

FREE CLINIC VZW

MODUS VIVENDI ASBL

UNIVERSITÉ LIBRE BRUXELLES, ÉCOLE DES SCIENCES CRIMINOLOGIQUES LÉON CORNIL

UNIVERSITÉ CATHOLIQUE LOUVAIN, DÉPARTEMENT DE CRIMINOLOGIE ET DE DROIT PÉNAL

SANTÉ ET USAGE DE DROGUES EN MILIEU CARCÉRAL

*L'instrument épidémiologique :
Propositions méthodologiques*

Willy De Maere
Fabienne Hariga
Frédérique Bartholeyns
Mark Vanderveken

SOUS LA DIRECTION DE :

SVEN TODTS
PHILLIPPE MARY
DAN KAMINSKI

*SYNTHÈSE ADAPTÉE DU RAPPORT DE RECHERCHE MARS 2000, EFFECTUÉE POUR LE COMPTE DES
SERVICES FÉDÉRAUX POUR LES AFFAIRES SCIENTIFIQUES, TECHNIQUES ET CULTURELLES.*

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 Mathei, Sandra Kerremans, Annemie Van Cauwenberghe

MODUS VIVENDI ASBL

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

UNIVERSITÉ LIBRE BRUXELLES

ÉCOLE DES SCIENCES CRIMINOLOGIQUES LEON CORNIL

Promoteur : Prof. Philippe Mary

Chercheur: Frédérique Bartholeyns

UNIVERSITÉ CATHOLIQUE DE LOUVAIN

DEPARTEMENT DE CRIMINOLOGIE ET DE DROIT PÉNAL

Promoteur : Prof. Dan Kaminsky

Chercheur :Dr. Mark Vanderveken

<u>1</u>	<u>INTRODUCTION GENERALE</u>	1
<u>2</u>	<u>TROIS PARAMETRES : FACTEURS DE RISQUES / ETAT DE SANTE / CONTEXTE</u>	5
2.1	<u>USAGE DE DROGUES ET FACTEURS DE RISQUES ASSOCIES</u>	5
2.1.1	<u>La motivation : valeur que le détenu accorde à son usage de drogues</u>	5
2.1.2	<u>L'initiation à la consommation</u>	6
2.1.3	<u>La rechute et l'arrêt</u>	6
2.1.4	<u>Les modèles de consommation</u>	7
2.2	<u>ETAT DE SANTE</u>	10
2.2.1	<u>Santé des personnes incarcérées : paupérisation et mauvais état de santé</u>	10
2.2.2	<u>Infections par le VIH</u>	10
2.2.3	<u>Hépatites B et C</u>	11
2.2.4	<u>Tuberculose</u>	11
2.2.5	<u>Maladies sexuellement transmissibles (MST)</u>	12
2.2.6	<u>Suicides et automutilations</u>	12
2.3	<u>CONTEXTE</u>	13
<u>3</u>	<u>L'INSTRUMENT EPIDEMIOLOGIQUE</u>	17
3.1	<u>INTRODUCTION</u>	17
3.2	<u>STRUCTURE ET CONTENU DE L'INSTRUMENT</u>	18
3.2.1	<u>Un instrument , trois sources de données</u>	18
3.2.2	<u>Première source de données : LES DETENUS</u>	19
3.2.3	<u>Deuxième source de données : LE SERVICE MEDICAL</u>	23
3.2.4	<u>Troisième source de données : LA DIRECTION ADMINISTRATIVE</u>	26
3.3	<u>MISE EN ŒUVRE DE L'INSTRUMENT</u>	27
3.3.1	<u>SELECTION DES ETABLISSEMENTS</u>	27
3.3.2	<u>SOURCE D'INFORMATION</u>	28
3.3.3	<u>SELECTION DES REpondants</u>	28
3.3.4	<u>TYPE DE DONNEES</u>	29
3.3.5	<u>FREQUENCE D'ADMINISTRATION</u>	29
3.3.6	<u>Conditions d'administration</u>	30
3.4	<u>TRAITEMENT DES DONNEES</u>	31
3.4.1	<u>NOMBRE DE QUESTIONNAIRES A TRAITER</u>	31
3.4.2	<u>MODE D'ENCODAGE ET DE TRAITEMENT</u>	31
3.4.3	<u>INTEGRATION ET INTERPRETATION DES DONNEES</u>	32
3.5	<u>Diffusion des résultats</u>	32
<u>4</u>	<u>CONCLUSIONS ET RECOMMANDATIONS</u>	33
<u>5</u>	<u>ANNEXES :</u>	35
5.1	<u>ANNEXE 1. Questionnaire sur les facteurs de risque (Volet "DETENUS" de l'instrument)</u>	35
5.2	<u>ANNEXE 2. Questionnaire GHQ 12 (volet "DETENUS")</u>	44
5.3	<u>ANNEXE 3. Questionnaire adressé à la direction médicale de l'établissement (volet "SERVICE MEDICAL" de l'instrument)</u>	46
5.4	<u>ANNEXE 4. Questionnaire adressé à la direction de l'établissement (volet "DIRECTION ADMINISTRATIVE" de l'instrument)</u>	50
<u>6</u>	<u>Bibliographie</u>	55

1 INTRODUCTION GENERALE

Ce rapport propose un instrument épidémiologique global, qui permet d'appréhender la problématique de la santé et de la consommation de psychotropes telle qu'elle se présente au sein de la population carcérale.

Cet outil épidémiologique a pour objet final l'amélioration de la santé des détenus, et par extension celle du personnel, dans les établissements pénitentiaires.

Ce rapport est destiné aux personnes qui désirent prendre connaissance de la structure générale de l'instrument, des différents aspects couverts par chacun des trois volets, des questionnaires et des indications d'application, d'analyse et de diffusion des résultats.

Cet instrument épidémiologique est le résultat des recherches et enquêtes faisant partie des missions confiées par les Services fédéraux des Affaires scientifiques, techniques et culturelles (SSTC). Dans ce cadre, le SSTC a 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 avaient été retenus par le SSTC : 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 recherche a été menée pendant un an par neuf chercheurs, après fusion des deux projets initialement retenus.

Pour de plus amples informations, le lecteur intéressé se référera au rapport complet disponible aux SSTC.¹ Comme ce présent rapport se concentre sur les aspects opérationnels de l'instrument épidémiologique, sa présentation diffère quelque peu de celle utilisée dans le rapport complet.

¹ SSTC, Services Fédéraux pour les Affaires Scientifiques, Techniques et Culturelles.

