comme les hépatites, l'état dentaire, les insomnies, etc.).

Les procédures envisagées pour la collecte (personnes qui fournissent les données, formulaires, timing, agrégation des données si nécessaire, et transmission) seront envisagées plus loin dans ce rapport, de même que l'analyse (mise à jour des données, confidentialité, sélections, tableaux croisés, présentation des rapports) et la délivrance et diffusion de l'information.

L'impact de l'amélioration de la surveillance épidémiologique ne se mesurera finalement que par l'amélioration de l'état de santé.

7.4 L'INSTRUMENT EPIDEMIOLOGIQUE

7.4.1 Introduction

La revue de la littérature et la pré-enquête ont permis d'identifier un certain nombre de facteurs de risques, liés au trafic et à l'usage des drogues en prison ainsi qu'à l'incarcération elle-même, qui peuvent avoir une influence sur la santé des détenus. Le système d'informations préconisé permet de mesurer ces facteurs et donc de mesurer l'importance du risque³¹³ encouru dans chaque institution pénitentiaire ainsi que dans l'ensemble du système. L'intégration des données recueillies à travers les trois volets et leur analyse permettra de déterminer l'importance du risque. Une partie du système préconisé se base sur des systèmes déjà existants et utilisés au sein de l'administration pénitentiaire. Par contre, d'autres informations ne sont actuellement pas disponibles ou utilisent d'autres sources d'information.

Le type de données récoltées est de type quantitatif.

L'instrument proposé est composé de trois volets.

Cette option, en accord avec les recommandations scientifiques, résulte à la fois de la nécessité de disposer d'une mesure de référence et des conclusions de l'analyse des éléments qui influencent la santé des détenus. Il s'ensuit que le système de monitoring proposé devra rassembler, analyser conjointement les données et présenter des conclusions et des recommandations, à partir des données portant sur :

- l'état de santé des détenus, ainsi que leurs caractéristiques sociales, afin d'établir un point de référence et d'évaluation "avant-après" intervention, et soutenir les comparaisons entre établissements ou avec la population générale ;

³¹³ DOLAN K., WODAK., HALL W., KAPLAN E.; A mathematical model of HIV transmission in NSW prisons. Drug and alcohol dependence, 1998, 50, (3), 197-202

- les caractéristiques de consommation de psychotropes et les facteurs de risques associés à l'intérieur des divers établissements car elles diffèrent de ce qu'on peut observer à l'extérieur et éventuellement aussi selon l'établissement concerné ;
- les conditions de détention et d'organisation des établissements pénitentiaires, en ce compris les offres de service médicales ou sociales, en tant qu'éléments décisifs pour aboutir à l'objectif recherché : un niveau de santé optimal.

Chacun de ces aspects fait l'objet d'une proposition "d'élément du système" qui s'adresse à des personnes particulières, peut se dérouler à des moments particuliers, se présenter sous des modalités spécifiques et requérir un traitement des données précis.

Pour rappel, ces trois volets n'ont pas été appliqués lors de cette recherche. Ils devront faire l'objet d'une mise en œuvre lors de l'étape ultérieure, associée à une évaluation opérationnelle détaillée, mais sous les conditions décrites plus loin pour l'ensemble de l'instrument, car ils forment un tout.

Certains éléments doivent aussi, pour remplir parfaitement leur fonction, être intégrés dans des logiciels informatiques, comme EPICURE par exemple, ce qui permettra le calcul automatisé des indicateurs recherchés.

Certaines informations requises se trouvent déjà collectées en routine par les programmes informatiques en vigueur: il faudra dans ce cas programmer leur sélection et leur exportation pour les mettre à disposition lors de l'analyse et l'interprétation intégrée de l'ensemble des éléments.

Enfin, étant donné l'importante dépendance de l'administration pénitentiaire à l'égard des différentes instances pénales intervenant en amont et déterminant la population détenue, l'instrument devrait intégrer diverses données contextuelles si l'on veut véritablement être en mesure d'adapter la politique menée en matière de drogues. Ainsi, les instruments d'orientation de la politique criminelle en matière de drogues (législation, réglementation, circulaires,...) et les données statistiques policières et judiciaires relatives au contentieux « stupéfiants » devraient être répertoriées et actualisées lors de chaque application de l'instrument épidémiologique. Néanmoins, l'intégration des statistiques criminelles à l'instrument épidémiologique, dans l'optique de fournir à l'administration pénitentiaire des indications supplémentaires sur les caractéristiques de la population qu'elle aura à prendre en charge, en vue d'adapter anticipativement sa politique, reste actuellement un idéal impossible à atteindre en raison des problèmes des statistiques criminelles belges. En effet, si les statistiques policières font l'objet d'une intégration et d'une mise à jour permanente par le Service général d'appui policier (sans que ces statistiques soient utiles à l'administration pénitentiaire, notamment en raison du nombre important de classements sans suite), ce n'est pas le cas des statistiques judiciaires. Ces dernières font, d'une part, l'objet d'une intégration qui n'est que partielle et d'autre part,

sont produites annuellement mais avec plusieurs années de retard de sorte qu'elles ne sont actuellement d'aucune utilité pour l'administration pénitentiaire³¹⁴.

7.4.2 Le premier volet : facteurs de risques relatifs à la santé des détenus

Une enquête par questionnaire auprès de la population des détenus est la seule méthode fiable et réaliste que nous ayons identifiée dans la littérature pour mesurer l'importance des comportements à risque en prison. Ce volet a fait l'objet d'un pré-test à la prison de Saint-Gilles et la prison d'Anvers au cours de la présente recherche. Ce pré-test a permis d'identifier différents problèmes relatifs à son application et de proposer des solutions.

7.4.2.1 Pré-test

7.4.2.1.1 Introduction

Dans cette partie, nous allons présenter le questionnaire structuré destiné aux détenus, qui constitue le premier élément de l'instrument épidémiologique. Ce questionnaire a fait l'objet d'aménagements suite au pré-test auquel il a été soumis. Nous aborderons donc, dans un premier temps, la manière dont ce pré-test a été réalisé ainsi que les résultats qui ressortent de l'analyse des données récoltées dans ce cadre.

Signalons que l'équipe d'enquêteurs a d'abord intensément débattu sur la question de savoir s'il était absolument nécessaire de mentionner ces résultats dans le rapport final. Un certain nombre de raisons peuvent être avancées pour justifier cette réserve. Premièrement, cette enquête d'ampleur limitée avait comme objectif principal de tester l'instrument développé au niveau de sa clarté et de sa maniabilité, tant en ce qui concerne l'invitation à participer et les instructions que le contenu et la clarté des questions. Deuxièmement, la crainte qu'une valeur trop importante soit accordée aux résultats obtenus et que des conclusions générales soient tirées sur la base d'un pré-test était une raison encore plus fondamentale pour les chercheurs. Enfin, le questionnaire n'a été soumis que dans une seule prison pour hommes (à savoir, la prison de Saint-Gilles) et dans une seule section pour femmes (à la prison d'Anvers) et les résultats ne peuvent en aucun cas être considérés comme représentatifs de la problématique de l'usage de drogues dans les établissements pénitentiaires belges.

Il est dès lors évident que les résultats repris ci-dessous doivent être traités avec toutes les précautions de rigueur et que l'équipe des enquêteurs ne peut adhérer à la généralisation des dites données à l'ensemble de la population carcérale.

³¹⁴ Les données les plus récentes à ce sujet sont reprises dans deux documents : Point d'appui statistique, Service de la politique criminelle, *Données statistiques en matière de condamnations, suspensions, internements, 1995*, Bruxelles, Ministère de la Justice, septembre 1999 ; Secrétariat général, Service statistique, *Les statistiques annuelles des Cours et Tribunaux. Données 1998*, Bruxelles, Ministère de la Justice, 1999, n°1.

7.4.2.1.2 Présentation du pré-test

Comme nous l'avons déjà dit, le questionnaire a été soumis à des détenus volontaires dans une prison pour hommes et dans une section pour femmes.

- Saint-Gilles a été choisie comme prison pour hommes sur la base des éléments suivants :
- cette prison possède une grande population de détenus (plus de 600) ;
- des personnes en détention préventive ainsi que des condamnés y séjournent ;
- des détenus francophones et néerlandophones y séjournent ;
- les enquêteurs francophones et néerlandophones ont donc pu collaborer et observer ensemble les réactions aux questions ainsi que la méthode de travail ;
- ni la Free Clinic, ni Modus Vivendi n'organise d'activités dans cette prison : seuls quelques détenus les connaissent.

Le choix de la section pour femmes de la prison d'Anvers a principalement été motivé par le fait que la Free Clinic y est connue. En effet, la Free Clinic a organisé des sessions de groupe axées sur les stupéfiants et la santé dans la section pour femmes et plusieurs détenues ont suivi un programme au Centre Médico-social (MASS) de la Free Clinic. Il a donc été possible de relever des indications sur la mesure dans laquelle la familiarité avec un service influence la participation.

La même procédure en matière de préparation et de réalisation de l'enquête a été respectée dans les deux prisons.

7.4.2.1.3 Préparation

Prise de contact avec la direction concernée afin d'expliquer l'objectif et la méthode de travail.

L'affichage dans toutes les sections d'une invitation à participer, dans les deux langues nationales, ayant pour titre « Santé et Drogues »³¹⁵.

La distribution d'une lettre³¹⁶ plus détaillée dans les deux langues nationales dans chaque cellule, le jour précédant la réalisation de l'enquête. La distribution a été effectuée par les surveillant(e)s.

³¹⁵ voir annexe 2.1

³¹⁶ voir annexe 2.2

7.4.2.1.4 Réalisation

A Saint-Gilles, l'enquête a été réalisée par section, à raison d'une section par jour. Au total, quatre sections ont été interrogées au cours de quatre journées différentes. Une session a été organisée en soirée pour des participants qui travaillent durant la journée. Dans la section pour femmes de la prison d'Anvers, l'enquête a été réalisée en une seule session.

Lors de la réalisation de l'enquête, seuls les enquêteurs étaient présents dans le local ; aucun gardien n'était présent à ce moment, ni à Saint-Gilles, ni à Anvers. A Saint-Gilles, un minimum de deux enquêteurs étaient toujours présents, un francophone et un néerlandophone. A Anvers, l'enquête a été réalisée par deux enquêtrices néerlandophones.

A Saint-Gilles, l'enquête a été réalisée dans la salle de détente de chaque aile. La taille des groupes oscillait entre cinq détenus au minimum et quinze au maximum. Chez les femmes, elle a été réalisée dans une grande cellule inoccupée (normalement prévue pour 8 personnes).

Les instructions ont été fournies oralement et par écrit aux participants³¹⁷ et ont été accompagnées d'une brève explication et d'une clarification des objectifs de l'enquête et des organisations réalisatrices. L'accent a été particulièrement placé sur la confidentialité et l'anonymat. En fonction de sa langue, chaque participant a reçu un questionnaire, une enveloppe et un stylo à bille pour compléter ledit questionnaire. Les détenus qui ne comprenaient pas certaines questions pouvaient appeler immédiatement l'un des enquêteurs.

L'enquête a duré en moyenne de quinze à trente minutes, selon la personne. Dans quelques cas exceptionnels (p. ex. en présence d'un faible taux d'alphabétisme), l'enquêteur a dû intervenir dans une plus grande mesure et l'enquête a duré plus longtemps. Après avoir complété le questionnaire, les participants ont eux-mêmes placé celui-ci dans l'enveloppe, ont collé celle-ci et l'ont jetée dans une grande urne prévue à cet effet.

A sa sortie du local, chaque participant a reçu une carte de téléphone d'une valeur de 200 francs belges (ce qui était par ailleurs indiqué sur les affiches et dans la lettre d'invitation), quelques brochures d'information et des préservatifs (pour ceux qui le souhaitaient).

7.4.2.1.5 Taux de participation

A Saint-Gilles, 230 volontaires ont répondu au questionnaire. Au moment de la réalisation de cette enquête, un peu plus de 600 détenus étaient incarcérés dans cette prison, ce qui signifie un taux de participation de 35% à 38%. Etant donné que de petites fluctuations dans le taux d'occupation sont enregistrées quotidiennement et que l'enquête a été réalisée au cours de quatre journées différentes, il est impossible de mesurer précisément le taux de participation. Nous pouvons toutefois déclarer que celui-ci est faible. Cela peut s'expliquer par un certain nombre de données.

Saint-Gilles héberge quelques mineurs. Ils ont été exclus de l'enquête.

³¹⁷ voir annexe 2.3

Au moment de la réalisation de l'enquête, 18 détenus dépendaient du système de « surveillance électronique ». Bien que faisant officiellement partie des occupants de la prison, ils n'y séjournent pas et n'ont pas pu participer à l'enquête.

Un pourcentage important de détenus ne maîtrise ni le néerlandais, ni le français. Bien que les enquêteurs estiment nécessaire de traduire les questionnaires en plusieurs langues si l'on souhaite obtenir une image réelle de la problématique de l'usage de drogues dans les établissements pénitentiaires, seuls les détenus maîtrisant une des deux langues nationales ont été pris en considération au cours de cette enquête. Ainsi, un certain nombre de candidats ont dû être refusés au cours de l'enquête en raison de problèmes linguistiques. La taille des groupes néerlandophone et francophone n'a pu être déterminée avec certitude (ces chiffres n'étaient pas disponibles ; le nombre d'étrangers ne peut pas être utilisé comme critère car les détenus maîtrisant une des deux langues nationales pouvaient participer). Le fait qu'environ 80 personnes étaient placées sous « arrestation administrative » peut fournir une indication.

Un certain nombre de détenus (une vingtaine) étaient à l'extérieur sous le régime de la semi-liberté et certains travaillaient dans la prison même. Seul un nombre limité a participé à la session organisée pour eux en soirée. Nous pouvons supposer que la carte de téléphone offerte à tous les participants était pour eux de moindre valeur.

Indépendamment des éléments pré-cités qui ont un effet sensible sur la taille de l'échantillon, des aspects subjectifs liés à l'objet même de l'enquête ont joué un rôle sur le taux de participation. Le fait qu'il s'agissait finalement d'une enquête portant sur l'usage de drogues dans un cadre pénitentiaire a pu suscité un sentiment de méfiance chez certains détenus. Les affiches et les courriers d'invitation précisaient, en effet, que le sujet était l'usage de drogues, ce qui peut avoir engendré des réticences à l'égard d'une participation (surtout chez les usagers de drogues ?).

Des circonstances particulières ont encore accru la méfiance lors de l'enquête à la prison de Saint-Gilles. Quelques semaines avant la réalisation de l'enquête au moyen du questionnaire, une overdose à l'issue fatale est survenue, provoquant l'émoi habituel. Une communication est parue à ce sujet dans les journaux bruxellois. Le deuxième des quatre jours au cours desquels les enquêteurs travaillaient à la prison de Saint-Gilles, un article est paru dans le journal « La Lanterne »³¹⁸. Le journaliste en question a établi un lien entre l'overdose et l'enquête et a laissé entendre, entre autres, que l'on ne pouvait se fier à l'indépendance de la Free Clinic et de Modus Vivendi par rapport à l'administration pénitentiaire. En d'autres termes, le caractère confidentiel et anonyme de l'enquête, les deux aspects fondamentaux sur lesquels les invitations insistaient particulièrement, étaient présentés par l'article en question comme non-garantis. La teneur globale de l'article était par ailleurs négative. L'influence directe de cet article de journal sur le taux de participation est clairement apparue pendant les deux derniers jours de l'enquête et a par ailleurs été confirmée par quelques participants. Il semble dès lors logique de supposer qu'en raison d'une réaction de peur, les usagers de drogues étaient sous-représentés au cours des deux dernières journées. Une raison de plus pour les enquêteurs de mettre en garde contre une généralisation des résultats indiqués ci-dessous.

³¹⁸ voir annexe 2.5

Dans la section pour femmes de la prison d'Anvers, 16 des 26 détenues ont pris part à l'enquête, soit 61% de la population totale. Six femmes n'ont pas pu participer en raison de barrières linguistiques ; les raisons pour lesquelles les quatre autres détenues n'ont pas participé sont inconnues. Cela signifie que 16 candidates sur 20 ont effectivement participé à l'enquête, soit un taux de participation de 80%. Ce résultat est considérablement plus élevé que parmi la population masculine de Saint-Gilles. En raison des problèmes particuliers rencontrés à Saint-Gilles, nous ne pouvons cependant tirer aucune conclusion quant à l'impact sur la participation de la confiance en un service.

7.4.2.1.6 Résultats du pré-test

Cette section contient les résultats de l'utilisation du questionnaire développé à l'attention des détenus³¹⁹. 230 questionnaires ont été traités chez les hommes et 16 chez les femmes, soit un total de 246 personnes interrogées. Lorsque des différences fondamentales ont été constatées entre les réponses des hommes et des femmes, elles sont abordées dans les commentaires. Les résultats bruts sont également mentionnés. L'on perçoit mieux ainsi les difficultés de compréhension des questions rencontrées par les participants ainsi que les adaptations apportées à l'instrument.

Guide de lecture des tableaux :

0 : ce code signifie qu'aucune réponse n'a été fournie à la question. Cette possibilité a été proposée dans les instructions aux personnes interrogées et pouvait être utilisée lorsque les détenus refusaient, pour une raison quelconque, de répondre à la question.

- Pas d'application : ce code signifie que le répondant a répondu à la question mais que celle-ci ne concernait pas sa propre situation. Ce code était dans un certain nombre de questions une catégorie de réponse.

- 3 : plusieurs réponses étaient possible dans un certain nombre de questions. Le code 3 signifie que le répondant a répondu à la question mais qu'il n'a pas coché l'item concerné.

Le code 3 signifie : pas d'application. Par exemple : quelqu'un qui consomme en prison uniquement du cannabis et donc aucun autre produit obtient le score "cannabis" pour la question 19. (Quels produits circulant sur le marché noir – obtenus de façon illégale – as-tu consommé pendant ton emprisonnement actuel ou antérieur ?). Pour toutes les autres possibilités de réponses il obtient le score 3.

³¹⁹ Pour le questionnaire complet, nous renvoyons à l'annexe 2.4.

1) *SEXE* :

Etant donné que 16 femmes de la prison d'Anvers ont participé au test, nous savons que 6 hommes (2,6%) de la prison de Saint-Gilles ont indiqué être une femme. Il s'agit d'une marge d'erreur dont il convient de tenir compte, particulièrement dans le cadre de ce type de questionnaire portant sur des activités illégales en prison.

Les causes peuvent être diverses :

- certains détenus ne prennent pas le questionnaire au sérieux et y répondent uniquement en vue d'obtenir la récompense ;
- une certaine méfiance au niveau de l'anonymat et de la confidentialité de l'enquête
- des difficultés linguistiques (nationalités étrangères) ;
- inattention ;
- crise d'identité sexuelle.
- Les femmes représentent environ 4% de la population pénitentiaire globale³²⁰. 16 personnes interrogées de sexe féminin sur 216 correspondent à 6,5%.

1	<i>nombre</i>	<i>%</i>
0	3	1,22
Homme	221	89,84
Femme	22	8,94
Total	246	100,00

2) *AGE* :

77% ont moins de 35 ans. Cette donnée est comparable aux chiffres de population dans les établissements pénitentiaires qui indiquent que 80% des personnes incarcérées ont moins de 40 ans.³²¹

2.	<i>nombre</i>	<i>%</i>
0	2	0,81
Moins de 21 ans	25	10,16
21-25 ans	60	24,39
26-30 ans	54	21,95
31-35 ans	49	19,92
Plus de 35 ans	56	22,76
Total	246	100,00

³²⁰ Rapport annuel 1998, Direction Générale des Etablissements Pénitentiaires, Ministère de la Justice, 1999, p. 105

³²¹ voir partie 3 : 3.3.2. Répartition par groupes d'âge et par sexe

3) COMBIEN DE FOIS AVEZ-VOUS DEJA ETE EN PRISON AVANT CETTE INCARCERATION-CI?

Un peu plus de 1 personne interrogée sur 3 est incarcérée pour la première fois et 2 sur 3 sont des récidivistes, parmi lesquels la majorité (37%) a déjà séjourné au moins 2 fois en prison.

D'après les réponses de la question 11 (consommation de drogues en dehors de la prison), 118 participants sur 246 peuvent être considérés comme consommateurs de drogues (uniquement substances illégales et médicaments). La moitié de ce groupe avait déjà séjourné deux fois ou plus en prison. La moitié des non-consommateurs étaient incarcérés pour la première fois.

3.	nombre	%
0	2	0,81
jamais	89	36,18
1 fois	64	26,02
2 fois ou plus	91	36,99
Total	246	100,00

4) ÊTES-VOUS ACTUELLEMENT EN PRISON POUR:

30% des personnes interrogées sont actuellement en prison pour « usage ou trafic de drogue uniquement » ou pour « usage et trafic de drogue et autre raison ».

4.	nombre	%
0	15	6,10
Usage ou trafic de drogue uniquement	33	13,41
Usage de drogue et autre raison	41	16,67
Pour une autre raison	157	63,82
Total	246	100,00

5) ÊTES-VOUS EN CE MOMENT?

Les 10 non-réponses (code 0) ont toutes été enregistrées chez les hommes. Deux explications sont possibles : certains détenus pouvaient être, soit sous un régime de semi-liberté, soit en détention administrative (clandestins). Etant donné que ces réponses n'étaient pas proposées, ils ont préféré ne rien indiquer plutôt que de donner un renseignement erroné. Ces catégories seront intégrées au questionnaire définitif. 14 des 16 (87%) femmes interrogées ont indiqué « en préventive ». Au 30.12.98, il y avait 8286 détenus dans les prisons belges (mineurs exclus)³²², dont 61% (5053) de condamnés définitifs et 27% (2152) de prévenus. Dans notre échantillon, ce sont 55% des répondants qui sont des condamnés définitifs, et 35% sont prévenus. Cette différence peut être en partie attribuée au pourcentage élevé de prévenues dans l'échantillon de femmes mais aussi au fait que Saint-Gilles est une maison d'arrêt de seconde ligne.

³²² Rapport annuel 1998, Direction générale des Etablissements Pénitentiaires, Ministère de la Justice, 1999, page 111

5.	nombre	%
0	10	4,07
En préventive	87	35,37
Condamné	135	54,88
Interné	3	1,22
Autre	11	4,47
Total	246	100,00

6) POUR CETTE INCARCERATION-CI, DEPUIS COMBIEN DE TEMPS ETES-VOUS EN PRISON :

La distribution de la durée d'incarcération dans notre échantillon de détenus va de très courte à longue (1/3 sont en prison depuis plus d'un an).

Si l'on compare les personnes qui se déclarent être usagers ou non de drogues avant l'incarcération, il apparaît que les consommateurs se situent davantage dans la catégorie « entre un mois et un an » alors que les non-consommateurs appartiennent plus souvent à la catégorie « plus d'un an ». Cette constatation peut être un indice du fait que les consommateurs de drogues sont détenus pour des périodes plus courtes.

6.	nombre	%
0	4	1,63
Moins d' 1 mois	22	8,94
Entre 1 mois et 1 an	139	56,50
Plus de 1 an	81	32,93
Total	246	100,00

7) PENDANT LE DERNIER MOIS DE VOTRE INCARCERATION AVEZ-VOUS PU:

a) Travailler

La moitié des personnes interrogées n'a eu aucune possibilité de travailler. En ce qui concerne les 36,5% qui ont répondu par l'affirmative, nous manquons de données qualitatives (par exemple, le type de travail, l'investissement en temps). Le pourcentage relativement élevé de détenus n'ayant pas répondu à la question est une inconnue.

7a.	nombre	%
0	31	12,60
Oui	90	36,51
Non	125	50,82
Total	246	100,00

b) Suivre une formation

30% ne comprennent vraisemblablement pas le terme « formation » et n'ont rien indiqué (code 0). Une re-formulation de la question s'impose. Seuls 23,5% (moins de 1 personne interrogée sur 4) ont répondu par l'affirmative. Le même problème que sous 7a. se pose ici, à savoir le manque de données qualitatives (quelles formations, pendant combien de temps). Près de 50% ont également répondu « non » à cette question.

7b.	Nombre	%
0	72	29,37
Oui	58	23,58
Non	116	47,15
Total	246	100,00

c) Faire du sport, avoir des activités culturelles

Le nombre de réponses positives est presque identique à celui obtenu à la réponse 7a. Travail, à savoir 88 (36%) et 90 (36,50%). Le nombre de réponses négatives est un peu inférieur à celui obtenu aux questions 7a. Travail et 7b. Formation, mais il s'agit cependant encore du groupe le plus important de personnes interrogées avec 43%.

Cela signifie qu'environ la moitié des participants ont donné une réponse négative tant en ce qui concerne le travail que la formation et la détente. Le pourcentage de personnes n'ayant pas répondu à cette question est également frappant (20,73%) et nous manquons une fois de plus de données qualitatives. Une re-formulation et des éclaircissements s'imposent donc au niveau de ces questions. La collecte de données plus qualitatives dans un questionnaire structuré est difficilement réalisable sans y ajouter un trop grand degré de complexité. Il est préférable d'obtenir des informations de ce type dans le cadre d'entretiens en face à face.

7c	Nombre	%
0	51	20,73
Oui	88	36,18
Non	107	43,09
Total	246	100,00

8) PENDANT LE DERNIER MOIS DE VOTRE INCARCERATION AVEZ-VOUS EU DE LA VISITE DE FAMILLE OU AMIS ?

La grande majorité (presque 70%) a effectivement reçu de la visite ; cela signifie cependant que 30% des détenus n'ont pas de contacts avec l'extérieur.

On observe des différences en fonction du régime de détention. Ainsi, 79% des prévenus ont reçu des visites, 64% des condamnés et seulement 33% des personnes internées.

8.	nombre	%
0	8	3,25
Oui	168	68,29
Non	70	28,46
Total	246	100,00

9) PENDANT MON INCARCERATION ACTUELLE JE M'ENNUIE.

L'ennui domine manifestement chez 2/3 (66,67%) des personnes interrogées, « Je m'ennuie beaucoup » obtient un résultat de 35,37% et « Je m'ennuie tout le temps » obtient un résultat de 31,30%. Seulement un peu plus de 10% des personnes interrogées ont répondu par « Je ne m'ennuie pas », dont presque la moitié ont répondu positivement à la question 7a. Travail. Il n'y avait aucune différence significative entre les réponses des hommes et des femmes à cette question.

Le sentiment subjectif de l'ennui domine donc parmi les détenus.

9.	nombre	%
0	3	1,22
Je ne m'ennuie pas	29	11,79
Je m'ennuie un peu	50	20,33
Je m'ennuie beaucoup	87	35,37
Je m'ennuie tout le temps	77	31,30
Total	246	100,00

10) DE MANIERE GENERALE, AU COURS DU DERNIER MOIS, COMMENT QUALIFIERIEZ-VOUS VOTRE ETAT EMOTIONNEL OU PSYCHOLOGIQUE EN LIEN AVEC LA VIE CARCERALE ?

107 des 246 (43,50%) personnes interrogées ont répondu par « pas bien du tout », et 70 autres (28,46%) ne se sentent « pas tellement bien ». Cela signifie que 72% des détenus composant l'échantillon considèrent leur situation psychique/émotionnelle comme critique. Par contre, 8% se sentent très bien en prison. Un régime carcéral est parfois vécu de façon subjective comme quelque chose de bon car il propose une structure et donne la possibilité d'échapper temporairement aux exigences de la vie à l'extérieur. Par contre, 90% des personnes interrogées qui ne sont ni condamnées, ni prévenues ou internées (« autre ») disent se sentir très mal en prison.

L'ennui et le malaise psychique (dépression, entre autres) ont été cités plusieurs fois dans l'enquête préalable comme facteurs à risque importants d'une initiation à l'usage de drogues, d'une rechute et d'une poursuite de la consommation de stupéfiants. Les résultats obtenus dans cet échantillon limité indiquent donc un important potentiel de candidats auxquels ces facteurs à risques pourraient s'appliquer.

