

Institut universitaire
de médecine sociale et préventive
Lausanne

PREVENTION DE LA TRANSMISSION DU VIH DANS LES PRISONS SUISSES

Analyse secondaire sur la base de la
littérature disponible

Dominique Hausser

Etude financée par :

L'Office fédéral de la santé publique, Berne
Contrat n° 316.95.5755 A-B-C

Citation suggérée

Hausser D. Prévention de la transmission du VIH dans les prisons suisses : analyse secondaire sur la base de la littérature disponible. Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1999 (Raisons de santé, 40).

Remerciements :

Je tiens à remercier toutes les personnes qui ont m'ont aidé dans la réalisation de ce rapport et tout particulièrement **Michel Rotily** de l'Observatoire régional de la santé (Provence Alpes Côte d'Azur à Marseille) et coordinateur du Réseau européen sur la prévention de l'infection à VIH et des hépatites virales en milieu carcéral, **Christophe Koller** de l'Office fédéral de la statistique à Neuchatel, **Sheila Gore** de l'Institute of Public Health à Edimbourg et membre du Réseau européen sur la prévention de l'infection à VIH et des hépatites virales en milieu carcéral, **Elisabeth Avril** de la mission Réduction des risques de Médecins du Monde France, **Christian Sueur** du Comité départemental de suivi des traitements de substitution de l'Essonne, **Brenda Spencer** et **Françoise Dubois-Arber** de l'Unité d'évaluation des programmes de prévention de l'Institut universitaire de médecine sociale et préventive à Lausanne.

Bulletin de commande en dernière page

TABLE DES MATIERES

1	Résumé	6
1.1	La demande	6
1.1.1	Les consommateurs de drogues en prison	6
1.1.2	La consommation de drogues en prison	6
1.1.3	Exposition au risque de transmission du VIH par injection et / ou par voie sexuelle	7
1.1.4	Prévalence du VIH et des hépatites virales en prison	7
1.2	L'offre	7
1.3	Le contexte juridique	8
1.4	Conclusions	8
1.5	Recommandations	9
2	Zusammenfassung	10
2.1	Die Nachfrage	10
2.1.1	Drogenkonsumierende in Strafanstalten	10
2.1.2	Drogenkonsum in der Strafanstalt	11
2.1.3	HIV-Übertragungsrisiko durch Injektionen oder auf sexuellem Weg	11
2.1.4	Prävalenz von HIV- und Hepatitis-Infektionen in Strafanstalten	11
2.2	Das Angebot	11
2.3	Der rechtliche Kontext	12
2.4	Schlussfolgerungen	13
2.5	Empfehlungen	13
3	Introduction	15
4	La demande	17
4.1	L'importance et la distribution des comportements à risque et des problèmes de santé (VIH, VHB, VHC, autres MST, ...)	17
4.1.1	Prévalence des consommateurs des drogues illégales en prison	17
4.1.2	Nature (type de drogue) et fréquence de la consommation	21
4.1.3	Fréquence de la prise de risque (injection et partage de seringues)	24
4.1.4	Fréquence des rapports sexuels en prison	26
4.1.5	Fréquence de l'utilisation de la protection lors des rapports sexuels en prison	27
4.1.6	Prévalence et distribution de quelques maladies transmissibles (VIH, VHB, VHC, tuberculose, ...)	27
4.2	L'amélioration ou la dégradation de l'état de santé des détenus au cours de leur séjour en prison	29
4.2.1	Fréquence de l'arrêt de consommation et la cessation d'injection lors d'un séjour en prison	29
4.2.2	Fréquence des séroconversions en prison (VIH, VHB)	31
4.2.3	Incidence des " overdoses "	31
4.3	ésumé du chapitre concernant la demande dans les prisons suisses	31
5	L'offre	32
5.1	Importance et distribution des mesures prises au niveau de la prévention de la transmission du VIH Offre en matière de traitement pour le VIH et problèmes liés à la dépendance vis-à-vis de psychotropes	32
5.1.1	Offre en traitements (sevrage, thérapie de substitution, ...)	32
5.1.2	par concordat et type d'établissements	32
	Equité d'accès aux traitements par concordats et type d'établissement	33

5.1.3	Type, qualité et répartition de l'offre de prévention	33
5.1.4	Type, qualité et répartition de l'offre de traitement du VIH/sida	35
5.1.5	Besoins / Offres en formation des gardiens, des directeurs, du personnel médical et paramédical, des assistants sociaux	36
5.1.6	Existence de monitoring, de suivi des programmes et des résultats	36
5.1.7	Expériences de " bonnes pratiques " en Suisse et en France	36
5.1.8	Politique de préparation à la sortie	37
5.2	Les déterminants et l'impact de ces mesures	37
5.2.1	Raisons associées au type d'offre rencontrée	37
5.2.2	Typologie de l'offre selon les caractéristiques de la structure et de l'environnement politique	37
5.2.3	Utilisation de l'offre et éléments expliquant l'utilisation	38
5.2.4	Dynamique induite par les différentes offres (avantages, inconvénients, problèmes, ...)	38
5.2.5	Facilitateurs et freins au développement de l'offre	38
5.3	Résumé du chapitre concernant l'offre dans les prisons suisses	38
6	L'évolution du contexte juridique	39
6.1	L'évolution du cadre légal	39
6.1.1	Modification du cadre légal (national ou cantonal) ou des pratiques acceptées	39
6.2	L'évolution des statistiques concernant l'emprisonnement des toxicomanes	40
6.2.1	Evolution des causes d'emprisonnement (consommation / trafic / autres délits)	40
7	Remarques conclusives et recommandations	41
8	Bibliographie	43

LISTE DES FIGURES ET DES TABLEAUX

Figure 1	Evolution des dénonciations et des jugements de 1975 à 1997 (LStup)	17
Figure 2	Décisions rendues en vertu de la LStup, d'après le canton et le genre de délit en 1994	18
Tableau 1	Proportion de consommateurs de drogues par voie intraveineuse dans des prisons de l'Union européenne	20
Tableau 2	Séjour en prison de la clientèle des structures à bas seuil en Suisse : 1993 à 1996	21
Tableau 3	Consommation de drogues illicites parmi les détenus incarcérés depuis au moins 3 mois et résidants en Suisse, comparaison avec la même tranche d'âge de la population générale (18-39 ans)	22
Tableau 4	Données publiées sur l'injection de drogues dans les prisons d'état de l'Union européenne (IDU : Injecting Drug Use)	24
Tableau 5	Consommation et partage de matériel d'injection Clientèle des structures à bas seuil en Suisse : 1994, 1996 ²	25
Tableau 6	Données publiées sur les comportements sexuels dans des prisons d'état de l'Union européenne	27
Tableau 7	Infections chez les hommes	28
Tableau 8	Infections chez les femmes	28
Tableau 9	Personnes ayant fait leur 1 ^{ère} demande de traitement dans des structures institutionnelles de 1991 à 1997	29
Tableau 10	Nombre de personnes ayant fait une première demande de traitement par type de centre	30
Tableau 11	Nombre de personnes ayant fait une deuxième demande de traitement par type de centre	30
Tableau 12	Objectifs définis par l'OFSP dans le classeur " Prévention du VIH en Suisse " en 1993 (OFSP 1993)	33
Tableau 13	Test de dépistage du VIH dans les établissements pénitentiaires suisses	35

1 RESUME

Dans le cadre du mandat donné à l'Institut universitaire de médecine sociale et préventive par l'Office fédéral de la santé publique et financé par la Commission de contrôle de la recherche sur le sida pour l'évaluation de la stratégie de prévention du sida en Suisse (contrat #316.95.5755 A-B-C), l'Institut de recherche sur l'environnement construit de l'Ecole polytechnique fédérale de Lausanne a été chargé d'une analyse secondaire concernant la prévention de la transmission du VIH dans les prisons suisses.

Plusieurs études ont été menées sur la transmission du VIH dans les prisons en Suisse, notamment en relation avec la consommation de substances psychotropes. Sur la base des connaissances acquises au travers de ces diverses recherches, le présent rapport analyse la littérature suisse et étrangère (publiée et grise) et tente de répondre à un certain nombre de questions intéressant les responsables de la prévention de la transmission du VIH en Suisse :

1. Quelle est la situation du VIH/sida dans les prisons suisses (prévalence de populations particulièrement exposées, prévalence des comportements à risque, prévalence du VIH) ?
2. Quelle est l'offre en moyens de prévention du VIH/sida ainsi que les possibilités de prise en charge des personnes à risque et des personnes atteintes dans les prisons suisses ?
3. Quelle est l'évolution du contexte juridique concernant la prévention du VIH/sida et la prison ?

1.1 LA DEMANDE

1.1.1 Les consommateurs de drogues en prison

En Suisse, 5 % des délits à l'origine d'une première condamnation relèvent de la loi sur les stupéfiants. Les rapports de dénonciations pour infraction à la loi sur les stupéfiants ont considérablement augmenté entre 1974 et 1997 passant de 7000 à 45'000. La majorité des dénonciations est liée à la consommation seule. 40 % des condamnations sont le fait de la seule consommation de stupéfiants, à l'exception de Genève où les condamnations pour consommation représentent moins de 10 % des condamnations.

En Suisse, près de la moitié des consommateurs de stupéfiants ont fait un séjour en prison pour une durée variant de quelques jours à plusieurs années. En Europe, la proportion de consommateurs de stupéfiants parmi les personnes détenues varie entre 14 % et 65 % ; les données suisses révèlent une proportion entre 20 % et 50 %.

1.1.2 La consommation de drogues en prison

La consommation de stupéfiants licites et illicites en prison est démontrée. Sur la base de diverses études en Europe, entre 15 % et 70 % de toutes les personnes détenues déclarent avoir consommé

une ou plusieurs fois des drogues illégales pendant leur séjour en prison. En Suisse, les estimations varient entre 20 % et 30 % (héroïne et/ou cocaïne, voie d'administration inconnue). Environ 60 % des consommateurs de stupéfiants incarcérés rapportent avoir consommé en prison.