Le rapport complet est composé des parties suivantes :

- « **La méthodologie : le processus de recherche** » retrace le déroulement de l'enquête;
- « **Quelques spécificités de la population carcérale** » analysent les caractéristiques sociales et démographiques, la sur-représentation des consommateurs de drogues et le profil de santé;
- « **Les relations au sein de la prison et la présence de drogues** » traitent du trafic de drogues de même que des différentes formes de violence;
- « **La politique pénitentiaire** » aborde la lutte contre la consommation de drogue (détection et sanction), le régime, les aspects traitement et prévention ;
- ensuite, nous avons considéré de plus près les aspects « **L'usage des drogues et les comportements à risques en prison** »
- l'objectif final de cette enquête était le « **développement d'un instrument épidémiologique** ». Cet instrument se compose de trois volets. Il est important de noter que l'instrument n'a pas pu être testé dans son entièreté vu le temps limité de la recherche. 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;
- enfin, le rapport conclut sur une série de « **recommandations** » en matière d'une part de suivi relatif à l'instrument épidémiologique et d'autre part, de politique de drogue en milieu pénitentiaire.

L'équipe de recherche a mis en évidence plusieurs préalables communs.

Cette recherche s'insère exclusivement dans le cadre de problématique de la santé en prison. En vue de garantir cette optique et d'assurer une qualité optimale des informations récoltées, l'équipe de recherche a posé comme conditions *sine qua non* la gestion autonome de l'instrument épidémiologique par rapport à l'utilisateur (l'Administration pénitentiaire) ainsi que la confidentialité des données récoltées.

S'agissant de mettre au point un instrument permettant d'évaluer notamment la prévalence de l'usage de drogues et des comportements à risque associés, pour 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.

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 »². Sur cette base, les chercheurs ont adopté une vision large de ce que peut être un instrument épidémiologique relatif à l'usage de drogues 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 l'ensemble des facteurs de santé et 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.

Enfin, il nous paraît important de préciser ici deux concepts utilisés par l'équipe de recherche.

Nous avons utilisé le terme « **usagers de drogues** », car la notion de « toxicomane » n'offre pas une définition précise. Dans la littérature, les concepts de « drogues », « consommateur » ou « toxicomane »³ revêtent des significations totalement différentes en fonction des auteurs. Lorsque dans ce rapport, nous évoquons les « usagers 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.

Cette recherche ciblait en premier lieu la problématique des **drogues dites illégales**. Cette restriction s'est imposée étant donné nos moyens limités, tant en temps disponible qu'en ressources. 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 dépendance comme le tabac, l'alcool et certains médicaments souvent prescrits) tend de plus en plus à s'amenuiser, il nous paraît nécessaire d'approfondir la problématique de ces substances psychotropes. 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

² 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 ».

³ KAMINSKI, D., « Toxicomanie : le mot qui rend malade », *Déviante et Société*, 1990, vol. 14, n°2, pp. 179-196.

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.

2 TROIS PARAMETRES : FACTEURS DE RISQUES / ETAT DE SANTE / CONTEXTE

L'outil global de recherche épidémiologique a été développé sur base d'une phase préparatoire au cours de laquelle trois aspects ont été abordés. Premièrement, une étude de littérature (inter)nationale. En deuxième lieu, des entrevues avec des experts nationaux et internationaux et la participation des chercheurs à des conférences et des congrès dans le domaine. Et, en troisième lieu, une pré-enquête. Cette pré-enquête se composait d'interviews semi-structurées et du traitement de celles-ci chez les groupes suivants : les détenus, les ex-détenus, les gardiens et le personnel médical des établissements pénitentiaires.

En partant des informations obtenues, on a pu retenir trois paramètres qui dans ce cadre, à savoir l'amélioration de l'état de santé d'un groupe bien déterminé, ont une influence : l'usage de drogues en soi et les risques qui en découlent, l'état de santé et les facteurs de l'entourage (soit des variables qui vont de pair avec le contexte institutionnel).

On en présente ci-dessous une brève synthèse.⁴

2.1 USAGE DE DROGUES ET FACTEURS DE RISQUES ASSOCIES

2.1.1 LA MOTIVATION : VALEUR QUE LE DÉTENU ACCORDE À SON USAGE DE DROGUES

Nous pouvons retenir différents facteurs cités par les détenus en vue de justifier la poursuite de leur usage de drogues en prison :

- l'usage de drogues est pour certaines personnes "une façon de vivre". L'usage est vécu comme étant inévitable et essentiel.
- l'ennui : est mentionné comme étant un des principaux facteurs. La consommation de stupéfiants fait donc passer le temps et minimalise l'ennui (« être comme dans un rêve ») ;
- l'usage de drogues est ressenti comme un bon moyen pour faire face aux exigences spécifiques de la (dure) vie en prison. On consomme 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.⁵

⁴ Pour une analyse plus détaillée de ces paramètres, veuillez vous référer au rapport global

⁵ 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 Pampidou), Strasbourg 30 septembre 1999, page 9

- Certaines situations de crise (mauvaises nouvelles, violence, procédure pénale) représentent en outre un facteur de risque supplémentaire ;
- combattre l'état de manque, en mettant l'accent sur des troubles de sommeil à long terme (par exemple en cas d'abstinence d'opiacés). Une étude anglaise confirme ce constat.⁶

2.1.2 L'INITIATION À LA CONSOMMATION

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. Bien que l'on admette qu'environ 10% des détenus non-usagers de drogues commencent à 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.⁷

2.1.3 LA RECHUTE ET L'ARRÊT

La rechute n'est pas un phénomène inconnu en prison, tant chez les ex-consommateurs qui suivent un traitement de substitution médicamenteux (par exemple méthadone), que chez ceux ne suivant pas de traitement. Contrer des effets d'abstinence (lors de l'arrêt d'un traitement) tout comme subir plus facilement le régime pénitentiaire sont des raisons également citées dans ce cadre.

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. La disponibilité des produits et l'absence d'encadrement médical et psychosocial des usagers de drogues, semble compromettre le modèle d'abstinence en détention.⁸

⁶ TURNBULL P., STIMSON G., STILLWELL G.; Drug use in prison, AVERT, The Centre for Research on Drugs & Health Behaviour, 1994.

⁷ 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

⁸ TURNBULL P., STIMSON G., STILLWELL G.; Drug use in prison, AVERT, The Centre for Research on Drugs & Health Behaviour, 1994.

2.1.4 LES MODÈLES DE CONSOMMATION

2.1.4.1 LES STUPÉFIANTS CONSOMMÉS

Les dérivés de cannabis sont les stupéfiants les plus consommés dans les établissements pénitentiaires, (la « meilleure drogue de prison »); l'usage est plutôt lié à des facteurs de régime locaux.^{9 10 11 12 13} Depuis la mise en place du Mandatory Drug Testing (MDT) on a pu constater une baisse de la consommation en Angleterre de cannabis en milieu carcéral (vu la longue durée de détection dans les urines). L'étude a cependant démontré que le MDT a provoqué un glissement vers des substances plus dures (héroïne), dont la période de détection est plus courte.^{14 15}

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 fréquente et très diversifiée en prison.

⁹ TURNBULL P., STIMSON G, STILLWELL, G.; Drug use in prison, AVERT, The Centre for Research on Drugs & Health Behaviour, 1994.

¹⁰ 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.

¹¹ BIELEMAN B., LAAN R. van der; Stok achter de deur; onderzoek naar het functioneren van de zorg voor verslaafde gedetineerden; Bureau IntraVal, Groningen, 1999.

