



Traiter les usagers problématiques de drogues en milieu carcéral: un élément clé pour la promotion de la santé et la réduction de la criminalité

Un besoin urgent d'initiatives politiques

D'après les estimations, au moins la moitié des 356 000 détenus de l'Union européenne sont d'anciens usagers de drogues [1], et un grand nombre de personnes incarcérées ont de sérieux problèmes de drogue. La prison ne met pas nécessairement fin à l'usage, pas plus qu'elle ne répond aux besoins thérapeutiques des usagers. On observe en outre au sein de la population carcérale des taux relativement élevés d'incidence du VIH, de l'hépatite, de la tuberculose et d'autres infections associées à ce type de consommation. Pour bien des prisonniers, la libération se solde par un retour à l'usage dépendant et à de multiples actes de délinquance. Les politiques publiques de la santé et de la lutte contre la criminalité doivent dès lors relever un défi de taille: répondre aux besoins des personnes incarcérées en proie à des problèmes de drogue.

L'importance de ce type de problèmes en prison a été de plus en plus largement reconnue au niveau international. Dans la déclaration sur les principes fondamentaux de la réduction de la demande de drogues, qui accompagnait la dernière session extraordinaire de l'Assemblée générale des Nations unies (UNGASS) [2] en 1998, les

prisonniers ont été expressément identifiés comme un important groupe cible des actions de réduction de la demande.

Au niveau européen, le Conseil de l'Europe [3] et l'Union européenne ont abordé le problème de la santé des usagers problématiques de drogues en prison. La stratégie sur les drogues de l'Union européenne (2000-2004) [4] demande aux États membres de mettre en œuvre des mesures préventives contre la consommation en milieu carcéral ainsi que des services de santé spécialisés pour les prisonniers dépendants. Le plan d'action européen qui en découle spécifie que les États membres de l'Union européenne devraient «intensifier leurs efforts pour offrir aux détenus et à ceux sortant de prison des services de prévention et de traitement de la toxicomanie, mais aussi prendre des mesures pour atténuer les pathologies que ces personnes peuvent avoir développées».

Les stratégies nationales contre les drogues en Belgique, en Espagne, en France, au Portugal et en Suède s'engagent formellement à offrir aux détenus des possibilités de soins médicaux comparables à celles offertes en dehors de la prison. L'Allemagne, l'Irlande, l'Italie, la Finlande et

le Royaume-Uni mentionnent également l'importance de la disponibilité de traitements et de mesures de réinsertion sociale pour les prisonniers dépendants.

«Les prisons comptent un pourcentage élevé de personnes confrontées à des problèmes extrêmement graves d'usage de drogues et de toxicomanie. Toutes les administrations pénitentiaires doivent élaborer des réponses adaptées aux défis ainsi posés, en exploitant au mieux les possibilités d'intervention dans le cycle de la toxicomanie et de la criminalité.»

Mike Trace
Président du conseil d'administration de l'OEDT

(Une section spéciale du *Rapport annuel sur l'état du phénomène de la drogue dans l'Union européenne et en Norvège* — 2002 de l'OEDT est consacrée à l'usage de drogues en milieu carcéral.)