1.1.3 Exposition au risque de transmission du VIH par injection et / ou par voie sexuelle

Vingt sept pour cent des consommateurs de drogue par injection en contact avec des services à bas seuil rapportent s'être injecté des stupéfiants lorsqu'ils se trouvaient en prison. En revanche les données concernant la fréquence de la consommation par injection sont très parcellaires et imprécises. Sur la base des rares données existantes on estime cependant que les consommateurs de drogues incarcérés consomment moins fréquemment et s'injectent moins fréquemment qu'à l'extérieur. Il faut se rappeler qu'une partie d'entre eux est sevrée (volontairement ou non, avec aide ou non) dès son arrivée en prison.

Une personne sur cinq s'étant injectée en prison a partagé au moins une fois son matériel. Si l'on considère les personnes qui s'injectaient des drogues avant leur incarcération, c'est le cas de une personne sur douze^a. La fréquence du partage est inconnue, de même que les moments où le risque de partage est le plus grand (dans les premiers jours, plus tard, etc.).

Les relations sexuelles sont apparemment rares en prison, vraisemblablement compte tenu de l'organisation même de la plupart des établissements (les détenus sont souvent seuls dans une cellule), mais on ne peut exclure que le sujet soit trop tabou pour en parler. L'usage de préservatifs ne peut être apprécié, ni en prison, ni lors des congés.

1.1.4 Prévalence du VIH et des hépatites virales en prison

La prévalence d'infection par le VIH varie entre 2 % et 12 % ; celles des hépatites entre 1 % et 18 %, mais les données à ce sujet sont très imprécises. Des séroconversions ont été rapportées en Europe, mais la seule étude suisse - menée dans un seul établissement sur une courte durée - n'en a pas mis en évidence.

1.2 L'OFFRE

Une prise en charge médicale est assurée dans tous les établissements pénitentiaires tant pour les problèmes liés à la consommation de stupéfiants que pour ceux liées au VIH/sida.

Cependant l'offre en matière de prestations de soins et de santé est très variable selon les établissements et ne correspond pas toujours, pour ce qui concerne la prise en charge des problèmes de dépendances à ce qui est offert à l'extérieur de la prison.

Une visite médicale est proposée à toutes les personnes détenues dès leur entrée en prison. Comme toutes les prisons ne disposent pas d'un service à l'intérieur de la prison, la visite n'a pas nécessairement lieu le jour de l'entrée.

^a Etude menée en 1996 auprès de consommateurs de drogues fréquentant les centres à bas seuil qui remettent du matériel d'injection. La période de référence pour le partage était les deux dernières années.

Il semble de plus que le suivi à la sortie de prison soit insuffisant. Ceci est en partie lié au fait que le service médical des prisons n'est pas systématiquement informé de la libération d'un prévenu et qu'il n'existe en général pas de dispositif relais avec les structures extérieures, ni de préparation à la sortie.

Si l'information, en général sous forme de documents écrits, sur les risques de transmission du VIH est largement distribuée, l'information mise à disposition ne couvre pas systématiquement tous les risques. Dans moins de la moitié des établissements, une information est proposée sur les risques liés au partage de matériel d'injection (moins de 50 % des personnes détenues).

La mise à disposition de préservatifs n'est offerte que dans un tiers des établissements (75 % des personnes détenues).

Seuls quelques établissements ont pris des mesures préventives liées à l'injection, soit par la mise à disposition du matériel d'injection (8 établissements), soit par la distribution de désinfectant avec un mode d'emploi qui explique la manière de désinfecter le matériel d'injection (10 établissements). Ces établissements représentent un quart environ des personnes détenues.

1.3 LE CONTEXTE JURIDIQUE

L'épidémie du VIH / sida relève de la loi fédérale sur les épidémies qui définit les compétences à la Confédération. De même les condamnations liés à la consommation et au trafic de stupéfiants est réglée par la loi sur les stupéfiants. L'exécution des peines relève de lois cantonales.

Aucune modification législative n'a été apportée en relation avec les problèmes du VIH/sida dans les prisons. L'Office fédéral a cependant émis diverses recommandations incitant les responsables pénitentiaires à mettre en place des prestations qui permettent de réduire la transmission du VIH et qui soient en principe équivalentes à ce qui est offert hors de prison à la population résidant en Suisse.

1.4 CONCLUSIONS

- Le problème des infections par le VIH et les hépatites est important dans les prisons suisses du fait du grand nombre de consommateurs de drogues incarcérés et de la prévalence des maladies transmissibles dans ce groupe de populations.
- Il existe un risque de transmission du VIH et d'autres infections dans les prisons. Il semble cependant à la lumière des connaissances actuelles que ce problème n'est pas démesuré.
- Tous les établissements assurent des prestations de soins. La majorité des grands établissements assurent des prestations de prévention.
- L'importance de l'offre en termes de prestations est très variable selon l'établissement ; les plus grands sont plus actifs à l'égard de la santé des toxicomanes. Les prestations offertes dans

les établissements pénitentiaires sont donc souvent insuffisantes et ne sont généralement pas équivalentes à ce qui est offert à la population résidant en Suisse.

- La prévention reste trop souvent limitée à la distribution de feuillets d'informations.
- La prévention de la transmission du VIH par voie sexuelle et par injection est encore insuffisante, particulièrement pour la deuxième.
- Les données disponibles sur le problème du VIH et de la consommation de stupéfiants et autres psychotropes montrent une image encore peu précise de la situation et mériteraient d'être complétées et précisées.

1.5 RECOMMANDATIONS

- L'Office fédéral de la santé publique - suivant en cela les recommandations de l'Organisation mondiale de la santé qui stipulent que les personnes incarcérées devraient bénéficier d'un accès à la prévention et au traitement équivalent à celui qui est disponible à l'extérieur - a établi un certain nombre d'objectifs et de directives, notamment la nécessité d'une couverture totale en moyens de prévention de la transmission du VIH (en information et en matériel, préservatifs et seringues / matériel de désinfection). Ces recommandations sont loin d'être systématiquement appliquées. Il est indispensable que l'OFSP poursuive son engagement en prenant le rôle de "leader" actif.
- Des efforts supplémentaires doivent être engagés pour amener tous les établissements pénitentiaires de Suisse à les mettre très rapidement en pratique. Par exemple, une adaptation à la situation suisse du manuel développé en France "Promotion de la santé et milieu pénitentiaire¹" pourrait faciliter ce travail.
- La préparation à la sortie devrait être renforcée et développée; en particulier l'interaction entre les services médicaux et sociaux des prisons avec les services extérieurs doit être améliorée.
- De même, afin d'assurer un suivi de l'efficacité des mesures, la recherche en milieu carcéral doit être plus largement soutenue et un monitoring devrait être mis sur pied.

2 ZUSAMMENFASSUNG

Im Rahmen des Mandats zur Evaluation der Aids-Präventionsstrategie in der Schweiz (Vertrag #316.95.5755 A-B-C), welches vom Bundesamt für Gesundheit an das Institut universitaire de médecine sociale et préventive vergeben wurde und das durch die Kommission zur Kontrolle der Aids-Forschung finanziert wird, wurde das Institut de recherche sur l'environnement construit der Eidgenössischen Technischen Hochschule von Lausanne beauftragt, eine Sekundäranalyse bezüglich der Prävention der HIV-Übertragung in den schweizerischen Strafvollzugsanstalten durchzuführen.

Zur HIV-Übertragung in Schweizer Strafanstalten, vor allem in Zusammenhang mit dem Konsum von psychoaktiven Substanzen, wurden mehrere Studien durchgeführt. Mit einer Analyse der Literatur in der Schweiz und im Ausland (publizierte und "graue" Literatur) versuchte man die Erkenntnisse aus den verschiedenen Forschungsarbeiten zusammenzutragen und Antworten auf eine Reihe von Fragen zu finden, die für HIV-Präventionsbeauftragte in der Schweiz von Interesse sind:

1. Wie präsentiert sich die Situation in Bezug auf HIV/Aids in den Schweizer Strafanstalten (Prävalenz der besonders gefährdeten Bevölkerungsgruppe, Prävalenz des Risikoverhaltens, HIV-Prävalenz)?
2. Wie sieht das Angebot für die HIV/Aids-Prävention in den Schweizer Strafanstalten aus und welche Betreuungsmöglichkeiten für Risikopersonen und bereits Infizierte gibt es?
3. Wie entwickelt sich der rechtliche Kontext bezüglich der Prävention von HIV/Aids und dem Strafvollzug?

2.1 DIE NACHFRAGE

2.1.1 Drogenkonsumierende in Strafanstalten

In der Schweiz fallen 5 % der zu einer ersten Verurteilung führenden Delikte unter das Betäubungsmittelgesetz. Zwischen 1974 und 1997 haben die Anzeigen wegen Verstössen gegen das Betäubungsmittelgesetz stark zugenommen. Sie sind von 7000 auf 45'000 gestiegen. Die Mehrzahl der Anzeigen hängen bloss mit dem Konsum zusammen. Allgemein beruhen 40 % der Verurteilungen einzig auf dem Drogenkonsum, mit Ausnahme von Genf, wo die Verurteilungen wegen Drogenkonsum weniger als 10 % der Verurteilungen ausmachen.

Fast die Hälfte der Drogenkonsumierenden in der Schweiz haben einen Gefängnisaufenthalt von einigen Tagen bis zu mehreren Jahren hinter sich. In Europa schwankt der Anteil der Drogenkonsumierenden unter den Inhaftierten zwischen 14 % und 65 %; in der Schweiz ergeben sich Prozentzahlen von 20 % bis zu 50 %.