¹² 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.

¹³ 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 september 1999, p. 19.

¹⁴ 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 september 1999, p. 3.

¹⁵ O'MAHONEY, P.; Mountjoy Prisoners : a sociological and criminological profile, Department of Justice, 1997.

2.1.4.2 LA FRÉQUENCE ET LA QUANTITÉ

Les données provenant d'études quant à la fréquence de la consommation sont peu nombreuses. Des résultats provenant d'Angleterre¹⁶ 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.

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.

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.

Ce principe 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 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.

2.1.4.3 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.

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.

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.

¹⁶ 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

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 européens¹⁷.

Bien 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. 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 cas¹⁸. 10% ont consommé des stupéfiants par injection pour la première fois en détention.

2.1.4.4 L'OVERDOSE

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.

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 récente¹⁹ a démontré que le taux de mortalité était très élevé après la libération et que le décès était généralement dû à une overdose.

¹⁷ 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

¹⁸ WEILANDT C., ROTILY M.; European Network on VIH/AIDS prevention in Prisons, Final Report, February 1997

¹⁹ 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

2.2 ETAT DE SANTE

2.2.1 SANTÉ DES PERSONNES INCARCÉRÉES : PAUPÉRISATION ET MAUVAIS ÉTAT DE SANTÉ

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 psychiatrique²⁰. L'état général à l'entrée était jugé moyen ou mauvais pour un quart d'entre eux. L'état de santé d'un cinquième des entrants nécessitait au moins une consultation de médecine spécialisée dès l'entrée et 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 et du fait de la sur-représentation de groupes à hauts risques comme les UDI.

Les problèmes de santé rencontrés en prison sont lourds et parmi ceux-ci mentionnons, l'alcoolisme et autres dépendances, les traumatismes, les épidémies de poux et autres parasites, les problèmes dentaires, les infections à VIH, hépatites B et C, la tuberculose, les troubles mentaux, les suicides, tentatives de suicides, automutilations et les overdoses.

2.2.2 INFECTIONS PAR LE VIH

La prévalence de l'infection à VIH dans les prisons belges est environ dix fois supérieure à celle de la population générale. En 1997, les services de santé de l'administration des établissements pénitentiaires estimaient cette prévalence à 2%²¹. L'enquête 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.²² On peut donc estimer que la moyenne journalière de détenus infectés par le Sida est comprise 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.

²⁰ MOUQUET MC., DUMONT M., BONNEVIE MC. La santé à l'entrée en prison : un cumul des facteurs de risque. DREES. Etudes et Résultats. N° 4. Janvier 1999.

²¹ VAN MOL F. ,Enquête du réseau européen de prévention du sida et des hépatites en prison.

²² IDEWE; De prevalentie van infecties in penitentiaire instellingen in België, rapport de recherche, mai 1994

2.2.3 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).

Une étude effectuée dans la prison d'Anvers a montré un taux de prévalence pour les hépatites B de 20%.²³ Deux études réalisées en 1997, dans une population d'UDI en prison indiquent des prévalences pour l'HCV de 64%²⁴ et de 39% sur base de test salivaire.^{25 26}

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 entre 20 et 30% , c'est-à-dire 20 à 30 fois supérieure à la prévalence nationale.

2.2.4 TUBERCULOSE

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 1992²⁷ 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. Todts²⁸ 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 sont des facteurs qui tous

²³ 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 (5), 87-97, Octobre 1997

²⁴DONOT J.; communication personnelle

²⁵ Réseau européen de Prévention du sida et des hépatites en prison. Rapport 1998.

²⁶ la sensibilité du test salivaire est faible et on peut estimer que ce résultat est sous-estimé de 30% au moins.

²⁷ Source : Etude Pilote : Dépistage de la Tuberculose Dans les Prisons De La Communauté Française de Belgique. FARES. 1992

²⁸ 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, (5), 87-97 Octobre 1997

concourent à un risque non négligeable de transmission, tant pour le personnel pénitentiaire que pour les détenus.

2.2.5 MALADIES SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLES (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%²⁹.

2.2.6 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 1994³⁰ 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 indiquent néanmoins un excès de mortalité par suicide en prison au moins 11 fois supérieur par rapport aux taux enregistrés dans la population générale.

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.

²⁹ IDEWE De Prevalentie van infecties in penitentiaire instellingen in Belgie. Rapport de recherche ; 1994

³⁰ source : Institut scientifique de santé Publique – Louis Pasteur

2.3 CONTEXTE

De très nombreux facteurs liés au contexte, influençant tant l'état de santé que la consommation de drogues, peuvent être mis en évidence.

Les principaux ont été sélectionnés pour une évaluation globale de la situation. Ils sont brièvement repris ci-après, mais le lecteur n'hésitera pas à se référer au rapport complet pour bénéficier des détails qui ne sont pas évoqués ici.

La population, ou plutôt la surpopulation des établissements pénitentiaires, est un facteur déterminant. Le nombre de personnes incarcérées, en augmentation constante ces dernières années, entraîne des conséquences néfastes sur de nombreux plans.

Les détenus doivent cohabiter dans des espaces restreints, les possibilités offertes à la direction pour attribuer à chaque détenu la place la plus appropriée (choix de section, groupement éventuel des détenus par catégorie, séparation des mineurs) s'amenuisent avec la surpopulation des établissements. De la surcharge des effectifs découle aussi le degré d'efficacité des services de l'établissement, de la direction aux surveillants, en passant par l'aide sociale et la santé, et la capacité d'offrir des activités, dont le travail et l'éducation. Pour la consommation de psychotropes, 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 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 ».

Les caractéristiques démographiques et sociales, et particulièrement la paupérisation croissante de la population incarcérée posent des défis nouveaux. Les observations indiquent une diminution du degré moyen d'insertion sociale, ainsi que du niveau d'instruction. Le trafic de drogues et l'endettement 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).

Le personnel, bien sûr, affecte les possibilités d'intervention. Certains cadres de personnel sont particulièrement difficiles à compléter, en particulier les personnels de l'aide sociale ou psychologique. Dans d'autres établissements, ce peut être le turn-over des surveillants qui nuisent au fonctionnement optimal des équipes.

Les flux (entrants et sortants) de certains établissements entravent la mise en place de programmes qui nécessitent une durée d'intervention suffisante pour être efficaces.

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.

L'organisation dépend tant de la direction locale que les initiatives peuvent différer du tout au tout. De leur nombre, de leur objectif, de leur qualité et de leur organisation et de la participation des personnels vont dépendre l'accroissement ou l'atténuation de problèmes très variés, dont ceux résultant de la durée quotidienne du confinement dans des espaces réduits, de la tension, sinon de la violence individuelle ou entre les personnes. Les études relèvent l'intérêt général de telles activités, même s'il est impossible de les intégrer dans une typologie bien définie, et soulignent que l'investissement de plusieurs catégories de personnel est souvent gage de meilleurs succès.

Le service médical jouit d'une certaine indépendance vis-à-vis de la direction.

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 ». ³¹

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 santé.