Survol des questions politiques clés

1. Un nombre disproportionné de détenus a des antécédents d'usage, d'usage problématique ou d'injection par voie intraveineuse. Peu de pays observent en permanence l'usage de drogues en prison; il est difficile d'identifier les tendances à long terme, et les différences dans les modes de consommation des sous-groupes de population demeurent mal comprises.
2. Pas plus qu'il n'existe de réponse unique aux problèmes de drogue dans la société, il n'existe de modèle unique approprié pour les détenus toxicomanes.
3. Deux problèmes clés entravent le développement de services de lutte contre les drogues en milieu carcéral: premièrement, les difficultés à instaurer un juste équilibre entre les objectifs sanitaires et les problèmes disciplinaires, sécuritaires et pratiques auxquels se heurte l'administration pénitentiaire; deuxièmement, la difficulté pour l'administration et le personnel pénitentiaires de reconnaître le rôle important qu'ils peuvent jouer pour résoudre les problèmes de drogue.
4. Les taux d'incidence du VIH et de l'hépatite sont relativement élevés parmi les détenus. Ces derniers risquent dès lors de contracter ces maladies en prison et de les propager à leur sortie. De nombreux faits montrent que les interventions de santé publique en milieu carcéral peuvent s'avérer efficaces et, par conséquent, avoir un impact sur le bien-être des prisonniers et de la société en général.
5. Bien que les stratégies de lutte contre les drogues des États membres de l'Union européenne reconnaissent que la disponibilité des soins devrait être identique à l'intérieur et à l'extérieur des prisons, c'est rarement le cas en pratique. Dans un grand nombre de prisons, les services mis à la disposition des usagers problématiques sont très modestes, même s'il existe effectivement des exemples de pratiques adéquates.
6. Nombre de détenus ayant des problèmes de drogue sont mal préparés à leur libération et ne restent pas en liaison avec les services d'aide sociale et de lutte contre la toxicomanie.

Traiter les usagers de drogues en milieu carcéral — Une vue d'ensemble

1. Les problèmes de drogue sont courants en prison

Il est reconnu que le nombre d'usagers de drogues est très élevé dans les prisons, bien que les estimations sur l'ampleur du problème diffèrent sensiblement. Certaines études réalisées localement concernent un petit nombre de détenus. Elles ne sont pas nécessairement représentatives de la situation nationale, de sorte qu'il est difficile de tirer des conclusions sur la prévalence.

Cependant, il est évident que la majorité des détenus (jusqu'à 86 % selon certains rapports) a expérimenté des drogues illicites; le nombre d'usagers de drogues par voie intraveineuse est également élevé. Selon les études sur les populations carcérales de l'Union européenne, les estimations de la prévalence de la consommation par voie intraveineuse au cours de la vie vont de 6 à 69 %, des chiffres largement supérieurs à ceux de la prévalence dans la population générale (moins de 1 %). Un document récent [5], consacré au comportement à risque des détenus usagers de drogues par voie intraveineuse en Europe, conclut qu'il existe un résultat cohérent au niveau international: un tiers environ des détenus adultes masculins ont expérimenté l'usage de drogues par voie intraveineuse.

«Nous savons que l'usage de drogues en milieu carcéral pose un problème en Europe et que les coûts des problèmes de drogue sont considérables, pour les individus comme pour leurs communautés. Pour les politiques de lutte contre les drogues de l'Union européenne, le défi consiste à faire en sorte que nos prisons améliorent la situation, et pas le contraire.»

GEORGES ESTIEVENART
DIRECTEUR EXÉCUTIF DE L'OEDT

Certains usagers mettent un terme à leur consommation de drogues ou la réduisent après leur emprisonnement. Mais la disponibilité de stupéfiants en milieu carcéral implique que d'autres deviendront usagers. Cette pratique s'intensifiera chez certains détenus. D'autres peuvent même adopter des comportements plus préjudiciables. Des études menées auprès de détenus usagers problématiques de drogues suggèrent que 3 à 26 % d'entre eux les ont expérimentées pour la première fois pendant leur

incarcération, tandis que 21 % des usagers de drogues par voie intraveineuse ont adopté ce mode d'administration alors qu'ils étaient internés.

L'usage de drogues en prison peut en outre s'accompagner d'un comportement particulièrement dangereux: le partage des produits et du matériel d'injection, par exemple. Ces dangers peuvent être exacerbés en raison de l'interdiction fréquente de mesures préventives comme la mise à disposition de seringues stériles.

2. Répondre aux différents besoins du milieu carcéral

Comme c'est le cas dans l'ensemble de la société, les prisons accueillent des individus dont les expériences avec les drogues varient considérablement, bien que le nombre de personnes souffrant d'usage problématique ou ayant recours à l'injection y soit plus élevé. Les objectifs potentiels des interventions peuvent être la prévention, l'administration de traitements et la réinsertion sociale ainsi que la réduction des risques.