Une comparaison entre les consommateurs de drogues révèle que 9 consommateurs (7%) choisissent « je me sens très bien ». Les consommateurs durs optent davantage pour « relativement bien ». De manière générale, les consommateurs répondent plus fréquemment « pas bien du tout » par rapport aux non-consommateurs. Cette différence n'est cependant pas significative.

10.	nombre	%
0	4	1,63
<i>Je me ne sens pas bien du tout</i>	107	43,50
<i>Je me ne sens pas tellement bien</i>	70	28,46
<i>Je me sens assez bien</i>	45	18,29
<i>Je me sens très bien</i>	20	8,13
Total	246	100,00

11) QUELS PRODUITS AVEZ-VOUS CONSOMME DURANT LE MOIS PRECEDENT VOTRE INCARCERATION? (INDIQUEZ UNE REPONSE POUR TOUS LES PRODUITS CONSOMMES)

La question sur la consommation de stupéfiants concerne le mois précédent l'incarcération actuelle, ce qui permet d'obtenir une image plus précise de la consommation récente de stupéfiants et est plus pertinent qu'un sondage sur la consommation pendant la vie entière pour obtenir une vue d'ensemble de la problématique en prison.

36 personnes interrogées déclarent avoir consommé de l'héroïne au cours du mois précédent leur incarcération, soit 15% de la population totale, dont ¼ (25%) a consommé par voie intraveineuse.

11.1 héroïne	nombre	%
0	8	3,25
<i>Fumé et/ou avalé</i>	27	10,98
<i>Injecté</i>	9	3,66
3	202	82,11
Total	246	100,00

La cocaïne était plus populaire que l'héroïne avant l'incarcération actuelle. 53 personnes interrogées (21,54%) ont consommé de la cocaïne, contre 36 (14,64%) pour l'héroïne. Le nombre de consommateurs de cocaïne par voie intraveineuse, avec 13 personnes interrogées, est égal à 25%.

11.2 cocaïne	nombre	%
0	8	3,25
Fumé et/ou avalé	40	16,26
Injecté	13	5,28
3	185	75,20
Total	246	100,00

Avec une consommation par 8% des personnes interrogées, les amphétamines (speed) sont moins populaires que la cocaïne et l'héroïne. Une personne sur 4 consomme le speed par voie intraveineuse.

11.3 speed	nombre	%
0	8	3,25
Fumé et/ou avalé	14	5,69
Injecté	5	2,03
3	219	89,02
Total	246	100,00

Le pourcentage (9%) de consommateurs d'ecstasy est comparable aux 8% qui consomment du speed. Deux personnes interrogées ont indiqué consommer l'XTC par voie intraveineuse. Bien que techniquement possible, cela nous semble peu vraisemblable. Peut-être la personne interrogée a-t-elle commis une erreur en complétant son questionnaire.

11.4 XTC	nombre	%
0	9	3,66
Fumé et/ou avalé	20	8,13
Injecté	2	0,81
3	215	87,40
Total	246	100,00

Pour le LSD et les autres substances hallucinogènes, nous trouvons également deux personnes interrogées (les mêmes) qui indiquent l'injection comme moyen de consommation. La même remarque que sous 11.4 XTC s'applique ici.

Dans l'ensemble, le LSD a été mentionné par un peu plus de 6% des participants

11.5 LSD	nombre	%
0	9	3,66
Fumé et/ou avalé	13	5,28
Injecté	2	0,81
3	222	90,24
Total	246	100,00

L'analyse croisée permet de constater que 8 personnes interrogées déclarent avoir consommé, avant leur incarcération, à la fois du speed, de l'XTC et du LSD, soit 42% de l'ensemble des consommateurs de speed. Deux personnes interrogées ont consommé à la fois du speed et de l'XTC et deux autres du speed et du LSD. 4 personnes interrogées ont consommé de l'XTC et du LSD.

11% (27 personnes interrogées) de l'échantillon ont consommé de la méthadone au cours du mois précédent leur incarcération dont 22 % par voie intraveineuse. Parmi les femmes, seule une détenue rapporte avoir consommé de la méthadone au cours du mois précédent l'incarcération.

L'injection de la méthadone est un phénomène connu, bien que ce mode de consommation soit plus fréquent dans la partie francophone du pays. Cette réponse peut donc être considérée comme exacte.

Parmi les 27 personnes interrogées qui ont consommé de la méthadone, 21 ont également consommé de la cocaïne, soit 77% de la population consommant de la méthadone. Dans une étude à paraître, réalisée par la Free Clinic auprès de 100 consommateurs marginalisés suivant un traitement de substitution à la méthadone, la cocaïne était accessoirement consommée par 82 personnes interrogées. Ces données sont donc assez comparables aux 77% obtenus ici.

11.6 méthadone	nombre	%
0	8	3,25
Fumé et/ou avalé	21	8,54
Injecté	6	2,44
3	211	85,77
Total	246	100,00

Plus de 40% des personnes interrogées ont consommé des dérivés du cannabis au cours du mois précédent leur incarcération. Il s'agit du plus grand groupe, considérablement plus nombreux que pour les autres substances.

Bien qu'il ne soit pas impossible de consommer du haschisch par injection, ainsi que 3 personnes l'ont indiqué, cela semble peu probable et il doit plutôt s'agir d'une erreur lors de la communication des réponses.

11.7 haschisch	nombre	%
0	8	3,25
Fumé et/ou avalé	97	39,43
Injecté	3	1,22
3	138	56,10
Total	246	100,00

14% indiquent avoir consommé des benzodiazépines. Ce groupe est du même ordre de grandeur que celui des consommateurs d'héroïne.

L'injection de benzodiazépines est un phénomène connu.

Une comparaison croisée nous apprend que 18 (53%) des 34 consommateurs de benzodiazépines consomment également de l'héroïne, donc plus de 1 sur 2.

11.8 benzodiazépines	nombre	%
0	8	3,25
Fumé et/ou avalé	31	12,60
Injecté	3	1,22
3	204	82,93
Total	246	100,00

Les barbituriques ne sont consommés que dans 5% des cas.

L'injection de barbituriques est un phénomène connu.

La mesure dans laquelle les personnes interrogées confondent les benzodiazépines et les barbituriques ou les considèrent comme une seule et même substance ne peut être déduite des données.

11.9 barbituriques	nombre	%
0	8	3,25
Fumé et/ou avalé	10	4,07
Injecté	2	0,81
3	226	91,87
Total	246	100,00

Après les dérivés du cannabis qui enregistrent un résultat de 40%, l'alcool, avec presque 30%, est la substance la plus consommée avant l'incarcération. Il existe donc un grand groupe de personnes susceptibles de prendre des succédanés d'alcool en détention.

L'injection de l'alcool est un phénomène connu.

11.10 alcool	nombre	%
0	8	3,25
Fumé et/ou avalé	71	28,86
Injecté	2	0,81
3	165	67,07
Total	246	100,00

Seuls 3% ont indiqué la possibilité de choix «Autres ». Les produits suivants ont été cités : Subutex® (buprénorphine, Temgesic®, par exemple, qui est fréquemment utilisé en France comme médicament de substitution pour les héroïnomanes) ; crack (qui peut donc venir s'ajouter à la cocaïne) ; bière (= alcool) ; Serorat ; stramoine, antidépresseurs, calmants (= benzodiazépines) et neuroleptiques. Les antidépresseurs et les neuroleptiques pourraient devenir une nouvelle possibilité de choix.

Seules 40% des personnes interrogées ont indiqué n'avoir rien consommé pendant le mois précédent leur incarcération. La proportion des 97 personnes «non-consommatrices » ayant donné cette réponse parce qu'ils la considèrent comme la plus « socialement acceptable » ne peut pas être déduite des résultats. Si on exclut l'alcool, ce sont 50% des répondants qui rapportent une consommation de drogues illégales ou obtenues de manière illégale.

11.14 rien consommé	nombre	%
0	9	3,66
Oui	97	39,43
3	140	56,91
Total	246	100,00

Synthèse du nombre de substances par personne interrogée (avant incarcération)

Nombre de produits	Nombre	%
Rien complété	8	3,25
0	98	39,84
1	57	23,17
2	27	10,98
3	14	5,69
4	15	6,10
5	7	2,85
6	8	3,25
7	7	2,85
8	3	1,22
11	2	0,81
Total	246	100,00

Un peu plus de 3% des personnes interrogées n'a rien répondu à cette question. Nous ne pouvons déterminer si ces huit détenus ont refusé de répondre ou s'ils ont mal compris la question.

40% n'ont rien consommé et 23% ont consommé 1 substance avant l'incarcération. Presque 11% ont consommé deux produits, tandis qu'ils n'existe pas de différence sensible (à savoir 5,69% contre 6,10%) entre les personnes interrogées qui ont consommé 3 ou 4 produits. Deux participants (1%) ont indiqué 11 produits. Le degré de véracité de cette réponse demeure une inconnue.

Synthèse des substances pour les personnes interrogées qui n'ont consommé qu'un seul produit avant leur incarcération

Produit	nombre	%
Alcool	19	33,33
Haschisch	32	56,14
Benzodiazépines	4	7,02
Speed, amphétamines	1	1,75
Cocaine	1	1,75
Total	57	100,00

Les dérivés du cannabis (56%) et l'alcool (33%) représentent ensemble 89%. Il est donc évident que ces produits sont les substances les plus consommées seules. 7% (4 personnes interrogées) pour les benzodiazépines et 1 réponse (2%) pour le speed et pour la cocaïne sont des chiffres négligeables par rapport à l'échantillon total.

Synthèse du nombre moyen de produits chez les personnes interrogées qui ont consommé 2 substances au minimum avant leur incarcération

Nombre de produits	nombre	%
2	27	32,53
3	14	16,87
4	15	18,07
5	7	8,43
6	8	9,64
7	7	8,43
8	3	3,61
11	2	2,41
Total	83	100,0

En moyenne, les personnes interrogées qui ont consommé au moins 2 substances en ont consommé 4,02. Un quart de ce groupe ne consomme pas plus de 2 substances et la moitié pas plus de 3. Un quart de ce groupe a cependant consommé 5 substances ou plus. Les indications de polytoxicomanie au cours du mois précédant l'incarcération sont donc suffisamment présentes dans l'échantillon.

12) LEQUEL DE CES PRODUITS ETAIT VOTRE PREFERE AVANT VOTRE INCARCERATION (UN SEUL PRODUIT)?

Le pourcentage de personnes interrogées n'ayant pas répondu à la question est supérieur à 10%. Ceci peut être dû au fait qu'il n'y a pas de choix précis pour une substance particulière mais aussi au fait qu'un certain nombre de personnes ne consommant pas de stupéfiants ont laissé la question ouverte. En effet, seulement 35% (soit 87 personnes interrogées) ont utilisé le code « Non applicable » et seule une personne a indiqué « Rien ».

Le « hit-parade » des produits est le suivant : en première place, les dérivés du cannabis (16%), suivis par la cocaïne (12%) et l'alcool (9%). L'héroïne vient en quatrième place avec 8%. Les autres substances n'obtiennent jamais plus de 2,5%.

Globalement, cela signifie que le produit préféré, avant l'incarcération, de plus de 40% des personnes interrogées était une substance illégale. Ce chiffre est obtenu en soustrayant du nombre total de personnes interrogées, celles ne consommant pas de stupéfiants, celles qui dépendent du code 0, les consommateurs d'alcool, les personnes utilisant des benzodiazépines et des barbituriques (pour autant que ces deux derniers groupes n'aient pas obtenu leurs médicaments par une filière illégale).

Remarque : pour le choix « autre », deux personnes interrogées ont indiqué la combinaison héroïne-cocaïne (« snowball »).

12.	nombre	%
0	27	10,98
Haschisch	40	16,26
Cocai ne	29	11,79
Alcool	23	9,35
Héroï ne	19	7,72
XTC	6	2,44
Benzodiazépines	6	2,44
Speed, amphétamines	3	1,22
Barbituriques	2	0,81
Autre	2	0,81
LSD, champignons	1	0,41
Rien	1	0,41
Non applicable	87	35,37
Total	246	100,00

13) AVANT CETTE INCARCERATION, SUIVIEZ-VOUS UN TRAITEMENT POUR UN PROBLEME LIE A LA CONSOMMATION DE DROGUES?

13% de l'échantillon total a suivi un traitement quelconque pour un problème lié à la consommation de drogues. La grande majorité de ces détenus (84%) a suivi un programme « méthadone ». Seules 5 personnes interrogées (2% de la population totale ; 16% du groupe qui a suivi un traitement) ont suivi un traitement sans méthadone. Nous manquons de données qualitatives permettant d'identifier le traitement en question. Le faible résultat peut cependant donner une indication sur le manque d'ampleur des dispositions prévues pour les consommateurs de substances autres que l'héroïne. Les usagers de drogues dépendants au

speed ou à la cocaïne sont représentés par un pourcentage moindre dans les traitements relatifs à l'usage de drogues.

A la question 11.6 Méthadone, 27 personnes interrogées ont signalé avoir consommé de la méthadone au cours du mois précédent leur incarcération. 26 participants indiquent ici prendre part à un programme « méthadone ». Une comparaison croisée nous apprend que 17 personnes interrogées renseignent la consommation de méthadone aux questions 11.6 et 13. Nous pouvons trouver une explication dans le fait que la question 11 a été interprétée par rapport aux substances illégales et, par conséquent, que 7 personnes interrogées suivant un traitement à la méthadone n'ont pas considéré devoir répondre positivement à cette question et que 16 des 27 personnes ayant indiqué avoir consommé de la méthadone l'ont fait illégalement. Une clarification des questions s'impose.

13.	nombre	%
0	16	6,50
Non applicable	76	30,89
Non	123	50,00
Oui, avec méthadone	26	10,57
Oui, sans méthadone	5	2,03
Total	246	100,00

14) SI VOUS SUIVIEZ UN TRAITEMENT A BASE DE METHADONE AVANT CETTE INCARCERATION, LORS DE VOTRE ARRIVEE EN PRISON, CELUI-CI A-T-IL ETE :

33 personnes interrogées (13% de la population totale) ont répondu à la question du suivi de leur traitement à base de méthadone. Ce nombre est supérieur aux 26 participants qui ont indiqué suivre un programme « méthadone » à la question 13 ; la différence peut s'expliquer par le groupe qui a consommé illégalement de la méthadone.

Dans le plus grand groupe, le traitement a été arrêté selon un schéma de diminution progressive (18 = 55%) ; pour 1 individu sur 3, le traitement a été interrompu immédiatement ; pour une petite majorité (4 personnes, parmi lesquelles 1 détenue), le traitement a été poursuivi. Pour le dernier groupe, nous ne disposons pas de données sur la mesure dans laquelle un arrêt progressif a également été mis en œuvre (interprétation des possibilités de choix). Sur les 26 participants ayant indiqué, à la question 13, suivre un programme à base de méthadone en dehors de la prison, quatorze ont répondu qu'ils ont reçu un traitement de sevrage à base de doses régressives, huit un sevrage immédiat, et 2 une poursuite du traitement méthadone ; un participant n'a pas répondu (code 0) et un a répondu « pas d'application ».

Il convient en outre de rappeler qu'il existe de très grandes différences, d'un établissement pénitentiaire à l'autre, au niveau du traitement médicamenteux. Nous ne pouvons en aucun cas procéder à des généralisations sur la base de ces données.

14.	nombre	%
0	31	12,60
Non applicable	182	73,98
Maintenu sans interruption	4	1,63
Interrompu immédiatement à votre arrivée en prison	11	4,47
Diminuer progressivement en quelques semaines	18	7,32
Total	246	100,00

15) A QUEL AGE AVEZ-VOUS COMMENCE A CONSOMMER PAR INJECTION?

Au total, 41 personnes interrogées, soit 17% de la population totale, ont déjà consommé par injection, ce qui correspond au chiffre présumé de 15% des UDI en détention.

23 des 41 UDI (56%) avaient moins de 20 ans lors de la première injection. Plus de 80% avaient moins de 25 ans. Dans une étude récente réalisée par la Free Clinic auprès de 248 (ex-)UDI³²³, l'âge moyen du début de la consommation par injection était de 20,41 ans, avec 14 ans comme plancher pour les hommes et 13 ans pour les femmes. Les données sont relativement comparables dans la présente recherche. Des données similaires sont observées dans les enquêtes boule-de-neige réalisées en Communauté française par Modus Vivendi³²⁴.

15.	nombre	%
0	25	10,16
Jamais injecté	180	73,17
Plus jeune que 15 ans	10	4,07
Plus jeune que 20 ans	13	5,28
Plus jeune que 25 ans	10	4,07
Plus âgé(e) que 25 ans	8	3,25
Total	246	100,00

16) COMBIEN DE FOIS AVEZ-VOUS CONSOMME PAR INJECTION DURANT LE MOIS PRECEDENT VOTRE INCARCERATION?

Un total de 23 participants, soit 56% des 41 personnes interrogées de la question 15, ont répondu à la question portant sur la consommation par voie intraveineuse au cours du mois précédant l'incarcération.

Etant donné que le code « pas injecté pendant le dernier mois » ne faisait pas partie des réponses possibles à cette question, nous pouvons supposer que les 18 autres personnes

³²³ TODTS S., DE MAERE W., DRIESEN G., KINABLE H.; Risicogedrag bij Druggebruikers, Congresboek Hepatitis C, 1997, page 285

³²⁴ HARIGA F., GOOSDEEL A.; Euro Boule-de-neige 1998. Modus Vivendi . Carnet du risque N°28

interrogées à la question 15 ont répondu à cette question par « Jamais injecté » ou en utilisant le code « 0 ». Une re-formulation de la question s'impose.

16.	nombre	%
0	26	10,57
Jamais injecté	197	80,08
Tous les jours	9	3,66
Quelques fois par semaine	6	2,44
Quelques fois par mois	8	3,25
Total	246	100,00

17) QUAND A EU LIEU VOTRE DERNIERE INJECTION DE DROGUES EN DEHORS DE LA PRISON?

Parmi les 26 personnes interrogées qui avaient signalé à la question 16 avoir consommé par injection, 50% (13 réponses) avaient encore consommé par injection le jour ou le soir avant leur incarcération.

Nous observons également de petites différences par rapport aux réponses aux questions précédentes. Le nombre total de personnes interrogées ayant consommé par injection est de 37 au lieu de 41 à la question 15. La raison de cette différence auprès de quatre personnes interrogées n'est pas claire. Il est possible, et cela a par ailleurs été abordé dans les entretiens réalisés dans le cadre de l'enquête de la Free Clinic sur les comportements à risque, que le sentiment subjectif de l'usager de drogues lui fasse parfois ignorer quelques injections exceptionnelles.³²⁵

Les trois personnes interrogées manquantes à la question 17 (26 ont répondu par l'affirmative à la question sur la consommation au cours du dernier mois) peuvent vraisemblablement se retrouver parmi les six qui ont répondu « entre 1 mois et 1 an ».

17.	nombre	%
0	21	8,54
Jamais injecté	188	76,42
Le jour ou le soir avant mon incarcération	13	5,28
Moins d'un mois avant mon incarcération	7	2,85
Entre 1 mois et 1 an avant mon incarcération	6	2,44
Cela fait plus d'un an	11	4,47
Total	246	100,00

³²⁵ TODTS S., DE MAERE W., DRIESEN G., STEYVERS M., KINABLE H.; Onderzoeksrapport Free Clinic-GIG naar risicogedrag bij druggebruikers; Hepatitis C Congresboek, pp. 277 –306, octobre 1997

18) LORS DE VOTRE DERNIERE INJECTION AVANT VOTRE INCARCERATION, AVEZ-VOUS PARTAGE DU MATERIEL D'INJECTION (SERINGUE, AIGUILLE, CUILLERE, FILTRE, EAU)?

Le choix de réponse « Non, pas partagé » doit désormais être intégré à ce niveau dans les questionnaires. Il est clair que de nombreuses personnes interrogées ont répondu par « Jamais injecté » faute d'autre possibilité de choix.

9% de la population totale indique avoir déjà partagé du matériel d'injection, soit 49% des IVD. Cela correspond aux résultats de l'étude de la Free Clinic³²⁶ dans laquelle 49% des IVD actifs avaient partagé du matériel. Pour le plus grand groupe (62%), il s'agissait d'un partage avec le (la) partenaire, ce qui est par ailleurs la tendance dégagée dans la majorité des études. Un(e) partenaire fixe, surtout un(e) partenaire sexuel(le), est manifestement considéré(e) (éventuellement à raison) comme représentant un risque moindre lors du partage du matériel d'injection. Des résultats comparables sont observés dans les enquêtes Boule-de-neige en Communauté française.

18.	nombre	%
0	31	12,61
Jamais injecté	194	78,86
Oui, avec mon partenaire	13	5,28
Oui, avec un ou plusieurs ami(e)s	6	2,44
Oui, avec un ou plusieurs inconnu(e)s	2	0,81
Total	246	100,00

19) QUEL(S) PRODUIT(S) DU MARCHE NOIR (OBTENUS DE MANIERE ILLEGALE) AVEZ-VOUS FUME, AVALE OU INJECTE LORS DE VOTRE ACTUELLE OU PRECEDENTE INCARCERATION? (INDIQUEZ UNE REPONSE POUR TOUS LES PRODUITS CONSOMMES)

Lorsque ce questionnaire a été soumis aux détenus, la question sur les produits consommés portait sur toutes les incarcérations, également les précédentes. La réponse à cette question peut donc se révéler difficile pour les personnes interrogées qui ont été incarcérées plusieurs fois et qui ont alterné des périodes de consommation et d'abstinence. (Par exemple une consommation pendant l'incarcération précédente, mais pas de consommation au cours de l'incarcération actuelle.)

Toutes les substances citées ci-dessous font référence au circuit illégal, y compris les médicaments tels que les benzodiazépines, la méthadone et les barbituriques.

Au total, ce sont 40% des répondants qui rapportent l'usage de drogues illégales (alcool non-compris) en prison au cours de leur vie.

³²⁶ TODTS S., DE MAERE W., DRIESEN G., KINABLE H.; Risicogedrag bij Druggebruikers, Congresboek Hepatitis C, 1997, page 296

31 personnes interrogées (13%) admettent avoir consommé de l'héroïne en prison, soit une augmentation de 5 (2%) par rapport aux 26 de la question 11.1. concernant la consommation d'héroïne avant l'incarcération. La fréquence de la consommation par voie intraveineuse tombe de 9 à la question 11.1 à 2, ce qui confirme la thèse que la consommation par injection en prison est de moindre ampleur.

19.1 prison héroïne	nombre	%
0	16	6,50
Fumé et/ou avalé	29	11,79
Injecté	2	0,81
3	199	80,89
Total	246	100,00

La consommation de cocaïne tombe de 53 (22%) à 22 (9%), ce qui confirme que la consommation de cocaïne existe en détention, mais qu'elle est moins populaire que celle d'héroïne.

La consommation par injection baisse significativement ici aussi (de 13 à 2).

19.2 prison cocaïne	nombre	%
0	17	6,91
Fumé et/ou avalé	20	8,13
Injecté	2	0,81
3	207	84,15
Total	246	100,00

La consommation de speed reste constante (19 réponses positives à la question 11.3 ; 20 ici). Bien que le speed soit également considéré comme moins populaire en prison, cet échantillon ne le révèle pas. Le pourcentage de consommateurs de speed reste également stationnaire en détention avec 8%. La présence de plus en plus marquée de la poly-toxicomanie en prison peut l'expliquer ; le fait que le speed soit le produit le moins cher du « marché noir » peut être une autre raison. La consommation par voie intraveineuse diminue toutefois ici également (de 5 à 2).

19.3 prison speed	nombre	%
0	16	6,50
Fumé et/ou avalé	18	7,32
Injecté	2	0,81
3	210	85,37
Total	246	100,00

La consommation d'XTC tombe de 9% à 4,87% (22 à 12). Personne n'a renseigné la consommation par voie intraveineuse.

19.4 prison XTC	nombre	%
0	16	6,50
Fumé et/ou avalé	12	4,88
3	218	88,62
Total	246	100,00

Dans le cas du LSD et des autres substances provoquant un trip, la consommation par voie intraveineuse n'est plus mentionnée non plus, tandis que la consommation en détention baisse fortement, à savoir de 15 (6%) à 5 (2%).

L'ecstasy et le LSD sont donc manifestement moins recherchés que le speed en détention. Nous ne pouvons déterminer si les effets hallucinogènes parfois puissants et l'incompatibilité de ces effets avec la vie en cellule en sont la cause.

19.5 prison LSD	nombre	%
0	16	6,50
Fumé et/ou avalé	5	2,03
3	225	91,46
Total	246	100,00

Du point de vue des chiffres, 12 personnes interrogées (5%) consomment de la méthadone obtenue par le circuit illégal en prison. Une baisse de plus de 50% ; la consommation par voie intraveineuse n'apparaît plus. La question que l'on peut se poser est de savoir dans quelle mesure les personnes interrogées comprennent qu'il s'agit du circuit illégal.

19.6 prison méthadone	nombre	%
0	16	6,50
Fumé et/ou avalé	12	4,88
3	218	88,62
Total	246	100,00

Le cannabis reste la substance la plus populaire en prison, avec une légère baisse (de 100 personnes interrogées à 90, soit de 40,5% à 36,5%), ce que confirme la plupart des résultats d'enquêtes indiquant que le cannabis enregistre la prévalence de consommation la plus élevée dans les prisons.

19.7 prison haschisch	nombre	%
0	16	6,50
Fumé et/ou avalé	90	36,59
3	140	56,91
Total	246	100,00

La consommation de benzodiazépines reste stationnaire : 34 (14%) à la question 11.8 contre 32 (13%) ici.

Tout comme pour la méthadone et les barbituriques (ci-dessous), il convient de s'interroger dans quelle mesure toutes les personnes interrogées comprennent qu'il s'agit du circuit illégal.

19.8 prison benzodiazépines	nombre	%
0	16	6,50
Fumé et/ou avalé	32	13,01
3	198	80,49
Total	246	100,00

La consommation de barbituriques reste également stationnaire : 12 (4,88%) contre 11 (4,47%) ici.

19.9 prison barbituriques	nombre	%
0	16	6,50
Fumé et/ou avalé	11	4,47
3	219	89,02
Total	246	100,00

L'alcool enregistre la baisse relative la plus importante. Des 73 personnes interrogées (presque 30%) de la question 11.10, 32 (soit 13%) indiquent encore ici consommer de l'alcool en détention. La disponibilité peut jouer un rôle à cet égard (il est plus difficile de faire entrer illégalement une bouteille de whisky qu'un gramme d'héroïne). Ces résultats ne permettent pas de déduire l'usage de succédanés de l'alcool (after-shave, par exemple) auprès des 32 personnes interrogées ayant répondu positivement à la question, ni de savoir dans quelle mesure de tels succédanés sont consommés mais ne sont pas considérés comme de l'alcool et ne sont donc pas renseignés dans le cadre de cette question.

19.10 prison alcool	nombre	%
0	16	6,50
Fumé et/ou avalé	32	13,01
3	198	80,49
Total	246	100,00

Les deux résultats « autres » se rapportaient au Subutex (médicament de substitution pour les héroïnomanes et au « tosch » (autre nom pour les dérivés du cannabis).

19.11 prison autres	nombre	%
0	16	6,50
Fumé et/ou avalé	2	0,81
3	228	92,68
Total	246	100,00

Un peu plus de la moitié (52%) indique n'avoir consommé aucune substance illégale en prison. Par contre, 42% ont consommé un ou plusieurs produits illégaux, tandis que 6,50% n'ont pas répondu. Il ressort donc de cet échantillon que l'usage de drogues en détention est pratiquée par un pourcentage important de la population carcérale.