2.1.2 Drogenkonsum in der Strafanstalt

Der Konsum von Betäubungsmitteln in Strafanstalten ist erwiesen. In den verschiedenen europäischen Studien geben 15 % bis 70 % der Inhaftierten an, sie hätten während ihres Gängnisaufenthalts einmal oder auch mehrmals illegale Drogen konsumiert. Für die Schweiz liegen die Schätzungen zwischen 20 % bis 30 % (Heroin und/oder Kokain, Form der Einnahme unbekannt). Ungefähr 60 % der inhaftierten Drogenkonsumierenden geben den Konsum im Gefängnis zu.

2.1.3 HIV-Übertragungsrisiko durch Injektionen oder auf sexuellem Weg

27 Prozent der intravenös Drogenkonsumierenden, welche niederschwellige Anlaufstellen aufsuchen, geben an, sich während ihres Gefängnisaufenthaltes Drogen gespritzt zu haben. Das vorhandene Datenmaterial bezüglich der Häufigkeit des intravenösen Drogenkonsums ist jedoch nur bruchstückhaft und zudem ungenau. Anhand der wenigen verfügbaren Daten schätzt man, dass Drogenkonsumierende in Strafanstalten weniger häufig Drogen einnehmen und spritzen als draussen. Dabei gilt es zu bedenken, dass mit dem Eintritt ins Gefängnis ein Teil von ihnen auf Entzug geht (freiwillig oder unfreiwillig, mit oder ohne Hilfe).

Eine von fünf Personen, die während ihres Gefängnisaufenthalts Drogen eingespritzt hat, hat mindestens einmal ihr Material mit anderen geteilt. Bei den Personen, die bereits vor ihrer Inhaftierung Drogen spritzten, ist dies bei einer von zwölf Personen der Fall^b. Die Häufigkeit des gemeinsamen Gebrauchs wie auch die Zeiten, in denen das Risiko am höchsten ist (in den ersten Tagen, später usw.), sind nicht bekannt.

In Schweizer Gefängnissen kommen sexuelle Kontakte offenbar selten vor, was vermutlich auf die Anlage der meisten Betriebe zurückzuführen ist (die Insassen halten sich häufig allein in ihren Zellen auf). Doch kann nicht ausgeschlossen werden, dass dieses Thema zu sehr tabu ist, um darüber zu sprechen. Zum Gebrauch von Präservativen im Gefängnis wie auch während des Urlaubs können keine Schätzungen gemacht werden.

2.1.4 Prävalenz von HIV- und Hepatitis-Infektionen in Strafanstalten

Die Prävalenz der HIV-Infektion variiert zwischen 2 % und 12 %, diejenige der Hepatitis-Infektionen liegt zwischen 1 % und 18 %, doch sind die diesbezüglichen Angaben sehr ungenau. In Europa wurden HIV-Serokonversionen in Gefängnissen gemeldet, in der einzigen Schweizer Studie zu diesem Thema – durchgeführt in einem einzigen Betrieb und über eine kurze Zeitspanne – konnte kein einziger Fall nachgewiesen werden.

2.2 DAS ANGEBOT

In allen Strafanstalten ist die medizinische Versorgung sowohl für Probleme in Zusammenhang mit dem Drogenkonsum wie auch mit HIV/Aids gewährleistet.

^b Studie von 1996, durchgeführt bei drogenkonsumierenden Kunden und Kundinnen von niederschwelligen Stellen, die Spritzenmaterial abgeben. Als Referenzperiode für den gemeinsamen Gebrauch wurden die letzten zwei Jahre gewählt.

Doch weist das Behandlungsangebot je nach Betrieb erhebliche Unterschiede auf und gerade die Behandlung von Suchtproblemen entspricht nicht immer dem, was ausserhalb der Strafanstalten angeboten wird.

Bei Gefängniseintritt wird allen Inhaftierten eine ärztliche Visite vorgeschlagen. Da aber nicht alle Strafanstalten über einen anstaltseigenen Dienst verfügen, erfolgt die Visite nicht immer am Eintrittstag.

Zudem scheint auch die Betreuung nach der Haftentlassung ungenügend zu sein. Dies ist zum Teil darauf zurückzuführen, dass der medizinische Dienst in der Strafanstalt nicht immer über die Freilassung eines Häftlings informiert wird und dass im Allgemeinen weder eine Verbindung zu externen Strukturen noch eine Vorbereitung auf den Austritt existiert.

Obschon Informationen über die HIV-Übertragungsrisiken, in der Regel in Form von schriftlichen Unterlagen, breit abgegeben werden, decken sie nicht systematisch alle Risiken ab. In weniger als der Hälfte der Betriebe werden Informationen über das Risiko des gemeinsamen Gebrauchs von Injektionsmaterials angeboten (somit erhalten weniger als 50 % der Inhaftierten eine entsprechende Information).

Präservative werden lediglich in einem Drittel der Betriebe (die 75 % aller Inhaftierten beherbergen) zur Verfügung gestellt.

Und nur wenige Betriebe haben Präventionsmassnahmen im Zusammenhang mit dem Injizieren von Drogen ergriffen: 8 Betriebe stellen Spritzenmaterial zur Verfügung und 10 Betriebe verteilen Desinfektionsmaterial mit einer Gebrauchsanweisung, die das Desinfizieren des Injektionsmaterials erklärt. Die Insassen dieser Betriebe machen etwa ein Viertel aller Strafgefangenen aus.

2.3 DER RECHTLICHE KONTEXT

Die HIV-/Aids-Epidemie fällt in den Anwendungsbereich des Epidemiengesetzes, welches die Befugnisse des Bundes festlegt. Die Verurteilungen in Zusammenhang mit dem Drogenkonsum und dem Drogenhandel richten sich nach dem Betäubungsmittelgesetz. Der Vollzug der Strafen fällt in die Zuständigkeit der kantonalen Gesetze.

In Zusammenhang mit den durch HIV/Aids aufgeworfenen Problemen in den Strafanstalten ist bisher keine einzige gesetzliche Änderung vorgenommen worden. Das zuständige Bundesamt hat jedoch verschiedene Empfehlungen ausgegeben, in denen die Verantwortlichen der Strafanstalten aufgefordert werden, entsprechende Angebote zur Eindämmung der HIV-Übertragung einzurichten, welche im Prinzip gleichwertig sind wie das Angebot ausserhalb der Strafanstalten für die Wohnbevölkerung der Schweiz.

2.4 SCHLUSSFOLGERUNGEN

- In den Schweizer Strafanstalten stellen die HIV- oder Hepatitis-Infektionen aufgrund der grossen Zahl inhaftierter Drogenkonsumierenden und der Prävalenz der HIV-Infektionen in dieser Bevölkerungsgruppe potentiell ein grosses Problem dar.
- Das Risiko der Übertragung von HIV oder anderer Infektionskrankheiten ist in den Strafanstalten vorhanden. Aufgrund der aktuellen Kenntnisse scheint dieses Problem aber nicht gravierend zu sein.
- Alle Betriebe bieten Pflegemassnahmen an; die meisten der grossen Anstalten zudem auch Präventionsmassnahmen.
- Der Umfang des Leistungsangebots ist von Betrieb zu Betrieb sehr unterschiedlich; die grösseren engagieren sich stärker für die Gesundheit der Drogenabhängigen. Die in den Strafanstalten angebotenen Leistungen sind oftmals ungenügend und entsprechen meist nicht dem, was der Wohnbevölkerung der Schweiz ausserhalb des Strafvollzugs angeboten wird.
- Die Prävention beschränkt sich allzu oft auf das Verteilen von Informationsblättern.
- Die Prävention der HIV-Übertragung auf intravenösem und sexuellem Weg ist noch ungenügend, besonders im letzteren Fall.
- Die verfügbaren Daten zum Problem des HIV und des Konsums von Betäubungsmitteln und anderer psychoaktiven Substanzen ergeben zur Zeit nur lückenhaft Aufschluss über die Situation und sollten ergänzt werden.

2.5 EMPFEHLUNGEN

- In Anlehnung an die Empfehlungen der WHO, nach denen für Gefängnisinsassen ein Präventions- und Betreuungsangebot zur Verfügung gestellt werden soll, das demjenigen ausserhalb der Strafanstalten entspricht, hat das Bundesamt für Gesundheit eine Reihe von Zielen und Empfehlungen erarbeitet. Es handelt sich hier vor allem um die Notwendigkeit einer umfassenden Abdeckung der Mittel zur Prävention der HIV-Übertragung (Information, Material, Präservative und Spritzen/Desinfektionsmaterial). Diese Empfehlungen sind noch weit von einer systematischen Anwendung entfernt. Das BAG muss sich folglich weiter engagieren und dabei eine aktive "Leaderrolle" übernehmen.
- Es gilt zusätzliche Anstrengungen zu unternehmen, damit sämtliche Strafvollzugsanstalten in der Schweiz diese Empfehlungen raschmöglichst in die Praxis umsetzen. Diese Arbeit könnte beispielsweise durch die Anpassung des in Frankreich entwickelten Handbuchs mit dem

Titel "Promotion de la santé et milieu pénitenciaire"¹ (Gesundheitsförderung im Strafvollzug) an die schweizerischen Verhältnisse erleichtert werden.

- Die Vorbereitung auf den Austritt sollte verstärkt und ausgebaut werden, insbesondere ist die Zusammenarbeit zwischen den sozialen und medizinischen Diensten der Strafanstalten mit den externen Stellen zu verbessern.
- Um die Kontrolle der Wirksamkeit dieser Massnahmen zu sichern, muss zudem die Forschung in den Strafanstalten breiter unterstützt und ein Monitoring auf die Beine gestellt werden.

3 INTRODUCTION

Dans le cadre du mandat donné à l'Institut universitaire de médecine sociale et préventive par l'Office fédéral de la santé publique et financé par la Commission de contrôle de la recherche sur le sida pour l'évaluation de la stratégie de prévention du sida en Suisse (contrat #316.95.5755 A-B-C), l'Institut de recherche sur l'environnement construit de l'Ecole polytechnique fédérale de Lausanne a été chargé d'une analyse secondaire concernant la prévention de la transmission du VIH dans les prisons suisses. Il s'agit dans cette recherche de faire le point des connaissances et de répondre à un certain nombre de questions intéressant les responsables de la prévention de la transmission du VIH en Suisse.