Des limitations à l'accès des détenus à une aide et des soins équivalents à ceux prodigués à l'extérieur subsistent cependant, malgré les efforts consentis pour améliorer leur prise en charge médico-psycho-sociale.

L'origine du financement des 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.

Des plaintes sont souvent 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 peut entraîner : 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. La formation des médecins quant aux connaissances spécialisées nécessaires à la prise en charge des usagers de drogues dépendants joue aussi son rôle.

Le matériel éducatif et les brochures d'information en matière de santé sont plutôt rares dans les établissements pénitentiaires.

³¹ 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.

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.

Les détenus restent enfin peu enclins à requérir une aide psychosociale auprès des services d'aide. 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.

Quant à l'organisation de la politique générale des aspects liés aux drogues dans chaque établissement, si l'administration a bien prévu la mise en place de structures (comme les "groupes de pilotage local sur les drogues"), encore faut-il qu'elles aient lieu et qu'elles soient un réel lieu de rassemblement des différents acteurs.

3 L'INSTRUMENT EPIDEMIOLOGIQUE

3.1 INTRODUCTION

Un système de surveillance est la base épidémiologique pour le développement d'une action de santé publique moderne.

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.

R. L. Berkelman et al³² recommandent d'envisager à la fois l'état de santé, les facteurs de risque individuels et environnementaux, et les services.

Les qualités d'un système reposent sur les critères³³ ci-après, qui ont dicté les choix retenus : utilité, coût, sensibilité, spécificité et valeur prédictive positive, représentativité, opportunité, ainsi que simplicité, flexibilité et acceptabilité.

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'information 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. La définition des cas, fondamentale, porte sur le niveau de l'état de santé et sur les comportements qui l'influencent, complété par des mesures de pathologies ou de conditions spécifiques (comme les hépatites, les vaccinations, les insomnies, etc.), et par les programmes mis en place, susceptibles de les influencer .

³² BERKELMAN R.L. et al; Public health surveillance. In: Oxford Textbook of Public Health, 3rd ed. Oxford University Press, 1997, pp 735-750

³³ THACKER S.B. et al, A method for evaluating systems of epidemiological surveillance, World Health Statistics Quarterly, 41, 1988, pp 11-18

Le contenu des trois volets est présenté dans le chapitre 3.2, les procédures envisagées au chapitre 3.3, le traitement, l'analyse et la diffusion des résultats repris aux chapitres 3.4 et 3.5.

L'impact de la surveillance épidémiologique et des mesures dictées par ses résultats ne se mesurera finalement que par l'amélioration de l'état de santé.

3.2 STRUCTURE ET CONTENU DE L'INSTRUMENT

3.2.1 UN INSTRUMENT , TROIS SOURCES DE DONNÉES

L'instrument proposé se base sur l'analyse de données provenant de trois sources.

En effet, la pré-enquête a permis d'identifier une série de variables qui paraissent déterminantes pour le suivi des risques pour la santé liés à la consommation de drogues en prison. Il est cependant apparu que ces variables ne pouvaient être collectées qu'à partir de diverses sources de données : les détenus, le service médical, et la direction de l'établissement. Dans le but de limiter le coût du système, et dans la mesure du possible, celui-ci s'appuie sur des systèmes existants ou en cours de mise en place.

Le système de monitoring proposé analysera conjointement l'ensemble des données et présentera des conclusions et des recommandations à partir des données portant sur :

les caractéristiques de consommation de psychotropes, les facteurs de risque associés et la disponibilité des moyens de prévention, à l'intérieur des établissements, car elles diffèrent entre établissements et avec ce qu'on peut observer au-dehors de ceux-ci ;

l'état de santé des détenus, ainsi que leurs caractéristiques sociales, afin d'établir un point de référence et d'évaluation et soutenir les comparaisons entre établissements ou avec la population générale ;

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 mais influençables pour aboutir à l'objectif recherché, un niveau de santé optimal.

Le tableau ci-dessous présente les outils en fonction des trois sources de données :

SOURCE	OUTILS			
DETENUS	questionnaire "facteurs de risques"	facteurs de risques		
	questionnaire "GHQ"		état de santé	
SERVICE MEDICAL	base de données "EPICURE"		état de santé	
	questionnaire "médecin-directeur"			contexte
DIRECTION ADMINISTRATIVE	questionnaire "direction"			contexte

Une partie du système préconisé se base sur des outils déjà existant 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.

L'analyse des données récoltées devra permettre de déterminer un niveau de risques pour chaque établissement et pour l'ensemble du système pénitentiaire.

Cette mesure pourrait servir à l'administration à identifier les actions pertinentes à mettre en place en termes de réduction des risques sur base de l'analyse des différences observées entre établissements. Au niveau global, cet indicateur doit permettre à l'administration de suivre l'évolution des risques pour les détenus au cours du temps.

3.2.2 PREMIÈRE SOURCE DE DONNÉES : LES DETENUS

3.2.2.1 "FACTEURS DE RISQUES INDIVIDUELS OU ENVIRONNEMENTAUX" (QUESTIONNAIRE EN ANNEXE 5.1)

3.2.2.1.1 Choix de l'outil : questionnaire développé et pré-testé au cours de la recherche

Il n'existe pas d'outil standardisé et validé internationalement. L'outil proposé résulte de l'analyse de la littérature scientifique, de l'expérience accumulée par les auteurs et du pré-test effectué au cours de cette recherche, largement développé dans le rapport complet.

3.2.2.1.2 Contenu de l'information

- Le questionnaire permet de récolter les informations sur les variables suivantes:
- Juridico-démographiques
- Consommations et comportements à risque avant et pendant la détention
- Comportements à risque lors des congés pénitentiaires
- Accessibilité aux produits
- Accès à l'information, aux moyens de prévention et aux traitements
- Occupation du temps
- Niveau des connaissances sur les risques
- Violence

3.2.2.1.3 Aspects particuliers

Afin d'optimiser les chances de gagner la confiance des détenus, et en conséquence d'accroître le taux de réponse et la qualité de l'information, les données fournies par ces derniers sont recueillies à l'aide d'un questionnaire structuré et anonyme qui est rempli par le répondant même. Pour assurer l'anonymat, aucune question ne permet d'identifier le répondant, quelle que soit la taille de l'institution pénitentiaire.

3.2.2.2 "MESURE DE L'ÉTAT DE SANTÉ" (EXEMPLE DE QUESTIONS EN ANNEXE 5.2)

3.2.2.2.1 Choix de l'outil : General Health Questionnaire (12 + 28-items version).

Il n'existe pas d'instrument de mesure d'état de santé qui s'applique spécifiquement au milieu carcéral. Le choix s'est donc porté sur un des instruments validés pour étudier l'état de santé général psychique et somatique de la population générale, tel que perçu par le répondant.

Le "General Health Questionnaire" (GHQ) est un instrument épidémiologique qui satisfait aux critères scientifiques couramment utilisés. Recommandé par l'OMS³⁴, 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.