Les usagers chroniques présentent souvent des antécédents d'incarcération et de tentatives de traitement qui se sont soldées par des échecs. De plus, ils souffrent fréquemment de troubles psychologiques ou psychiatriques, et leur condition physique est souvent médiocre. Ils peuvent être réfractaires à l'idée d'entamer un nouveau traitement en prison ou peu motivés pour résoudre les problèmes associés. Sous un angle plus positif, la prison pourrait aussi offrir à certains l'occasion de reconsidérer leur consommation de drogues et de satisfaire d'autres besoins fondamentaux en soins médicaux.

Nombre de détenus toxicomanes purgent des peines de courte durée ou sont en détention préventive. Le temps disponible pour d'éventuelles interventions thérapeutiques est souvent très limité. Il est donc impératif de pouvoir s'appuyer sur les services sociaux de lutte contre les drogues pour assurer la continuité du traitement et des soins après leur libération.

Les jeunes représentent en général un groupe particulièrement vulnérable dans les prisons, tout particulièrement par rapport à l'usage de drogues. Les problèmes liés aux brutalités, à l'intimidation, aux abus sexuels et à l'autodestruction sont interdépendants, rendent le travail avec ce groupe plus complexe et peuvent interagir avec — voire initier — la consommation ou l'injection de drogues.

Bien qu'il y ait moins de femmes emprisonnées que d'hommes, elles sont fréquemment en prise avec un problème de drogue. Les cas de prostitution et d'abus sexuels sont également courants et peuvent être liés à la toxicomanie. Comme c'est le cas dans les services extérieurs au milieu carcéral, la grossesse et la protection de l'enfance ont des implications majeures pour le traitement de l'abus de drogues.

Les ressortissants de minorités ethniques résistent au traitement de leur usage abusif, tant à l'extérieur qu'à l'intérieur des prisons. Les services actifs dans ce domaine ont identifié des exemples utiles de bonnes pratiques: être conscient des points «culturellement sensibles» (notamment les questions liées au genre ou à la religion), employer du personnel qualifié et résoudre les problèmes de traduction.

Dans certaines prisons, l'usage de drogues est si répandu qu'une personne qui n'en consomme pas ou qui tente d'y renoncer peut se heurter à des difficultés considérables. Pour lutter contre ce problème, une approche a consisté à créer des «ailes sans drogues»: la disponibilité et l'usage de ces produits sont exclus du bloc; les détenus y sont placés sur la base du volontariat. Des tests de dépistage sont effectués.

3. Traiter la toxicomanie en prison — Trouver un équilibre entre contrôle et soins

La rétention et le contrôle des détenus sont les tâches principales des établissements carcéraux. Les services de traitement des dépendances aux drogues sont conçus, eux, pour s'adapter aux besoins d'un groupe défavorisé et chaotique. Réconcilier ces approches divergentes et les encourager à créer des partenariats est peut-être l'un des défis les plus essentiels pour les politiques concernées.

Du point de vue de la santé publique, les trois défis majeurs posés aux prisons de l'Union européenne sont la santé mentale, les drogues et les maladies contagieuses [6]. Dans la pire hypothèse, la prison exacerbe ces problèmes. Dans la meilleure, elle peut représenter une occasion unique de toucher les usagers problématiques qui n'ont jamais été en relation avec des services spécialisés [7] et de les inciter à traiter leurs problèmes de drogue. Pour les détenus dont les actes délinquants sont directement liés à leur usage de drogues, il est évidemment capital de rompre ce lien — tant pour réduire la criminalité que pour des raisons de santé.

Le défi politique est de veiller à ce que la prison n'exacerbe pas les problèmes de drogue et qu'elle produise, là où c'est possible, des améliorations pour l'individu comme pour la société. À cette fin, il faut une stratégie politique créant un cadre qui permette d'intégrer le traitement de la dépendance aux drogues dans le rôle plus vaste de la prison.