19.14 prison rien	nombre	%
0	16	6,50
Oui	127	51,63
3	103	41,87
Total	246	100,00

20) PARMIS CES SUBSTANCES, LAQUELLE ETAIT VOTRE PREFEREE EN PRISON (UN SEUL PRODUIT)?

Ces données permettent d'affirmer que les dérivés du cannabis sont de loin les substances préférées en prison. Presque 1 personne interrogée sur 4 (23%) a choisi le cannabis.

A l'exception de l'héroïne (avec 8 personnes interrogées, soit 3%) et des benzodiazépines (5 = 2%), aucune autre substance n'a enregistré de résultat supérieur à 1,2%. Si l'on compare ce « hit-parade » avec celui relatif à la consommation avant l'incarcération, le cannabis demeure le numéro 1 incontestable, mais l'héroïne occupe la deuxième place et non plus la quatrième. Par ailleurs, la préférence pour les benzodiazépines augmente également, ce qui confirme que les « downers » sont toujours plus populaires que les « uppers » dans les établissements pénitentiaires. La cocaïne perd en effet sa deuxième place et l'alcool recule sensiblement.

Les deux personnes interrogées qui ont indiqué « Autres » ont mentionné une combinaison comme substance préférée, à savoir Subutex et héroïne.

20. produit préféré	nombre	%
<i>0</i>	38	15,45
<i>Haschisch</i>	57	23,17
<i>Héroïne</i>	8	3,25
<i>Benzodiazépines</i>	5	2,03
<i>Cocaïne</i>	3	1,22
<i>Speed, amphétamines</i>	3	1,22
<i>Méthadone</i>	2	0,81
<i>Alcool</i>	2	0,81
<i>Autres</i>	2	0,82
<i>XTC</i>	1	0,41
<i>Barbituriques</i>	1	0,41
<i>Rien</i>	4	1,63
<i>Non applicable</i>	120	48,78
Total	246	100,00

21) LE(S)QUELLE(S) DE CES SUBSTANCES AVEZ-VOUS CONSOMMEE(S) POUR LA PREMIERE FOIS EN PRISON? (INDIQUEZ UNE REPONSE POUR TOUS LES PRODUITS CONSOMMES)

Un nombre important de personnes interrogées (6,50%), parmi lesquelles une a même consommé par voie intraveineuse, signalent l'initiation en prison à la consommation d'héroïne. Une comparaison croisée révèle que 9 (29%) des 31 personnes interrogées qui consomment de l'héroïne en prison (question 19) ont fait connaissance avec la consommation de cette substance en détention. Bien que ces résultats doivent être traités avec toute la prudence de rigueur, nous sommes en présence d'indications relatives à l'initiation à la consommation. Les raisons du début de cette consommation ne peuvent être déterminées à l'aide des données quantitatives.

21.1 héroïne	nombre	%
<i>0</i>	52	21,14
<i>Fumé et/ou avalé</i>	15	6,10
<i>Injecté</i>	1	0,41
3	178	72,36
Total	246	100,00

Nous pouvons également constater un début de consommation de cocaïne. 11 personnes interrogées (5%) ont consommé de la cocaïne pour la première fois en prison. Toutefois, la consommation par voie intraveineuse n'a pas été signalée. Bien que la cocaïne ne soit pas mentionnée comme une substance préférée en prison, le taux d'initiation à la consommation de cette substance est relativement élevé.

21.2 cocaïne	nombre	%
0	52	21,14
Fumé et/ou avalé	11	4,47
3	183	74,39
Total	246	100,00

Une personne interrogée a consommé du speed pour la première fois en prison. Ces données confirment que le speed n'est pas une substance recherchée en prison, mis à part par le groupe de consommateurs de speed qui continuent à en prendre en détention (voir résultats questions 11.3 et 19.3).

21.3 speed	nombre	%
0	52	21,14
Fumé et/ou avalé	1	0,41
3	193	78,46
Total	246	100,00

21.4 XTC	nombre	%
0	52	21,14
Fumé et/ou avalé	4	1,63
3	190	77,24
Total	246	100,00

Quelques personnes interrogées (4 et 3) ont fait connaissance avec, respectivement, l'XTC et le LSD en prison. Ces résultats sont un peu supérieurs à ceux enregistrés pour le speed, mais demeurent limités par rapport à l'initiation à la consommation d'héroïne et de cocaïne.

21.5 LSD	nombre	%
0	52	21,14
Fumé et/ou avalé	3	1,22
3	191	77,64
Total	246	100,00

Il existe une initiation minimale (3 = 1%) à la consommation de méthadone. Bien qu'aucune donnée qualitative ne soit disponible, il est possible qu'il s'agisse d'héroïnomanes initiés à la méthadone afin de combattre l'état de manque.

21.6 méthadone	nombre	%
0	52	21,14
Fumé et/ou avalé	3	1,22
3	191	77,64
Total	246	100,00

Non seulement les dérivés de cannabis sont les substances favorites à l'intérieur comme à l'extérieur, mais le plus grand groupe est manifestement celui de l'initiation à la consommation de cette substance en détention. 45 personnes interrogées (= 18%), parmi lesquelles aucune détenue, signalent avoir consommé du cannabis pour la première fois en prison. Une comparaison croisée révèle que parmi les 90 détenus mentionnant une consommation de cannabis en détention (question 19.7), 35 de cette question (21.7) ont été initiés à cette substance en prison.

21.7 haschisch	nombre	%
0	52	21,14
Fumé et/ou avalé	45	18,30
3	149	60,57
Total	246	100,00

Les chiffres concernant l'initiation à la consommation de benzodiazépines sont comparables à ceux de l'héroïne (à savoir, 6,10% contre 6,51%). Les benzodiazépines sont en outre régulièrement citées étant une bonne drogue de prison (« downer »). Le manque de précision de cette question ne permet pas de déterminer dans quelle mesure les personnes interrogées ont envisagé uniquement la consommation illégale ou ont également pris en compte les médicaments obtenus sous prescription médicale.

21.8 benzodiazépines	nombre	%
0	52	21,14
Fumé et/ou avalé	15	6,10
3	179	72,76
Total	246	100,00

Pour les barbituriques, nous pouvons également nous demander dans quelle mesure il s'agit de consommation illégale. La popularité des effets de ces substances en détention peut être déduite du fait que presque 3% des personnes interrogées (plus que pour le speed, l'XTC, le LSD et la méthadone) ont été initiés à la consommation de barbituriques en prison.

21.9 barbituriques	nombre	%
0	52	21,14
Fumé et/ou avalé	7	2,85
3	187	76,02
Total	246	100,00

Malgré la baisse sensible enregistrée par l'alcool, à la fois comme substance préférée et comme substance consommée en prison, 7 personnes interrogées ont indiqué une initiation à la consommation d'alcool en prison.

21.10 alcool	nombre	%
0	51	20,73
Fumé et/ou avalé	7	2,85
3	188	76,42
Total	246	100,00

Remarque : le nombre élevé de réponses « 0 » peut être interprété comme un indicateur, soit des difficultés d'interprétation (toute première consommation de stupéfiants, ou première consommation de la substance en question, ou consommation de façon différente pour la première fois), soit de l'existence d'une opposition à faire connaître ces données.

21.14 jamais consommé	nombre	%
0	52	21,14
Oui	125	50,81
3	69	28,05
Total	246	100,00

En résumé, nous pouvons dire que ces résultats donnent suffisamment d'indications d'une initiation à la consommation de stupéfiants en prison, principalement en ce qui concerne les dérivés de cannabis. Les indications d'une initiation à l'héroïne, à la cocaïne et aux benzodiazépines sont plus inquiétantes. L'initiation à la consommation par voie intraveineuse n'a été signalée qu'exceptionnellement (1 fois sous « héroïne », 1 fois sous « autres »).

21. première fois	nombre	%
21.7 première fois haschisch	45	18,30
21.1 première fois heroïne	16	6,51
21.8 première fois benzodiazépines	15	6,09
21.2 première fois cocaïne	11	4,47
21.9 première fois barbituriques	7	2,85
21.10 première fois alcool	7	2,85

21.4 première fois XTC	4	1,63
21.5 première fois LSD	3	1,22
21.6 première fois méthadone	3	1,22
21.3 première fois speed	1	0,41
21.11 première fois autres	1	0,41
21.12 première fois autres	1	0,41
21.13 première fois autres	1	0,41

22) AVEZ-VOUS DEJA PARTAGE DU MATERIEL D'INJECTION EN PRISON (SERINGUE, CUILLERE, FILTRE, EAU)?

Remarque : il existe vraisemblablement ici un manque de clarté entre les catégories « Non applicable » (valable pour les non-usagers et pour les usagers n'ayant jamais consommé par injection, ou pour les usagers par voie intraveineuse qui n'ont jamais pratiqué d'injection en prison) et « Non » (pour les consommateurs par injection en prison qui n'ont jamais partagé du matériel en prison ?).

Une re-formulation s'impose.

Malgré cela, le comportement à risques consistant à partager du matériel d'injection n'a été mentionné que par cinq personnes interrogées (2% de la population totale). D'autre part, seules 6 personnes interrogées ont signalé la consommation par injection à la question 19 (à savoir, 2 pour l'héroïne, 2 pour le speed et 2 pour la cocaïne). Une comparaison croisée révèle qu'une seule de ces six personnes interrogées a indiqué le partage du matériel à la question 22.

22.	Nombre	%
0	17	6,91
Non applicable	156	63,41
Oui	5	2,03
Non	68	27,64
Total	246	100,00

23) DE L'EAU DE JAVEL EST-ELLE DISPONIBLE DANS CETTE PRISON POUR DESINFECTER LE MATERIEL D'INJECTION ?

Les résultats à cette question divergent tellement qu'il est impossible d'en tirer des conclusions. Les réponses enregistrées sont très différentes, tant dans la section pour femmes que chez les hommes. Nous pouvons nous demander s'il est utile de conserver cette question et, dans les questionnaires suivants, de reformuler entièrement la question en l'axant sur la désinfection du matériel destiné à la consommation de stupéfiants et à la pratique du tatouage.

23.	nombre	%
0	24	9,76
Non	67	27,24
Présent, mais difficile à obtenir	20	8,13
Présent, et facile à obtenir	40	16,26
Je ne sais pas	95	38,62
Total	246	100,00

24) AVEZ-VOUS DEJA SUBI UNE OVERDOSE PENDANT VOTRE INCARCERATION ACTUELLE OU PRECEDENTE?

5 personnes interrogées (2%) ont signalé avoir déjà subi une overdose en détention : 3 d'entre elles ont mentionné la consommation de différentes substances, 1 consommait de l'héroïne, 1 a refusé de compléter la question sur la consommation (comparaison avec la question 19). Ces données quantitatives ne permettent pas de savoir, d'une part, si l'overdose en question a nécessité une intervention du personnel, si elle a été soignée par les détenus placés dans la même cellule ou si elle s'est terminée par une récupération spontanée et, d'autre part, de quelles substances il s'agissait. Une enquête qualitative est nécessaire à l'obtention de ces informations. Une détenue interrogée a ajouté sur le questionnaire que l'overdose était une tentative (manquée) de suicide.

24.	nombre	%
0	21	8,54
Non applicable	135	54,88
Oui	5	2,03
Non	85	31,55
Total	246	100,00

25) AVEZ-VOUS DEJA CONSULTE UN MEDECIN POUR VOTRE PROBLEME DE DROGUES PENDANT VOTRE INCARCERATION ?

Il est frappant de constater que seule une minorité (18% de la population totale) consulte pour un problème lié aux stupéfiants. La grande majorité de ce groupe (34 personnes interrogées = 78% du groupe consultant un médecin) s'adresse à cet effet au médecin de la prison. Celui-ci occupe ainsi une position privilégiée dans le suivi médical des problèmes liés aux stupéfiants. Seules deux personnes interrogées consultent un médecin de l'extérieur. Les répercussions au niveau financier et du temps peuvent en être à l'origine. 8 usagers de drogues consultent à la fois le médecin de la prison et un médecin de l'extérieur. Parmi ces 10 détenus, la moitié (5) suivait un programme lié à leur problème de drogues avant leur incarcération (comparaison avec la question 13).

Par ailleurs, le fait que seul un groupe limité de détenus fasse appel à une aide médicale pour des problèmes liés aux stupéfiants ne nous informe pas sur la fréquence avec laquelle les services médicaux sont sollicités pour l'obtention d'une prescription de médicaments. Il se pourrait plutôt que les détenus, par crainte des stigmates, n'aient pas suffisamment confiance pour discuter d'un problème lié à la consommation de drogues ou que certains ne définissent pas leur consommation comme étant problématique.

25.	nombre	%
0	15	6,10
Non applicable	110	44,72
Non	77	31,30
Médecin de la prison	34	13,82
Médecin de l'extérieur	2	0,81
Les deux	8	3,25
Total	246	100,00

26) QU'EST-CE QUE LE MEDECIN VOUS A PRESCRIT?

Le nombre de réponses des 246 personnes interrogées s'est élevé à 257 (plusieurs réponses possibles).

18 personnes interrogées (7% de la population totale) ont indiqué des médicaments de substitution spécifiques : 11 ont répondu la méthadone (4%) et 7 le Temgesic (3%). Etant donné que 22 personnes interrogées ont indiqué à la question 14 qu'elles recevaient de la méthadone (4 maintien, 18 diminution progressive) et que seules 11 personnes interrogées indiquent ici la méthadone, nous pouvons nous interroger sérieusement sur la valeur de ces réponses. Les benzodiazépines sont le plus fréquemment citées avec 6% (15 personnes interrogées), tandis qu'un cocktail de divers produits est mentionné 14 fois (6%).

26.1 prescrit non applicable	nombre	%
0	20	8,13
Oui	159	64,64
3	67	27,24
Total	246	100,00

26.2 prescrit rien	Nombre	%
0	20	8,13
Oui	27	10,98
3	199	80,89
Total	246	100,00

26.3 prescrit méthadone	nombre	%
<i>0</i>	20	8,13
<i>Oui</i>	11	4,47
<i>3</i>	215	87,40
Total	246	100,00

26.4 prescrit temgesic	nombre	%
<i>0</i>	20	8,13
<i>Oui</i>	7	2,85
<i>3</i>	219	89,02
Total	246	100,00

26.5 prescrit Tranxène	nombre	%
<i>0</i>	20	8,13
<i>Oui</i>	8	3,25
<i>3</i>	218	88,62
Total	246	100,00

26.6 prescrit benzodiazépines	nombre	%
<i>0</i>	20	8,13
<i>Oui</i>	15	6,10
<i>3</i>	211	85,77
Total	246	100,00

26.7 prescrit neuroleptiques	nombre	%
<i>0</i>	20	8,13
<i>Oui</i>	4	1,63
<i>3</i>	222	90,24
Total	246	100,00

26.8 prescrit cocktail	nombre	%
<i>0</i>	20	8,13
<i>Oui</i>	14	5,69
<i>3</i>	212	86,18
Total	246	100,00

Les produits suivants ont été indiqués sous la rubrique « Autres » : Prozac, Dolzan, somnifères, Halcion, Xanax, Seronat, Impromen, antidépresseurs.

26.9 prescrit autres	nombre	%
0	20	8,13
Oui	13	5,28
3	213	86,59
Total	246	100,00

Ensemble prescrit (Plusieurs réponses possibles)

26. prescrit docteur	nombre	%
26.1 non applicable	159	64,64
26.2 rien	27	10,98
26.6 benzodiazépines	15	6,10
26.8 cocktail	14	5,69
26.9 autre	13	5,28
26.3 méthadone	11	4,47
26.5 tranxène	8	3,25
26.4 temgesic	7	2,85
26.7 neuroleptiques	4	1,63
Total	246	100,00

27) AVEZ-VOUS DURANT CETTE INCARCERATION, REÇU DES INFORMATIONS CONCERNANT L'USAGE DE DROGUES, LES RISQUES POUR LA SANTE ET LES MOYENS DE SE PROTEGER DE CES RISQUES?

Remarque : le taux de non-réponse passablement élevé pourrait indiquer que les répondants ne comprennent pas la question (ce qu'on entend par recevoir de l'information). La reformulation s'impose.

Moins de 1 sur 5 signale avoir reçu l'information (19% et 17%). L'information est donnée aussi bien par le personnel de prison que par les externes, mais on constate que le plus grand nombre (4 répondants) ont reçu cette information via le personnel de prison.

Par du personnel de la prison

27.a	nombre	%
0	40	16,26
Oui	47	19,11
Non	159	64,63
Total	246	100,00

Par du personnel extérieur

27.b	nombre	%
0	49	19,92
Oui	43	17,48
Non	154	62,60
Total	246	100,00

28) DURANT CETTE INCARCERATION AVEZ-VOUS SEJOURNE DANS :

– une section sans drogue

L'on peut sérieusement mettre en doute la valeur de ces réponses. En effet, il n'y a pas de section dite sans drogue dans les prisons où a été effectué le test préliminaire et il est donc impossible que 52 personnes interrogées aient été incarcérées dans une section dite sans drogue. Il s'agit probablement d'une définition subjective de la notion « section sans drogue ».

28a	Nombre	%
0	38	15,45
Oui	52	21,14
Non	156	63,41
Total	246	100,00

– -une annexe psychiatrique

28b	nombre	%
0	68	27,64
Oui	33	13,41
Non	145	58,94
Total	246	100,00

L'on peut faire la même observation que pour la question 28.a.

Ces questions utilisent la formulation « durant cette incarcération ». Il serait plus adéquat de les reformuler ainsi : « dans cette prison ». Les premiers termes pouvaient inciter les détenus à tenir compte par exemple des transfèremets. Concrètement, pour ce test, certains détenus avaient séjourné à Forest avant d'être transférés à Saint-Gilles et leurs réponses portent sur les deux établissements.

29) TROUVEZ-VOUS QUE, PAR RAPPORT AUX AUTRES DETENUS, LES USAGERS DE DROGUES EN PRISON ONT, CONCERNANT LES POINTS SUIVANTS, UN RÉGIME QUI EST:

– Accès au travail

Plus de 20% n'ont pas répondu à cette question. Des 80% restants, près de la moitié ignore s'il y a une différence ou non. Pour ceux qui estiment que le régime des consommateurs est meilleur, une comparaison croisée fait apparaître qu'il n'y a pas de différence significative entre consommateurs et non-consommateurs, soit sept réponses dans les deux groupes.

Pour la réponse « le même », 19 personnes sont des non-consommateurs et 25 consomment.

28 consommateurs trouvent le régime « plus mauvais » par rapport à 15 consommateurs. La majorité des non-consommateurs a répondu « ne sait pas ».

29a	nombre	%
0	50	20,33
Meilleur	14	5,69
Le même	44	17,89
Plus mauvais	43	17,48
Ne sait pas	95	38,62
Total	246	100,00

– Accès aux formations

Le nombre d'abstentions augmente encore (plus de 25%, surtout de la part des non-consommateurs). Le nombre de participants qui répondent « ne sait pas » reste le même, sans prépondérance des non-consommateurs. 5 consommateurs trouvent le régime « meilleur », 34 consommateurs et 21 non-consommateurs jugent le régime « le même », le régime « plus mauvais » obtient le même score dans les deux groupes.

29b	nombre	%
0	63	25,61
Meilleur	11	4,47
Le même	55	22,36
Plus mauvais	22	8,94
Ne sait pas	95	38,62
Total	246	100,00

– Accès au sport et aux activités culturelles

Les consommateurs jugent les possibilités d'activités sportives et de détente souvent identiques ou moins bonnes que celles offertes aux non-consommateurs. Ces derniers évaluent généralement la situation de façon plus positive.

29c	nombre	%
0	58	23,58
Meilleur	20	8,13
Le même	54	21,95
Plus mauvais	20	8,13
Ne sait pas	94	38,21
Total	246	100,00

– **Les visites**

On constate ici la même tendance que dans les réponses des consommateurs et des non-consommateurs à la question relative au sport et aux loisirs.

La perception subjective semble être le principal critère de réponse. Les usagers de drogues jugent leur situation de manière plus négative.

29d	nombre	%
0	57	23,17
Meilleur	16	6,50
Le même	53	21,54
Plus mauvais	31	12,60
Ne sait pas	89	36,18
Total	246	100,00

30) POURQUOI CONSOMMEZ-VOUS DES DROGUES EN PRISON? (PLUSIEURS POSSIBILITES)

– **pas applicable**

La moitié des personnes interrogées (121 = 49%) affirment ne pas consommer de drogues en prison par rapport à 127 personnes à la question 19. Cette petite différence peut être due au fait que la question 19 est la première à interroger sur la consommation de drogue au sein de la prison. Certains ont peut-être donné une réponse « socialement acceptable ».

30.1	nombre	%
0	26	10,57
Oui	121	49,19
3	99	40,25
Total	246	100,00

Nous soupçonnons que certaines personnes ont interprété différemment cette question : pourquoi consomme-t-on de la drogue en prison plutôt que pourquoi consommez-VOUS.

Toutes les possibilités de réponses ont été sélectionnées par les participants. La raison la plus citée (une sur cinq) était « pour me relaxer ». La volonté d'oublier les problèmes et de lutter contre l'ennui constituent les deux autres raisons principales : respectivement 15% et 10%. Aspect plus délicat : dix participant (4%) indiquent qu'ils consomment en raison de la pression des autres, un facteur de risque plusieurs fois mis en lumière lors de la pré-enquête.

Bon nombre de participants ont choisi plusieurs options. Parmi les 54 personnes qui ont indiqué « se relaxer », 22 ont également coché « l'ennui », 20 « oublier les problèmes » et 14 « contrôle de l'agressivité ». Au total, 45 participants ont invoqué une seule raison, 21, deux motifs, 11, trois raisons et quelques-uns, quatre ou plus. Aucun n'a toutefois indiqué tous les motifs.

– Pour me relaxer

30.2	nombre	%
0	25	10,16
Oui	54	21,95
3	167	67,89
Total	246	100,00

– Pour oublier mes problèmes

30.3	nombre	%
0	24	9,76
Oui	45	18,29
3	177	71,95
Total	246	100,00

– Pour le plaisir

30.4	Nombre	%
0	24	9,76
Oui	18	7,32
3	204	82,93
Total	246	100,00

– Parce que je suis habitué à consommer des drogues en dehors de la prison

30.5	nombre	%
0	25	10,16
Oui	22	8,94
3	199	80,89
Total	246	100,00

– Pour me donner du courage (confiance)

30.6	nombre	%
0	25	10,16
Oui	14	5,69
3	207	84,15
Total	246	100,00

– Parce que je m'ennuie

30.7	nombre	%
0	25	10,16
Oui	37	15,04
3	184	74,80
Total	246	100,00

– Pour diminuer mon agressivité

30.8	nombre	%
0	25	10,16
Oui	25	10,16
3	196	79,67
Total	246	100,00

– Pour faire comme les autres

30.9	nombre	%
0	25	10,16
Oui	5	2,03
3	216	87,80
Total	246	100,00

– A cause de la pression des codétenus(e)s

30.10	nombre	%
0	25	10,16
Oui	10	4,07
3	211	85,77
Total	246	100,00

Ensemble des raisons (Plusieurs possibilités)

30	nombre	%
30.1 pas applicable	121	49,19
30.2 relaxer	54	21,95
30.3 pour oublier mes problèmes	45	18,29
30.7 ennui	37	15,04
30.8 agressivité	25	10,16
30.5 habitué	22	8,94
30.4 plaisir	18	7,32
30.6 courage	14	5,69
30.10 la pression des codétenus(e)s	10	4,07
30.9 faire comme les autres	5	2,03
Total	246	100,00

Nombre des réponses: 351

31) PENDANT VOTRE INCARCERATION AVEZ-VOUS ETE VICTIME DE VIOLENCE LIEE AU TRAFIC DE DROGUES?

30 participants sur la population totale (12%), parmi lesquels trois détenues, confirment l'existence de violences suite à des dettes relative à la drogue. Cela signifie qu'une part importante des consommateurs, comme mentionné dans la pré-enquête, sont confrontés à des violences liées à leur endettement. La forme de ces violences est détaillée ci-dessous.

31.	nombre	%
0	16	6,50
Oui	30	12,20
Non	200	81,30
Total	246	100,00

32) SI OUI, QUEL GENRE DE VIOLENCE ? (PLUSIEURS POSSIBILITES)

– **Non applicable**

32.1	nombre	%
0	43	17,48
Oui	176	71,54
3	27	10,98
Total	246	100,00

La violence physique (les coups) est la forme la plus citée, soit dix-sept fois sur trente-six occurrences (47%). Les formes de chantage personnel (entre autres, les menaces) ont été citées douze fois (33%) alors que le chantage vis-à-vis de tiers est beaucoup moins fréquent

(seulement 11%). Les violences sexuelles, qui présentent des risques importants pour la santé, sont mentionnées par trois participants.

– *Chantage par rapport à moi-même*

32.2	nombre	%
<i>0</i>	43	17,48
<i>Oui</i>	12	4,88
<i>3</i>	191	77,64
<i>Total</i>	246	100,00

– *Chantage par rapport à la famille, aux amis*

32.3	nombre	%
<i>0</i>	43	17,48
<i>Oui</i>	4	1,63
<i>3</i>	199	80,89
<i>Total</i>	246	100,00

– *violence physique*

32.4	nombre	%
<i>0</i>	43	17,48
<i>Oui</i>	17	6,91
<i>3</i>	186	75,81
<i>Total</i>	246	100,00

– *violence sexuelle*

32.5	nombre	%
<i>0</i>	43	17,48
<i>Oui</i>	3	1,22
<i>3</i>	200	81,30
<i>Total</i>	246	100,00

– Ensemble des genres de violence (Plusieurs possibilités)

32. genres de violence	nombre	%
32.1 non applicable	176	71,54
32.4 de violence physique	17	6,91
32.2 chantage par rapport à moi-même	12	4,88
32.4 chantage par rapport à la famille, aux amis	4	1,63
32.5 de violence sexuelle	3	1,22
Total	246	100,00

Total nombre des réponses: 212

33) VOUS EST-IL ARRIVÉ, DURANT VOTRE INCARCÉRATION ACTUELLE OU PRÉCÉDENTE, DE NE POUVOIR PAYER UNE DETTE LIÉE À LA DROGUE ?

Moins de 10% de la population totale affirme être confrontée à des dettes liées à la drogue.

33.	nombre	%
0	17	6,91
Non applicable	145	58,94
Oui	21	8,54
Non	63	25,61
Total	246	100,00

34) QU'EST-IL ARRIVÉ? (PLUSIEURS POSSIBILITÉS)

– Non applicable

34.1	nombre	%
0	29	11,79
Oui	189	76,83
3	28	11,38
Total	246	100,00

Les 21 personnes ayant répondu « oui » donnent 34 réponses au total. Les deux plus fréquentes sont « trouver un arrangement » (les réponses ne permettent pas de déduire lequel) et « rien, j'ai payé quand j'ai pu » (toutes deux sont à 26,50%). La situation est plus délicate pour les sept personnes (plus de 20%) qui avouent s'être lancées dans le trafic de drogues et les six participants qui ont jugé nécessaire de demander un transfèrement.

Il existe donc des indices selon lesquels les dettes de drogues ont des répercussions importantes sur la vie carcérale.