Apparu au cours des années 70s, le GHQ est un questionnaire qui est rempli par le répondant même et 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 plusieurs versions différentes (en fonction du nombre d'items) dont les objectifs et les limites vont du screening rapide à l'identification des cas qui nécessitent une investigation plus poussée³⁵. Toutes ces versions sont fiables, sensibles et validées scientifiquement. Certaines questions des GHQ 12 et 28 se recouvrent, il en résulte un questionnaire totalisant 34 items.

Son premier intérêt relève de ses qualités épidémiologiques. Sa fonction est d'identifier l'aptitude à un "fonctionnement normal" et les variations récentes d'état de santé.

Le GHQ-12 validé est disponible à ce jour en français, anglais, néerlandais, allemand, turc, portugais et russe. Le GHQ-28 l'est en outre en espagnol, serbe et polonais.

Il a déjà été utilisé en milieu carcéral³⁶, et s'inscrit bien dans le cadre pénitentiaire par ses aptitudes à détecter dépression, comportement suicidaire, stress mental et psychosocial³⁷.

³⁴ 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

³⁵ GOLDBERG D. and WILLIAMS P.A.; User's guide to the GHQ. NFER-NELSON, 1998

³⁶ DORMAN A. et al. ; Psychiatric morbidity in sentenced segregated HIV positive prisoners. Br J of Psychiatry, 1993, 163, pp 802-5

³⁷ HOBI V. et al. ; Mitteilungen über die Erfahrungen mit dem GHQ. Schweiz Rundsch Med Prax. 78(9), 219-25, 1989

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, et 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. Il reste très faible en comparaison des enquêtes classiques, et d'autant moins cher que le nombre d'applications s'élève. A titre indicatif, chaque questionnaire GHQ de la prochaine enquête santé en Belgique coûterait environ 10 BEF.

3.2.2.2 Contenu de l'information

4 aspects particuliers sont étudiés

- somatique,
- anxiété/insomnie,
- dépression sévère,
- dysfonctionnement social.

Toutes les questions du GHQ proposent le même choix de réponses (4 options : mieux que d'habitude/comme d'habitude/moins bien que d'habitude/beaucoup moins bien que d'habitude).

3.2.2.3 Aspects particuliers du GHQ

La prochaine enquête nationale de santé a opté pour l'utilisation conjointe des deux versions du GHQ (12+28). Cela permettrait de comparer l'état de santé des détenus avec celui de la population générale.

La présentation standardisée des choix de réponse facilite la lecture par scanner.

La disponibilité des résultats au niveau local a pour avantage d'accroître l'investissement et l'intérêt du personnel de santé en attirant son attention sur un individu fragile ou en lui permettant d'évaluer l'impact des mesures de santé. Cela nécessite néanmoins de recourir à l'encodage par le personnel de santé local.

3.2.2.3 PERSPECTIVES D'INTÉGRATION DES DEUX QUESTIONNAIRES AUX DÉTENUS

La proposition à ce stade est d'utiliser les deux questionnaires conjointement et simultanément (voir 3.3.6.), sans procéder à leur intégration.

Si, par la suite, il s'avérait utile de procéder autrement, deux possibilités s'offrent.

La première solution consisterait à intégrer les questions du GHQ dans le logiciel EPICURE. Les réponses se retrouveraient dès lors dans un formulaire "état de santé" et feraient partie du dossier médical (comme les cinq autres formulaires présentés au début du dossier: "affections", "risques", "vaccins", "tâches" et "item contact"). Les différents scores pourraient être calculés

automatiquement et fournir ainsi à l'équipe de santé une information tant individuelle (les "scores" d'un individu) que collective (une sorte de photographie du niveau de santé de la population détenue). Pour obtenir cette dernière, il faudrait cependant être rigoureux quant au moment de l'administration du questionnaire, que ce soit à l'entrée dans l'établissement, ou après 1 mois (ou 6 mois) d'incarcération, ou que ce soit, pour tous, un jour (ou une semaine) donné. Des arguments existent en faveur de l'une ou de l'autre option, mais le choix doit être opéré préalablement et observé avec rigueur, au risque de ne pouvoir interpréter le résultat d'ensemble.

L'encodage des questionnaires par scanner serait réalisable à l'Administration pénitentiaire, mais au niveau central seulement³⁸, ce qui nécessiterait que l'ensemble des formulaires complétés leur soit envoyé, puis que les résultats retournent dans les divers établissements. Ceci ne pourrait être envisagé que si l'option "même moment pour tous" était retenue, et à condition de préciser des procédures de transfert d'information compatibles avec l'organisation des services.

Les données du GHQ seraient alors transmises à l'organisme chargé de l'analyse sous la forme du tableau suivant :

Etablissement : XX	Age	Sexe	Score Somatique	Score dépression	Score anxiété- insomnie	Score social	Score Global
Date : JJ/MM/AA (ou période)							
A							
B							
C							
.....							
N							

La deuxième solution serait au contraire de fusionner les deux questionnaires complétés "un jour donné" par les détenus, en laissant dans ce cas l'entièreté de la responsabilité de l'encodage (et de l'analyse bien sûr) à l'organisme extérieur.

Avantages et limites existent dans les deux cas de figure. Ils devraient cependant faire l'objet de réflexion et de décision en fonction de l'expérience accumulée et au vu critères énumérés à la section 3.1.

³⁸ DERLET J., communication personnelle

3.2.3 DEUXIÈME SOURCE DE DONNÉES : LE SERVICE MEDICAL

3.2.3.1 "MESURE DE L'ÉTAT DE SANTÉ"

3.2.3.1.1 *Choix de l'outil : Base de données EPICURE développée par l'Administration pénitentiaire*

Il n'existe pas d'instrument de mesure, spécifique au milieu carcéral, standardisé et validé internationalement. Le choix s'est porté sur EPICURE, l'instrument opérationnel dans les établissements pénitentiaires, pour les données de prévalence de certaines affections à risque en prison.

EPICURE ne se présente pas comme destiné spécifiquement à la surveillance épidémiologique de la santé en milieu carcéral. EPICURE est un logiciel à l'usage des médecins, dentistes et personnel infirmier qui fournit un dossier médical attaché personnellement à un individu, comprenant des parties standardisées et d'autres sous 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.

Ce dossier unique par patient a pour principal objectif le suivi médical, mais on utilise ici 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 informatique de l'ensemble des données sur les détenus (non seulement leur santé, mais leurs caractéristiques démographiques et sociales, comme leurs données administratives et judiciaires).

Les dossiers médicaux des détenus contiennent tous les résultats des analyses demandées par le médecin dans le cadre des visites médicales. Il existe un biais de sélection, puisque le médecin ne demande, par exemple, 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 1997³⁹ avec les données du service médical de la même prison qu'il existait une concordance satisfaisante entre les résultats obtenus.

De même, l'évaluation des couvertures vaccinales permettrait de relativiser les risques encourus.

La collecte des données des dossiers médicaux ne demande aucun frais supplémentaires, et ces données peuvent être extraites à partir du programme EPICURE.