Plusieurs études ont été menées sur la transmission du VIH dans les prisons en Suisse, notamment en relation avec la consommation de substances psychotropes. Sur la base des connaissances acquises au travers de ces diverses recherches, le présent rapport analyse la littérature suisse et étrangère (publiée et grise) ; la recherche de littérature a été faite non seulement sur Medline, mais également à l'aide de chercheurs suisses et internationaux travaillant dans ce domaine. Ce rapport tente de répondre aux questions suivantes qui concernent la demande, l'offre et l'évolution du contexte juridique.

Concernant la **demande**,

- Quelles sont l'importance et la distribution des comportements à risque et des problèmes de santé (VIH, HB, HC, MST, ...)
 - Nombre de personnes qui consomment des drogues illégales en prison
 - Nature (type de drogue, injection ou non) et fréquence de la consommation
 - Fréquence de la prise de risque (partage de matériel d'injection)
 - Fréquence des rapports sexuels en prison
 - Fréquence d'utilisation des moyens de protection lors des rapports sexuels en prison
 - Fréquence et distribution de diverses pathologies (VIH, HB, HC, MST, ...)
- Y-a-t-il une amélioration ou une dégradation des problèmes de santé en rapport avec le VIH ou la toxicomanie du séjour en prison
 - Fréquence de l'entrée et dans la consommation de drogues illégales et de l'injection de psychotropes lors d'un séjour en prison
 - Fréquence de la sortie de consommation et de la cessation d'injection lors d'un séjour en prison
 - Fréquence des diverses pratiques sexuelles (en particulier pénétration anale non protégée)
 - Fréquence des séroconversion en prison (VIH, HB)
 - Fréquence des " overdoses " en prison et / ou à la sortie de prison

Concernant l'offre,

- Quelles sont l'importance et la distribution des mesures prises (ou pas) au niveau de la prévention de la transmission du VIH et l'offre en matière de traitement pour le VIH et les problèmes liés à la dépendance vis-à-vis de psychotropes
 - Offre en traitements (sevrage, thérapie de substitution, ...) par concordats et type d'établissement
 - Equité d'accès aux traitements par concordats et type d'établissement
 - Type, qualité et répartition de l'offre de prévention
 - Type, qualité et répartition de l'offre de traitement
 - Besoins / Offres en formation des gardiens, des directeurs, du personnel médical et paramédical, des assistants sociaux
 - Contenu et qualité de l'information transmises aux détenus
 - Existence de monitoring, de suivi des programmes et des résultats
 - Expériences de " bonnes pratiques " en Suisse et ailleurs
 - Politique de préparation à la sortie
- Quels sont les déterminants et l'impact de ces mesures
 - Raisons associées au type d'offre rencontrée
 - Typologie de l'offre selon les caractéristiques de la structure et de l'environnement politique
 - Utilisation de l'offre et éléments expliquant l'utilisation
 - Dynamique induite par les différentes offres (avantages, inconvénients, problèmes, ...)
 - Facilitations et freins au développement de l'offre
 - Suite de sortie (overdoses précoces, suivi, reprise précoce de la consommation, ...)
- Quelle est la disponibilité de la drogue en prison
- Concernant l'évolution du contexte juridique,
- Quelle est l'évolution du cadre légal concernant le VIH / ou la consommation de drogues en prison
- Quelle est l'évolution des statistiques concernant l'emprisonnement des toxicomanes
 - Distribution par canton et évolution de la fréquence de conversion de peine
 - Proportions de peines courtes et de longues peines chez les toxicomanes
 - Evolution des causes d'emprisonnement (consommation / trafic / autres délits)

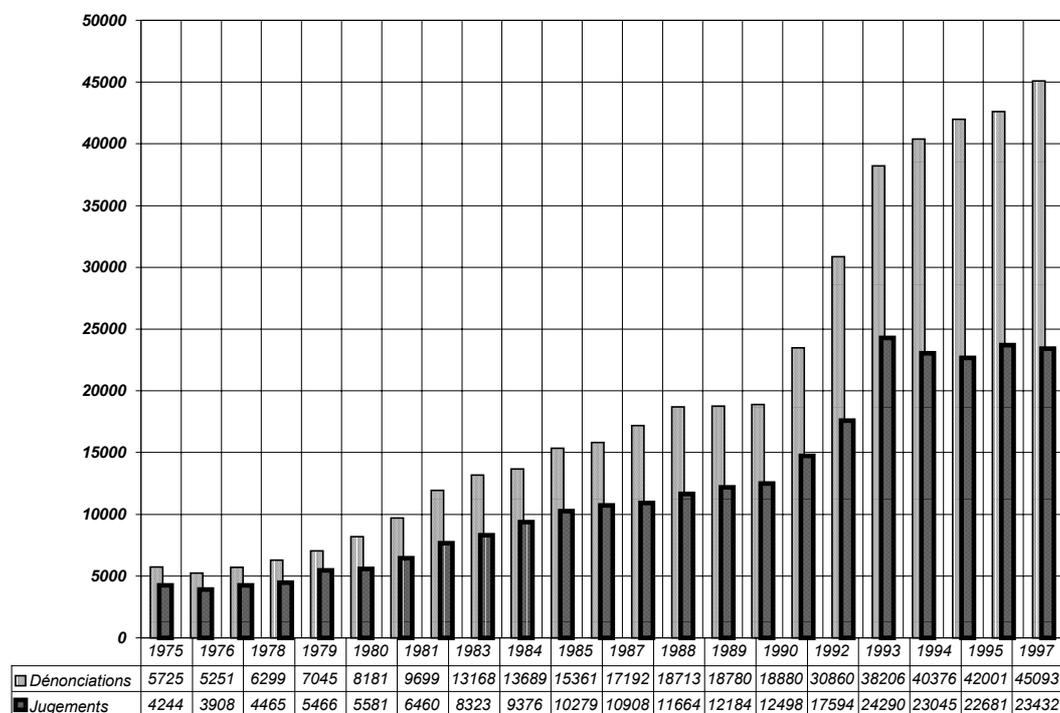
4 LA DEMANDE

4.1 L'IMPORTANCE ET LA DISTRIBUTION DES COMPORTEMENTS A RISQUE ET DES PROBLEMES DE SANTE (VIH, VHB, VHC, AUTRES MST, ...)

4.1.1 Prévalence des consommateurs des drogues illégales en prison

Les dénonciations^c et les condamnations d'infractions à la loi sur les stupéfiants sont en augmentation constante depuis 1974. Si l'augmentation des rapports de dénonciations est relativement constante jusqu'en 1990 passant de 7'000 à 19'000, on observe une accélération les 4 années suivantes avec plus de 40'000 dénonciations en 1994 et 45'000 en 1997 (cf. Figure 1). Le taux de dénonciation et la structure des infractions varient considérablement d'un canton à l'autre, variant de moins de 1 ‰ de la population résidante à Schwyz à près de 10 ‰ à Bâle-Ville, la moyenne suisse se situant à près de 6 ‰. En 1994, les dénonciations pour consommation de cannabis représente la moitié des dénonciations. 80 % des dénonciations portent exclusivement sur la consommation de stupéfiants².

Figure 1 Evolution des dénonciations et des jugements de 1975 à 1997 (LStup)

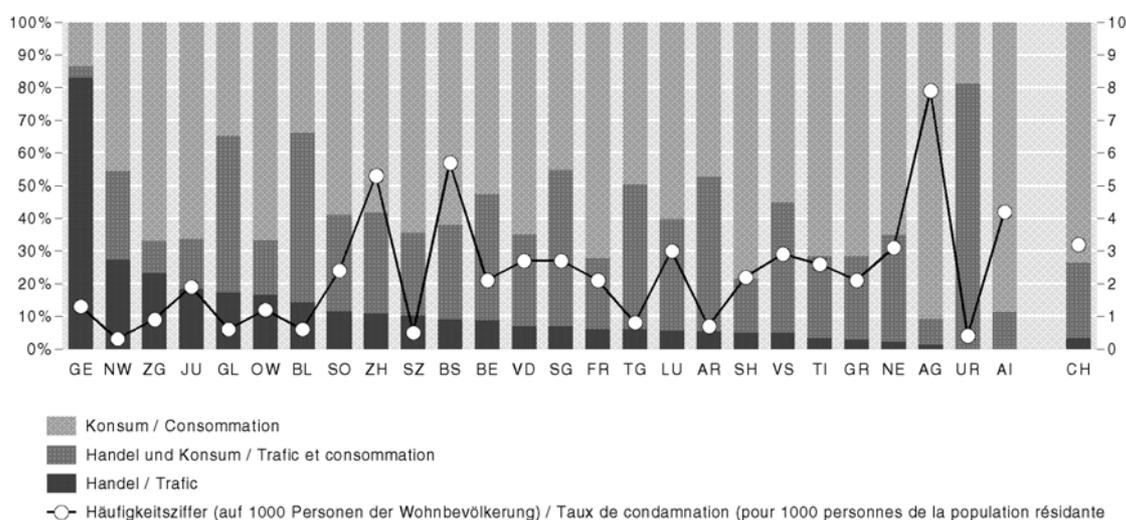


Source : Rapport semestriel 1/1998 de l'Office fédéral de la police

^c Transmission des cas à la justice par la police après interpellation.

Les condamnations pour infraction à la loi sur les stupéfiants sont huit fois plus importantes en 1993 qu'en 1970. Tout comme pour les dénonciations, le nombre de condamnations varie d'un canton à l'autre, elles sont plus nombreuses dans les cantons urbains. Près de 40 % des condamnations sont liées uniquement à la consommation et moins de 20 % des condamnations sont le fait de trafic seulement. Une exception à ce tableau, Genève où, en 1993, 88 % des condamnations touchent des infractions liées au trafic uniquement et moins de 10 % liées à la consommation uniquement (cf. Figure 2).