– Rien, je l'ai payée quand j'ai pu

34.2	nombre	%
0	31	12,60
Oui	9	3,66
3	206	83,74
Total	246	100,00

– J'ai demandé un transfert (pour être protégé)

34.3	Nombre	%
0	31	12,60
Oui	6	2,44
3	209	84,96
Total	246	100,00

– J'ai trouvé un arrangement

34.4	nombre	%
0	31	12,60
Oui	9	3,66
3	206	83,74
Total	246	100,00

– J'ai été victime d'un règlement de compte

34.5	nombre	%
0	31	12,60
Oui	2	0,81
3	213	86,59
Total	246	100,00

– Je me suis lancé dans le trafic de drogues pour régler ma dette

34.6	nombre	%
0	31	12,60
Oui	7	2,85
3	208	84,55
Total	246	100,00

– *Un ami, partenaire ou membre de ma famille a payé pour moi*

34.7	nombre	%
0	31	12,60
Oui	1	0,41
3	214	86,99
Total	246	100,00

Résumé: Que s'est-il passé? (plusieurs réponses possibles)

	nombre	%
<i>Pas applicable</i>	189	76,83
<i>Rien, j'ai payé quand j'ai pu</i>	9	3,66
<i>J'ai trouvé un arrangement</i>	9	3,66
<i>Je me suis lancé dans le trafic de drogue pour régler ma dette</i>	7	2,85
<i>J'ai demandé un transfert (pour protection)</i>	6	2,44
<i>J'ai été victime d'un règlement de comptes</i>	2	0,81
<i>Un ami, partenaire ou membre de ma famille a payé pour moi</i>	1	0,41
Total	246	100,00

35) DURANT CETTE INCARCERATION OU UNE INCARCERATION ANTERIEURE AVEZ-VOUS, EN TANT QUE NON-CONSOmmATEUR DE DROGUES, RENCONTRE DES PROBLEMES LIES A L'USAGE DE DROGUES PAR D'AUTRES DETENUS?

Près de 19% de la population totale a indiqué avoir des problèmes avec la consommation de drogues d'autres détenus.

Si on compare les données récoltées à la question 19 (« consommation de drogue en prison »), il apparaît que 24 consommateurs ont également répondu « oui » à la question 35, malgré l'apparition du terme non-consommateur dans la formulation ; 22 non-consommateurs ont répondu « oui » à cette question. Les 22 non-consommateurs représentent 9% de la population totale et 15,5% des non-consommateurs. Si on tient compte du fait que plus de 40% des personnes interrogées indiquent que de la drogue est consommée en prison (voir question 19), on peut affirmer, avec la prudence requise, que dans cet échantillon, la moitié de la population est confrontée concrètement d'une manière ou l'autre au problème de la consommation de drogues.

35.	nombre	%
0	13	5,28
Non applicable	109	44,31
Oui	46	18,70
Non	78	31,71
Total	246	100,00

Ces difficultés, rencontrées par 46 participants, sont détaillées ci-dessous, de même que les problèmes particulièrement pointés par les 22 non-consommateurs.

36) SI OUI, QU'EST-IL ARRIVE? (PLUSIEURS POSSIBILITES)

– Non applicable

36.1	Nombre	%
0	28	11,38
Oui	174	70,73
3	44	17,89
Total	246	100,00

46 participants ont donné 71 réponses, dont la plus citée est le transfert de cellule (28%). Cela révèle la réalité de la pression exercée par les compagnons de cellule au sujet de la consommation de drogues. Le vol et les menaces physiques viennent ensuite avec 16 (23%) et 14 (20%) réponses. Notons également que davantage de participants (5) cèdent à la pression et commencent à consommer comparativement à ceux qui résistent à cette pression (3). Ce point constitue un indice supplémentaire selon lequel l'initiation à la drogue a effectivement lieu en prison.

Les données sont relativement comparables pour les non-consommateurs. Le transfert de cellule est également cité en premier lieu : 55% (12 participants sur 22) donnent cette réponse. Le vol (9 réponses) et les menaces physiques (6 réponses) occupent respectivement la deuxième et la troisième place. Un non-consommateur indique qu'il a commencé à consommer sous la pression des autres.

– J'ai été volé

36.2	Nombre	%
0	28	11,38
Oui	16	6,51
3	202	82,11
Total	246	100,00

– J'ai été menacé physiquement

36.3	nombre	%
0	28	11,38
Oui	14	5,69
3	204	82,93
Total	246	100,00

– J'ai subi des pressions pour consommer et j'ai consommé des drogues

36.4	nombre	%
0	29	11,79
Oui	5	2,03
3	212	86,18
Total	246	100,00

– J'ai subi des pressions pour consommer mais et je n'ai pas consommé

36.5	nombre	%
0	29	11,79
Oui	3	1,22
3	214	86,99
Total	246	100,00

– J'ai été forcé de donner de l'argent ou des biens

36.6	nombre	%
0	29	11,79
Oui	9	3,66
3	208	84,55
Total	246	100,00

– *J'ai été forcé à donner des médicaments*

36.7	nombre	%
<i>0</i>	29	11,79
<i>Oui</i>	4	1,63
<i>3</i>	213	86,59
Total	246	100,00

– *J'ai demandé à changer de cellule*

36.8	nombre	%
<i>0</i>	29	11,79
<i>Oui</i>	20	8,13
<i>3</i>	197	80,08
Total	246	100,00

– *Résumé: Que s'est-il passé? (plusieurs réponses possibles)*

	nombre	%
<i>Non applicable</i>	174	70,73
<i>J'ai demandé à changer de cellule</i>	20	8,13
<i>J'ai été volé</i>	16	6,51
<i>J'ai été menacé physiquement</i>	14	5,69
<i>J'ai été forcé de donner de l'argent ou des biens</i>	9	3,66
<i>J'ai subi des pressions pour consommer et j'ai consommé des drogues</i>	5	2,03
<i>J'ai été forcé de donner des médicaments</i>	4	1,63
<i>J'ai subi des pressions pour consommer et je n'ai pas consommé des drogues</i>	3	1,22
Total	246	100,00

37) VOUS ETES-VOUS FAIT TATOUER PENDANT VOTRE INCARCERATION?

37.	nombre	%
<i>0</i>	24	9,76
<i>Oui</i>	16	6,50
<i>Non</i>	206	83,74
Total	246	100,00

38) AVEZ-VOUS FAIT PLACER UN « PIERCING » PENDANT VOTRE INCARCERATION?

38.	nombre	%
0	28	11,39
Oui	3	1,22
Non	215	87,40
Total	246	100,00

16 personnes, soit 7% de la population totale, font état d'un tatouage en prison. Il existe une différence importante ($p < 0,05$) entre consommateurs et non-consommateurs. Les premiers se font plus facilement tatouer en prison que les autres. Comme l'indique le tableau ci-dessous, la fréquence des tatouages est plus élevée chez les usagers de drogues en injection (UDI) que chez les autres usagers de drogues. Il convient toutefois de remarquer qu'aucune des personnes qui ont injecté en prison ont fait un tatouage ou piercing en prison.

Seules trois personnes font état d'un piercing en détention, deux d'entre elles s'étant également fait tatouer. Le tatouage et le piercing sont des activités illégales en prison. L'on peut donc supposer une sous-estimation. Le pourcentage de non-réponses à cette question est de 10%.

	Non – usager de drogues (n= 122)	Usagers de drogues UDI (n=124)	UDI (n=16)	Total (n=246)
% tatouage et/ou piercing	3%	10%	12%	7%

39) PEUT-ON SE PROCURER DES PRESERVATIFS EN PRISON?

– *Par la cantine:*

39.1	nombre	%
0	26	10,57
Oui, facilement	40	16,26
Oui, difficilement	7	2,85
Non	90	36,59
Je ne sais pas	83	33,74
Total	246	100,00

– *Par le service médical:*

39.2	<i>nombre</i>	<i>%</i>
<i>0</i>	36	14,63
<i>Oui, facilement</i>	17	6,91
<i>Oui, difficilement</i>	10	4,07
<i>Non</i>	49	19,92
<i>Je ne sais pas</i>	134	54,47
<i>Total</i>	246	100,00

– *Autres:*

39.3	<i>nombre</i>	<i>%</i>
<i>0</i>	223	90,65
<i>Oui</i>	15	6,10
<i>Non</i>	8	3,25
<i>Total</i>	246	100,00

	<i>Oui (facilement ou difficilement)</i>	<i>Non</i>	<i>Ne sait pas</i>
<i>Cantine</i>	19%	37%	34%
<i>Service médical</i>	11%	20%	54%

Seuls 19% des participants savent qu'il est possible d'acquérir facilement (16%) ou difficilement (3%) des préservatifs par la cantine et 11% par le service médical.

Enfin, 15 répondants mentionnent d'autres sources d'approvisionnement, tels que les visites, l'aumônier, les congés, les colis de Noël et un participant mentionne l'utilisation d'un sac en plastique.

On constate une grande diversité dans les réponses malgré le fait que nous n'ayons enquêté que dans deux prisons. Cette variation pourrait s'expliquer par l'ambiance taboue qui flotte autour de la présence de préservatifs mais aussi par le manque, voire l'absence d'informations destinées aux détenus.

Au total, ce sont 23 personnes (soit 9% des participants) qui admettent avoir des relations sexuelles en prison, soit durant les visites, soit en dehors des visites.

Des relations hétérosexuelles ou homosexuelles en prison et en dehors des visites sont rapportées par 19 personnes, soit 8% des participants. On peut, en outre, suspecter un fort taux de sous-déclaration étant donné le tabou important que constituent les relations sexuelles en prison. Enfin, il existe une différence significative selon que les personnes consomment ou non de la drogue. En effet, ce sont 11% des usagers de drogues qui rapportent des relations

sexuelles en prison, et 4% des non-usagers. Il n'existe aucune différence entre UDI et les autres usagers. La plupart (80%) de ces relations en dehors des visites se font sans préservatifs.

Pour rappel, les visites conjugales n'ont pas encore été mises en place à la prison de Saint-Gilles.

40) AVEZ-VOUS, DURANT CETTE INCARCERATION, EU DES RELATIONS SEXUELLES LORS DE LA VISITE?

Seules huit personnes (3%) rapportent des relations sexuelles lors des visites et 10% refusent de répondre à la question. Parmi ces huit personnes, 3 signalent ne jamais avoir utilisé de préservatif, trois que la question ne s'applique pas et 2 répondent avoir toujours utilisé un préservatif. La réponse non applicable signifie peut-être qu'étant donné qu'il s'agit de la partenaire habituelle, l'usage de préservatif n'était pas nécessaire d'après eux.

40.	nombre	%
0	22	8,94
Oui	8	3,25
Non	216	87,80
Total	246	100,00

41) SI OUI, AVEZ-VOUS UTILISE ALORS DES PRESERVATIFS ?

41.	nombre	%
0	34	13,82
Non applicable	176	71,54
Toujours	11	4,47
Parfois	0	0
Jamais	25	10,16
Total	246	100,00

42) LORS DE VOTRE INCARCERATION ACTUELLE AVEZ-VOUS EU, EN DEHORS DE LA VISITE, DES RELATIONS HETEROSEXUELLES?

Quatorze personnes, 10 hommes et 4 femmes, soit 6% des participants rapportent des relations hétérosexuelles en dehors des visites. (Il faut remarquer que 9 d'entre elles ont pu bénéficier de congé(s) pénitentiaire(s), et il n'est pas identifiable si ces relations ont eu en prison ou durant des congés.)

Parmi ces 14 personnes 3 (21%) ont toujours utilisé un préservatif, 7 ne répondent pas et 3 n'ont jamais utilisé de préservatif. Des 5 personnes qui n'ont jamais eu de congé pénitentiaire, seule une personne rapporte l'utilisation occasionnelle d'un préservatif.

42.	nombre	%
0	23	9,35
Oui	14	5,69
Non	209	84,96
Total	246	100,00

43) SI OUI, AVEZ-VOUS UTILISE DES PRESERVATIFS ?

43.	nombre	%
0	46	18,70
Non applicable	176	71,54
Toujours	3	1,22
Parfois	1	0,41
Jamais	20	8,13
Total	246	100,00

44) LORS DE VOTRE INCARCERATION ACTUELLE AVEZ-VOUS EU, EN DEHORS DES VISITES, DES RELATIONS HOMOSEXUELLES?

Ce sont 11 personnes ou 4,5% des participants et 5% des répondants, qui rapportent des relations homosexuelles en prison. Parmi celles-ci seules deux personnes (18%) rapportent l'utilisation de préservatifs. Cinq de ces personnes ont bénéficié de congé(s) pénitentiaire(s).

44.	nombre	%
0	24	9,76
Oui	11	4,47
Non	211	85,77
Total	246	100,00

45) SI OUI, AVEZ-VOUS UTILISE DES PRESERVATIFS ?

45.	nombre	%
0	39	15,85
Non applicable	187	76,02
Toujours	4	1,63
Jamais	16	6,50
Total	246	100,00

46) AVEZ-VOUS ACCEPTE DE L'ARGENT OU DES MARCHANDISES EN ECHANGE DE RELATIONS SEXUELLES PENDANT VOTRE INCARCERATION ACTUELLE?

Cinq personnes mentionnent avoir eu des relations sexuelles en prison contre rémunération. Parmi celles-ci, quatre rapportent des relations homosexuelles et une rapporte des relations hétérosexuelles. Enfin, quatre autres personnes disent avoir payé pour des relations sexuelles en prison.

46.	nombre	%
0	23	9,35
Oui	5	2,03
Non	218	88,62
Total	246	100,00

47) AVEZ-VOUS PAYE POUR AVOIR DES RELATIONS SEXUELLES PENDANT VOTRE INCARCERATION ACTUELLE?

47.	Nombre	%
0	24	9,76
Oui	4	1,63
Non	218	88,62
Total	246	100,00

48) AVEZ-VOUS, DURANT CETTE INCARCERATION, EU DROIT A UN CONGE PENITENTIAIRE?

D'après les réponses, il semble qu'il y ait eu une confusion : certains participants ont répondu au sujet de l'ensemble des congés pénitentiaires dont ils auraient bénéficié au cours de différentes incarcérations alors que la question portait plus précisément sur l'incarcération actuelle. Cette question devra être clarifiée.

Ce sont 24 personnes soit 10% des participants qui déclarent avoir bénéficié de congés pénitentiaires au cours de cette incarcération. Les résultats ci-dessous ne concernent que les réponses de ces personnes. Parmi celles-ci, la grande majorité (83%) sont des usagers de drogues.

48.	nombre	%
0	15	6,10
Oui	24	9,76
Non	207	84,15
	246	100,00

49) Si OUI, QUELS PRODUITS AVEZ-VOUS CONSOMMÉ DURANT LE DERNIER CONGÉ PENITENTIAIRE? (INDIQUEZ UNE REPONSE POUR TOUS LES PRODUITS CONSOMMÉS)

Ce sont 10 personnes, soit 42% des personnes ayant bénéficié d'un congé, qui rapportent une consommation durant cette période.

Le nombre moyen de substances différentes consommées est de 2 et varie de une pour 7 personnes à 7 produits pour une personne. La plupart n'ont donc consommé qu'une seule substance, le cannabis pour six d'entre elles et l'héroïne pour le 7^{ième}. Deux personnes rapportent une consommation de deux substances différentes, cocaïne et LSD ou cannabis. Enfin une personne rapporte avoir consommé 7 produits différents : héroïne, cocaïne, benzodiazépines, barbituriques, cannabis, amphétamines et XTC.

Une personne rapporte s'être injectée. Celle-ci a utilisé du matériel d'injection emprunté à une autre personne.

49.1 congé non applicable	Nombre	%
<i>0</i>	37	15,04
<i>Oui</i>	116	47,16
<i>3</i>	91	37,80
Total	246	100,00

49.2 congé héroïne	Nombre	%
<i>0</i>	37	15,04
<i>Fumé et/ou avalé</i>	4	1,63
<i>Injecté</i>	3	1,22
<i>3</i>	202	82,11
Total	246	100,00

49.3 congé cocaïne	Nombre	%
<i>0</i>	37	15,04
<i>Fumé et/ou avalé</i>	5	2,03
<i>Injecté</i>	1	0,41
<i>3</i>	203	82,52
Total	246	100,00

49.4 congé speed	Nombre	%
<i>0</i>	37	15,04
<i>Fumé et/ou avalé</i>	2	0,81
<i>Injecté</i>	1	0,41
3	206	83,74
Total	246	100,00

49.5 congé XTC	nombre	%
<i>0</i>	37	15,04
<i>Fumé et/ou avalé</i>	3	1,22
3	206	83,74
Total	246	100,00

49.6 congé LSD	nombre	%
<i>0</i>	37	15,04
<i>Fumé et/ou avalé</i>	3	1,22
3	206	83,74
Total	246	100,00

49.7 congé méthadone	nombre	%
<i>0</i>	37	15,04
<i>Fumé et/ou avalé</i>	2	0,81
3	207	84,15
Total	246	100,00

49.8 congé haschisch	nombre	%
<i>0</i>	37	15,04
<i>Fumé et/ou avalé</i>	16	6,50
3	193	78,41
Total	246	100,00

49.10 congé barbituriques	nombre	%
0	37	15,04
Fumé et/ou avalé	3	1,22
3	206	83,74
Total	246	100,00

49.11 congé alcool	nombre	%
0	37	15,04
Fumé et/ou avalé	12	4,88
3	197	80,08
Total	246	100,00

49.15 congé rien	nombre	%
0	37	15,04
Oui	73	29,67
3	136	55,29
Total	246	100,00

50) SI VOUS AVEZ PRATIQUE L'INJECTION DE DROGUES DURANT VOTRE DERNIER CONGE PENITENTIAIRE, AVEZ-VOUS UTILISE VOTRE PROPRE MATERIEL D'INJECTION (SERINGUE, CUILLERE, FILTRE, EAU)?

50.	nombre	%
0	66	26,83
Oui	4	1,63
Non	61	24,80
Pas injecté des drogues	115	46,75
Total	246	100,00

51) DURANT VOTRE DERNIER CONGE PENITENTIAIRE, AVEZ-VOUS EU DES RAPPORTS SEXUELS ET AVEZ-VOUS UTILISE DES PRESERVATIFS?

Parmi les 24 personnes qui rapportent avoir bénéficié d'un congé pénitentiaire au cours de cette incarcération, 2 déclarent ne pas avoir eu de rapports sexuels.

Parmi les 22 personnes restantes, deux rapportent des rapports avec des partenaires occasionnels sans usage de préservatif. Six personnes, soit 25% rapportent des rapports avec plusieurs partenaires au cours du congé.

– *Non applicable*

51.1	<i>nombre</i>	<i>%</i>
<i>0</i>	57	23,17
<i>Oui</i>	146	59,35
<i>3</i>	43	17,48
<i>Total</i>	246	100,00

– *Pas des rapports sexuels*

51.2	<i>nombre</i>	<i>%</i>
<i>0</i>	60	24,39
<i>Oui</i>	10	4,07
<i>3</i>	176	71,55
<i>Total</i>	246	100,00

– *Rapports sexuels avec un partenaire habituel*

51.3	<i>nombre</i>	<i>%</i>
<i>0</i>	57	23,17
<i>Avec préservatif</i>	10	4,07
<i>Sans préservatif</i>	14	5,69
<i>3</i>	165	67,08
<i>Total</i>	246	100,00

– *Rapports sexuels avec un partenaire de rencontre*

51.4	<i>nombre</i>	<i>%</i>
<i>0</i>	59	23,98
<i>Avec préservatif</i>	14	5,69
<i>Sans préservatif</i>	2	0,81
<i>3</i>	171	69,52
<i>Total</i>	246	100,00

– *Rapports sexuels avec plusieurs partenaires*

51.5	nombre	%
0	59	23,98
<i>Avec préservatif</i>	11	4,47
<i>Sans préservatif</i>	1	0,41
3	175	71,14
Total	246	100,00

7.4.2.1.7 Conclusion : les adaptations du questionnaire

- Lors de la collecte des données et du traitement des résultats, on a constaté plusieurs faiblesses nécessitant des rectifications. Les principales d'entre elles sont reproduites ci-dessous.
- Le thème « drogues » était explicitement annoncé sur les affiches et dans les lettres. Cette précision a été contre-productive en suscitant la méfiance de certains détenus, surtout des consommateurs, confirmée quelques participants. Il nous paraît donc plus opportun, lors de la prochaine collecte d'informations, d'éviter les termes « santé et drogues » dans l'appel et de les remplacer par « santé et risques en prison ».
- Les résultats ont révélé que l'utilisation du code « pas d'application » et « 0 » (refus de répondre) n'est pas toujours très claire pour les participants. Ce système est abandonné dans la nouvelle version du questionnaire. Pour les non-consommateurs, il est prévu qu'ils puissent passer les questions spécifiquement liées à la consommation de drogues s'ils indiquent n'avoir jamais consommé de drogues.
- Des sujets plus neutres (comme le tatouage ou le piercing) sont ramenés au début du questionnaire.
- Les termes « pendant l'incarcération » sont remplacés dans certaines questions par « dans cette prison » (afin d'éviter toute confusion de la part du participant concernant les transfèvements, par exemple).
- Certaines questions ont été maintenues provisoirement mais imprimées en italique (question 3 à 6) car les informations qu'elles sont destinées à récolter pourront être extraites d'autres sources (par exemple SIDIS) lors d'un suivi ultérieur. Ces questions n'auront donc plus d'utilité pour un système de monitoring.

7.4.2.2 Questionnaire destinés aux détenus

LIEU :

- 1) Sexe :
 - 1 Homme
 - 2 Femme

- 2) Age :
 - 1 moins de 21 ans
 - 2 21-25 ans
 - 3 26-30 ans
 - 4 31-35 ans
 - 5 plus de 35 ans

- 3) Combien de fois avez-vous déjà été en prison avant cette incarcération-ci ?
 - 1 jamais
 - 2 1 fois
 - 3 2 fois ou plus

- 4) Êtes-vous actuellement en prison pour (plusieurs possibilités) :
 - 1 usage de drogue
 - 2 trafic de drogue
 - 3 pour une autre raison

- 5) Êtes-vous en ce moment ?
 - 1 en préventive
 - 2 interné (loi de défense sociale)
 - 3 en régime de semi-liberté
 - 4 arrestation administrative
 - 5 condamné

- 6) Pour cette incarcération-ci, depuis combien de temps êtes-vous en prison :
 - 1 moins d'1 mois
 - 2 entre 1 mois et 6 mois
 - 3 plus d' un an

7) a. Pendant le dernier mois de votre incarcération avez-vous pu :

- | | | | | |
|---|---|-----|---|-----|
| - travailler | 1 | oui | 2 | non |
| - suivre une formation | 1 | oui | 2 | non |
| - faire du sport, avoir des activités culturelles | 1 | oui | 2 | non |

7)b. Combien d'heures par semaine étiez-vous occupé à ces activités ?

- 1 moins de 10 heures
- 2 entre 10 et 20 heures
- 3 plus de 20 heures

8) Pendant le dernier mois de votre incarcération actuelle avez-vous eu de la visite ?

- 1 oui
- 2 non

9) Pendant le dernier mois de mon incarcération actuelle:

- 1 je ne m'ennuie jamais
- 2 je m'ennuie un peu
- 3 je m'ennuie beaucoup
- 4 je m'ennuie tout le temps

10) De manière générale, au cours du dernier mois de votre incarcération, comment qualifieriez-vous votre état émotionnel ou psychologique :

- 1 je me sens très mal
- 2 je ne me sens assez bien
- 3 je me sens pas tellement bien
- 4 je me sens très bien

11) Avez-vous été tatoué dans cette prison ?

- 1 oui
- 2 non

12) Avez-vous fait placer un « piercing » dans cette prison ?

- 1 oui
- 2 non

13) Question de connaissance : EST CE QUE LE VIH/SIDA PEUT SE TRANSMETTRE:

Lors de rapports sexuels anaux ou vaginaux	1	oui	2	non
En buvant dans le même verre ou manger dans la même assiette	1	oui	2	non
Par du matériel de tatouage ou de piercing partagé	1	oui	2	non
Aux WC	1	oui	2	non
De la mère à l'enfant pendant la grossesse	1	oui	2	non
Par le partage des filtres, cuillères et eau lors d'injections	1	oui	2	non
Par le partage de cigarettes ou de joints	1	oui	2	non
Par le partage de seringues	1	oui	2	non
En embrassant	1	oui	2	non
En serrant la main	1	oui	2	non
Par fellation	1	oui	2	non
En partageant brosse à dent ou rasoir	1	oui	2	non
En recevant aujourd'hui en Belgique une transfusion de sang	1	oui	2	non

14) Quels produits avez-vous consommés au cours de votre vie ?

Rien consommé 1

Si rien consommé, allez à question 19

	Fumé et/ou avalé	Injecté
Héroïne	1	2
Cocaïne, Crack	1	2
Speed, amphétamines	1	2
XTC	1	2
LSD, champignons	1	2
Méthadone, Palfium, Temgesic	1	2
Haschisch, marijunana, cannabis	1	2
Benzo's (Lexotan, Valium, Rohypnol,...)	1	2
Barbituriques (Binoctal, Vesparax,..)	1	2
Autres : lesquels ?...	1	2

15) Lequel de ces produits était votre préféré avant votre incarcération :
.....

16) a. Avant votre dernière incarcération, étiez-vous suivi régulièrement pour un problème de consommation de drogues par :

- 1 un médecin généraliste
- 2 un médecin psychiatre
- 3 un psychologue
- 4 un assistant social

16) b . Avant la dernière incarcération, suiviez-vous un traitement pour un problème lié à la consommation de drogues ?

- 1 non
- 2 oui, sans méthadone
- 3 oui, avec méthadone

16) c. Si vous suiviez un traitement à base de méthadone avant la dernière incarcération, lors de votre arrivée en prison, celui a-t-il été

- 1 maintenu
- 2 interrompu définitivement à votre arrivée en prison
- 3 diminuer progressivement en quelques semaines

17) Combien de fois avez-vous consommé par injection durant le mois précédent votre incarcération ?

- 1 jamais injecté
- 2 tous les jours
- 3 quelques fois ou moins

18) Lors de votre dernière injection avant votre incarcération, avez-vous partagé du matériel d'injection (seringue, aiguille, cuillère, filtre, eau) ?

- 1 jamais injecté
- 2 non
- 3 oui, avec mon partenaire
- 4 oui, avec d'autres

19) Quel(s) produit(s) du marché noir (obtenus de manière illégale) avez-vous fumé, avalé ou injecté pendant votre dernière incarcération ?

Rien consommé 1

Si rien consommé, allez à question 29

	Fumé et/ou avalé	Injecté
Héroïne	1	2
Cocaine, Crack	1	2
Speed, amphétamines	1	2
XTC	1	2
LSD, champignons	1	2
Méthadone, Palfium, Temgesic	1	2
Haschisch, marijunana, cannabis	1	2
Benzo's (Lexotan, Valium, Rohypnol,...)	1	2
Barbituriques (Binocotal, Vesparax,...)	1	2
Alcool	1	2
Autres : lesquels ?...	1	2

20) Parmi ces substances, laquelle est votre préférée en prison ?
.....

21) Le(s)quelle(s) de ces produits avez-vous consommé(s) pour la première fois en prison ?

	Fumé et/ou avalé	Injecté
Héroïne	1	2
Cocaine, Crack	1	2
Speed, amphétamines	1	2
XTC	1	2
LSD, champignons	1	2
Méthadone, Palfium, Temgesic	1	2

Haschisch, marijuana, cannabis	1	2
Benzo's (Lexotan, Valium, Rohypnol,...)	1	2
Barbituriques (Binotal, Vesparax,...)	1	2
Autres : lesquels ?...	1	2

22) Avez-vous partagé du matériel d'injection la dernière fois que vous avez injecté en prison (seringue, cuillère, filtre, eau) ?

- 1 jamais injecté
- 2 oui
- 3 non

23) a . Avez-vous désinfecté votre matériel d'injection la dernière fois que vous avez injecté en prison ?

- 1 oui
- 2 non

23)b. Si oui, comment ?

24) Avez-vous déjà subi une overdose pendant votre incarcération dans cette prison ?

- 1 oui
- 2 non

25) Avez-vous consulté quelqu'un pour votre problème de drogues pendant votre incarcération (plusieurs réponses possibles) ?