Il est largement admis que le personnel pénitentiaire accomplit un travail pénible. Son attitude à l'égard des usagers de drogues et les pratiques de travail inhérentes au système carcéral n'aboutissent pas toujours à un traitement efficace de la dépendance aux stupéfiants. Un des objectifs politiques devrait être de convaincre le personnel pénitentiaire de reconnaître l'importance du rôle qu'il peut jouer pour la résolution de ces problèmes. L'engagement des personnels soignants dans la prise en charge d'usagers au sein des prisons est particulièrement essentiel. Un service médical pénitentiaire puissant et professionnellement indépendant, jouant un rôle important dans la satisfaction des besoins en soins médicaux, pourrait être un élément clé dans la réussite des initiatives de traitement.

4. En prison, les maladies infectieuses risquent de se propager rapidement

Comme dans la société en général, la prévalence du VIH et de l'hépatite C est plus élevée en prison parmi les usagers de drogues par voie intraveineuse (UDI) que chez les autres; les problèmes sanitaires associés sont également plus aigus. Parmi les UDI en milieu carcéral, les taux d'infection par le VHC sont compris entre 30 et 44 % au Royaume-Uni et dépassent 80 % en Allemagne (Berlin) et en Irlande. Les estimations concernant la prévalence du VIH varient de 0 à 2 % au Royaume-Uni, au Danemark et en Belgique, mais atteignent 23 % en Espagne et 28 % au Portugal. La rareté du matériel d'injection en prison peut en favoriser un partage plus fréquent. Par conséquent, les usagers de drogues par voie intraveineuse qui continuent à consommer des drogues en prison peuvent être particulièrement vulnérables aux infections. Des études ont signalé de brusques recrudescences du VIH et de l'hépatite dans les prisons, directement liées à l'usage de drogues par voie intraveineuse [8].

L'infection risque de se propager avec la libération du détenu et son retour dans son milieu civil. Cela révèle les implications plus vastes du problème pour la santé publique et l'importance des interventions en la matière.

Au sein de l'Union européenne, peu d'établissements carcéraux offrent des mesures de prévention similaires à celles existant à l'extérieur, notamment le dépistage confidentiel du VIH et de l'hépatite, ainsi que la vaccination contre l'hépatite B. Les autorités carcérales s'opposent en outre vivement aux programmes d'échange de seringues, pour diverses raisons: la réglementation nationale ou interne peut interdire l'échange de seringues par souci de sécurité. Certains craignent qu'un tel programme puisse être perçu comme un signal de la tolérance pour l'usage de drogues illicites, voire de son encouragement dans les prisons. Le personnel pénitentiaire est récalcitrant envers ce qu'il perçoit comme une menace potentielle pour sa sécurité et son bien-être. Il est difficile de déterminer si ces craintes sont justifiées. Si d'autres études sont nécessaires, certains indices suggèrent que l'échange de seringues ne menace pas nécessairement la sécurité du personnel et des autres détenus, pas plus qu'il n'encourage la consommation de drogues. Il peut avant tout réduire le partage des seringues [9]. Les programmes d'échange de seringues sont rares mais ils existent en Espagne et dans certaines prisons d'Allemagne. Par contre, du matériel de désinfection est à présent disponible de façon plus généralisée dans les prisons de l'Union européenne. Vu la nécessité de réduire le risque de contamination par le VIH et d'autres infections dans la population carcérale, il est urgent d'évaluer les coûts et les avantages des différentes approches en ce domaine, afin que tous les prisonniers puissent bénéficier d'interventions efficaces.

5. Ressources nécessaires pour assurer l'équivalence [10] des soins aux détenus usagers de drogues

En dépit du mandat politique qui leur est attribué, peu de prisons disposent des ressources suffisantes pour offrir des programmes de prise en charge adéquats, et ces services ne sont pas assurés du tout dans nombre d'établissements. Par contre, côté positif, on commence à investir davantage dans ce domaine de travail; la situation s'améliore, du moins dans certains pays et pour certaines options de traitement. Les approches fondées sur un traitement «sans drogue» représentaient la majorité des interventions réalisées dans les prisons de l'Union européenne.