³⁹ European network for HIV and hepatitis prevention in prison. 2d annual report. Bonn, Marseille. May 1998

3.2.3.1.2 Contenu de l'information

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 de vaccination contre les hépatites B
- prévalence un jour donné des cas de tuberculose
- prévalence un jour donné des maladies sexuellement transmissibles
- prévalence un jour donné de personnes sous substitution méthadone
- prévalence un jour donné de personnes en sevrage

3.2.3.1.3 Aspects particuliers et perspectives d'évolution d'EPICURE

La mise en place du système EPICURE au sein des établissements pénitentiaires en est encore à ses débuts. Tous les établissements ne sont pas encore équipés et toutes les potentialités du système ne sont pas encore utilisées. On peut penser que la qualité des données contenues dans le système devraient s'améliorer avec le temps.

Ainsi que mentionné plus haut, la faisabilité de l'extraction des données n'a pas encore été testée.

3.2.3.2 "CONTEXTE" (QUESTIONNAIRE EN ANNEXE 5.3)

3.2.3.2.1 Choix de l'outil : questionnaire développé au cours de la recherche, non testé

Il n'existe pas non plus dans ce domaine d'instrument standardisé et validé d'évaluation. Le questionnaire proposé ici pourrait comprendre de très nombreuses questions, basées sur les analyses antérieures du système pénitentiaire belge.^{40 41}

⁴⁰ 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.

Les questions sélectionnées pour l'instrument épidémiologique se concentrent sur l'objectif poursuivi, à savoir l'amélioration de la santé des détenus, et résultent de l'analyse de la littérature scientifique et de l'expérience accumulée par les auteurs. Elles sont largement développées dans le rapport complet.

Toutes ces informations sont demandées en fin d'année au niveau des établissements sélectionnés, et concernent soit des données relatives au moment de l'entrée des détenus, soit des données (activités ou organisation) couvrant l'année civile écoulée.

3.2.3.2 Contenu de l'information

Les variables portent sur :

- le fonctionnement et les activités du service de santé ;
- les initiatives de santé et leurs acteurs.

3.2.3.3 Aspects particuliers

Cette section, à la différence des précédentes, comporte également des questions ouvertes. Il n'est pas possible en effet d'inventorier autrement la diversité des interventions possibles en milieu carcéral. Néanmoins, lors de l'analyse, les interventions citées devraient être regroupées par catégories pour en dégager les tendances principales et les modes d'organisation et permettre d'en tirer des conclusions générales.

Les questionnaires sont adressés au médecin-chef du service médical, mais il conviendrait de répondre au questionnaire de manière collégiale, avec tous les membres de l'équipe de santé, certaines questions pouvant utilement bénéficier d'un éclairage pluridisciplinaire. Les questionnaires peuvent servir de base de discussion sur les initiatives ou les mesures qu'il conviendrait de mettre en œuvre pour certains problèmes considérés lors de la discussion comme prioritaires.

Un échange d'information entre la direction de l'établissement et la direction médicale, une fois les questionnaires complétés, éviterait d'opérer une scission entre des personnes qui sont toutes appelées à travailler au sein d'un même établissement.

⁴¹ 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.

3.2.4 TROISIÈME SOURCE DE DONNÉES : LA DIRECTION ADMINISTRATIVE

3.2.4.1 "CONTEXTE" (QUESTIONNAIRE EN ANNEXE 5.4)

3.2.4.1.1 *Choix de l'outil : questionnaire développé au cours de la recherche, non testé*

Il n'existe pas non plus dans ce domaine d'instrument standardisé et validé d'évaluation.

Les questions sélectionnées pour l'instrument épidémiologique se concentrent sur l'objectif poursuivi, à savoir l'amélioration de la santé des détenus.

Toutes ces informations sont demandées en fin d'année au niveau des établissements sélectionnés, et concernent soit des données relatives au jour où se déroulent les enquêtes par questionnaire, soit des données d'intervention couvrant l'année civile écoulée.

3.2.4.1.2 *Contenu de l'information*

Les variables portent sur :

- la population carcérale et le personnel ;
- les initiatives de santé et leurs acteurs ;
- certaines activités spécifiques.

3.2.4.1.3 *Aspects particuliers*

Cette section, comme celle qui précède, comporte également des questions ouvertes. Il n'est pas possible en effet d'inventorier autrement la diversité des modes d'intervention en milieu carcéral. Néanmoins, lors de l'analyse, les interventions citées devraient être regroupées par catégories pour en dégager les tendances principales et les modes d'organisation et permettre d'en tirer des conclusions générales.

Si les questionnaires sont adressés au directeur, il conviendrait cependant de procéder au remplissage du questionnaire de manière collégiale, au sein de l'équipe de direction, certaines questions pouvant utilement bénéficier d'un éclairage multiple. Les questionnaires peuvent servir de base de discussion sur les initiatives ou les mesures qu'il conviendrait de mettre en œuvre pour certains problèmes considérés lors de la discussion comme prioritaires.

Un échange d'information entre la direction de l'établissement et la direction médicale, une fois les questionnaires complétés, éviterait d'opérer une scission entre des personnes qui sont toutes appelées à travailler au sein d'un même établissement.

3.3 MISE EN ŒUVRE DE L'INSTRUMENT

Sont reprises ci-après, pour éclairer le lecteur et les responsables de l'application de l'instrument aux divers niveaux, les spécifications les plus utiles.

3.3.1 SELECTION DES ETABLISSEMENTS

Une enquête dans tous les établissements pénitentiaires aurait pour avantages d'assurer une meilleure représentativité et de définir des niveaux de risque pour chaque 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 aurait un coût très élevé.

En fonction de ces éléments nous préconisons donc cette méthode de recrutement par sondage en grappe semi-aléatoire.

Cette méthode consiste à classer les établissements en différents groupes en fonction du type, de la taille et du régime 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%.

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

3.3.2 SOURCE D'INFORMATION

DETENUS	quest. "facteurs de risques"
	quest. "GHQ"
SERVICE MEDICAL	base de données EPICURE
	quest. "direction médicale"
DIRECTION ADMINISTRATIVE	quest. "direction"

3.3.3 SELECTION DES REpondANTS

DETENUS	quest. "facteurs de risques"	tous, mais 2 critères d'exclusion
	quest. "GHQ"	tous, mais 2 critères d'exclusion
SERVICE MEDICAL	base "EPICURE"	tous les dossiers de la base, au jour donné
	quest. "direction médicale"	médecin-directeur
DIRECTION ADMINISTRATIVE	quest. "direction"	directeur

Dans chaque établissement sélectionné tous les détenus sont invités à participer de manière volontaire.

Les critères d'exclusion concernent :

- les personnes détenues ne sachant pas lire
- les mineurs d'âge.

Afin d'optimiser les chances de gagner la confiance des détenus, et en conséquence d'accroître le taux de réponse et la qualité de l'information, les données fournies par ces derniers sont recueillies à l'aide d'un questionnaire structuré et anonyme qui est rempli par le répondant même. Pour assurer l'anonymat, aucune question ne permet d'identifier le répondant, quelle que soit la taille de l'institution pénitentiaire.