Figure 2 Décisions rendues en vertu de la LStup, d'après le canton et le genre de délit en 1994³



© Bundesamt für Statistik

© Office fédéral de la statistique

Pour l'ensemble de la Suisse, la moitié des condamnations concernent exclusivement des délits liés à la drogue ; l'autre moitié est également liée à d'autres infractions. En 1993, plus de 10 % des jugements inscrits au casier judiciaire ont été prononcés en référence à la loi sur les stupéfiants, soit plus de deux fois plus qu'en 1976. Il faut ajouter que la moitié seulement des jugements prononcés en vertu de la loi sur les stupéfiants sont inscrits au casier judiciaire^{2,4}.

Les écarts observés entre les dénonciations et les jugements s'expliquent en partie par le fait que certains cantons ne transmettent pas au ministère public de la Confédération les décisions, mais également par des politiques différentes dans les divers cantons⁵

Dans un rapport de l'Office fédéral de la statistique sur le même sujet, il est signalé que près des deux tiers des décisions des tribunaux concernent uniquement la consommation de stupéfiants³.

La moitié des sanctions inscrites au casier judiciaire sont des peines privatives de liberté avec sursis. En 1993, sur 8939 jugements inscrits au casier judiciaire, 33 % sont des peines privatives de liberté sans sursis (dont 25 % pour trafic seulement et 38 % pour consommation seule) et 52 % avec sursis (dont 20 % pour trafic seulement et 34 % pour consommation seule).

Les délits à l'origine d'une première condamnation sont dans la moitié des cas des infractions à la loi sur la circulation routière, un cinquième concerne le patrimoine, 5% la loi sur les stupéfiants ; dans les 7 ans suivant la première condamnation environ 10 % des personnes sont recondamnées ; les infractions en relation avec la loi sur les stupéfiants constituent l'exception avec près de 18 % des personnes qui sont recondamnées⁶.

20 % de toutes les incarcérations sont motivées par la loi sur les stupéfiants ; il est à noter que l'effectif des personnes détenues pour infraction à la loi sur les stupéfiants est en hausse depuis 1991, tout en relevant que les peines privatives de liberté sans sursis sont en légère baisse lorsqu'elles sont prononcées en relation avec la consommation seule ^{2,3d}.

Une étude récente portant sur l'analyse de 50 % des décisions de condamnations prises pendant 2 mois dans quelques cantons suisses a montré que 30 personnes sur 767 (4 %) avaient été condamnées pour consommation seule à des peines de prison fermes⁵.

L'Office fédéral de la statistique estime qu'il y a chaque année environ 14'000 entrées et sorties dans les prisons suisses, dont 3'500 (soit 25%) concernant des personnes à risque pour la transmission du VIH⁷. En 1993, la population carcérale (3 mois et plus) était selon les informations des concordats pénitentiaires de 2'800 personnes (Suisse centrale 793, Suisse orientale 1'342, Suisse romande et Tessin 665)^{e,8,9}. Le taux d'emprisonnement est en 1993 de 81 pour 100'000 habitants ce qui situe la Suisse au niveau des pays d'Europe de l'Ouest (Allemagne : 81 ; France : 88, Grande Bretagne : 89 ; Italie : 89) et plus bas que l'Europe de l'Est (≥ 160) et des Etats-Unis (529⁹).

^d A titre de comparaison en France : En 1997, 89285 personnes ont été interpellées pour infraction à la législation sur la loi sur les stupéfiants (70444 pour usage, 12280 pour usage / revente, 5191 pour trafic local et 1369 pour trafic international). Le cannabis était en cause dans 70091 arrestations (58134 pour usage et 8443 pour usage / revente), l'héroïne dans 13864 interpellations (9124 pour usage et 2761 pour usage / revente), la cocaïne et le crack dans 2304 interpellations (1216 pour usage et 377 pour usage / revente) ; en 5 ans, le nombre d'interpellations pour usage de stupéfiants a doublé. En 1996, 15493 personnes ont été condamnées (pour des faits comportant au moins une infraction d'usage de stupéfiant) dont 3019 pour seul motif d'usage. En 1991, 11500 condamnations prononcées par les tribunaux comportaient au moins une infraction d'usage dont 4242 réprimaient le seul délit d'usage. Les usagers de drogues étant souvent condamnés pour de multiples infractions (autres ILS – trafics, transporst -, ou délits associés – vols, recels, ...), le nombre exact des usagers condamnés restent sous-estimés.

En 1997, selon le ministère de la justice, 700 personnes ont été incarcérées pour une infraction principale d'usage de stupéfiants (500 en détention provisoire et 200 après condamnation). En 1996, 870 consommateurs étaient entrés en détention dont 691 en provisoire et 179 condamnés. Ces chiffres représentent des flux et non un nombre fixe d'usagers détenus. Au 1er janvier, 197 personnes étaient incarcérées provisoirement pour consommation de drogues illicites et 253 détenus avaient été condamnés pour délit principal d'usage de stupéfiants. (Données publiées dans Le Monde du vendredi 8 janvier 1999).

^e Les principaux établissements concordataires sont pour les primaires : Bellechasse (166 places environ), Crêtelongue (57, Bellevue (70), Champ-Dollon (200) pour la Suisse romande ; Witzwil (215), Oberschöngrün (73), Wauwilermoos (65) pour la Suisse Nord-Ouest et centrale ; Saxerriet (134), Gmünden (42), Bitzi (40), Realta (123) pour la Suisse orientale. Pour les récidivistes : Orbe (312) pour la Suisse romande, Thorberg (141), Lenzbourg (180) Bostadel (105) pour la Suisse du Nord-Ouest et centrale et Pöschwies, anciennement Regensdorf (350), Sennhof pour la Suisse orientale. Il faut y ajouter les établissements spéciaux dont La Stampa (241), La Tuilière Lonay (40), Hindelbank (111), St Johannsen (90).

L'organisation de l'exécution des peines et mesures est du ressort des cantons, la Confédération se limite en principe à définir les grandes lignes de l'organisation¹⁰.

La Suisse compte quelque 170 établissements dans lesquels sont exécutées des peines et des mesures pénales. La plupart d'entre eux sont des établissements locaux offrant un petit nombre de places pour la détention préventive, la semi-détention et les courtes peines. Quelques 25 établissements sont réservés à l'exécution des longues peines et mesures. Deux établissements offrent plus de 300 places, mais la majorité offrent nettement moins de 100 places. Au total, ces établissements ont une capacité de quelques 6'000 places dont 2'850 dans les établissements concordataires et 3'150 dans les prisons de districts et les prisons préventives¹⁰.

La proportion de consommateurs de drogues par voie intraveineuse dans les prisons en Europe est très variable entre les pays et entre les différentes prisons d'un même pays (Tableau 1).

Tableau 1 Proportion de consommateurs de drogues par voie intraveineuse dans des prisons de l'Union européenne (les données ont été fournies par les coordinateurs nationaux du réseau européen de la prévention du VIH et des hépatites dans les prisons ; elles sont basées sur des estimations fournies par l'administration pénitentiaire ou proviennent d'enquêtes menées dans les prisons)

Country	Proportion of drug users in the prison population
Austria	14% in remand prisons / 17,5% in penal institutions (estimated by prison medical doctors, high numbers of unreported cases is suspected)
Belgium	Approx. 15% of the total prison population
Denmark	About 35% drug users, ¼ of those IDU users
England and Wales	15-29% iv use prior to incarceration
Finland	Figures are not known, estimated to be high
France	Exact figures are not known, estimated at 22% for idus (mean; min. 0%, max. 33%) in 2 regions of France (West, South-East)
Germany	Approx. 30% of male and over 50% of the female prison population
Greece	31% in the Athens prison
Ireland	Approx. 35%. The proportion of idu among drug users is not known
Italy	App. 25% of the total prison population
Luxembourg	Approx. 30%
Netherlands	Approx. 30% used hard drugs like heroin and cocaine – no information about injection behaviour, iv use supposed to be low.
Portugal	Estimated at 65% by the Ministry of Justice
Scotland	About 1/3 of the adult prisoners are drug users (1/6 idus)
Spain	54% drug users, 40% of total prison population had consumed heroin or cocaine within the day of their arrest
Sweden	25-65% (varies dramatically between prisons)

Données gracieusement fournies par Michel Rotily, qui seront prochainement publiées dans l'ouvrage AIDS in Europe, Taylor and Francis, London.

La proportion de consommateurs de drogues par voie intraveineuse ayant une expérience d'incarcération est très élevée (40-50 %). Cette estimation est retrouvée dans toutes les études étrangères et suisses.

Dans la cohorte d'usagers de drogues d'Amsterdam, entre 1994 et 1996, 41 % des 470 personnes interviewées ont été incarcérées pendant les 3 années précédant l'interview pour des durées variant de 2 jours à 2 ans (moyenne : 3.6 mois)¹¹.

En Suisse, une enquête réalisée en 1993 estime à 43 % (20-66%) la part des personnes incarcérées pour des délits relatifs à la loi sur les stupéfiants et à 26 % (0-51%) les consommateurs de drogues illégales parmi les détenus¹².

Sur la base des diverses informations disponibles, on estime que 20 à 50% de la population carcérale sont des consommateurs de stupéfiants.

En Suisse, parmi les toxicomanes utilisateurs de services à bas seuil d'accès, un tiers a été incarcéré dans les 2 années précédant l'interview (voir Tableau 2).