- 1 non
- 2 oui, le médecin généraliste de la prison
- 3 oui, un médecin de l'extérieur
- 4 oui, des médecins de l'extérieur et de la prison
- 5 oui, le psychiatre de la prison
- 6 oui, le psychologue de la prison
- 7 oui, l'assistante social de la prison

26) Qu'est-ce que le médecin (généraliste ou psychiatre) vous a prescrit ?

- 1 rien
- 2 méthadone
- 3 autres :

27) Pourquoi consommez-vous des drogues en prison ? (plusieurs possibilités)

- 1 pour me relaxer
- 2 pour oublier mes problèmes
- 3 pour le plaisir
- 4 parce que je suis habitué à consommer des drogues en dehors de la prison
- 5 pour me donner du confiance
- 6 parce que je m'ennuie
- 7 pour diminuer mon agressivité
- 8 pour faire comme d'autres
- 9 à cause de la pression des codétenus(e)s

28) a. Vous est-il arrivé, durant votre incarcération actuelle ou précédente, de ne pouvoir payer une dette liée à la drogue ?

- 1 oui
- 2 non

28) b. Si oui, qu'est-il arrivé ?

- 1 Rien, je l'ai payée quand j'ai pu
- 2 J'ai demandé un transfert de cellule ou d'établissement (pour être protégé)
- 3 J'ai trouvé un arrangement
- 4 J'ai été victime d'un règlement de compte
- 5 Je me suis lancé dans le trafic de drogue pour régler ma dette
- 6 Une personne à l'extérieur (un ami, partenaire ou membre de ma famille) a payé pour moi

29) Avez-vous durant cette incarcération, reçu des informations écrites, concernant l'usage de drogues, les risques pour la santé et les moyens de se protéger de ces risques ?

par du personnel de la prison

- 1 oui
- 2 non

33) b. si oui, avez-vous utilisé des préservatifs ?

- 1 toujours
- 2 parfois
- 3 jamais

34) a. Depuis que vous êtes dans cette prison, avez-vous eu, *en dehors des visites*, des relations sexuelles?

- 1 oui
- 2 non

34) b. si oui, avez-vous utilisé des préservatifs ?

- 1 toujours
- 2 parfois
- 3 jamais

35) Depuis que vous êtes dans cette prison avez-vous reçu ou donné de l'argent ou des marchandises en échange de relations sexuelles?

- 1 oui
- 2 non

36) Avez-vous, dans cette prison, eu droit à un congé pénitentiaire

- 1 oui
- 2 non

Si non, ceci est la fin du questionnaire pour vous. Merci pour votre temps

37)a. Durant votre dernier congé pénitentiaire, avez-vous eu des rapports sexuels?

- 1 oui
- 2 non

37)b. Si OUI, vous avez eu des relations sexuelles avec :

- 1 uniquement votre partenaire habituelle
- 2 plusieurs partenaires

37)c. Si OUI, avez-vous toujours utilisé un préservatif?

- 1 oui
- 2 non

7.4.2.3 Modalités d'administration du questionnaire

7.4.2.3.1 Source des données

Les détenus .

7.4.2.3.2 7.4.2.3.2. Fréquence

De même que pour les autres modules, le recueil de données est réalisé une fois par an.

7.4.2.3.3 Méthodologie : enquête par auto-questionnaire

Afin d'optimiser les chances de gagner la confiance des répondants, les données sont recueillies à l'aide d'un auto-questionnaire anonyme. Pour assurer l'anonymat, aucune question ne permet d'identifier le répondant, quelle que soit la taille de l'institution pénitentiaire.

Le questionnaire permet de récolter les informations sur les variables suivantes:

- Juridico-démographiques
- Consommations et comportements à risque avant détention
- Consommations et comportements à risque en détention
- Consommations et comportements à risque lors des congés pénitentiaires
- Accessibilité aux produits
- Accès à l'information
- Accès aux moyens de prévention
- Occupation du temps
- Accès aux traitements
- Niveau des connaissances sur les risques
- Violence

7.4.2.3.4 Mode de recrutement des répondants : sondage semi-aléatoire en grappe

Une enquête dans l'ensemble établissements pénitentiaires aurait pour avantages de permettre, d'une part, d'assurer une meilleure représentativité et, d'autre part, de définir des niveaux de risque par établissement. Il nous semble difficile d'effectuer un sondage aléatoire des détenus dans les établissements car cette procédure pourrait être mal comprise des détenus selon qu'ils seront sélectionnés ou non. Une enquête dans tous les établissements, avec invitation de tous les détenus, n'est pas nécessaire pour mesurer un risque sur l'ensemble des établissements et surtout aurait un coût très élevé. En fonction de ces éléments, nous préconisons donc la méthode de recrutement par sondage semi-aléatoire.

Cette méthode consiste à classer les établissements en différents groupes en fonction de critères relatifs à la taille et au régime, tout en respectant la parité linguistique. Dans un deuxième temps, on tire au sort deux établissements dans chacun des groupes. Enfin, tous les

détenus de chacun des établissements sont invités à participer. Cette méthode permet de limiter l'enquête à 10 établissements au lieu de 32 (voir tableau ci-dessous) et d'atteindre environ 1300 détenus si le taux de participation est de 50%.

Classement des établissements en groupes en fonction de la taille et du régime :

Nous proposons la classification suivante:

Maisons d'arrêt	Grande	Rôle linguistique flamand
		Rôle linguistique français
	Petite	Rôle linguistique flamand
		Rôle linguistique français
Maisons de peines	Grande	Rôle linguistique flamand
		Rôle linguistique français
	Petite	Rôle linguistique flamand
		Rôle linguistique français
Etablissements ouverts		Rôle linguistique flamand
		Rôle linguistique français

Dans chaque groupe, on effectue un tirage aléatoire de deux établissements, l'un en Communauté flamande et l'autre en Communauté française.

Dans chaque établissement sélectionné, tous les détenus sont invités à participer de manière volontaire.

Critère d'exclusion: seront exclues toutes les personnes détenues ne sachant pas lire et les mineurs d'âge.

7.4.2.3.5 Taille de l'échantillon

Le nombre de participants doit se situer entre 1000 et 1500.

7.4.2.3.6 Conditions d'administration

Les questionnaires sont complétés dans une salle dont la disposition permet à chaque détenu présent de répondre dans des conditions respectant la confidentialité.

Les enquêteurs ayant en charge d'assurer le bon déroulement des opérations, d'expliquer aux répondants les objectifs de la recherche et de répondre aux questions portant sur le questionnaire font partie d'un organisme indépendant de l'administration pénitentiaire. Aucun membre du personnel de l'administration pénitentiaire n'est présent dans la salle où s'effectue la collecte des données.

Afin de permettre la participation de tous les détenus, les questionnaires sont traduits sur des « masques » dans toutes les langues nécessaires. Ces masques sont des traductions fidèles du questionnaire. Le détenu répond sur un questionnaire rédigé en français ou néerlandais, ce qui évite, en outre, que la langue ne permette d'identifier le répondant. Dans la situation actuelle, il ne nous paraissait pas possible d'impliquer le groupe des analphabètes dans cette enquête et cela pour deux raisons. Il est d'une part impossible d'inviter oralement tous les

détenus individuellement pour participer à cette enquête. Remplir le questionnaire pour les analphabètes, au moyen d'une interview face à face, pourrait d'autre part entraîner plus de fautes systématiques (par exemple les réponses en matière de désir social), le caractère anonyme de l'expérience subjective du répondant étant effacé.

Le taux de non-répondants doit dans tous les cas attirer notre attention. Pour l'évaluation permanente de l'outil, il est important de savoir combien de personnes n'ont pas participé à l'enquête et pour quelle raison. Si l'analphabétisme s'avère être une raison importante, il faudrait alors envisager l'adaptation de l'outil. Ceci vaut également pour les autres raisons possibles de non-participation.

Les questionnaires complétés sont déposés dans une urne reprise par les enquêteurs.

Afin de remercier les personnes qui acceptent de participer à l'enquête, chaque participant devrait être rémunéré pour cette participation. En outre du matériel d'information spécifique sur les sida et autres risques sera distribué à ceux-ci.

7.4.2.3.7 Encodage et analyse

L'encodage et l'analyse sont effectués par un organisme indépendant de l'administration pénitentiaire.

L'analyse est réalisée à l'aide d'un logiciel SPSS-PC ou Epi-Info.

7.4.2.3.8 Restitution des résultats

Dans chaque établissement où se sera déroulée l'enquête, on procédera à un retour d'informations portant sur les résultats auprès des détenus.

7.4.3 Le deuxième volet : données épidémiologiques et mesure de l'état de santé

Ce deuxième volet est lui-même subdivisé en deux parties. La première partie consiste en un instrument de mesure de l'état général de santé général psychique et somatique tel que perçu par le répondant. La deuxième partie, consiste en la collecte de données de prévalence de certaines affections à risque en prison.

7.4.3.1 Analyse des outils existants.

Il n'existe pas d'instrument épidémiologique standardisé et largement utilisé au niveau international ou national pour étudier le niveau d'état de santé des détenus.

Quatre propositions, dont trois portant spécifiquement sur la santé en prison et une (double) sur la santé en général, quel que soit le cadre institutionnel, sont examinées ci-dessous :

Fiche épidémiologique sur la santé des détenus, France, 1994 ;

Monthly Health Care Monitoring, England and Wales, 1997 ;

Dossier EPICURE de l'Administration pénitentiaire belge, 1999 ;

General Health Questionnaire (12 or 28-items version).

Les deux premières propositions ont été sélectionnées parce qu'elles sont fréquemment citées même si elles sont mal ou peu connues et diffusées. La troisième fait partie du système d'information automatisée en cours de mise en œuvre dans les prisons de notre pays. Elle ne fait pas ici l'objet d'une recherche sur son application sur le terrain, mais d'une analyse de ses caractéristiques générales, de ses possibilités et ses limites.

Enfin, la dernière (GHQ) provient de la large revue³²⁷ comprenant les instruments les plus utilisés pour la mesure de l'état de santé.

Il aurait été possible de décrire nombre d'outils comparables au GHQ, comme le SCL-90-R³²⁸, ou le SF-36³²⁹ mais ils sont soit équivalents, soit plus complexes ou plus longs. Ils n'existent pas dans le nombre de langues proposé par le GHQ. Ils sont parfois plus spécifiques d'un aspect ou d'un autre (dépression p.ex., ou autonomie dans la vie quotidienne), et s'éloignent donc de la mesure globale recherchée dans ce cadre-ci.

³²⁷ FURER J.W.; Het meten van de gezondheidstoestand. Beschrijving en evaluatie van vragenlijsten, Van Gorcum, 1995

³²⁸ SCHMITZ N. et al.; Diagnosing mental disorders in primary care: the GHQ and the Symptom Check List as screening instruments. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol. 34(7), 360-6, 1999

³²⁹ McCABE C.J. et al.; Measuring the mental health status of a population : a comparison of the GHQ-12 and the SF-36/MHI-5. Br J Psychiatry, 169(4), 516-21, 1996

1/ L'Observatoire Régional de la Santé Provence-Alpes-Côte d'Azur³³⁰ a proposé un instrument destiné à l'ensemble des établissements pénitentiaires français. Testé durant quatre mois, après formation des futurs utilisateurs, un rapport présente l'évaluation de cet outil et les conclusions de cette expérimentation.

Selon nos informations, cet instrument n'a pas été généralisé à ce jour dans le cadre d'une surveillance au long cours.

La fiche épidémiologique est en fait un dossier médical duquel il est possible d'extraire des résultats épidémiologiques, car il est standardisé ou du moins pensé comme tel.

2/ Le "Monthly Health Care Monitoring" System, mis en place par le "Prison Service" outre-Manche, est la seule source de données régulièrement collectées en provenance directe des établissements pénitentiaires, même si d'autres données les complètent, mais de manière non systématique³³¹.

La forme 1997-98, examinée ici, est une adaptation de questionnaires précédents qui nous sont inconnus. Son avenir est incertain vu le transfert en cours des responsabilités en matière de santé de l'administration pénitentiaire à celle de la santé publique. L'informatisation prévue des services de santé risque également d'influencer l'instrument.

La fiche comprend un grand nombre d'items plus appropriés à la gestion des services de santé qu'à l'épidémiologie. Les catégories portant sur les problèmes de santé paraissent peu spécifiques, excepté le volet comptabilisant les principales maladies infectieuses.

Le remplissage doit obligatoirement être réalisé par un médecin car de nombreuses données dépendent d'un jugement clinique complexe.

3/ Le troisième instrument ne se présente pas comme destiné spécifiquement à l'épidémiologie de la santé en milieu carcéral. A l'image du premier outil, mais informatisé, EPICURE est un logiciel à l'usage des médecins, dentistes et personnel infirmier qui fournit un dossier médical attaché personnellement à un individu. Il comprend des parties standardisées et d'autres qui permettent l'introduction d'éléments sous une forme libre.

Il ne faut pas confondre cet EPICURE développé pour les prisons avec le logiciel médical EPICURE utilisé surtout par les médecins généralistes, même s'ils présentent d'évidents points communs car développés tous deux par la même entreprise commerciale.

³³⁰ ORS PACA ; Mise en place et évaluation d'une fiche épidémiologique sur la santé des détenus. Rapport final, 1994

³³¹ WEILD A.; communication personnelle, 2000

Ce dossier unique par patient a pour principal objectif le suivi médical et la gestion des services de santé, mais on pourrait envisager d'utiliser certaines de ses données comme contribution aux fins d'épidémiologie descriptive de certaines pathologies spécifiques.

EPICURE et ses données sont "transportés" par SIDIS, le système de gestion de l'ensemble des informations sur les détenus (non seulement leur santé, mais aussi leurs caractéristiques démographiques et sociales, comme leurs données administratives et judiciaires).

4/ Le "General Health Questionnaire" (GHQ), apparu au cours des années septante, est un questionnaire auto-administré qui a pour objectif d'identifier les altérations et les changements à court terme de l'état de santé (dépression, anxiété, dysfonctionnement social et symptômes somatiques). Il propose différentes versions (en fonction du nombre de questions) dont les objectifs et les limites vont du screening rapide à l'identification des cas qui nécessitent une investigation plus poussée³³².

Toutes ces versions sont fiables, sensibles et validées grâce à la comparaison avec d'autres outils. Si le GHQ-28 reste le plus connu et le plus utilisé, nous avons également retenu celle qui comprend 12 questions³³³ car elle a été utilisée lors de l'enquête nationale de santé, menée par l'Institut de santé publique en 1997.

Toutes les questions du GHQ proposent le même choix de réponses sous la forme de 4 options : mieux que d'habitude/comme d'habitude/moins bien que d'habitude/beaucoup moins bien que d'habitude.

Le GHQ, quelle que soit sa version, est payant mais son coût est très faible lorsqu'il est appliqué en très grande quantité.

Il existe, en fonction du choix des utilisateurs, 4 manières bien établies de déterminer les scores. Elles ont donné lieu à de nombreuses publications scientifiques et sont décrites en détails dans le manuel de l'utilisateur qui accompagne l'outil.

Le GHQ-12 validé est officiellement disponible en français, anglais, néerlandais, allemand, turc, portugais et russe. Le GHQ-28 l'est en outre en espagnol, serbe et polonais.

Il est possible que la prochaine enquête nationale de santé, pour laquelle les décisions techniques et budgétaires sont dans leur phase finale, opte pour l'utilisation des deux versions du GHQ (12+28) conjointement. Comme toutes les questions ne se recouvrent pas, il en résulterait un questionnaire comportant un total de 34 questions. Cette combinaison ne change rien aux modalités d'établissement de l'indicateur, mais offrirait simplement un outil plus fin, capable de différencier un indicateur pour les 4 aspects particuliers étudiés (somatique, anxiété/insomnie, dépression sévère, dysfonctionnement social). Le choix entre ces deux versions (12 ou 12+28) a des implications sur le temps de remplissage et d'encodage, à moins

³³² GOLDBERG D. and WILLIAMS P.A.; User's guide to the GHQ. NFER-NELSON, 1998

³³³ Voir l'annexe 3

que les questionnaires ne puissent bénéficier d'une lecture par scanner, ce qui serait possible, mais au niveau central seulement³³⁴. La solution optimale pour assurer la disponibilité des résultats au niveau local est de recourir à l'encodage réalisé par le personnel du service de santé.

Le tableau de la page suivante compare les quatre instruments sélectionnés.

³³⁴ DERLET J. ; communication personnelle

	ORS-PACA	MHCM	EPICURE	GHO-12
Objectif	Recueil standardisé de données médicales à visée d'épidémiologie descriptive	Recueil standardisé à visée de gestion du service et de comptabilisation de grandes catégories de problèmes médicaux	Amélioration du suivi via un dossier médical informatisé	Identification des altérations ou des modifications de l'état de santé
Conditions nécessaires	Test préalable Formation du personnel	Formation du personnel	Formation du personnel	Néant
Cible	Détenus entrants	Détenus entrants ou en cours d'incarcération	Détenus entrants ou en cours d'incarcération	Détenus entrants ou en cours d'incarcération
Moment	Visite médicale d'entrée	Entrée et suivi	Consultations médicales	Au choix
Nombre d'items	70 ou +	80 ou +	80 ou +	12 ou 34
Complété par	Médecin (+/- infirmier)	Médecin	Médecin	Détenu
Durée de remplissage	8 à 30 min. (hors récolte des informations)	Inconnue	Inconnue	5 ou 20 minutes selon la version
Raisons de non-couverture	Refus ou absence d'examen médical d'entrée Problèmes de langue et analphabétisme	Pas d'examen médical	Pas de consultation médicale	refus
Facilité	Relative	Appel à jugement complexe	Relative	Réelle
Saisie informatisée	Oui, sur Epi Info	Possible, mais pas à l'heure actuelle	Oui	Oui
Encodage par :	Personnel de santé	Médecin	Personnel de santé	Personnel de santé ou extérieurs
Durée encodage	3'30" par fiche	Inconnue	Inconnue	30 sec. ou 1'30" selon la version (sauf si scanner)
Exploitation locale	Non mais possible	Non mais possible	Possible	Possible sur système informatique local
Instructions	Nécessaires	Nécessaires	Nécessaires	Pas nécessaires

7.4.3.2 Première partie : mesure de l'état général de santé des détenus

7.4.3.2.1 Choix de l'outil

Chacun de ces quatre systèmes présente des qualités.

Les trois premiers sont en fait des dossiers médicaux (ou des synthèses de dossiers médicaux) dont on extrait certains éléments pour des objectifs épidémiologiques. Ils n'ont pas fait l'objet de validation externe.

Leurs désavantages résident notamment dans la faible validité des éléments qui font en partie appel à la mémoire (par exemple, les vaccinations ou les antécédents médicaux), la difficulté d'obtenir des renseignements ayant trait à l'usage de substances prohibées ou à des comportements désapprouvés socialement (tabac ou alcool, multipartenariat sexuel) et les difficultés inhérentes à la compréhension de la langue utilisée.

Le quatrième outil, par contre, est à proprement parler un instrument épidémiologique qui satisfait aux critères scientifiques couramment utilisés et qui est recommandé par l'OMS³³⁵. Il ne remplace évidemment pas le dossier médical, ne diagnostique pas les pathologies et ne fournit aucune données sur les prévalences des maladies à risque telles que les infections HIV, par exemple.

Son principal intérêt relève de ses qualités d'instrument épidémiologique. Sa première fonction est, faut-il le rappeler, d'identifier l'aptitude à un "fonctionnement normal" et les variations récentes d'état de santé.

Un autre avantage, et non des moindres, est de pouvoir être utilisé pour comparer l'état de santé des détenus avec celui de la population générale (enquêtes nationales de santé).

Un troisième avantage est de faire participer le détenu activement aux aspects qui concernent sa santé et ce, dès le début de son histoire carcérale, à un moment considéré comme particulièrement critique.

Appliqué à l'entrée de l'établissement, il signale au personnel de santé l'attention à porter à un individu ou un autre. En outre, répété après un certain laps de temps, il permet d'évaluer l'impact de mesures mises en œuvre, même si ces résultats sont limités par le biais très classique de la "désirabilité sociale"³³⁶.

³³⁵ WHO, Regional Office for Europe. Health Interview Surveys, towards international harmonization of methods and instruments. WHO Regional Publications, European Series N° 58, 1996, pp 68-71

³³⁶ ORMEL J. et al.; Measuring change with the GHQ. The problem of retest effects. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol. 24(5), 227-32, 1989

Il a déjà été utilisé en milieu carcéral³³⁷.

Enfin, il comblerait adéquatement l'absence de données sur le bien-être perçu et l'état de santé global que l'on peut constater dans le recueil proposé par EPICURE et il s'inscrit adéquatement dans le cadre pénitentiaire par ses aptitudes à détecter dépression, comportement suicidaire, stress mental et psychosocial³³⁸.

Outre ses qualités propres, la possibilité de l'intégrer dans le logiciel développé par le Service médical de l'Administration pénitentiaire valoriserait leur initiative.

Sa facilité d'emploi, sa disponibilité en plusieurs langues, son faible coût, le calcul simple et automatisé des résultats au niveau local (ou central) sont d'autres atouts en sa faveur.

Le GHQ est un outil qui n'est pas du domaine public, mais qui est commercialisé par NFER-NELSON (Royaume-Uni). Le "guide de l'utilisateur" coûte environ 50 livres anglaises tandis que le prix des "questionnaires" varie selon la forme demandée (une épreuve dont on assure soi-même la reproduction ou que l'on achète "à la pièce") et le nombre d'applications que l'on compte en faire. Son coût reste très faible en comparaison des enquêtes classiques, et est d'autant moins cher que le nombre d'applications s'élève.

L'examen de la situation actuelle des services de santé des prisons est une étape indispensable pour décider du choix définitif de l'instrument épidémiologique à recommander.

Il existe peu d'évaluation du fonctionnement des services de santé en prison. Des auteurs ont relevé "la pénurie d'effectifs professionnels et les maigres investissements dans le domaine médical", la nécessité de "former le médecin aux conséquences de la privation de liberté", "d'instaurer un cadre médical ... pour que les soins prodigués soient identiques à ceux dont bénéficie la population générale", d'instaurer des programmes de prévention, ce qui est particulièrement pour le sujet qui nous occupe.

Il est, par ailleurs, difficile de faire la part entre les responsabilités des services médicaux et celles des services psycho-sociaux dans les aspects liés à la santé mentale, si importante en milieu carcéral, et fortement liée au recours aux substances psychotropes notamment. En dernière minute, nous apprenons que le Service psychosocial (SPS) travaille lui aussi à l'élaboration d'un outil informatisé (une sorte d'équivalent d'EPICURE, nommé SIPAR), sans qu'une apparente concertation n'ait eu lieu entre les deux services.

Face à ces carences et aux nombreux témoignages qui nous sont parvenus de la part des intervenants auprès des détenus (sans négliger les très nombreuses bonnes volontés de la part du personnel pénitentiaire dans un cadre de travail très lourd et difficile), il s'avère que le choix du GHQ s'impose pour permettre d'envisager la santé globalement (comme la vivent d'ailleurs

³³⁷ DORMAN A. et al. ; Psychiatric morbidity in sentenced segregated HIV positive prisoners. Br Jl of Psychiatry, 1993, 163, pp 802-5

³³⁸ HOBI V. et al. ; Mitteilungen über die Erfahrungen mit dem GHQ. Schweiz Rundsch Med Prax. 78(9), 219-25, 1989

les individus) et de l'évaluer sous tous ses aspects, en tenant compte des moyens limités des services de santé. Ceci n'empêche pas de compléter la mesure générale par des informations provenant d'Epicure.

Le tableau ci-dessous compare les 4 options étudiées aux critères de qualité d'un système de monitoring.

	<i>ORS-PACA</i>	<i>MHCM</i>	<i>EPICURE</i>	<i>GHQ</i>
<i>COUT</i>	-	--	-	+
<i>SENSIBILITÉ</i>	Non validé	Non validé	Non validé	+
<i>SPECIFICITE</i>	Non validé	Non validé	Non validé	+/-
<i>VAL. PRED. POSIT.</i>	--	--	--	++
<i>REPRÉSENTATIVITÉ</i>	+/-	+/-	+/-	+
<i>OPPORTUNITÉ</i>	--	--	-	++
<i>SIMPLICITÉ</i>	-	--	-	++
<i>FLEXIBILITÉ</i>	+/-	+/-	+/-	+
<i>ACCEPTABILITE</i>	+/-	+/-	+/-	+

7.4.3.2.2 Collecte et transfert des données

7.4.3.2.2.1 ° Procédure de collecte :

Le questionnaire GHQ est remis à chaque détenu qui a marqué son accord, dans la langue qui lui convient le mieux, en expliquant que le questionnaire a pour but de dresser un bilan de l'état de santé. Le détenu le complète et le rem à la personne chargée de la collecte. Une vérification du remplissage peut prendre place à ce moment.

Les réponses pourraient être, si on le juge utile ultérieurement, dans un formulaire "état de santé" et feraient désormais partie du dossier médical. Les cinq autres formulaires présentés systématiquement au début du dossier sont : "affections", "risques", "vaccins", "tâches" et "item contact".

7.4.3.2.2.2 ° Utilisation des données :

Les scores d'état de santé sont calculés automatiquement pour l'ensemble des détenus de l'établissement. Dans l'hypothèse où un aspect (somatique, anxiété/insomnie, etc.) obtiendrait un score alarmant, ceci pourrait inciter à prendre l'initiative d'un programme de santé (dépistage, prévention, promotion ou éducation à la santé) destiné à la collectivité.

7.4.3.2.2.3 ° Transfert pour analyse et interprétation :

A partir de la base informatisée, les indicateurs (scores) et certaines caractéristiques démographiques de base (disponibles dans SIDIS) sont calculés une (ou plusieurs fois) par an pour rejoindre les autres sources d'informations.

Le transfert se fera sous la forme d'une table comme suit :

Etablissement : XX Date : JJ/MM/AA	Age	Sexe	Score Somatique	Score dépression	Score anxiété-insomnie	Score social	Score Global
A							
B							
C							
.....							
N							

Outre les données du GHQ, il est demandé aux services de santé de transférer une table comportant le nombre de cas pour une liste d'affections donnée (voir liste "affections" dans le système EPICURE). La sensibilité et la spécificité de ces données sont sujettes à caution, mais elles peuvent renseigner de manière approximative sur la prévalence de ces pathologies au moment où se déroule le premier volet de l'enquête. On pourrait procéder de même avec la liste de "risques", avec les mêmes réserves que celles énoncées ci-dessus.

7.4.3.2.2.4 ° Période de test de faisabilité avant l'application généralisée :

Il est loisible aux autorités qui prendront les décisions faisant suite au présent rapport de ne pas faire procéder à l'insertion du GHQ dans EPICURE.

Tous les questionnaires GHQ complétés seront envoyés à l'organisme indépendant désigné pour l'analyse et l'interprétation, à charge pour lui d'encoder les données avant de les traiter.

Outre les surcoûts que cela risque d'entraîner, il faudra considérer la perte d'investissement du personnel de santé des établissements pénitentiaires qui ne pourront bénéficier des résultats au niveau local.

7.4.3.3 Deuxième partie : mesure de la prévalence de certaines affections à risque

7.4.3.3.1 Choix de l'outil

7.4.3.3.1.1 ° Maladies transmissibles

Les risques de transmission des hépatites B et C ou du sida au sein de la population pénitentiaire dépendent de la prévalence de l'infection au sein de cette population. Par exemple, si aucun détenu n'est séropositif pour le VIH dans une prison, il n'y a pas de risque de transmission du VIH dans cette population. La présence d'un seul cas peut être source d'une épidémie si des comportements à risques apparaissent autour de ce cas. (pour mémoire, l'épidémie de VIH en Écosse déjà citée plus haut³³⁹). C'est pourquoi, la mesure de prévalence de ces maladies constitue un composant essentiel du système de monitoring.