3.3.4 TYPE DE DONNEES

DETENUS	quest. "facteurs de risques"	quantitatif, questions fermées
	quest. "GHQ"	quantitatif, questions fermées
SERVICE MEDICAL	base "EPICURE"	quantitatif, questions fermées
	quest. "direction médicale"	quantitatif, questions ouvertes et fermées
DIRECTION ADMINISTRATIVE	quest. "direction"	quantitatif, questions ouvertes et fermées

3.3.5 FREQUENCE D'ADMINISTRATION

DETENUS	quest. "facteurs de risques"	une fois par an, un jour donné
	quest. "GHQ"	une fois par an, un jour donné
SERVICE MEDICAL	base "EPICURE"	une fois par an, un jour donné
	quest. "direction médicale"	une fois par an, en fin d'année
DIRECTION ADMINISTRATIVE	quest. "direction"	une fois par an, en fin d'année

3.3.6 CONDITIONS D'ADMINISTRATION

Questionnaire "facteurs de risques" et "GHQ"

Les questionnaires sont complétés dans une salle dont la disposition permette à chaque détenu présent de répondre de manière anonyme.

Les enquêteurs en charge d'assurer le bon déroulement des opérations et d'expliquer aux répondants les objectifs et les questionnaires 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 sont les groupes de répondants.

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, afin d'éviter que la langue ne permette d'identifier le répondant.

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.

Base "EPICURE"

Les données extraites de la base de données EPICURE doivent l'être au jour de l'enquête auprès des détenus. Le format des données est un format standard qui doit faire l'objet d'une discussion technique entre l'organisme chargé de la collecte et l'analyse et le service d'inspection médicale central. Les procédures d'extraction des données pourraient être automatisées, ce qui en faciliterait grandement l'application au niveau local et assurerait leur conformité dans l'ensemble des établissements.

Questionnaires "Médecin-directeur" et "Direction"

Les questionnaires 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 qui se sera déroulée au cours de l'année, et signaleront comment et quand retourner les questionnaires dûment complétés à l'organisme sélectionné.

3.4 TRAITEMENT DES DONNEES

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.

3.4.1 NOMBRE DE QUESTIONNAIRES A TRAITER

DETENUS	quest. "facteurs de risques"	entre 1.000 et 1.500 au total
	quest. "GHQ"	entre 1.000 et 1.500 au total
SERVICE MEDICAL	base "EPICURE"	10 (un par établissement)
	quest. "direction médicale"	10 (un par établissement)
DIRECTION ADMINISTRATIVE	quest. "direction"	10 (un par établissement)

3.4.2 MODE D'ENCODAGE ET DE TRAITEMENT

DETENUS	quest. "facteurs de risques"	Sur logiciel SPSS-PC ou similaire
	quest. "GHQ"	Encodage de préférence par scanner En fonction du choix des utilisateurs, 4 manières d'établir les scores. Nombreuses publications scientifiques et description détaillée dans le manuel de l'utilisateur.
SERVICE MEDICAL	base "EPICURE"	Compilation informatisée et traitement sur logiciel SPSS
	quest. "direction médicale"	Recodification et traitement sur SPSS
DIRECTION ADMINISTRATIVE	quest. "direction"	Recodification et traitement sur SPSS

3.4.3 INTEGRATION ET INTERPRETATION DES DONNEES

En fonction du poids attribué aux variables, il sera établi par les analystes un score qui indique le niveau de risque dans les établissements dans lesquels les enquêtes ont été réalisées, soit 10 établissements, ainsi que pour l'ensemble des établissements.

La répétition de la mesure 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.

3.5 Diffusion des résultats

Les résultats de l'analyse feront l'objet d'un rapport qui comprendra l'évaluation de la situation et des niveaux de risques pour chaque établissement et pour l'ensemble.

Ce rapport devrait inclure des enseignements généraux clairs et concis, accompagnés de propositions, qui permettent au Ministre, au service d'inspection, aux directions d'établissement et aux services médicaux d'établir des priorités d'intervention, de choisir celles qui sont les mieux à même de résoudre les problèmes identifiés, et d'aboutir aux résultats visés: relever les scores de santé et abaisser les prévalences des pathologies.

Pour le bénéfice de la santé de la population des personnes incarcérées, la diffusion des résultats devra être la plus large, tant à l'intérieur de l'administration des établissements pénitentiaires qu'à l'extérieur 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.

Il serait judicieux que l'Administration pénitentiaire mette à profit la publication du rapport pour rassembler les directions et les directions médicales des établissements qui ont participé, afin de favoriser, par l'échange des résultats et leur discussion, l'engagement et les initiatives en faveur de la santé dans les prisons.

4 CONCLUSIONS ET RECOMMANDATIONS

Après avoir montré que, pour être pertinent, un instrument global devait couvrir à la fois les facteurs de risques individuels et environnementaux des personnes incarcérées, la mesure de leur état de santé et les éléments d'organisation et de fonctionnement des établissements et de leurs services de santé, proposé la structure et le contenu de cet instrument, et présenté ses principales modalités d'application, les décisions politiques et administratives menant à sa réalisation effective sur le terrain peuvent être engagées.

Cette mise en œuvre nécessite la désignation de l'organisme appelé à superviser l'ensemble du processus en assurant la collecte, l'analyse et la publication des résultats.

Pour rappel, cet instrument n'a pas, à l'heure actuelle, été testé dans son intégralité et sa première application devra faire l'objet d'une évaluation opérationnelle attentive susceptible d'en améliorer la faisabilité et d'en affiner l'analyse et l'interprétation des résultats.

Elle s'attachera en particulier à vérifier si :

- toutes les modalités proposées pour son application sont adéquates ;
- toutes les variables du contenu et leur libellé se révèlent appropriées ;
- le taux participation des détenus et du personnel pénitentiaire est acceptable ;
- la capacité de l'analyse à mesurer des niveaux de risque ;
- l'exploitation des données d'EPICURE est praticable ;
- la lourdeur de l'instrument ne peut être allégée par l'élimination des variables dont le poids apparaîtrait comme peu signifiant ;
- des alternatives au niveau de la stratégie, n'altérant ni contenu ni structure, sont susceptibles d'en réduire les coûts ;
- l'intégration proposée de certains éléments dans le logiciel EPICURE peut être réalisée ;
- certains indicateurs ou scores peuvent être automatisés.

5 ANNEXES :

5.1 ANNEXE 1. Questionnaire sur les facteurs de risque (Volet "DETENUS" de l'instrument)

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 (Binotal, 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
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 (Binocotal, 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

par du personnel extérieur

- 1 oui
- 2 non

30) a. Dans cette prison avez-vous été victime de violence liée au trafic de drogues

- 1 oui
- 2 non

30) b. Si oui, de quel genre de violence ? (Plusieurs possibilités)

- 1 chantage par rapport à moi-même
- 2 chantage par rapport à la famille, aux amis
- 3 de violence physique
- 4 de violence sexuelle

31) a. Dans cette prison, avez-vous, en tant que (non)consommateur de drogues, rencontré des problèmes liés à l'usage de drogues par d'autres ?