Tableau 2 Séjour en prison de la clientèle des structures à bas seuil en Suisse : 1993 à 1996*

	1993 N=1119	1994 N=907	1996 N=764
Emprisonnement au cours de la vie			
% déjà allé en prison au cours de la vie	68% N=716	60% N=458	68% N=640
Nombre moyen de mois passés en prison	12	14	
% Ayant passé moins d'un mois en prison	27%	22%	
Au cours des deux dernières années (1995-1996)			
% Ayant été en prison au cours des deux dernières années (95-96)			36% N=333
Nombre moyen de mois passés en prison			4
% ayant passé moins d'un mois en prison			30%

* Dubois-Arber F, Jeannin A, Spencer B, Meystre-Agustoni G, Haour-Knipe M, Moreau-Gruet F, Benninghoff F, Paccaud F. Evaluation de la stratégie de prévention du sida en Suisse sur mandat de l'Office fédéral de la santé publique : sixième rapport de synthèse 1996-1998. Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1999

4.1.2 Nature (type de drogue) et fréquence de la consommation

Sans nier l'existence d'autres causes, le principal risque concernant la santé en prison est associé à la consommation de drogues et aux comportements qui y sont liés, tels que la prostitution afin de se procurer les ressources nécessaires pour acheter des psychotropes. Le second risque est en relation avec les actes sexuels subis sous contrainte ou avec consentement.

En France, le Haut comité de santé publique estime que 15 % à 20 % des détenus sont des consommateurs de stupéfiants dont 80 % par voie intraveineuse. Il semble cependant que cette proportion de consommateurs soit sous-estimée. Dans la prison de Marseille, les études épidémiologiques menées par Rotily montrent des proportions plus élevées que celle du Haut comité¹³. Selon Christian Sueur^f, sur les 55'000 détenus en France, 20 % à 25 % sont des usagers de drogues dont moins de 1'000 bénéficient d'un traitement de substitution. A Fleury Mérogis, il y a 4'000 personnes incarcérées dont 1'300 usagers de drogues.

Dans d'autres prisons européennes, les estimations varient entre 14 % et 65 %, selon les études citées par Rotily. Dans la mesure où les études sont encore trop rares et que le choix des prisons ne s'est pas effectué de façon aléatoire, on ne peut écarter l'argument que la consommation varie de prison en prison et que seules les prisons où l'usage de drogues est une réalité ont été investiguées¹². Cependant, de plus en plus, les directions de prisons reconnaissent que la drogue est présente dans leurs établissements et il y a toute raison de penser que, si il y a des consommateurs réguliers, il y a présence de stupéfiants en prison.

Dans l'enquête suisse sur la santé menée en 1992/1993, 83 % des détenus âgés de 18 à 39 ans déclarent avoir consommé au moins une fois des drogues illicites, par comparaison avec 17 % de la population générale. La consommation régulière de stupéfiants touche 36 % (IC 27 %-46 %) des détenus et 2 % de la population générale. 22 % (IC 11 %-37 %) des détenus déclarent consommer régulièrement du cannabis (2 % de la population générale) et 20 % (IC 10 %-20 %) consomment régulièrement des opiacés et/ou de la cocaïne (1 % de la population générale). En prison 20 % de la consommation se fait par injection (moins de 1 % dans la population générale)⁹ (Tableau 3).

Tableau 3 Consommation de drogues illicites parmi les détenus incarcérés depuis au moins 3 mois et résidants en Suisse, comparaison avec la même tranche d'âge de la population générale (18-39 ans)

Catégories de drogues illicites	Total en pour cent		N Total	
	Détenus 1993	Population générale 1992/93	Détenus 1993	Population générale 1992/93
Toutes les drogues				
Lifetime-prevalence ⁽¹⁾	82.6	17.4	141	1166
Consommation actuelle ⁽²⁾	53.6	4.6	86	312
Consommation régulière ⁽³⁾	36.4	1.8	58	125
Hachisch-marijuana				
Lifetime-prevalence	79.4	16.9	136	1135
Consommation actuelle	45.2	4.3	77	299
Consommation régulière	22.0	1.6	43	117
Drogues dures				
Lifetime-prevalence	73.0	4.5	127	304
Consommation actuelle	29.2	0.6	46	45
Consommation régulière	(19.9)	⁽⁴⁾ (1.0)	(26)	(11)

^f Communication personnelle de Christian Sueur, Comité départemental de suivi des traitements de substitution de l'Essonne.

Catégories de drogues illicites	Total en pour cent		N Total	
	Détenus 1993	Population générale 1992/93	Détenus 1993	Population générale 1992/93
Opiacés + cocaïne				
Lifetime-prevalence	69.3	3.2	124	217
Consommation actuelle	28.6	0.5	45	33
Consommation régulière	(19.8)	(4) (1.0)	(26)	(9)
Héroïne				
Lifetime-prevalence	62.1	1.4	113	86
Consommation actuelle	(18.8)	(0.1)	(28)	(7)
Consommation régulière	(10.9)	...	(13)	(2)
Cocaïne				
Lifetime-prevalence	60.2	2.9	106	199
Consommation actuelle	(10.8)	(0.4)	(22)	(25)
Consommation régulière	(4.0)	...	(7)	(2)
Méthadone				
Lifetime-prevalence	31.7	(0.5)	57	(25)
Consommation actuelle	(10.8)	(0.1)	(19)	(7)
Consommation régulière	(10.4)	(0.1)	(17)	(6)
Crack, freebase				
Lifetime-prevalence	15.4	(0.1)	32	(7)
Amphétamines (Ecstasy, MDM)				
Lifetime-prevalence	17.8	1.1	34	78
Hallucinogènes (LSD, mescaline)				
Lifetime-prevalence	42.9	2.2	77	161
Autres stupéfiants (Morphine, codéine)				
Lifetime-prevalence	19.6	0.5	34	37

(1) A consommé une fois dans la vie (réponse à la question: "Avez-vous déjà consommé?")

(2) Réponse à la question: "Consommez-vous encore?"

(3) A consommé au moins une fois par semaine durant les 12 derniers mois (réponse à la question: "A quelle fréquence avez-vous consommé?")

(4) Le pourcentage estimé a été corrigé à cause du fort taux de non-réponses parmi les consommateurs de drogues dures
N-prisons, total=165/172, N-ménages, total=1166/6470 pour tous les indicateurs

© Office fédéral de la statistique, enquête suisse sur la santé 1992 / 1993. In: C. Koller, La santé des détenus dans les prisons suisses, Berne: OFS, 1998, p.60

Sur la base de l'enquête suisse de santé, 32 % des personnes incarcérées – âgées de 18 à 39 ans - ont déjà consommé durant la vie de la méthadone (l'étude ne précise pas si il s'agit d'une consommation illégale ou d'une thérapie) et 10 % en prennent régulièrement en prison⁹. Il existe des différences entre les concordats. La consommation régulière est plus élevée en Suisse centrale qu'en Suisse latine⁹.

Pendant la phase pilote du projet d'échange de seringues dans la prisons pour femmes de Hindelbank, 37 femmes ont consommé en prison sur 137 interrogées (27 %). Si l'on rapporte ce nombre aux 62 femmes ayant consommé antérieurement de l'héroïne et / ou de la cocaïne, le pourcentage augmente à 60 %. Dans la période qui a suivi, une enquête a montré une diminution importante des personnes consommatrices : respectivement 2 sur 57 interrogées (2 %) et sur 17 consommatrices antérieurement à l'incarcération (12 %)¹⁴.

Dans une étude menée en 1993, des tests d'urines ont été effectués auprès de personnes détenues dans une prison baloise suffisamment longtemps après leur admission pour s'assurer que la con-

sommatation avait bien eu lieu en prison. Sur 295 personnes connues comme usagères d'héroïne, 4 % ont eu des urines positives aux opiacés et 30 % aux dérivés du cannabis¹⁵.

4.1.3 Fréquence de la prise de risque (injection et partage de seringues)

La proportion de personnes qui s'injectent des drogues en prison varie entre 6 % et 50 %. Lorsque le nombre de personnes interviewées est important, cette proportion n'est que rarement inférieure à 25 %. Il n'y a pas souvent d'indication sur la fréquence des injections¹⁶⁻²⁶.

Dans l'étude hollandaise, 7 personnes sur 188 (3 %) se sont injecté à plusieurs reprises, 4 personnes se sont injecté une seule fois. 3 injections d'héroïne sur 1939 utilisations (0.15 %) et 5 injections de cocaïne sur 629 utilisations (0.79 %)¹¹.

En Suisse, dans l'étude de 1993, 20 % des détenus consommateurs de drogues âgés de 18 à 39 ans déclarent se l'injecter⁹. L'étude menée en 1996 dans les structures à bas seuil d'accès pour les consommateurs de drogues montre que, parmi ceux qui ont été incarcérés en 1995-1996, 27% se sont injecté de la drogue pendant leur séjour en prison (Tableau 5).

Il ressort de diverses études faites en Europe qu'un certain nombre de détenus débutent leur injection lors d'un séjour en prison²⁷. Aucune détenue n'a cependant commencé à s'injecter pendant l'expérience pilote menée à Hindelbank²⁸.

La gestion des risques en prison semble largement dépendre de l'offre de prestations et des conditions de détention. Plus les prestations sont importantes et meilleures sont les conditions moins la prise de risque semble importante²⁹.

En Europe, chez les détenus consommateurs de drogues, la prévalence du partage de seringues est en général élevée (Tableau 4).