Pour mesurer cette prévalence, nous avons à notre disposition deux outils, d'une part, les enquêtes de prévalence et, d'autre part, l'analyse des données récoltées dans les dossiers médicaux.

Les enquêtes de prévalence ont un coût très élevé en termes de prélèvements d'échantillon, de frais de laboratoire pour l'analyse des échantillons et enfin d'analyse des données. En fonction du taux de participation des personnes à une enquête de prévalence les biais de sélection seront plus ou moins importants.

Les dossiers médicaux des détenus contiennent tous les résultats des analyses demandées par le médecin dans le cadre des visites médicales. Il existe donc un biais de sélection puisque à l'heure actuelle le médecin ne demande des sérologies pour le VIH ou pour les hépatites qu'en fonction de son estimation du risque pour la personne qui le consulte. Cependant, nous avons constaté, en confrontant les données collectées à travers une enquête de prévalence réalisée à la prison de Namur en 1997³⁴⁰ avec les données du service médical de la même prison, qu'il existait une concordance satisfaisante entre les résultats obtenus. Enfin, la collecte des données des dossiers médicaux ne demande aucun frais supplémentaires, et ces données peuvent être extraites à partir du programme EPICURE.

Sur base des éléments mentionnés ci-dessus, nous avons donc choisi d'utiliser les données déjà présentes dans le système EPICURE.

³³⁹ TAYLOR A., GOLDBERG D., WRENCH J., GRUER L., CAMERON S. et al; Outbreak of HIV infection in a Scottish prison; BMJ vol.310, 4 february 1995, page 289-292

³⁴⁰ European network for HIV and hepatitis prevention in prison. 2d annual report. May 1998

Les variables considérées sont :

- prévalence un jour donné des infections au VIH ;
- prévalence un jour donné des infections aiguës à VHB ;
- prévalence un jour donné des infections chroniques à VHB ;
- prévalence un jour donné des infections à VHC ;
- prévalence un jour donné des vaccinations contre les hépatites B ;
- prévalence un jour donné des cas de tuberculose ;
- prévalence un jour donné des maladies sexuellement transmissibles.

7.4.3.3.1.2 ° Autres facteurs de risques

D'autres données importantes pour l'évaluation du risque et le monitoring de celui-ci sont disponibles à partir d'EPICURE. Ces variables sont :

- le nombre de personnes sous substitution méthadone ;
- le nombre de personnes en sevrage.

7.4.3.3.2 Modalités et fréquence du recueil des données

Les données seront extraites du système EPICURE, une fois par an et un jour donné.

7.4.4 Le troisième volet : facteurs de risques environnementaux et services

7.4.4.1 Introduction

Ce volet vise à récolter des informations sur la situation et le fonctionnement des services médicaux des prisons ainsi que les initiatives en matière de santé. Celles-ci sont complétées par quelques informations complémentaires en provenance de la direction concernant principalement l'établissement et son personnel. Toutes ces informations sont demandées au niveau des établissements eux-mêmes, une fois par an, et concernent, soit des données relatives au jour où se déroule l'enquête par questionnaire (décrite ci-dessus au volet 1), soit des données couvrant l'année civile écoulée.

Les questionnaires présentés dans ce troisième volet seront adressés l'un à la direction, l'autre au médecin directeur de l'établissement. Ils seront accompagnés d'une lettre introductive mentionnant le cadre général et les raisons de l'envoi des questionnaires, feront clairement le lien avec l'enquête auprès des détenus, et signaleront comment retourner les questionnaires dûment complétés à l'organisme chargé de l'encodage et l'analyse.

7.4.4.2 Questionnaire destiné à la direction

Les premières questions feront référence au jour de l'enquête auprès des détenus.

Quelle est la population de votre établissement et sa capacité ?

<i>Etablissement</i>	<i>Date</i>	<i>Nombre Hommes</i>	<i>Nombre femmes</i>	<i>Capacité Hommes</i>	<i>Capacité Femmes</i>

De combien de personnes (et ETP) se compose le personnel en activité ?

<i>Fonction</i>	<i>Nombre</i>	<i>ETP</i>
<i>Directeur</i>		
<i>Administratif</i>		
<i>Médecin généraliste</i>		
<i>Médecin spécialiste (hormis psychiatre)</i>		
<i>Médecin psychiatre</i>		
<i>Surveillant</i>		
<i>Assistant social</i>		
<i>Infirmier</i>		
<i>Psychologue</i>		

Les questions suivantes font référence à l'année civile écoulée.

Quel a été le nombre d'entrants au cours de l'année écoulée :

Existe-t-il un « groupe de pilotage local » (drogues) ?

non

oui si oui, qui y participe ?

Fonction	oui	non
Directeur		
Administratif		
Médecin généraliste		
Médecin spécialiste (hormis psychiatre)		
Médecin psychiatre		
Surveillant		
Assistant social		
Infirmier		
Psychologue		
Intervenant(s) extérieur(s) : le(s)quel(s)		

Quel est le nombre total de réunions annuelles :

Y a-t-il eu, dans votre établissement, des interventions organisées pour améliorer la santé des détenus ?

non

oui

1/ laquelle (décrire concrètement et brièvement) :

.....
.....
.....

qui y participe ?

	oui	non
Direction		
Service médical		
Service psychosocial		
Surveillants		
Administration centrale		
Intervenant(s) ext. Le(s)quel(s) ?		

2/ laquelle (décrire concrètement et brièvement) :

.....
.....
.....

qui y participe ?

	<i>oui</i>	<i>Non</i>
<i>Direction</i>		
<i>Service médical</i>		
<i>Service psychosocial</i>		
<i>Surveillants</i>		
<i>Administration centrale</i>		
<i>Intervenant(s) ext. Le(s)quel(s) ?</i>		

3/ laquelle (décrire concrètement et brièvement) :

.....
.....
.....

qui y participe ?

	<i>oui</i>	<i>non</i>
<i>Direction</i>		
<i>Service médical</i>		
<i>Service psychosocial</i>		
<i>Surveillants</i>		
<i>Administration centrale</i>		
<i>Intervenant(s) ext. Le(s)quel(s) ?</i>		

4/ laquelle (décrire concrètement et brièvement) :

.....
.....
.....

qui y participe ?

	<i>oui</i>	<i>Non</i>
<i>Direction</i>		
<i>Service médical</i>		
<i>Service psychosocial</i>		
<i>Surveillants</i>		
<i>Administration centrale</i>		
<i>Intervenant(s) ext. Le(s)quel(s) ?</i>		

5/ laquelle (décrire concrètement et brièvement) :

.....
.....
.....

qui y participe ?

	<i>oui</i>	<i>Non</i>
<i>Direction</i>		
<i>Service médical</i>		
<i>Service psychosocial</i>		
<i>Surveillants</i>		
<i>Administration centrale</i>		
<i>Intervenant(s) ext. Le(s)quel(s) ?</i>		

Y a-t-il eu dans votre établissement des initiatives pour atténuer certains problèmes de santé ?
(décrire concrètement et brièvement)

Pour ceux qui sont amenés à passer plus de 20H00 sur 24 en cellule :

non

oui

.....
.....
.....

qui y participe ?

	<i>oui</i>	<i>non</i>
<i>Direction</i>		
<i>Service médical</i>		
<i>Service psychosocial</i>		
<i>Surveillants</i>		
<i>Administration centrale</i>		
<i>Intervenant(s) ext. Le(s)quel(s) ?</i>		

Pour réduire la violence et ses effets :

non

oui

.....

.....

.....

qui y participe ?

	<i>oui</i>	<i>non</i>
<i>Direction</i>		
<i>Service médical</i>		
<i>Service psychosocial</i>		
<i>Surveillants</i>		
<i>Administration centrale</i>		
<i>Intervenant(s) ext. Le(s)quel(s) ?</i>		

Pour contrer les effets de la surpopulation :

non

oui

.....

.....

.....

qui y participe ?

	<i>oui</i>	<i>non</i>
<i>Direction</i>		
<i>Service médical</i>		
<i>Service psychosocial</i>		
<i>Surveillants</i>		
<i>Administration centrale</i>		
<i>Intervenant(s) ext. Le(s)quel(s) ?</i>		

Pour d'autres problèmes :

non

oui

.....
qui y participe ?

	<i>oui</i>	<i>non</i>
<i>Direction</i>		
<i>Service médical</i>		
<i>Service psychosocial</i>		
<i>Surveillants</i>		
<i>Administration centrale</i>		
<i>Intervenant(s) ext. Le(s)quel(s) ?</i>		

Nous vous remercions d'avoir consacré du temps à fournir ces informations.

Le service dispose-t-il du matériel adéquat, et en suffisance ?

oui non, manque de :

.....

.....

Travaillez-vous avec des surveillants "faisant fonction d'infirmier" ?

oui

parfois

le plus souvent

jamais

Les détenus peuvent-ils, si l'équipe comporte plusieurs médecins généralistes, le choisir ?

non

oui Comment :

Etes-vous amenés à procéder à des tests de contrôle (dépistage urinaire de produits p. ex.) sans objectif de nature médicale ?

jamais rarement souvent

Lors de l'année écoulée, quelle a été, dans l'établissement, le nombre de :

Décès (hors suicides et overdoses) :

Suicides (tentatives) :

(menées à terme) :

Overdoses (non-mortelles) :

(fatales) :

Le service médical a-t-il proposé au cours de l'année écoulée :

Des campagnes de vaccination systématique ?

non oui en partenariat avec :

Des campagnes de contrôle de la vue ?

non oui en partenariat avec :

Des campagnes de contrôle de la mémoire ou des fonctions intellectuelles ?

non oui en partenariat avec :

Des campagnes de contrôle du maintien de la condition physique ?

non oui en partenariat avec :

Des campagnes de promotion de l'hygiène personnelle ?

non oui en partenariat avec :

Y a-t-il eu dans votre établissement des initiatives pour aider les détenus à supporter l'incarcération?

non
oui (décrire concrètement et brièvement)

.....
.....
.....

qui y participe ?

	<i>oui</i>	<i>non</i>
<i>Direction</i>		
<i>Service médical</i>		
<i>Service psychosocial</i>		
<i>Surveillants</i>		
<i>Administration centrale</i>		
<i>Intervenant(s) ext. Le(s)quel(s) ?</i>		

Y a-t-il eu des initiatives pour réduire les risques de transmission des maladies infectieuses?

non
oui (décrire concrètement et brièvement)

.....
.....
.....

qui y participe ?

	<i>oui</i>	<i>non</i>
<i>Direction</i>		
<i>Service médical</i>		
<i>Service psychosocial</i>		
<i>Surveillants</i>		
<i>Administration centrale</i>		
<i>Intervenant(s) ext. Le(s)quel(s) ?</i>		

Y a-t-il eu des initiatives pour réduire le nombre/la gravité des auto-mutilations (incl. les grèves de la faim) ?

non

oui (décrire concrètement et brièvement)

.....

qui y participe ?

	<i>oui</i>	<i>non</i>
<i>Direction</i>		
<i>Service médical</i>		
<i>Service psychosocial</i>		
<i>Surveillants</i>		
<i>Administration centrale</i>		
<i>Intervenant(s) ext. Le(s)quel(s) ?</i>		

Certains membres de votre équipe ont-ils suivi (dans les dix dernières années) une formation spécifique (supérieure à 1 mois) dans les domaines suivants ?

<i>Fonction</i>	<i>Analyse et relations institutionnelles</i>	<i>Particularité de la santé en prison</i>	<i>Education pour la santé</i>
<i>Médecin généraliste</i>			
<i>Dentiste</i>			
<i>Infirmier</i>			
.....			
.....			

Avez-vous participé au cours de l'année écoulée (s'il en existe) ?

	<i>non</i>	<i>oui</i>	<i>Nombre total de réunions</i>
<i>Au "groupe de pilotage local" (drogues)</i>			
<i>A d'autres groupes de travail sur la thématique "santé"</i>			
.....			
.....			

Nous vous remercions d'avoir consacré du temps à fournir ces informations.

7.5 INTEGRATION ET INTERPRETATION DES DONNEES

7.5.1 Modalités d'application

Les modalités spécifiques d'application de chacun des volets ont été décrites dans la section ci-dessus. De manière générale, la collecte de toutes les données sera réalisée une fois par an, un jour donné dans tous les établissements sélectionnés par le sondage semi-aléatoire (Voir volet 1 : Recrutement des participants).

Toutes les données récoltées seront transférées à un organisme indépendant chargé de leur analyse et de l'intégration des différentes variables. Le choix de l'organisme sera effectué sur base de sa totale indépendance vis-à-vis de l'administration pénitentiaire et de sa capacité technique pour la collecte et l'analyse des données récoltées.

En fonction du poids attribué à ces variables, il sera possible d'établir un score de risque qui indique le niveau de risque dans les établissements où les enquêtes ont été réalisées, soit 10 établissements, ainsi que pour l'ensemble des établissements. La répétition de l'enquête permettra de mesurer l'évolution de ce risque dans l'ensemble des établissements uniquement puisque, suite à la procédure de tirage, les établissements couverts par l'enquête varieront d'une année à l'autre.

7.5.2 Pré-test

Pour rappel, à l'heure actuelle, ce système n'a pas été testé et il ne nous est pas possible d'affirmer la faisabilité de cette collecte, ni d'affiner l'analyse et l'interprétation des résultats. On peut, en outre, constater que dans sa description actuelle le système est relativement lourd.

Le pré-test permettra donc d'évaluer, dans un premier temps, la faisabilité de l'utilisation des instruments de collecte de données qui ne l'ont pas encore été, c'est-à-dire les volets 2 et 3.

Ensuite, une analyse prenant en compte toutes les variables considérées dans ce projet permettra d'identifier les variables ou facteurs en relation significative avec les risques pour la santé des détenus. Au terme de cette analyse, il devrait être possible d'identifier les variables essentielles et nécessaires pour cette mesure de risque et d'alléger le système afin d'en réduire le coût. A ce stade, il sera essentiel de définir avec le bénéficiaire du système quel type d'utilisation il souhaite en faire : un instrument de monitoring ou un instrument de recherche. En effet, en fonction de l'option choisie, le produit final sera différent. Un choix devra donc être opéré en fonction de l'objectif et en fonction des capacités financières du projet.

7.5.3 Diffusion des résultats

Dans une optique visant l'amélioration de la santé des personnes incarcérées, la diffusion des résultats devra être la plus large possible, tant au sein de l'administration des établissements pénitentiaires (au niveau local et central) qu'à l'extérieur, notamment vers les administrations ayant dans leurs compétences la santé tant préventive que curative et vers les intervenants en prison, et vers les groupes parlementaires intéressés par la question.

8 CONCLUSION GENERALE

À la demande de la Direction générale des établissements pénitentiaires, l'U.L.B. et l'U.C.L. ont réalisé, en 1997, une étude relative à la politique pénitentiaire en matière de drogues. Les deux institutions formulaient des recommandations dans le rapport de recherche.

Bien que l'objectif de la présente recherche soit différent, l'équipe (composée de la Free Clinic, de Modus Vivendi, de l'U.L.B. et de l'U.C.L.) a décidé de réitérer ces recommandations dans la mesure où celles-ci sont, pour la plupart, toujours d'actualité. Elles ont été complétées sur base des informations spécifiques collectées dans le cadre de la recherche actuelle.

8.1 INTRODUCTION

Recommandations 1997

- ❖ Dans le cadre des recommandations, nous proposons un modèle mixte qui s'inspire à la fois du modèle de gestion des risques sanitaires et du découplage : du premier, nous retenons sa capacité d'intégrer des objectifs *a priori* contradictoires et du second, l'idée de différenciation entre les logiques sanitaire et sécuritaire. Selon nous, le modèle de contrôle doit s'écarter de l'objet spécifique de l'usage de drogues pour se limiter au cadre général de la sécurité.
- ❖ Nous avons montré qu'une réflexion sur un modèle de politique pénitentiaire en matière de drogue ne pouvait faire fi de la question de l'incidence de l'accroissement des flux pénitentiaires et des effets d'une hypothétique sur-représentation des usagers de drogues en son sein. Avant même de réfléchir sur la prison et ses modalités, il est pertinent d'agir sur un certain nombre de déterminismes tels que la surpopulation qui dépend essentiellement de la sur-utilisation de la prison comme archétype de la peine efficace. A ce titre, la dépénalisation dans le sens d'une « réduction ou d'une suppression des sanctions pénales » et la décriminalisation comprise comme « la suppression de l'incrimination pénale »³⁴¹ à l'égard des usagers de drogues permettraient de trouver des soulagements à la gestion de la problématique des drogues dans les établissements pénitentiaires. Si une solution existe, elle s'applique essentiellement à l'amont du système pénal.
- ❖ En ce qui concerne la formulation de nos recommandations, il faut mentionner que l'emploi de l'*indicatif* réfère à une prise de position tranchée articulée à partir des discours des personnels pénitentiaires et étayée par la littérature. Quant au *conditionnel*, il renvoie à une position idéale que la logique nous invite à tenir mais devant encore faire l'objet d'un examen scientifique et rigoureux que nous n'avons pu approfondir compte tenu des moyens limités de la recherche et d'une absence de problématisation de certaines questions dans la littérature.

³⁴¹ VAN DE KERCHOVE, M. ; *Le droit sans peines. Aspects de la dépénalisation en Belgique et aux Etats-Unis*, Bruxelles, Facultés universitaires Saint-Louis, 1987, p. 306.

- ❖ Bien que les recommandations qui vont suivre concernent uniquement les différents items soumis à examen, il convient de réaffirmer notre position éthique et scientifique à l'égard des usagers de drogues et de prétendre que la régulation de cette problématique doit se penser en dehors de la norme pénale.
- ❖ Les recommandations suivantes n'ont de sens qu'à l'intérieur du cadre que nous avons précédemment décrit. L'une ou l'autre recommandation considérée isolément pourrait s'avérer contre-productive. Celles-ci constituent un tout indissociable dont les parties se renforcent circulairement.

8.2 DETECTION

Recommandations 1997

- ❖ Il faut insister sur la non-spécificité des objectifs opérationnels de la politique pénitentiaire de lutte contre l'usage de drogues (empêcher la circulation des produits) : on doit s'orienter vers un modèle où les pratiques de détection relèvent du cadre général de la sécurité.
- ❖ Il est inutile, c'est-à-dire peu efficace, effectif et efficient d'investir dans des techniques modernes de contrôle des drogues, dans la mesure où elles rencontrent des adaptations qui les vident de leur sens.
- ❖ La pratique de l'analyse d'urine doit être considérée comme un acte médical et les seuls objectifs de cette pratique devraient être épidémiologique et/ou diagnostic. Son utilisation à titre de technique de contrôle de l'usage de drogues devrait être abandonnée.
- ❖ Les opérations des forces de l'ordre ne doivent plus être menées ou, à tout le moins, leur usage doit être minimal.
- ❖ Dans la mesure où la fouille est de nature à porter atteinte aux droits et aux libertés fondamentales des individus consacrés par la Constitution et la Convention européenne de droits de l'homme, et plus particulièrement à la protection de la vie privée, un cadre légal plus précis doit être donné à cette pratique.
- ❖ Le système d'identification des usagers doit être utilisé le moins possible à des fins de détection et de sanction.
- ❖ Une adaptation pourrait être apportée à la pratique des fouilles : elles seraient effectuées par un agent qui n'a pas de contact quotidien avec le détenu qui en est l'objet.

8.3 SANCTIONS

Recommandations 1997

- ❖ Il ne doit pas y avoir de spécificité des sanctions en matière d'usage de drogues.
- ❖ Reprenant l'idée centrale du CSPP selon laquelle « l'être humain réagit davantage aux récompenses qu'aux punitions, surtout s'il se trouve dans une situation défavorisée »³⁴², il est opportun de réfléchir à la pertinence des sanctions en cas de consommation de drogues ainsi qu'à la définition du concept de « récompense ».
- ❖ Partant du principe du maintien des droits du citoyen à l'égard de la personne incarcérée, il y a lieu de garantir l'exercice de ces droits. Dans ce cadre, il est nécessaire d'uniformiser la procédure de sanction et de réfléchir à la création d'un conseil disciplinaire où les droits de chaque partie seraient garantis par une procédure conforme aux droits de l'homme.
- ❖ Dans le même ordre d'idées, il faudrait que l'agent pénitentiaire soit averti des suites de son rapport, c'est-à-dire qu'il obtienne un retour d'informations quant à la sanction prise.
- ❖ En ce qui concerne l'information au parquet, l'usage de drogues douces devrait être toléré en raison d'une part, des fonctions de l'usage de drogues et d'autre part, des effets contre-productifs que la répression des usages entraîne à la fois pour les acteurs et le système. Rappelant ainsi que suite aux travaux du groupe parlementaire sur les drogues, il a été suggéré que ces faits devraient bénéficier de la priorité la plus basse en matière de poursuite.³⁴³
- ❖ La consolidation d'une consommation de drogues comme élément de contre-indication à l'octroi de congés pénitentiaires et de libération conditionnelle doit être mesuré eu égard à ses conséquences sur la situation pénale du détenu (niveau individuel) mais aussi sur le stock pénitentiaire et les phénomènes qui lui sont connexes, à savoir le risque de *burn out* et de blocage institutionnel.
- ❖ La pratique des sanctions informelles, qu'elle soit le fait de l'une ou l'autre catégorie professionnelle des établissements pénitentiaires, doit être condamnée, dès lors qu'un régime clair de sanctions et respectueuses des intérêts de tous est instauré.

³⁴² Avis du CSPP, *La drugscene en prison*, doc 286, p.13.

³⁴³ ce qui a entretemps été communiqué au moyen d'une circulaire ministérielle aux parquets

Recommandations établies sur base de la présente recherche

- ❖ Il apparaît clairement de l'enquête que le manque de clarté par rapport aux sanctions suscite le mécontentement et l'insécurité, tant auprès des gardiens que des détenus, ce qui pour ces derniers présentent même un facteur de comportement à risques. Il convient dès lors de viser une plus grande concordance en matière de gestion des sanctions en élaborant une procédure uniforme transcendant le niveau de la prison individuelle. L'objectif n'est toutefois pas de renforcer l'aspect répressif.

8.4 REGIME

Recommandations 1997

- ❖ Comme le souligne l'avis du Conseil supérieur de la politique pénitentiaire³⁴⁴, c'est la qualité du régime de chaque établissement qui offre la réponse la plus adéquate au défi de la « drugscène » en prison et la présence de drogues en prison ne doit pas conduire à freiner les progrès d'humanisation de la vie carcérale, dans la mesure où tout raidissement du régime comporte des risques de contre-productivité.
- ❖ Dès lors, la multiplication des activités (travail, formation, détente) étant un facteur d'ordre interne, il faut les renforcer, voire les créer, pour l'ensemble des détenus, en partenariat avec les organismes extérieurs dont la raison sociale est éloignée de l'usage de drogues.
- ❖ Par ailleurs, l'idée de la spécificité du régime en fonction de l'usage de drogues ne doit pas être soutenue.
- ❖ S'il s'avère malgré cet avis qu'elle emporte l'adhésion, elle doit être assortie des garanties suivantes :
 - une interrogation de la légitimité de création des régimes « drug free » ;
 - un processus de concertation entre les établissements pénitentiaires dont l'objet est l'analyse et l'évaluation des expériences passées, en référence à la théorie ;
 - la participation d'experts extra-pénitentiaires qui doit aider à prendre la distance nécessaire et à sortir de la logique administrative qui préside à l'organisation des unités spécialisées ;
 - l'orientation vers un modèle qui s'écarte du contrôle de la population (par le biais des tests d'urine).

³⁴⁴ *Ibidem*, p.20.

8.5 TRAITEMENT

8.5.1 Généralités

Recommandations 1997

- ❖ A long terme, il convient de s'interroger sur la pertinence d'une délégation totale des compétences en matière de santé physique et mentale. L'aide sociale relevant déjà dans une certaine mesure des communautés, l'administration pénitentiaire pourrait envisager de transférer l'ensemble de ses missions en matière d'aide et de soins aux ministères compétents afin que le détenu reste un citoyen au regard du droit à la santé, soumis à la sécurité sociale et pouvant bénéficier de soins équivalents à ceux prodigués dans la communauté. Les intervenants médico-psycho-sociaux seraient dès lors des personnes extérieures à l'administration pénitentiaire qui n'interviendraient pas dans le processus d'expertise (réservé à des fonctionnaires de l'administration) et n'auraient ainsi aucun pouvoir sur le dossier pénal et pénitentiaire du détenu, ce qui aurait une influence positive sur la relation entre le détenu et l'intervenant.
- ❖ En attendant, il convient de trouver des adaptations destinées à séparer la prise en charge du processus d'expertise.
- ❖ Les résultats de la conférence du personnel doivent toujours être annoncés au détenu par la direction.
- ❖ Dans un tout autre registre, le principe des demandes par écrit doit être revu : en effet, une tolérance du personnel pénitentiaire devrait permettre que certains détenus fassent leurs demandes oralement et informellement. Par ailleurs, le système des boîtes aux lettres, présentes dans chaque aile, fermant à clé et dont la clé est sous la responsabilité des acteurs du traitement, pourrait être développé.

Recommandations établies sur base de la présente recherche

- ❖ Vu le caractère spécifique du problème de la drogue et de la dépendance, il est nécessaire de développer des protocoles qui réglementent la collaboration entre les soignants en milieu carcéral et les assistants en matière de drogue. Dans cette perspective, les prisons doivent élargir le plus possible l'accès aux services d'aide extérieurs et permettre la prévention et les soins *intra muros*. D'un autre côté, les organisations d'aide en matière de drogue doivent offrir des services qui touchent tous les détenus, indépendamment de la région, et qui font appel à toutes les méthodes (de la réduction des risques aux communautés thérapeutiques).

8.5.2 Prise en charge psychosociale

L'accueil des entrants est primordial. Il doit s'agir d'un entretien de soutien psychosocial, mené en profondeur, et qui s'écarte d'un simple recueil de données pour viser, entre autres, une information quant aux possibilités de prise en charge, quant aux conséquences possibles de l'expertise et quant au fonctionnement général de la prison.

En fait, trois périodes justifient une guidance soutenue en raison du stress et des difficultés qui y sont liées : il s'agit de l'entrée, de l'approche du jugement et de la sortie. Deux options existent quant à la réalisation de ce soutien.

La première option postule qu'au regard de la logique de séparation de l'aide et de l'expertise mais aussi de la surcharge de travail des services, il faudrait renforcer le cadre psychosocial. A défaut, il est déjà possible dans certains établissements de mettre en place des adaptations individuelles pour pallier le problème de la dualité des missions : il s'agit d'un partage efficace des dossiers entre l'acteur responsable de l'expertise et celui responsable du traitement.

Selon la seconde option, le processus de soutien - nous insistons, non spécifique à l'usage de drogues - pourrait être exercé, non plus par un travailleur social interne mais par le service d'aide aux justiciables. Il apparaît que cette solution est la plus efficiente à condition d'augmenter l'effectivité des interventions des SAJ par leur redynamisation.

D'une façon plus générale, il s'agit d'orienter les demandes vers l'extérieur, c'est-à-dire vers des organismes dont l'activité n'est pas spécifiquement définie en fonction de l'usage de drogues. Dans ce cadre, la collaboration avec l'ASJ doit faire l'objet d'une dynamisation par le biais d'un processus de concertation et de partenariat soutenu par une interface formelle où les échanges devraient être encouragés. Dès lors, le protocole d'accord conclu entre les communautés et le ministère de la Justice doit être évalué.

Dans tous les cas, la participation, à titre délibératif ou consultatif, des acteurs de la prise en charge à la conférence du personnel n'est pas souhaitable.