La substitution par la méthadone demeure controversée dans nombre de prisons, bien que son efficacité pour combattre la dépendance aux opiacés soit largement

reconnue ailleurs. Plusieurs questions complexes se posent pour la politique carcérale, telles que la continuité de la prise en charge, la liaison avec les services extérieurs et la disponibilité de traitements de substitution et/ou de sevrage. Dans un grand nombre de prisons, les détenus qui suivaient un traitement de substitution ne peuvent le poursuivre, quoique la situation évolue dans certains pays. Bien que la mise en place d'un traitement de substitution en milieu carcéral soit évidemment compliquée par des questions pratiques et de contrôle, cette option mérite certainement d'être examinée plus attentivement, étant donné la valeur prouvée de ces interventions pour certains problèmes de drogue.

6. L'assistance postcarcérale est essentielle

Il est capital d'assurer une assistance postcarcérale efficace pour que le traitement mis en œuvre en prison porte ses fruits à long terme. Le risque de rechuter dans l'usage de drogues et la délinquance est en effet particulièrement élevé au cours des premières semaines qui suivent la sortie de prison [11]. Il est dès lors crucial que les détenus puissent compter sur des services médicaux et d'aide sociale à leur libération.

La création de liens pertinents et opportuns entre les prisons et les services d'aide postcarcérale est indispensable pour concrétiser cet objectif. Certaines mises en liberté conditionnelle sont accompagnées d'une obligation de soins. Il est cependant vivement souhaitable d'encourager les prisonniers à participer volontairement aux programmes de soins et d'aide sociale. La coordination avec le système de soins et les services d'assistance est vitale pour gérer les cas cliniques des détenus infectés par le VIH, l'hépatite ou la tuberculose, afin d'assurer la continuité des soins et de la médication.

La qualité de l'aide apportée aux délinquants, de la prise en charge initiale jusqu'à la préparation à la libération, sera probablement un facteur clé pour réussir à réduire l'usage de drogues en milieu carcéral. Une série de réponses bien coordonnées est nécessaire. Celles-ci s'avéreront profitables tant aux détenus qu'à la société dans son ensemble. Malheureusement, le fait est que, pour le moment, la possibilité de bénéficier d'un système de soins spécialisés bien conçu et cohérent constitue l'exception plutôt que la règle pour la majorité des personnes qui entrent en prison alors qu'elles ont un problème de drogue.

Objectif drogues est une série de comptes rendus politiques publiés par l'Observatoire européen des drogues et des toxicomanies (OEDT), qui siège à Lisbonne. Ces comptes rendus paraissent six fois par an, dans les onze langues officielles de l'Union européenne et en norvégien. La langue originale est l'anglais. Leur contenu peut être reproduit à condition d'en mentionner la source.

Pour vous abonner sans frais, contactez-nous par courrier électronique: info@emcdda.org.