Tableau 4 Données publiées sur l'injection de drogues dans les prisons d'état de l'Union européenne (IDU : Injecting Drug Use)

Country	Year	Author	Sample Size	IDU in prison ¹	Needle sharing in prison	Comments
Germany	1993	Muller et al, 1995	418	48%	75%	Ex-inmates Face-to-face 50% more than 50 injections
England	1989	Carvell et al, 1990	50	66%	78%	Ex-inmates Several products
England	1990	Turnbull et al, 1992	164	27%	75%	Ex-inmates # 20 injections
England	1991	Dye and Isaacs, 1991	43	67%	76%	In prison Non representative Short term ++
England	1997	Bellis et al, 1997	260	16%	9%	Remand prisoners, in prison, autoquestionnaire
Scotland	1991	Bird et al, 1992	66	47%	?	In prison Autoquestionnaire

Country	Year	Author	Sample Size	IDU in prison ¹	Needle sharing in prison	Comments
Scotland	1992	Power et al, 1992	154	28%	74%	Representative 9 prisons Face-to-face Several products Lower perceived risk
Scotland	1992	Bath et al, 1993	67 (IDU/ non-IDU)	21%	50%	Ex-inmates
Scotland	1994	Bird et al, 1995	327	50%	-	In prison Autoquestionnaire
Scotland	1994	Gore et al, 1995b	75	59%	-	In prison Autoquestionnaire
Scotland	1996	Bird et al, 1997	116	57%	-	In two prisons Autoquestionnaire
			53	74%	-	
Scotland	1995	Gore et al, 1997	82	85%	-	In two prisons Autoquestionnaire
			58 (women)	57%	-	
France	1996	Rotily et al, 1998b	68	13%	44% (4/9)	Remand prison, injection rate during the first three months of incarceration, Autoquestionnaire
France, Germany, Sweden, The Netherlands, Scotland	1996	Rotily et al, 1997	210	49%	-	In five European prisons Autoquestionnaire
Greece	1996	Malliori et al, 1998	544	69%	69%	In two prisons, face-to-face questionnaires

Données gracieusement fournies par Michel Rotily, qui seront publiées dans l'ouvrage AIDS in Europe, Taylor and Francis

La mise en place de programmes d'échange de seringues et/ou de désinfectant dans divers établissements pénitentiaires a fait suite à diverses études mettant en évidence les partages de matériel d'injection et de manière générale le suivi de ces expériences a montré une réduction relative de la prise de risques³⁰⁻³⁴.

En Suisse, les données recueillies dans les structures à bas seuil en 1996 montrent que parmi ceux qui se sont injectés des drogues en prison en 1995-1996, 20% ont partagé au moins une fois le matériel d'injection (Tableau 5).

Les données recueillies à Hindelbank pendant la phase pilote et dans l'année qui a suivi montrent que le partage de seringues n'a pas complètement disparu. Il est cependant moins fréquent en comparaison aux données habituellement recueillies dans d'autres établissements. Il n'est pas possible de savoir les motifs qui ont poussé au partage¹⁴.

Tableau 5 Consommation et partage de matériel d'injection
Clientèle des structures à bas seuil en Suisse : 1994, 1996³⁵

			1994 N=458	1996 N=333
• Question en 1994 Au cours du dernier séjour en prison ...				
• Question en 1996 Au cours des deux dernières années (1995-1996), en prison ...				
% s'étant injecté des drogues			26%	27%
Une fois			4%	5%
Plusieurs fois			22%	23%
Partage de seringue en prison rapporté aux injecteurs ayant été en prison	1994 N=415	1996 N=299	8%	6%
Partage de seringue en prison rapporté aux injecteurs s'étant injecté en prison	1994 N=109	1996 N=83	28%	20%
Partage unique de seringue en prison (une seule fois) rapporté aux injecteurs s'étant injecté 1 fois en prison	1994 N=17	1996 N=14	18%	14%
Partage de seringue en prison rapporté aux injecteurs s'étant injecté plusieurs fois en prison	1994 N=92	1996 N=69	30%	22%
Partage unique de seringue en prison (une seule fois) rapporté aux injecteurs s'étant injecté plusieurs fois en prison	1994 N=92	1996 N=69	6%	9%
Partage multiple de seringue en prison (plusieurs fois) rapporté aux injecteurs s'étant injecté plusieurs fois en prison	1994 N=92	1996 N=69	24%	13%

Données fournies par UEPP/IUMSP, Lausanne (Dubois-Arber F. et al. 1999)

4.1.4 Fréquence des rapports sexuels en prison

Diverses études menées en Grande-Bretagne, en Ecosse, ainsi qu'une étude de Rotily dans divers pays européens montrent que les relations sexuelles varient entre 0 % et 6 % (voir Tableau 6).

Une étude écossaise récente a mis en évidence que les rapports homosexuels étaient plus fréquents pour les consommateurs de drogues par voie intraveineuse que pour les non consommateurs. Les auteurs avancent que c'est de cette manière que certains consommateurs se procurent les moyens nécessaires à l'acquisition de la drogue³⁶.

Dans les prisons hollandaises, des relations sexuelles vaginales ou anales ont été rapportées à 2 reprises par les 146 hommes interrogés et à aucune reprise par les 42 femmes. Pour un des hommes il s'est agi d'une seule pénétration anale sans préservatif, pour l'autre d'une relation suivie avec une seule femme dans une salle de visite sans " supervision " ¹¹.

En Suisse, la majorité des établissements disposent de cellules individuelles ; les occasions de rapports intimes y seraient particulièrement rares. Il n'y a que peu d'établissements qui ont des parloirs aménagés de façon à permettre des relations intimes entre un(e) détenu(e) et son/sa visiteur/euse. Le risque est plus élevé lorsque les détenus partagent une cellule et il ne faut pas écarter la possibilité de

relations sexuelles dans les lieux communs tels les douches. Si la fréquence des contacts homosexuels à l'intérieur de la prison est incertaine, la probabilité de contacts sexuels lors des congés et immédiatement après la sortie ne fait aucun doute. Des données complémentaires sont indispensables³⁷.

Tableau 6 Données publiées sur les comportements sexuels dans des prisons d'état de l'Union européenne

Country	Year	Author	Sample size	Sex ratio	Sex in prison	Comments
England	1989	Carvell and Hart, 1990	50	42/8 (84%)	6%	Ex-prisoners IDU Anal penetration,
Scotland	1991	Bird et al, 1992	378	Men	0%	Within prison, Autoquestionnaire, Anal penetration
Scotland	?	Power et al, 1992	559	Men	0%	Representative of 9 prisons Face-to-face,
Scotland	1993	Taylor et al, 1995	227	Men	0.5%	Within prison, Autoquestionnaire, Anal penetration
Scotland	1995	Gore et al, 1997	282	Men	1%	Within prison, Autoquestionnaire, Anal penetration
France, Germany, Italy, The Netherlands, Scotland, Sweden	1996	Rotily et al, 1997	720	Men	1%	In prison, lifetime, autoquestionnaire, Anal penetration

Données gracieusement fournies par Michel Rotily, qui seront prochainement publiées dans l'ouvrage AIDS in Europe, Taylor and Francis, London

4.1.5 Fréquence de l'utilisation de la protection lors des rapports sexuels en prison

La plupart des détenus ont accès à des préservatifs, soit au service médical, soit à l'épicerie, soit à la sortie. Il n'y a cependant pas de données sur la proportion de détenus qui utilisent des préservatifs, que les relations sexuelles aient lieu en prison ou à l'extérieur lors des congés.

4.1.6 Prévalence et distribution de quelques maladies transmissibles (VIH, VHB, VHC, tuberculose, ...)

En France, pour l'ensemble de la population carcérale, les estimations de la prévalence du VIH ont passé de 5.8 % en 1990 à 2.3 % en 1995. Il n'existe cependant pas de données sur la baisse de la prévalence chez les détenus consommateurs de drogues par voie intraveineuse. En 1996, 10.9 % étaient séropositifs avec une prévalence plus élevée chez les récidivistes (19.9 % contre 4.4 %) ¹³.

L'importance du problème du VIH/sida dans les prisons suisses demeure très imprécis, malgré le fait que les tests de dépistage, sur une base volontaire, soient régulièrement pratiqués dans les établissements pénitentiaires. Apparemment, dans aucun établissement le test n'est imposé ^{7,37-41}.

L'enquête suisse de santé de 1993 ne permet pas de déterminer l'étendue de l'épidémie du sida avec précision au vu du faible nombre de détenus interviewés (200). Les estimations de prévalence varient de 3.5 % à 12.5 %, ce qui place la Suisse dans le peloton de tête derrière l'Italie (13.4 %-13.6)²⁸.

A Hindelbank, 6 % des femmes, ayant été suivies dans le cadre du projet pilote de mise à disposition de matériel d'injection stérile, sont à leur arrivée en prison positives pour le VIH, une femme sur deux est positive pour le VHB (dont 5 % d'infection active), une sur trois pour le VHC, 10 % sont positives pour la syphilis (aucune active)^{28,42}.

Dans une brève évaluation réalisées dans les prisons bâloises, Nelles et al. montre que sur les 25 participants testés, 3 sont séropositifs pour le VIH, 9 pour le VHA, 11 pour le VHB et 15 pour le VHC⁴³.

Karger cite la prévalence des VIH, VHA, VHB et VHC sur la base des informations fournies par les divers établissements⁸ ; ces résultats sont présentés dans le Tableau 7 et le Tableau 8⁴⁴.

Tableau 7 Infections chez les hommes

	Hommes CH	Nombre d'institutions**	%*	Hommes Etranger	Nombre d'institutions	%*	Total
VIH/sida	89	82	2.9	56	82	1.8	145
Hépatite A	7	80	0.3	3	80	0.1	10
Hépatite B	75	81	2.4	22	79	0.8	97
Hépatite C	82	81	2.7	56	79	2.1	138
Tuberculose	5	83	0.2	18	83	0.6	23

* Base: actuelle : Population incarcérée dans les établissements ayant répondu

** Inclus 9 institutions sans homme incarcéré le jour de l'étude

Tableau 8 Infections chez les femmes

	Femmes CH	Nombre d'institutions**	%*	Femmes Etranger	Nombre d'institutions	%*	Total
VIH/sida	6	102	3.0	6	102	3.0	12
Hépatite A	10	100	5.9	29	100	17.1	39
Hépatite B	11	101	5.6	9	101	4.6	20
Hépatite C	15	101	7.7	9	101	4.6	24
Tuberculose	1	102	0.5	2	102	1.0	3

* Base: actuelle : Population incarcérée dans les établissements ayant répondu

** Inclus 82 institutions sans femme incarcérée le jour de l'étude

⁸ Etablie sur la base des cas connus et non d'un dépistage systématique.