Tout type d'outil visant l'information et la préparation du détenu à sa libération doit être mobilisé. Par ailleurs, l'outil technique « A qui s'adresser » devrait faire l'objet d'une distribution étendue. En effet, cette brochure constitue un véritable instrument d'information et de libération pour les acteurs de terrain.³⁴⁵

³⁴⁵ Cette brochure n'existe qu'en Français

8.5.3 Prise en charge médicale

- ❖ A long terme, le transfert de compétences en matière de santé des détenus doit être réalisé vers le ministère adéquat (garant du respect des droits à la santé de la population, du personnel pénitentiaire et des détenus dans la mesure où il ne peut reposer que sur une politique de santé harmonisée pour tous les acteurs de la société)
- ❖ Des recommandations visant le court ou le moyen terme doivent également être formulées en vue de pallier les divers dysfonctionnements.
- ❖ Une plus grande disponibilité des médecins généralistes et une permanence infirmière 24h sur 24 sont indispensables pour assurer une prise en charge médicale correcte des détenus.
- ❖ Les agents affectés à l'infirmierie doivent être remplacés par du personnel qualifié.
- ❖ Un des critères de sélection du personnel infirmier est son aptitude à l'écoute, qui pourrait être développée par le biais d'une formation mais il serait également intéressant de réfléchir à l'engagement de gradués en infirmierie avec une spécialisation sociale.
- ❖ Il faut établir un protocole sérieux et rigoureux de préparation et de distribution des médicaments qui vise à limiter leur trafic dans les établissements. Dans cette optique, la dissolution des médicaments n'est pas une solution adéquate. Par ailleurs, la souplesse doit caractériser la pratique de la distribution des médicaments afin de l'individualiser en fonction des pathologies et de responsabiliser le détenu face à son traitement.
- ❖ Le flux des médicaments au niveau de la pharmacie centrale doit être contrôlé et une évaluation de la circulation des médicaments dans les établissements doit être réalisée.
- ❖ Seul l'infirmier doit être responsable pour effectuer les tâches de préparation, de distribution, de contrôle de la prise du médicament et de la passation des tests d'urine (épidémiologie et diagnostic).
- ❖ La prise en charge des usagers de drogues dépendants doit comprendre l'accès aux traitements de maintenance à la méthadone et une réflexion quant à un schéma de sevrage permettant de couvrir réellement les symptômes du sevrage.
- ❖ On doit s'orienter vers un modèle de gestion des risques sanitaires qui suppose la mise en place de toutes une série de stratégies.
- ❖ Une stratégie globale et coordonnée de prévention de la transmission des maladies infectieuses doit être élaborée en collaboration avec tous les acteurs concernés et en partenariat avec le secteur associatif.
- ❖ Un système de surveillance épidémiologique doit être développé.

- ❖ Un protocole de dépistage du SIDA doit être élaboré visant à offrir à tous les détenus la possibilité d'être dépistés sur base volontaire, moyennant un counseling adéquat pré-test et post-test et la garantie que les résultats restent couverts par le secret médical.
- ❖ Un renforcement ou la mise en place d'un dépistage des MST et de la tuberculose.
- ❖ Un accès à la demande au TMM sous la responsabilité du service médical.
- ❖ Un accès gratuit et discret aux préservatifs et au lubrifiant en collaboration avec le secteur associatif comme, l'agence de prévention du SIDA ;
- ❖ La distribution de matériel d'injection à la demande dans un cadre couvert par le secret professionnel et sous la responsabilité d'un service médical indépendant du ministère de la Justice.
- ❖ L'accès à la demande au désinfectant accompagné d'une éducation sur le mode d'emploi destiné à désinfecter le matériel de tatouage et de piercing ou d'injection.
- ❖ Une campagne de vaccination du personnel et des détenus contre l'hépatite.
- ❖ Une information et une éducation du personnel et des détenus sur les risques de transmission du SIDA, des hépatites et de l'hygiène en général doivent être développées en faisant appel au secteur associatif.
- ❖ Enfin, outre la surveillance épidémiologique du SIDA et des hépatites, il faut aussi réaliser des études de prévalence et d'incidence de la consommation de drogues et de médicaments. Ces études doivent être effectuées par des spécialistes indépendants du ministère de la Justice.

Recommandations établies sur base de la présente recherche

- ❖ Pour les détenus opio-dépendants, il convient d'envisager un programme de substitution à la méthadone dès l'entrée. En concertation avec le détenu, et dans un cadre thérapeutique, il faut ensuite évaluer dans quelle mesure celui-ci est en mesure de suivre un programme de désintoxication et d'entretien.
- ❖ Pour les nouveaux détenus qui suivent déjà un programme de substitution à leur arrivée, il convient d'assurer la continuité du traitement. La poursuite du programme doit être décidée en accord avec les responsables externes et le détenu concerné.
- ❖ Pour des groupes spécifiques, comme les femmes enceintes et les séropositifs VIH opio-dépendants, un traitement de substitution sur une base d'entretien est hautement recommandé.
- ❖ Pour les personnes qui suivent un traitement de substitution et dont on estime que la détention sera brève, il est conseillé de poursuivre le programme afin de limiter le risque de rechute et d'assurer la continuité thérapeutique après la libération.
- ❖ Les éventuels programmes de désintoxication doivent entrer dans le cadre d'un programme thérapeutique responsable qui respecte la dignité humaine du détenu. Il est conseillé de faire appel à des organisations externes spécialisées dans ce domaine.
- ❖ Bien que l'injection de drogues soit un phénomène marginal en détention, elle présente des risques importants lorsqu'elle se produit. La situation est identique pour les tatouages ou les piercings. Il est dès lors recommandé de prévoir un matériel de désinfection minimal de même que des instructions de base quant à son emploi. La mise à disposition de matériel de tatouage est à envisager, en collaboration, par exemple, avec la Ligue belge des tatoueurs.
- ❖ Au vu des expériences menées à l'étranger, il convient également d'envisager la mise à disposition de matériel d'injection, éventuellement sous la forme d'un projet pilote.
- ❖ Vu les risques courus lors d'un congé pénitentiaire et à la libération, il est recommandé de mettre au point un kit de prévention remis au détenu lors de son départ. Ce kit contiendrait des informations sur les risques et leur limitation, des adresses utiles, des préservatifs, du matériel d'injection et/ou de la méthadone. La conception de ce kit se fera de préférence en collaboration avec des organismes externes.
- ❖ Afin d'assurer la continuité des programmes thérapeutiques lors des transferts et des libérations, la collaboration avec les tiers doit être préparée anticipativement. L'échange d'informations médicales, moyennant l'accord du détenu et la garantie du secret professionnel, est un élément essentiel dans ce contexte.

8.6 STRUCTURE

Recommandations 1997

- ❖ Le groupe de pilotage national est une structure qui doit être maintenue moyennant une modification de sa configuration actuelle en référence aux éléments suivants :
 - des objectifs généraux élargis, dépassant le cadre de l'usage de drogues, et qui s'inscrivent une politique pénitentiaire et criminelle ;
 - des objectifs opérationnels clairs et précis définis par le groupe ;
 - la composition du groupe doit être modifiée afin d'y retrouver un certain équilibre entre les représentants de l'administration pénitentiaire mais aussi d'autres administrations ou services (Service de politique criminelle, ministère de la Santé publique, Communauté), les spécialistes extra-pénitentiaires et les représentants du secteur académique ;
 - le groupe doit également comporter un dispositif évaluatif des politiques locales et une interface de coordination entre le niveau central et local.
 - la collaboration active avec le Service de politique criminelle du ministère de la Justice

- ❖ Le groupe de pilotage local doit être maintenu ou créé afin de s'inscrire dans le même cadre que le groupe de pilotage national. Pour sa composition, il doit représenter l'ensemble des acteurs de l'institution, y compris ses différents niveaux hiérarchiques, et être ouvert aux acteurs extra-pénitentiaires qui oeuvrent ou non dans les établissements. Cette structure serait le lieu d'une réflexion entre les acteurs pénitentiaires et extra-pénitentiaires en vue d'envisager un travail de partenariat. Les travaux doivent être menés à partir d'une méthodologie inductive relayée par un travail théorique de recherche. En outre, cette structure doit comporter un dispositif évaluatif des pratiques locales.

8.7 FORMATION

Recommandations 1997

- ❖ En matière de recrutement : chaque candidat a un poste de l'administration pénitentiaire doit être soumis à une évaluation de ses compétences à l'exercice des tâches du poste à pourvoir.
- ❖ D'une façon générale, la mise en place d'une politique de formation doit passer par les questions suivantes : pour qui ? pourquoi ? où ? quand ? comment ?
- ❖ L'ensemble des personnels pénitentiaires y compris les directeurs doit être à la fois informé et formé à l'exercice de ses missions et ce avant leur entrée en fonction. En effet, si au cours des années précédentes, l'évidence s'est portée sur les agents pénitentiaires comme destinataires des formations, il semble néanmoins que la « manière dont la prison est dirigée » est déterminante de son fonctionnement, de sorte qu'il est important de prévoir une formation pour les directeurs de toutes classes.
- ❖ Une formation générale devrait être organisée et articulée en fonction de la définition d'une politique pénitentiaire. Cette formation générale doit s'écarter du cadre étroit de l'usage de drogues. Le contenu du programme de formation doit être adapté en fonction de la catégorie professionnelle concernée.
- ❖ La finalité des formations doit poursuivre la complexification des représentations du phénomène délinquant et permettre de donner sens aux événements survenus en détention. En outre, une formation des agents pénitentiaires aux premiers secours doivent être organisée.
- ❖ L'idéal serait de créer également des lieux où pourrait s'installer un échange continu entre théorie et pratique. A ce titre, la pratique des supervisions et de l'échange collectif, à la fois inter et intra-professionnel devrait être soutenue. La supervision en tant que dispositif pourrait être intégrée au fonctionnement des groupes de pilotage locaux.
- ❖ Les formations doivent faire l'objet d'une programmation réaliste tenant compte des contraintes en termes d'horaire qui ne pourraient ainsi plus justifier l'abandon de celles-ci.
- ❖ La formation relative à la drogue devrait trouver une place dans cet ensemble général. Si malgré tout, les décideurs politiques, ne tenant pas compte des recommandations énoncées, envisagent l'élaboration de formations spécifiques, celles-ci ne doivent pas être obligatoires et devraient être menées à l'extérieur des établissements dans un souci d'échange inter- et intra-professionnel.
- ❖ Il y a lieu de constituer une instance d'évaluation scientifique et rigoureuse des processus de formation. Cette instance devrait être indépendante des logiques administrative et associative.

- ❖ Les expériences de structure de formation en cours méritent une évaluation en termes de retombées et d'impact.
- ❖ Les groupes de parole, le programme PEGGY et le programme TIMC doivent être soutenus dans la mesure où il s'agit de structures permanentes qui visent et participent à la complexification des représentations, à la problématisation de l'usage de drogues et au décloisonnement des savoirs et des échanges professionnels. Néanmoins, l'opportunité de mise en place de telles structures doit être évaluée par le biais d'une analyse des besoins locaux. En outre, l'objet de ces structures devrait être élargi à d'autres problématiques que l'usage de drogues.
- ❖ La participation du personnel aux différentes structures externes et internes ainsi qu'aux formations doit être facilitée et faire partie des heures de prestations.
- ❖ Au sein de l'administration centrale, le *burn out* et le *turn over* que connaissent les établissements doivent faire l'objet d'une gestion efficace (d'une problématisation) dans la mesure où ils sont des facteurs menaçant les différentes structures opérationnelles.

Recommandations établies sur base de la présente recherche

- ❖ La formation actuelle des gardiens en matière de drogues est perçue comme insuffisante. Il convient donc de toute urgence de réévaluer les programmes en place et de mettre sur pied de nouveaux modules adaptés prioritairement aux besoins et aspirations des gardiens. Le personnel ne peut pas traduire dans sa pratique quotidienne la plupart des modules proposés aujourd'hui, entre autres par des organisations externes. Les principales faiblesses de la formation actuelle révélées par cette enquête sont les suivantes : formation quant aux risques professionnels liés aux affections contagieuses comme le SIDA/VIH, l'hépatite et la tuberculose, la gestion des comportements agressifs en cas de consommation de drogue et/ou de symptômes de manque et une meilleure évaluation des situations de crise médicale comme l'overdose.

8.8 RECHERCHES ET PERSPECTIVES

Recommandations 1997

- ❖ L'ensemble de la politique pénitentiaire doit s'orienter vers un changement à long terme. Ce changement vise le passage d'un modèle de contrôle à un modèle de gestion des risques sanitaires qui doit emporter une réelle volonté politique. A ce titre, le groupe de pilotage national s'avère une instance qui doit insuffler les bases claires d'une politique.
- ❖ Malgré des moyens limités, les résultats de la présente recherche apparaissent prometteurs, tant au niveau des mécanismes structurels et idéologiques découverts qu'au niveau des pistes politiques à définir, de sorte qu'il est important de mettre en place une logique de recherche permanente au niveau des instances politiques locales et fédérales.
- ❖ Il est également opportun et pertinent de proposer les éléments suivants.
- ❖ Le retour d'information concernant la recherche auprès des personnels des établissements pénitentiaires.
- ❖ L'accord donné par l'administration concernant les opportunités de publications futures dans le domaine.
- ❖ La traduction pédagogique de la présente recherche et l'opérationnalisation de celle-ci en terme de formation des personnels pénitentiaires. Ce processus vise à identifier les pratiques tant au niveau individuel que structurel et permettrait aux participants de complexifier leurs représentations de l'univers carcéral et de prendre conscience de leur qualité d'acteur du système.
- ❖ Compte tenu de la démarche essentiellement qualitative de la présente recherche, cette dernière mériterait d'être complétée par une approche quantitative, révélée impossible en raison des moyens disponibles. Il est, en effet, pertinent d'envisager, à partir de la littérature, plusieurs variables telles que le type d'établissement, le type de population, les phénomènes de *burn out* et de *turn over*. En outre, le détenu, acteur essentiel de la problématique, mériterait d'être rencontré dans un nouveau processus de recherche. Ce processus doit mener à une modélisation plus fine du système pénitentiaire qui offre une base plus détaillée aux recommandations et permet d'envisager de nouvelles hypothèses.

Recommandations établies sur base de la présente recherche

- ❖ Comme dernière recommandation, nous renvoyons à la conclusion formulée en rapport avec l'utilisation de l'instrument épidémiologique global proposé dans cette étude.³⁴⁶

³⁴⁶ Voir 7.5. : Intégration et Interprétation des données

9 BIBLIOGRAPHIE

- ADAM, Ch., BARTHOLEYNS, Fr., *Politique pénitentiaire en matière de drogues*, Rapport de recherche commandité par l'Administration des établissements pénitentiaires et dirigé par D. Kaminski et Ph. Mary, UCL/ULB, octobre 1997.
- ADAM, Ch., BARTHOLEYNS, Fr., « Régime pénitentiaire et fonctions de l'usage de drogues », in DE RUYVER, B., DE SOMERE, P., VERMEULEN, G., NOIRFALISE, A., FIGIEL, Ch. (red.), *La politique en matière de drogues en Belgique : développements actuels*, Actes du Cinquième congrès national *Gestion des drogues en 2000*, Gand, 5/6 novembre 1997, Antwerpen-Apeldoorn/Bruxelles, Maklu-Uitgevers/Bruylant, 1998, pp. 345-358.
- AGENCE DE PRÉVENTION DU SIDA, *La Prévention du Sida en Communauté Française : Plan Guide Triennal 1996-1998*, Bruxelles, Ministère de la Santé de la Communauté française de Belgique
- ALBARELLO, L., DIGNEFFE, Fr., HIERNAUX, J.-P., MAROY, Chr., RUQUOY, D., de SAINT-GEORGES, P., *Pratiques et méthodes de recherche en sciences sociales*, Paris, Armand Colin éd., coll. « Coursus », 1995.
- ALLWRIGHT, S., et al., *Hepatitis B, hepatitis C and HIV in Irish prisoners: prevalence and risk*, Dublin, Department of Justice Equality and Law Reform, 1999.
- AYMARD, N., LHUILIER, D., *Sécurité et identité professionnelle des personnels de surveillance*, Paris, GERAL, 1993.
- BARTHOLEYNS, Fr., *Les détenus et la droit à la santé. De la médecine pénitentiaire à la médecine en milieu pénitentiaire*, mémoire présenté sous la direction de Ph. MARY en vue de l'obtention du titre de licencié en sciences criminologiques, 1997-1998, en préparation chez Bruylant dans la coll. de l'Ecole des sciences criminologiques de l'U.L.B.
- BATH, G.E., DAVIES, A.G., DOMINY, N.J., PETERS, A., RAAB, G., RICHARDSON, A.M., "Imprisonment and HIV prevalence", *The Lancet*, nov. 1993, p. 1368
- BEGHIN, D., PREVOST, M., de ROUBAIX, J., LEQUARRE, F., *Monitoring de l'infection au VIH et du Sida en Belgique. Mise à jour 1995*, Bruxelles, Agence de prévention du Sida, Ministère de la Santé de la Communauté française, 1997
- BERKELMAN, R.L., et al., "Public health surveillance", In *Oxford Textbook of Public Health*, 3rd ed., (ed. R. Detels, W. W. Holland, J. McEwen and G. S. Omenn), Oxford, Oxford University Press, 1997, pp 735-750.
- BERTHAM, S., *Results of gaols urinalyses update : july - december 1989*, Evaluation of NSW Department of Corrective Services Pre-release Methadone Program, Study n°10, Research and Statistics division, 1991.
- BERTRAM, S., GORTA, A., Views of recidivists released after participating in the NSW prison methadone program and the problems they faced in the community, Evaluation on the NSW Department of Corrective Services Prison Methadone Program, Study n°8, Research Publication department of corrective Services, Publication n°21, 1990.
- BIELEMAN, B., VANDER LAAN, R., *Stok achter de deur. Onderzoek naar het functioneren van de zorg voor verslaafde gedetineerden*, Groningen, Bureau Intraval, 1999.
- BIRD, A.G., GORE, S.M., JOLLIFFE, D.W., BURNS, S.M., "Second anonymous HIV surveillance in Saughton Prison", *AIDS*, 1993, vol.7, n°9, pp. 1277-1279.
- BIRD, G., GORE, S., CAMERON, S., ROSS, A., GOLDBERG, D., "Anonymous HIV surveillance with risk factor elicitation at Scotland's largest prison, Barunnie", *AIDS*, 1995;9: 801-808.
- BIRD, G., GORE S., "Study of infection with HIV and related risk factor in young offenders'institution", *BMJ*, 1993, vol. 307, pp68-90.
- BLIX, O., GRONBLADH, L., « AIDS and IV heroin addicts : the preventive effects of methadone maintenance in Sweden », *Drug and alcohol dependance*, 1981, n°7, pp.249-256.
- BOSMANS, R., « Bilan de 5 années de fonctionnement du groupe I.T.I. », *Les cahiers de la dépendance*, 1990, pp. 109-129.
- BOLETTE, Ph., « Le groupe 'In-dépendance' », *Les cahiers de la dépendance*, 1990, pp. 159-174.
- BRITTON, J. et al., *Nicotine addiction in Britain*, A report of the Tobacco Advisory Group of the Royal College of Physicians, London, february 2000.
- BROCHU, S., MERCIER, C., « Les doubles problématiques avec une composante de toxicomanie : état de la littérature », *Psychotropes*, 1992, vol. VII, n°3, pp. 7-20.
- BOYD, S., FAITH, K., "Women, illegal drugs and prison : views from Canada", *International Journal of Drug Policy*, 1999, n°10, pp. 195-207.

- BUFFARD, S., « Y a-t-il une évolution de la prison ? Réflexion du groupe multiprofessionnel de Lyon sur les questions pénitentiaires », *Déviante et Société.*, 1977, vol.1, n°2, pp. 203-208.
- CAPLEHORN, J.R.M., DALTON, M.S., CLUFF, M.C., PETRENA, A.M., « Retention in methadone maintenance and heroin addicts' risk of death », *Addiction*, 1994, n°89, pp. 203-207.
- CAPLEHORN, J., ROOS, M., « Methadone maintenance and the likelihood of risky needle-sharing », *The international journal of the addictions*, 1995, vol.30, n°6, pp. 685-698.
- CARTUYVELS, Y., MARY, Ph. (dir.), *L'Etat face à l'insécurité. Dérives politiques des années 90*, Bruxelles, Labor, 1999.
- CASTELLANO, T.C., BECK, R., « A cross-classification of prison substance abuse program models. The relevance of structural fit », *Journal of crime and Justice*, 1991, vol. XIV, n° 1, pp. 123-144.
- CHAUVENET, A., BENGUIGUI, G., ORLIC, Fr., *Le personnel de surveillance des prisons. Essai de sociologie du travail*, Convention de recherche entre le Conseil de la recherche de ministère de la Justice et l'EHESS (janvier 1990), Paris, Centre d'étude des mouvements sociaux, CNRS, Ecole des Hautes Etudes en sciences sociales, mai 1992.
- COLARDYN, M., « L'application de la législation sociale aux détenus et aux membres de leur famille », *B.A.P.*, 1972, n°5, pp. 301-323.
- CONSEIL DE L'EUROPE, Rapport au gouvernement de la Belgique relatif à la visite effectuée par le Comité européen pour la prévention de la torture et des peines ou traitements inhumains ou dégradants (CPT) en Belgique du 14 au 23 novembre 1993, CPT/Inf (94) 15, Strasbourg/Bruxelles, Conseil de l'Europe, 14 octobre 1994.
- CONSEIL DE L'EUROPE, Rapport au Gouvernement de la Belgique relatif à la visite en Belgique effectuée par le Comité européen pour la prévention de la torture et des peines ou traitements inhumains ou dégradants (CPT) du 31 août au 12 septembre 1997, Strasbourg, Conseil de l'Europe, 3 avril 1998.
- CONSEIL SUPÉRIEUR DE POLITIQUE PÉNITENTIAIRE, *La drugscène en prison*, doc 286.
- DANTINE, M.-P., S.I.D.A. Note d'information aux personnes incarcérées, Equipe U.L.B.Bruxelles. 1995
- DAVID, E., « Le droit à la santé comme droit de la personne humaine », *Rev. québécoise dr. intern.*, 1985, pp. 64-115.
- DE BRUINE, S., STEEGHS, F., "Development of health education programs for female prisoners in the Netherlands", communication au *Third European Seminar on HIV and Hepatitis in Prison*, Milan, 28-29 mai 1999.
- DEBUYST, C., « L'observation psychosociale avant et après jugement », in *Les interventions psychosociales dans le système de justice pénale*, Rapports présentés à la 20^{ème} Conférence de recherches criminologiques (1993), *Recherche criminologique*, vol. XXXI, 1995, pp. 41 et s.
- DECLERCK, S., Politique pénale et exécution des peines. Note d'orientation, Ministère de la justice, juin 1996.
- DE CONINCK, G., « La formation initiale du personnel de surveillance des établissements pénitentiaires : des exigences morales et religieuses à la formation d'intervenants socio-éducatifs en milieu pénal », *Déviante et Société*, 1997, vol.21, n°2, pp.166-167.
- DENIS, B., LEFEBVRE, V., « Hépatites C et Toxicomanie », *Revue de la médecine générale*, 1996, n° 137, pp.28-39.
- DENIS, B., *Résultats intermédiaires Hépatite C et Toxicomanie*, Charleroi, Groupe d'Etude des Maladies liées à la Toxicomanie, 1995.
- DENIS, C., « Des prisonniers interdits de santé ? », *Tonus*, 1988,
- DE PAUW, W., « La justice sous influence : la trajectoire pénale des affaires de drogues à Bruxelles », *Rev. intern. crimin. pol. techn. scientif.*, 1998, n°3, pp. 305-325.
- DE RUYVER, B., VAN LIMBERGEN, M., BALTHAZAR, T., VAN DAELE, L., VANDER BEKEN, T., VERMEULEN, G., VAN IMPE, K., FLAVEAU, A., *Penitentiair drugsbeleid. Voorontwerp van beleidsnota voor de aanpak van de druggerelateerde problemen in de belgische penitentiaire inrichtingen vanuit een geïntegreerd perspectief*, Gent, R.U.G., 1997.
- DE RUYVER B., VERMEULEN G., FLAVEAU A., DE LEENHEER A., CARLIER F., NOIRFALISE A., PELC I. (red) ; *Drugbeleid aan de vooravond van de 21ste eeuw. l'Atelier 3, « Assistance aux usagers de drogues en prison », du Septième Congrès Gestion des drogues en 2000, 26-27 octobre 1999, Gand, tiré à part*
- DETIENNE, J., ETIENNE, I., PIERAERTS, M. (red.), *Participation de la société dans les prisons*, Bruxelles, Commission royale des patronages, 1997.
- DETRY, C., *De l'organisation des soins de santé en milieu pénitentiaire en Belgique*, mémoire présenté sous la direction de J. MASSON en vue de l'obtention du titre de licencié en sciences de la santé publique, U.C.L., 1998-1999.

- DEVRESSE, M.-S., « La rencontre entre la police communale belge et les usagers de drogue : en toute discrétion », *Déviante et Société*, 1999, vol. 23, n°1, pp. 59-73.
- DE WAELE, J.-P., DEPREEUW, W., Formation du personnel pénitentiaire. De la surveillance à la guidance, Bruxelles, Le Moniteur belge, 1985.
- DIRECTION DE LA RECHERCHE DES ÉTUDES DE L'ÉVALUATION ET DES STATISTIQUES, *La santé à l'entrée en prison : un cumul des facteurs de risque*, Paris, DREES, Etudes et Résultats, n° 4, janvier 1999.
- DIRECTION GÉNÉRALE DES ÉTABLISSEMENTS PÉNITENTIAIRE, *Traitement de substitution à la méthadone dans les établissements pénitentiaires*, Document de travail, s.l.n.d.
- DIRECTION GÉNÉRALE DES ÉTABLISSEMENTS PÉNITENTIAIRE, La drogue dans les établissements pénitentiaires. Un problème pour chaque détenu et chaque membre du personnel, s.l.n.d.
- DIRECTION GÉNÉRALE DES ÉTABLISSEMENTS PÉNITENTIAIRES, *Rapport d'activité 1997*, [Bruxelles], Ministère de la Justice, s.d.
- DIRECTION GÉNÉRALE DES ÉTABLISSEMENTS PÉNITENTIAIRES, *Rapport d'activité 1998*, [Bruxelles], Ministère de la Justice, s.d.
- DIRECTION GÉNÉRALE DES ÉTABLISSEMENTS PÉNITENTIAIRES, *Formulaire des médicaments*, version 2 – mai 1999.
- DOLAN, K., WODAK, A., « An international review of methadone provision in prisons », *Addiction Research*, 1996, vol. 4, n°1, pp.85-97.
- DOLAN, K., *The reduction of risk behaviour amongst drug users in methadone maintenance treatment in NSW*, Presentation at the Australian and New Zealand Society of Criminology's 10th Annual Conference, UNSW, Sydney, 27-30 september 1994.
- DOLAN, K., WODAK, H.W., KAPLAN, E., "A mathematical model of HIV transmission in NSW prisons", *Drug and alcohol dependence*, 1998, vol. 50, n°3, pp. 197-202.
- DOLE, V., « Methadone treatment and the acquired immunodeficiency syndrome epidemic », *JAMA*, 1989, pp.1681-1682.
- DOM, G., (red); *Dubbeldiagnose : als verslaving en psychische problemen samengaan*, EPO, 1999, p. 210 e.s.
- DORMAN, A., *et al.*, « Psychiatric morbidity in sentenced segregated HIV positive prisoners », *British Journal of Psychiatry*, 1993, vol.163, pp. 802-805.
- DOSSIER « Des pratiques judiciaires en matière de consommation de produits illicites », *Les cahiers de prospective jeunesse*, 1996, vol. 1, n°1-2.
- DUCOFFRE, G., *Surveillance des maladies infectieuses par un réseau de laboratoires de microbiologie*, Bruxelles, Ministère des Affaires Sociales, de la Santé Publique et de l'Environnement, Institut scientifique de la santé publique - Louis Pasteur, Section Epidémiologie, 1995.
- DUPONT, L., *Essai d'avant-projet de loi de principes concernant l'Administration pénitentiaire et l'exécution de peines privatives de liberté*, Louvain, 30 septembre 1997.
- DUPONT, L., *Traité sur un avant-projet de loi de principes concernant l'administration pénitentiaire et l'exécution des peines privatives de liberté. Condensé*, K.U.L., s.d.
- DUTCH REPORT, Group of experts in epidemiology of drug problems/drug use by prisoners project, Co-operation group to Combat Drug Abuse and Illicit Trafficking in Drugs (Pompidou Group), Strasbourg, 30 septembre 1999.
- DYE, S., ISAACS, C., "Intravenous drug misuse among prison inmates : implications for spread of HIV", *British Medical Journal*, 1991, n° 302, pp. 1506-1508.
- ENGLAND AND WALES REPORT, Group of experts in epidemiology of drug problems/drug use by prisoners project, Co-operation group to combat drug abuse and illicit trafficking in drugs (Pompidou Group), Strasbourg, 30 septembre 1999.
- ERKELENS, L.H., VAN ALEM, V.C.M., « Dutch prison drug policy : towards an intermediate connection », pp. 75-94.
- FAUGERON, C., CHAUVENET, A., COMBESSIE, P., *Approches de la prison*, Montréal/Ottawa/Bruxelles, Les presses universitaires de Montréal/Les presses universitaires d'Ottawa/De Boeck Université, coll. « perspectives criminologiques », 1996.
- FARES, *Rapport d'activités 1998*, Bruxelles, 1999
- FOGEL, D., « Traitement pénitentiaire et contrainte », *Déviante et Société*, 1979, vol. 3, n°2, pp. 149-159.