Rua da Cruz de Santa Apolónia 23-25, 1149-045 Lisbonne, Portugal

Tél. (351) 218 11 30 00 • Fax (351) 218 13 17 11

info@emcdda.eu.int • <http://www.emcdda.eu.int>

Conclusions

Considérations politiques sur le traitement de la toxicomanie en milieu carcéral

1. Afin de comprendre l'ampleur et la nature de la consommation de drogues en milieu carcéral dans l'Union européenne, il est indispensable d'investir dans les instruments de recherche et d'observation nécessaires à l'élaboration d'une politique éclairée, mais aussi de favoriser la mise en place, le choix des objectifs et l'évaluation des interventions.
2. La nature complexe des problèmes de drogue et de criminalité exige des réponses politiques complexes. Il y a donc un besoin urgent de mieux connaître les bonnes pratiques en la matière, d'élaborer et d'évaluer des programmes pilotes.
3. Pour répondre efficacement aux problèmes de drogue en prison, il faut un engagement du personnel pénitentiaire, atteindre un équilibre entre contrôle et objectifs thérapeutiques, ainsi qu'une étroite coordination avec les structures sanitaires et d'aide sociale.
4. Dans les prisons, la réduction du risque de contamination par le VIH et d'autres maladies infectieuses transmissibles par voie intraveineuse devrait constituer un objectif politique explicite. Des interventions efficaces sont nécessaires pour protéger la santé des détenus, du personnel et, plus globalement, de la société. La politique dans ce domaine doit déterminer comment s'occuper des prisonniers atteints par le VIH et d'autres infections liées à la consommation de drogues.
5. L'engagement politique visant à assurer aux détenus des soins équivalant aux soins médicaux et à l'aide sociale proposés à l'extérieur n'a de sens que s'il est porté par des investissements conséquents en matière de ressources.
6. Un test décisif pour les services de prise en charge des usagers de drogues est leur capacité à assurer la continuité des soins après leur libération. À ce moment, les prisonniers courent un risque majeur de rechute rapide dans la criminalité et l'usage de drogues, ou d'overdose: seul le maintien du lien avec les structures de soins et d'aide sociale permettrait de réduire ce risque.

Principales sources

- [1] OEDT, *An overview study: assistance to drug users in european union prisons*, Cranston Drug Services Publishing, 2001.
- [2] Nations unies, vingtième session extraordinaire de l'Assemblée générale consacrée à la lutte contre le problème mondial des drogues — Déclaration sur les principes fondamentaux de la réduction de la demande de drogues.
- [3] Conseil de l'Europe, Recommandation n° R (89) 14 du 24 octobre 1989.
- [4] *Cordrogue*, vol. 64, Bruxelles, 1^{er} décembre 1999.
- [5] Bird, S., et Roitly, M., «Inside methodologies for counting blood-borne viruses and injector inmates behavioural risks — Results from European prisons», *Howard Journal*, vol. 41, n° 2, mai 2002.
- [6] Organisation mondiale de la santé, Health in Prisons Project, première réunion, Lisbonne, 1996.
- [7] OEDT, «Criminal Justice based drug demand and harm reduction interventions in the EU. An analysis of police station, courts and prisons based programs contained in EDDRA», 2002.
- [8] Keppler, R., Nolte, F., et Stöver, H., «Transmission de maladies infectieuses en milieu carcéral: résultats tirés d'une étude menée auprès de femmes à Vechta, Basse-Saxe, Allemagne», *Sucht*, vol. 42 (2), 1996, p. 98-107.
Gore, S., Bird, A., Burns, S., Goldberg, D., Ross, A., et Macgregor, J., «Injection de drogues et prévalence du VIH chez les détenus de la prison de Glenochil», *British Medical Journal*, vol. 310, 1995, p. 293-296.
- [9] Stöver, H., et Nelles, J., «Ten years of experience with needle exchange programmes in European prisons: a review of evaluation studies», *International Journal of Drug Policy*.
- [10] OMS, Directives sur l'infection par le VIH et le sida dans les prisons, programme commun des Nations unies sur le VIH/sida (Onusida), 1999.
- [11] Seaman, S., Brettle, R., et Gore, S., Mortality from overdose among injecting drug users recently released from prison: database linkage study, *British Medical Journal*, vol. 316, 1998, p. 426-428.

Informations en ligne

European Network for Drugs Services in Prisons: <http://www.cranstoun.net>

WHO Health in Prisons Project: <http://www.hipp-europe.org>

The Pompidou Group: http://www.coe.int/T/E/Social_cohesion/Pompidou_Group



ÉDITEUR OFFICIEL: Office des publications officielles des Communautés européennes.

© Observatoire européen des drogues et des toxicomanies, 2003.

DIRECTEUR EXÉCUTIF: Georges Estievenart.

ÉDITEURS: Joëlle Vanderauwera, Paul Griffiths.

AUTEURS: Paul Griffiths, Margareta Nilson, Chloé Carpentier, Petra Paula Merino.

CONCEPTION GRAPHIQUE: Dutton Merrifield Ltd, UK.

Printed in Italy