- 1 oui
- 2 non

31) b. Si oui, qu'est-il arrivé ? (Plusieurs possibilités)

- 1 j'ai été volé
- 2 j'ai été menacé physiquement
- 3 j'ai subi des pressions pour consommer et j'ai consommé des drogues
- 4 j'ai subi des pressions pour consommer mais je n'ai pas consommé
- 5 j'ai été forcé de donner de l'argent ou des biens
- 6 j'ai été forcé à donner de médicaments
- 7 j'ai demandé à changer de cellule

32) Trouvez-vous des préservatifs en prison ?

- | | | |
|--|-------|-------|
| - A la cantine : | 1 Oui | 2 Non |
| - Au service médical : | 1 Oui | 2 Non |
| - Dans les lieux destinés aux visites conjugales : | 1 Oui | 2 Non |
| - Ailleurs (spécifier) | | |

33) a. Depuis que vous êtes dans cette prison, avez-vous eu des relations sexuelles *lors de la visite* ?

- 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

5.2 ANNEXE 2. Questionnaire GHQ 12 (volet "DETENUS")

Ces derniers temps, avez-vous manqué de sommeil à cause de vos soucis ?

- Pas du tout
- Pas plus que d'habitude
- Un peu plus que d'habitude
- Beaucoup plus que d'habitude

Ces derniers temps, vous êtes-vous senti(e) constamment tendu ou "stressé" ?

- Pas du tout
- Pas plus que d'habitude
- Un peu plus que d'habitude
- Beaucoup plus que d'habitude

Ces derniers temps, avez-vous été capable de vous concentrer sur tout ce que vous faites ?

- Pas du tout
- Pas plus que d'habitude
- Un peu plus que d'habitude
- Beaucoup plus que d'habitude

Ces derniers temps, avez-vous eu le sentiment de jouer un rôle utile dans la vie ?

- Pas du tout
- Pas plus que d'habitude
- Un peu plus que d'habitude
- Beaucoup plus que d'habitude

Ces derniers temps, avez-vous été capable de regarder vos difficultés en face ?

- Pas du tout
- Pas plus que d'habitude
- Un peu plus que d'habitude
- Beaucoup plus que d'habitude

Ces derniers temps, vous vous êtes senti(e) capable de prendre des décisions (concernant des choses) ?

- Pas du tout
- Pas plus que d'habitude
- Un peu plus que d'habitude
- Beaucoup plus que d'habitude

Ces derniers temps, avez-vous eu le sentiment que vous ne pourriez pas surmonter vos difficultés ?

- Pas du tout
- Pas plus que d'habitude
- Un peu plus que d'habitude
- Beaucoup plus que d'habitude

Ces derniers temps, vous vous êtes senti(e) raisonnablement heureux(se), tout bien considéré?

Pas du tout

Pas plus que d'habitude

Un peu plus que d'habitude

Beaucoup plus que d'habitude

Ces derniers temps, avez-vous été capable de prendre plaisir à vos activités quotidiennes normales ?

Pas du tout

Pas plus que d'habitude

Un peu plus que d'habitude

Beaucoup plus que d'habitude

Ces derniers temps, avez-vous été malheureux(se) et déprimé(e) ?

Pas du tout

Pas plus que d'habitude

Un peu plus que d'habitude

Beaucoup plus que d'habitude

Ces derniers temps, avez-vous perdu confiance en vous-même ?

Pas du tout

Pas plus que d'habitude

Un peu plus que d'habitude

Beaucoup plus que d'habitude

Ces derniers temps, vous êtes-vous considéré(e) comme quelqu'un qui ne valait rien ?

Pas du tout

Pas plus que d'habitude

Un peu plus que d'habitude

Beaucoup plus que d'habitude

5.3 ANNEXE 3. Questionnaire adressé à la direction médicale de l'établissement (volet "SERVICE MEDICAL" de l'instrument)

Ces premières questions se réfèrent au moment de l'entrée du détenu en prison et du premier contact avec le service de santé.

Lors de la visite d'entrée, le détenu est-il informé par écrit (brochure ou note) de l'existence, du fonctionnement, de la composition et des services proposés par votre service? non oui

Y procède-t-on systématiquement à :

Prise de TA	toujours	souvent	rarement
Auscultation cœur / poumons	toujours	souvent	rarement
Examen de la vue	toujours	souvent	rarement
Examen de la bouche et des dents	toujours	souvent	rarement

Quelle est la durée moyenne des consultations d'entrée : minutes

Propose-t-on (si le résultat n'est pas connu) :

Un dépistage TBC	toujours	souvent	rarement
Une sérologie Hépatite	toujours	souvent	rarement
Une sérologie HIV	toujours	souvent	rarement
.....	toujours	souvent	rarement

Les questions suivantes ne portent plus sur le moment de l'entrée !

Où se déroulent les consultations :

- toujours au cabinet médical
- généralement au cabinet médical
- toujours en cellule
- généralement en cellule
- réparti entre cabinet et cellule

Combien de détenus voit-on en moyenne par heure (hors prestation technique) :

Est-il possible de répondre à toutes les demandes de consultation ?

oui si non, % :

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 santé en prison</i>	<i>la 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.

5.4 ANNEXE 4. Questionnaire adressé à la direction de l'établissement (volet "DIRECTION ADMINISTRATIVE" de l'instrument)

Chaque direction d'établissement répondra aux questions suivantes

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 ?

<i>Fonction</i>	<i>oui</i>	<i>non</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>		
<i>Intervenant(s) extérieur(s) :</i>		
<i>le(s)quel(s)</i>		

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 ?

	<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>		

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.

6 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.

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.

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.

DAVID, E., « Le droit à la santé comme droit de la personne humaine », *Rev. québécoise dr. intern.*, 1985, pp. 64-115.

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.

DORMAN, A., *et al.*, « Psychiatric morbidity in sentenced segregated HIV positive prisoners », *British Journal of Psychiatry*, 1993, vol.163, pp. 802-805.

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.

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.

FRENCH REPORT, RESSCOM survey, 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.

HOBI, V., *et al.*, « Mitteilungen über die Erfahrungen mit dem GHQ », *Schweiz Rundsch Med Prax.*, 1989, vol. 78, n°9, pp. 219-225.

IDEWE, *De prevalentie van infecties in penitentiaire instellingen in België*, Onderzoeksrapport, Brussel, 1994.

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

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.

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.

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.

O'MAHONEY, P., *Mountjoy Prisoners : a sociological and criminological profile*, Department of Justice, 1997.

RÉSEAU EUROPÉEN DE PRÉVENTION DU SIDA ET DES HÉPATITES EN PRISON, *Rapport 1998*, Bonn-Marseille, 1999

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.

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., 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.

TURNBULL, P., STIMSON, G., STILLWELL, G., *Drug use in prison*, London, AVERT, The Centre for Research on Drugs & Health Behaviour, 1994.

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.

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.