- FRANCOIS, J., « Pour une clinique alternative en milieu carcéral », *Déviante et Société*, 1979, vol. 3, n°2, pp.169-178.
- FURER, J.W., *Het meten van de gezondheidstoestand. Beschrijving en evaluatie van vragenlijsten*, Rotterdam, Van Gorcum, 1995.
- GENTILINI, M., TCHERIATCHOUKINE, J., Problèmes sanitaires dans les prisons. Maladies infectieuses, toxicomanies, état d'avancement de la loi du 18.01.1994, avant, pendant et après l'incarcération, Rapport au Garde des Sceaux, ministre de la Justice et au secrétaire d'Etat à la Santé et à la Sécurité sociale, Paris, Flammarion, coll. « Médecine-Sciences, 1997.
- GOLDBERG, M., GOLDBERG, P., DAVID, S., DASSA, S., MARNE, M.J., LANDRE, M.F., Etude sur la santé et les conditions de travail des personnes de l'administration pénitentiaire. Aspects épidémiologiques, Windsor, INSERM, Unité 88, 1992.
- GOLDBERG, D., WILLIAMS, P.A., *User's guide to the GHQ*, Windsor, NFER-NELSON, 1998.
- GORTA, A., Monitoring the NSW prison methadone program : a review of the research 1986-1991, Research publication department of Corrective Services, publication n°25
- GOTTHEIL, E., STERLING, R.C., WEINSTEIN, S.P., « Diminished illicit drug use as a consequence of longterm methadone maintenance », *Journal of addictive diseases*, 1993, vol.12, n°4, p.45.
- GRAWITZ, M., *Méthodes des sciences sociales*, 9^{ème} éd., Paris, Dalloz, 1993.
- GUGGENMOSS-HOLZMANN, I., STARK, K., MULLER, R., "High risk behaviour is common in prisons in Berlin", *BMJ*, 1995, vol. 310, n°6989
- GUILLAIN, Chr., « La nouvelle directive du Collège des Procureurs généraux relative à la politique des poursuites en matière de drogues illégales », *J.P.*, 1998, n°352, pp.11-14.
- GUILLAIN, Chr., SCOHIER, Cl., « La gestion pénale d'une cohorte de dossiers stupéfiants (1993-1997). Les résultats disparates d'une justice dite alternative », à paraître.
- GUILLONNEAU, M., KENEY, A., « Les agressions de détenus envers les surveillants », in *Prison en société, Les cahiers de la sécurité intérieure*, 1998, n°31, pp. 171-181.
- HAASTRECHT, H.J., BAX, J.S., VAN DEN HOEK, A.A., "High rates of drug use, but low rates of HIV risk behaviours among injecting drug users during incarceration in Dutch prisons", *Addiction*, 1998, n° 9, pp. 1417-1425.
- HARDING, G.-T., "AIDS in prison", *The Lancet*, 1987
- HARIGA, F. : « Sida et Prison », Agence de Prévention du Sida, Ministère de la Santé de la Communauté française de Belgique, Septembre 1997
- HARIGA, F., GOOSDEEL, A. "Euro Boule-de-neige 1998", *Carnet du risque*, Bruxelles, 1999, n°28, pp. 11
- HEFEZ, S., « L'impact des politiques de réduction de risques. Analyse de 'Methadone treatment as a determinant of HIV risk reduction among injecting drug users - SERPONI et al.' », *Transcriptase*, 1994, n°30, pp. 20-21.
- HERZOG, C., FASNACHT, M., STOHLER, R., LADEWIG, D., « Methadone substitution as an AIDS-preventive measure in the prison environment », Paper presented at the *European Symposium on drug addiction and AIDS*, Siena, Italy, 1993, october 4-6.
- HEUDTLASS, J.H., STOVER, H., "Harm reduction-Strategien für intravenös applizierende Drogenkonsumenten und Bedienstete auch im Strafvollzug. Ein saferuse-Trainingsprogramm", *Wiener Zeitschrift für Suchtforschung*, 1998, vol. 21, n°1, pp. 27-36.
- HOBBI, V., et al., « Mitteilungen über die Erfahrungen mit dem GHQ », *Schweiz Rundsch Med Prax.*, 1989, vol. 78, n°9, pp. 219-225.
- HOFMAN, P., « Prévention de l'infection au VIH auprès des mineurs en milieu carcéral », *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 1998, vol.45, n°10, pp. 627-637.
- HOUCHON, G., JANSSENS, N., « Education et prison. Une utopie constructive », in LAMPAERT, F., MALICE, P. (coord.), *Prison et Société II*, Bruxelles, Fondation Roi Baudouin, 1994, pp. 17-75.
- HOUCHON, G., « Pierres de touche pour une formation du personnel pénitentiaire (vers l'an 2000) », *J.P.*, 1994, n°261, pp.17-19.
- IDEWE, De prevalentie van infecties in penitentiaire instellingen in België, Onderzoeksrapport, Brussel, 1994.
- INSPECTION GÉNÉRALE DES AFFAIRES SOCIALES, Rapport sur les modalités de prescription, d'achat, de détection et de distribution des médicaments dans les établissements pénitentiaires, rapport n°91 084, France, 1991.

- JAEGER, M., MONCEAU, M., *La consommation des médicaments psychotropes en prison*, Ramonville Saint-Agne, Erès, 1996.
- JÜRGENS, R., GILMORE, N., « Prisons, SIDA et divulgation de renseignements médicaux. Analyse juridique et éthique », *Criminologie*, 1994, vol. XXVII, n°2, pp.127-163.
- JÜRGENS, R., *HIV/AIDS in Prisons . Final report*, Ottawa, Canadian HIV/AIDS Legal Network/Canadian Aids Society, septembre 1996.
- KAMINSKI, D. ; « Toxicomanie : le mot qui rend malade », *Déviance et Société*, 1990, vol. 14, n°2, pp. 179-196
- KAMINSKI, D., « L'examen de personnalité comme élément d'une proposition de libération conditionnelle: limites et possibilités », *R.D.P.C.*, 1998, n°1, pp. 69-83.
- KAMINSKI, D., MARY, Ph., « Politiques (criminelles) en matière de drogues: évolutions et tendance en Belgique », *Déviance et Société*, 1999, vol.23, n°2, pp. 205-220.
- KELLENS, G., « Devenir surveillant de prison. A propos d'un récent colloque européen », *J.P.*, 1994, n°261, pp.12-13.
- KERNDT, P., WEBER, M., FORD, W., PREVOTS, R., LEHMAN, S., « HIV incidence among injection drug users enrolled in a Los Angeles methadone program », *JAMA*, 1995, vol.276, n°23, pp.41.
- KIMMETT, E., O'DONNELL, I., *Mandatory drug testing in prisons. The relationship between MDT and the level and the nature of drug misuse*, London, Centre for criminological research, University of Oxford/ Research and Statistics Directorate, Home Office, 1998.
- LAHAYE-BEKAERT, N., « Le rôle des polices communales dans la prévention de la toxicomanie. Approche pragmatique et réflexions sur les modalités d'appréhension du phénomène », *R.D.P.C.*, 1998, n°9-10, pp. 857-893.
- LAMBERT, P., « Enfants maltraités et toxicomanes dans la polémique du secret professionnel », in *Secret professionnel. Quand le silence condamne ? Médecins et juristes, une collaboration impossible ? ou Toxicomanies et enfants maltraités dans la problématique des secrets professionnels*, R.D.P.C., 1990, n°4, pp.311-315.
- LAPLANTE, J., *Psychothérapies et impératifs sociaux. Les enjeux de la connaissance de soi*, Montréal/Ottawa/Bruxelles, Les presses de l'Université de Montréal/Les presses de l'Université d'Ottawa, De Boeck Université, coll. « Perspectives criminologiques », 1995.
- LAUWERS, N. « La formation initiale du personnel de surveillance d'administration pénitentiaire belge », *J.P.*, 1994, n°261, pp.13-14.
- LAUWERS, N., VAN MOL, Fr., « La réalité pénitentiaire en matière de drogue » in *Drogues et prison*, Actes de la journée d'études du 22 avril 1994 organisée par Présence et Action culturelles, Bruxelles, La Charte, Dossier Revue de droit pénal et de criminologie, 1995, pp. 27-35.
- LEBRUN, V., « Document de travail. Objet : Réflexions au départ du projet de circulaire relative à la politique pénitentiaire en matière de drogue », s.l.n.d.
- LEMIRE, G., *Anatomie de la prison*, Paris/Montréal, Economica/Les Presses de l'Université de Montréal, 1990.
- LHUILIER, D. , « Les surveillants de prison : identité professionnelle et crise de légitimité », in *Prisons en société, Les cahiers de la sécurité intérieure*, 1998, n°31, pp. 135-150.
- LHUILIER, D., SIMONPIETRI, A. , VEIL, Cl., MORALES, L., *VIH-SIDA et santé : représentations et pratiques des personnes incarcérées*, Paris, Laboratoire de changement social, Université Paris 7, juin 1999.
- LOCKWOOD, D., *et al.*, "Developing comprehensive prison-based therapeutic community treatment for women", *Drugs and Society*, 1998, vol.13, n°1/2, pp. 193-212.
- MAC CABE, C.J., *et al.*, "Measuring the mental health status of a population : a comparison of the GHQ-12 and the SF-36/MHI-5", *Br. J. Psychiatry*, 1996, vol.169, n°4, pp. 516-521.
- MAC DONALD, M., *Mandatory drug testing in prisons*, Birmingham, Centre for research into quality and the Department of sociology, University of Central England, 1997.
- MAGURA, S., ROSENBLUM, A., LEWIS, C., JOSEPH, H., « The effectiveness of in-jail methadone maintenance », *Journal of drug issues*, 1993, vol.23, n°1, pp.75-99.
- MALLIORI M., SYPSA V., PSICHOGIOU M., TOULOUMI G., SKOUTELIS A., TASSAPOLOS N., HATZAKIS A., STEFANIS A. ; A survey of bloodborne viruses and associated risks behaviours in Greek prisons, *Addiction* (1998) 93 (2), p. 243-251.

- MARCHIETTI, A.-M., « Le travail en détention : un révélateur de la condition carcérale », in *Prisons en société, Les cahiers de la sécurité intérieure*, 1998, n°31, pp. 183-193.
- MARMOT, M., WILKINSON, R.G., *Social determinants of health*, Oxford, Oxford University Press, 1999.
- MARTIN, D., MEYVIS, W., Rapport sur l'humanisation des conditions de détention et le traitement de la délinquance dans la collectivité, Fondation Roi Baudouin, 1991.
- MARTIN, V., *et al.*, "Case-finding of pulmonary tuberculosis on admission to a penitentiary centre", *Tubercule and Lung Disease*, 1994, n°74, pp.49-53.
- MARY, Ph., DURVIAUX, S., « L'éducation en prison : resocialisation ou occupation ? », *Revue internationale de criminologie et de police technique*, 1991, vol. XLIV, n°1, pp. 36-42.
- MARY, P., « Pratiques clandestines en milieu carcéral. Réflexions sur la reproduction et la production de la prison », *Revue internationale de criminologie et de police technique*, 1989, n°2, pp. 172-184.
- MARY, Ph., « De l'orientation de la politique pénitentiaire à la désorientation des réformes pénales », Communication présentée à la Journée d'étude *Politique pénale et pénitentiaire : idéologie et management*, organisée le 18 décembre 1997, par le G.R.A.P.P., l'U.L.B. et l'U.C.L., (non publiée).
- MARY, Ph., « Prison et droits de l'homme : resocialisation des détenus ou resocialisation de la Justice pénale ? », *R.D.P.C.*, 1990, n°7, p. 736.
- MARY, Ph., PAPTODOROU, Th. (éd.), *La surpopulation pénitentiaire en Europe. De la détention avant jugement à la libération conditionnelle*, Actes du 1^{er} séminaire du Groupe européen de recherches sur la justice pénale tenu à Corfou du 8 au 12 septembre 1997, Bruxelles, Bruylant, 1999.
- MATHIEU, G., « Sida et droit pénal », *Rev.sc.crim.dr.pén.comp.*, 1996, n°1, pp.81-99.
- METZGER, D.S., WOODY, G.E., Mc LELLANA, Th., O'BRIEN, Ch.P., DRULEY, P., NAVALINE, H., DEPHILIPPIS, D., STOLLEY, P., ABRUTYN, E., « Human immunodeficiency virus seroconversion among intravenous drug users in- and out-of-treatment : an 18 month prospective follow-up », *Journal of acquired immune deficiency syndrome*, 1993, vol. n°6, pp.1049-1056.
- MICHELAT, G., « Sur l'utilisation de l'entretien non directif en sociologie », *Rev. fr. sociol.*, 1975, vol. XVI, pp. 229-247.
- MODUS VIVENDI, Rapport d'activité 1995, Bruxelles, 1996
- MOUQUET, M.-C., DUMONT, M., BONNEVIE, M.-C., *La santé à l'entrée en prison : un cumul des facteurs de risque*, Paris, DREES, Etudes et Résultats, n° 4, janvier 1999.
- MUCHIELLI, A., *Les méthodes qualitatives*, 2^{ème} éd., Paris, PUF, coll. « Que sais-je ? », n°2591, 1994.
- MULLER, R., STARK, K., GUGGENMOSS-HOLZMANN, I. *et al.*, "Imprisonment : a risk factor for HIV infection counteracting education and prevention programmes for intravenous drug users", *AIDS*, 1995, vol.9, pp. 183-190.
- MUSCAT, R., *Malta Report*, Group of experts in epidemiology of drug problems/drug use by prisoners project, Co-operation group to combat drug abuse and illicit trafficking in drugs (Pompidou Group), Strasbourg, 30 september 1999.
- NELLES, J., FURHER, A., *Drug and HIV Prevention at the Hindelbank Penitentiary*, Bern, Swiss Federal Office of Public Health, 1995.
- NEWMAN, R.G., BASHKOW, S., CATES, M., « Arrest histories before and after admission to a methadone maintenance program, *Contemporary drug problems Fall*, 1973, (Fall) pp.417-430.
- OBRECHT, O., « Une réforme au milieu du gué », *Rev.fr.aff.soc.*, 1997, vol. 51, n°1, pp. 117-129.
- OBRECHT, O., « Précarité et prison », in LEBAS, J., CHAUVIN, P., *Précarité et santé*, Paris, Flammarion, 1998, pp. 189-201.
- O'MAHONEY, P., *Mountjoy Prisoners : a sociological and criminological profile*, Department of Justice, 1997.
- ORMEL, J., *et al.*, "Measuring change with the GHQ. The problem of retest effects", *Soc. Psychiatry Epidemiol.*, 1989, vol. 24, n°5, pp.227-232.
- OBSERVATOIRE RÉGIONAL DE LA SANTÉ PROVENCE ALPES CÔTES D'AZUR, Mise en place et évaluation d'une fiche épidémiologique sur la santé des détenus. Rapport final, Marseille, 1994.
- PETERS, T., SNACKEN, S., KELLENS, G., DE CONINCK, G., DE JAEGHER, K., LAUWAERT, K., MAES, E., STASSART, E., TUBEX, H., VERHOEVEN, H., « Fondements d'une politique judiciaire cohérente axée sur la réparation et sur la

- victime », in VAN DONINCK, B., VAN DAELE, L., NAJI, A. (dir.), *Le droit sur le chemin ?*, Antwerpen –Apeldoorn/Louvain-la-Neuve, Maklu/Academia-Bruylant, 1999, pp. 113-159.
- PICARD, E., Proposal for taking into account the medical, psychological and social aspect of parenthood among drug-using female prisoners, Communication IHRA Paris, février 1997.
- PIETERS, Fr., « Les détenus et les personnes à leur charge ont-ils droit à la sécurité sociale en tant que membres de la société ? », *B.A.P.*, 1983, n°1, pp.5-39, *B.A.P.*, 1983, n°2, pp.149-175.
- PIETERS, F., « Het jaar van het virus : aids-virus dragers in de Belgische gevangenis », *Panopticon*, 1986, n°6, pp. 558-562.
- PIRES, A.P., « La réforme pénale et la réciprocité des droits », *Criminologie*, 1991, vol. XXIV, n°1, pp.77-104.
- POINT D'APPUI STATISTIQUE, SERVICE DE LA POLITIQUE CRIMINELLE, *Données statistiques en matière de condamnations, suspensions, internements, 1995*, Bruxelles, Ministère de la Justice, septembre 1999.
- PORTUGAL REPORT, Group of experts in epidemiology of drug problems/drug use by prisoners project, Co-operation Group to combat drug abuse and illicit trafficking in drugs (Pompidou group), Strasbourg 29 september 1999.
- POWER, K.G., MARKOVA, I., ROWLANDS, A., MAC KEE, K.J., ANSOLW, P.J., KILFEDDER, C., "Intravenous drug use and HIV transmission amongst inmates in Scottish prisons", *British Journal of Addiction*, 1992, n°87, pp. 35-45.
- Problèmes posés par la dangerosité des "drogues"*, Rapport du Professeur Roques au Secrétaire d'Etat à la Santé, Paris, MILDT, mai 1998.
- « Rapport fait au nom du groupe de travail chargé d'étudier la problématique de la drogue », *Doc. Parl.*, Ch. repr., s.o., 1996-1997, 1062/3, 5 juin 1997.
- RENARD, F., TAFFOREAU, J., VANDERVEKEN, M., STROOBANTS, A., Monitoring de la Prévention du Sida en Communauté française de Belgique. Situation en 1994, Bruxelles, IHE, 1996
- RÉSEAU EUROPÉEN DE PRÉVENTION DU SIDA ET DES HÉPATITES EN PRISON, *Rapport 1998*, Bonn-Marseille, 1999
- ROELANDT, M., « Justice et thérapie ou l'impossible alliance », *Les cahiers de Prospective jeunesse*, 1996, vol. I, n°1-2, pp. 13-17.
- ROTH, R., « Prison-modèle et prison symbole : l'exemple de Genève au XIX^e siècle », *Déviance et Société*, 1977, vol.1, p. 393
- ROTILY, M., *French Report*, Group of experts in epidemiology of drug problems/drug use by prisoners project, Co-operation group to combat drug abuse and illicit trafficking in drugs (Pompidou Group), Strasbourg, 30 september 1999.
- ROTILY, M., DELORME, C., BEN-DIANE, M.-K., « L'usage des drogues en milieu carcéral : approche épidémiologique », *Les cahiers de la sécurité intérieure*, 1998, n°31, pp.195-209
- SASSE A., VAN KERSSCHAEVER, G., STROOBANTS, A., *Epidémiologie du sida et de l'infection à VIH en Belgique. Situation au 31 décembre 1998*, Rapport trimestriel, n°44, Bruxelles, Institut Scientifique de la Santé Publique - Louis Pasteur, 1999
- SCHMITZ, N., et al., "Diagnosing mental disorders in primary care: the GHQ and the Symptom Check List as screening instruments", *Soc Psychiatry Epidemiol.*, 1999, vol. 34, n°7, pp. 360-366.
- SECRETARIAT GÉNÉRAL, SERVICE STATISTIQUE, *Les statistiques annuelles des Cours et Tribunaux. Données 1998*, Bruxelles, Ministère de la Justice, 1999, n°1.
- SENN GROMELLE, A., DE AGAZIO, M.-Th., « Le traitement pénitentiaire : la question de la participation du surveillant à sa mise en œuvre », *Rev. intern. crim. pol. techn. et scientif.*, 1999
- SEYLER, M., « La consommation dans les établissements pénitentiaires. De la survie à la parole retrouvée », *Déviance et contrôle social*, 1985, n°4, pp. 20 et s.
- SEYLER, M., « Vivre avec son temps : les cantines des prisons », *Déviance et société*, 1988, n°2, pp. 127 et s.
- SHEWAN, D., GEMMEL, M., DAVIES, J.B., « Behavioural change amongst drug injectors in Scottish prisons », *Soc. Sci. Med.*, 1994, vol.39, n°11, pp.1585-1586.
- SHEWAN, D., MACPHERSON, S., REID, M., DAVIES, J.B., *Evaluation of the Saughton drug reduction programme*, Main Report, Central Research Unit, Edinburgh, 1994.
- SOCIÉTÉ BELGE DE CRIMINOLOGIE, *Position en droit et droit de plainte du détenu*, Journée d'étude du 16 février 1996, Bruxelles, La Charte, Les dossiers de la revue de droit pénal et de criminologie, 1997.

- STARK, K., MULLER, R., "HIV prevalence and risk behaviour in injecting drugs users in Berlin", *Forensic Sci. Int.*, 1993, n° 62, pp. 73-81.
- TAYLOR, A., GOLDBERG, D., EMSLIE, J., WRENCH, J., GRUER, L., CAMERON, S. *et al.*, "Outbreak of HIV Infection in a Scottish prison", *BMJ*, 1995, vol. 310, n°6975, pp. 289-292.
- THACKER, S.B., *et al.*, "A method for evaluating systems of epidemiological surveillance", *World Health Statistics Quarterly*, 1988, n°41, pp.11-18.
- TODTS, S., DE MAERE, W., DRIESEN, G., KINABLE, H., "Risicogedrag bij Druggebruikers", *Congresboek Hepatitis C* 1997, pp. 296 - 307
- TODTS, S., FONCK, K., COLEBUNDERS, R., VERCAUTEREN, G., DRIESEN, K., UYDEBROECK, M., VRANCK, R., VAN MOL, F., "Tuberculosis, HIV, hepatitis B and risk behaviour in a Belgian Prison", *Arch. Public Health*, 1997, n°55, pp. 87-97.
- TOMASEVSKI, K., *Prison health. International standards and national practices in Europe*, Helsinki, Helsinki institute for crime prevention and control, affiliated with the United Nations, publication series n°21, 1992.
- TOURNIER, P., *Statistiques pénales annuelles du conseil de l'Europe, Enquête 1997*, Strasbourg, Conseil de l'Europe (à paraître).
- TOUZE, S., BOUHNIC, P., « La prison : un espace-temps intégré au système de vie des usagers de drogues dures par voie intraveineuse, *Journée d'animation sida, système judiciaire et milieu carcéral*, Paris, A.N.R.S., pp. 12-16.
- TURNBULL, P., STIMSON, G., STILLWELL, G., *Drug use in prison*, London, AVERT, The Centre for Research on Drugs & Health Behaviour, 1994.
- TURNBULL, P., DOLAN, K., STIMSON, G., *Prisons, HIV and AIDS: Risks and experiences in custodial care*, London, AVERT/The Centre for Research on Drugs and Health Behaviour, Department of Psychiatry at Cahring Cross and Westminster Medical School, 1991.
- VAN DAMME P. and al. Prevalence of Hepatitis A, B, and C in the Flemish population. *European Journal of Epidemiology* 13 :1-6, 1997.
- VAN DE KERCKHOVE, M., *Le droit sans peines. Aspects de la dépenalisation en Belgique et aux Etats-Unis*, Bruxelles, Facultés universitaires Saint-Louis, 1987.
- VANDENBROUCKE, M., JOOSEN, B., «De problematiek van de illegale druggebruikers in de belgische gevangenissen. Een stand van zaken op 1 december 1993 », *Panopticon*, 1994, pp. 359-383.
- VAN DOORNICK, M., "Prison staff and infectious diseases: factors likely to influence the behaviour of prison staff", communication au *Third European Seminar on HIV and Hepatitis in Prison*, Milan, 28-29 mai 1999.
- VANNESTE, Chr., « L'évolution de la population pénitentiaire belge de 1830 à nos jours: comment et pourquoi ? Des logiques socio-économiques à leur traduction pénale », *R.D.P.C.*, 1999, n°4, pp. 484-518.
- VAN MOL, Fr., *Restructuration des services médicaux des établissements pénitentiaires*, s.l., avril 1996.
- VANSWEELVELT, Th., *Le SIDA et le droit. Une étude de droit de la responsabilité et de droit des assurances*, trad. H. BOUQUET, P. DE CLERCK, Anvers/Bruxelles, MAKLU Uitgevers/Bruylant, 1990.
- VERNAY-VAISSE, C., ROTILY, M., ROUSSEAU, S., BOURLIERES, M., GALINIER-PUJOL, A., OBADIA, Y., « Epidémiologie des hépatites virales B et C au Centre pénitentiaire de Marseille : évaluation d'un programme de dépistage et de vaccination au centre pénitentiaire de Marseille », *Revue Epidémiologique Santé Publique*, 45 – Supplément 1, p.42-43
- VERWILGHEN, M., *Plan fédéral de sécurité et de politique pénitentiaire*, s.l., [janvier 2000].
- WACQUANT, L., *Les prisons de la misère*, Paris, Raisons d'agir, 1999.
- WANLIN D., *Etude pilote : dépistage de la tuberculose dans les prisons de la Communauté française de Belgique*, Bruxelles, FARES, 1992.
- WEILANDT, C., ROTILY, M., *et al.*, *European Network on HIV/AIDS Prevention in Prisons. 2nd Annual Report*, Bonn-Marseille, may 1998.
- WEILANDT, C., ROTILY, M., *European Network on HIV/AIDS prevention in Prisons, Final Report on the EU project*, february 1997.
- WELTMAN *et al.*, « Co-infection with hepatitis B and C, or B,C, and D viruses results in severe chronic liver disease and respond poorly to IFN treatment", *Journal of viral hepatitis*, 1995, n°2, pp. 39-45.

WELZER-LANG, D., MATHIEU, L., « Des significations de la sexualité en milieu carcéral, in *Prisons en société, Cahier de la sécurité intérieure*, 1998, n°31, pp. 211-228.

WHO, REGIONAL OFFICE FOR EUROPE, The solid facts: social determinants of health. HFA Policy on Europe, Target 14, 1998.

WHO, REGIONAL OFFICE FOR EUROPE, *Health Interview Surveys, towards international harmonization of methods and instruments*, WHO Regional Publications, European Series, n° 58, 1996, pp 68-71.

YIRREL, D.L., GOLDBERG, D., ROBERTSON, P., MCMENAMIN, J., CAMERON, S., LEIGH BROWN, A.J., Molecular investigation confirming an outbreak of HIV in a Scottish prison, Doc. MO.C. 1532, Vancouver, International Conference on AIDS, 1996.