4.2 L'AMÉLIORATION OU LA DÉGRADATION DE L'ÉTAT DE SANTÉ DES DÉTENUS AU COURS DE LEUR SÉJOUR EN PRISON

De manière générale, l'état de santé perçu des détenus est mauvais, près de 50 % se plaignent de plusieurs symptômes physiques soit le double de ce qui est observé dans la population générale. Près de 60 % des détenus ont une mauvaise santé psychique (35 % dans la population générale). Cependant il n'est pas possible sur la base des données disponibles de connaître l'état de santé avant l'entrée en prison. Les personnes incarcérées qui fument (84 %), qui consomment des médicaments (plus de 50 %) ont proportionnellement plus de symptômes physiques et psychiques⁸.

4.2.1 Fréquence de l'arrêt de consommation et la cessation d'injection lors d'un séjour en prison

La seule donnée disponible pour répondre spécifiquement à cette question provient de l'étude de Realta⁴⁵. 42% des personnes interrogées consommaient de l'héroïne et/ou de la cocaïne un mois avant l'arrestation, ils ne sont plus que 18% à Realta. La moitié de ce recul (35-65%) est explicable par des traitements de substitution (méthadone, médicaments).

De plus, l'analyse des données de l'étude multiville à Genève permet de dégager quelques informations supplémentaires. Entre 1991 et 1997, sur les 5047 personnes ayant fait une demande de traitement, 1'563 ont fait leur première demande de traitement durant cette période (voir Tableau 9).

Tableau 9 Personnes ayant fait leur 1^{ère} demande de traitement dans des structures institutionnelles de 1991 à 1997

	n	%
1 ^{ère} demande	1563	31.0
Demandes antérieures	2591	51.3
Valeurs manquantes	893	17.7
Total	5047	100.0

Près d'un quart (355 personnes) des 1563 personnes a fait sa première demande de traitement à leur arrivée en prison. 109 personnes sur 389 ont fait leur deuxième demande en prison (28 %) et 59 sur 157 (38 %) pour une troisième demande.

Tableau 10 Nombre de personnes ayant fait une première demande de traitement par type de centre

Année	Type de centre						Total
	Centre ambulatoire	Centre résidentiel	Unité hospitalière	Résidentiel carcéral	Serv. méd. prison	Hôpital général	
91	94	25	6	8			133
92	116	42	1	7	66		232
93	175	21	14	8	82		300
94	181	15	4	5	70	8	283
95	160		5	2	60	10	237
96	180		4		40	1	225
97	53		2		37	4	96
Total	959	103	36	30	355	23	1506

Tableau 11 Nombre de personnes ayant fait une deuxième demande de traitement par type de centre

Année	Type de centre						Total
	Centre ambulatoire	Centre résidentiel	Unité hospitalière	Résidentiel carcéral	Serv. méd. prison	Hôpital général	
91	3	3	3		3		12
92	13	4	17		13		47
93	55		17	1	15		88
94	24	1	7		16	2	50
95	25				26		51
96	44				23	1	68
97	37				13	2	52
Total	201	8	44	1	109	5	368

Sur l'ensemble des demandes effectuées pendant la période étudiée, nous observons une baisse générale de demandes à partir de 1995. Les évolutions les plus importantes sont qu'en milieu ambulatoire, le nombre de personnes décroît sensiblement à partir de 1996. En milieu pénitentiaire, le nombre de personnes décroît à partir de 1994 aussi bien pour la première demande que pour la deuxième. Une double explication peut être proposée ; premièrement le nombre de place de traitement a très sensiblement augmenté, ce qui a supprimé les listes d'attente, permettant ainsi de réduire les exigences pour rester en traitement ; deuxièmement une diminution de l'incarcération des consommateurs de drogues, même en détention préventive⁴⁶.

4.2.2 Fréquence des séroconversions en prison (VIH, VHB)

Aucune séroconversion n'a été enregistrée durant les 9 mois de la phase pilote du projet d'échange de seringues à la prison d'Hindelbank, ni pendant les 9 mois suivants. Il n'a y pas d'autres données disponibles en Suisse.

Cependant Gore a décrit un outbreak de VIH dans une prison écossaise en 1993²⁷.

Il semble qu'en général les séroconversions ne sont pas recherchées; en outre, lorsqu'une infection est identifiée à l'extérieur d'un établissement pénitentiaire, les médecins ne cherchent apparemment pas à la rattacher à une contamination éventuelle en milieu carcéral^h.

4.2.3 Incidence des " overdoses "

En Suisse, aucune donnée récente n'est disponible sur les overdoses à la sortie de prison.

Selon la littérature, le nombre d'overdoses mortelles dans les deux semaines qui suivent la libération est huit fois plus élevé que la moyenne et représente 1 overdose par 1000 jours récemment libérés, soit 2 semaines après la libération; le risque relatif de mort par overdose est de 7.7 (1.5-39.1) en comparant les cas des 2 premières semaines avec les cas des 10 semaines suivantes^{47,48}.

Aux Pays-Bas, 42 % des personnes ont injecté dans la première semaine suivant la libération, avec 34 % le jour de la libération¹¹, ce qui montre l'importance du risque potentiel d'overdose à la sortie de prison.

4.3 RESUME DU CHAPITRE CONCERNANT LA DEMANDE DANS LES PRISONS SUISSES

Dans les prisons suisses :

- La proportion de personnes détenues qui consommaient avant incarcération des drogues peut être estimée entre 30 % et 40 %.
- La proportion de personnes qui consomment des drogues pendant le séjour en prison est inférieure à 30 % parmi ceux ayant déjà consommé avant le séjour en prison.
- Vingt-huit pour cent de ceux qui se sont injecté en prison ont partagé le matériel d'injection et 25 % de ceux qui ont injecté plusieurs fois ont partagé à plusieurs reprises.
- La fréquence des relations sexuelles en prison semble très faible, mais il n'existe pas de données pour les prisons suisses.
- Les estimations de prévalence du VIH varient de 3.5 % à 12.5 %, celles des hépatites B entre 1 % et 50 % et des hépatites C entre 2 % et 33 %.

^h Communication personnelle de Michel Rotily, Observatoire régional de la santé (Provence Alpes Côte d'Azur à Marseille).

5 L'OFFRE

5.1 IMPORTANCE ET DISTRIBUTION DES MESURES PRISES AU NIVEAU DE LA PREVENTION DE LA TRANSMISSION DU VIH OFFRE EN MATIERE DE TRAITEMENT POUR LE VIH ET PROBLEMES LIES A LA DEPENDANCE VIS-A-VIS DE PSYCHOTROPES

Une visite médicale est proposée à tous les détenus lors de leur entrée en prison. De cette manière les problèmes de santé ou ceux liés à la consommation de psychotropes sont en principe connus par le service médical.

5.1.1 Offre en traitements (sevrage, thérapie de substitution, ...) par concordat et type d'établissements

Il n'est pas possible de répondre précisément à cette question sur la base de la littérature disponible. Karger et al. ont récemment mené une étude sur l'ensemble des prisons suisses, dont seul un résumé est disponible⁴⁴. Une série de tableaux croisésⁱ par concordats montrent que les différences sont très faibles. Principalement la fréquence de non réponse est plus forte pour le concordat de Suisse occidentale, ce qui peut s'expliquer par le nombre proportionnellement plus important d'établissements de petite taille.

Sur la base du résumé et des tableaux fournis par les chercheurs, il est cependant possible de dégager un certain nombre d'éléments qui seront suffisants pour une perception globale de l'offre de prestations de santé et de soins. Les divers établissements et l'Office fédéral de la santé publique seront à même d'affiner les stratégies de mise en œuvre des prestations de soins et de santé à mener dans chaque établissement, ceci sur la base des données spécifiques de chacun des établissements.

113 établissements, représentant 4941 places et 3901 détenus, ont participé en 1997 à cette étude (167 questionnaires avait été envoyés). En 1996, ce sont 150 établissements sur 164 contactés qui ont répondu au questionnaire.

En 1997, une prise en charge des problèmes des dépendances aux psychotropes est assurée dans tous les établissements. L'offre est cependant très variable ; 17 établissements proposent un soutien sans médicaments et 87 établissements proposent des thérapies médicamenteuses (méthadone, sédatifs, neuroleptiques, myorelaxants, antiépileptiques), 9 établissements ne précisent pas le type de prise en charge fournie.

74 établissements proposent une aide pour les problèmes liés à l'alcool, dont 70 avec un soutien médicamenteux.

80 établissements sur les 113 offrent la possibilité d'un sevrage ou d'une substitution avec de l'héroïne, avec de la méthadone, avec de la codéine ou avec du Temgésic® (données 1997). L'enquête de 1996 faisait ressortir que 110 sur 149 établissements proposaient des thérapies de substitution principalement avec de la méthadone.

ⁱ Données aimablement fournies par Karger.

60 établissements proposent un soutien thérapeutique dans le cadre habituel pour les problèmes liés aux stupéfiants. 20 autres établissements proposent un programme thérapeutique spécifique, cependant la description des divers programmes met en évidence que dans certains cas, il s'agit d'offre de prise en charge non spécifique. Il semble que de fait seuls 8 établissements ont une approche spécifiquement orientée sur les problèmes de dépendances aux stupéfiants avec une unité spécialisée. La prison d'Oberschöngrün (Soleure) a également participé au projet de thérapie de substitution avec de l'héroïne.

Dans 6 établissements, il existe des groupes d'entraide (self help). 40 établissements offrent des psychothérapies, qui dans la majorité des cas sont des thérapies individuelles.

A titre de comparaison, moins de 1000 usagers de drogues détenus dans les établissements pénitentiaires français bénéficient de traitement de substitution. A Fleury Mérogis, sur les 1300 usagers de drogues, 350 reçoivent un traitement de substitution (50 méthadone et 300 buprénorphine). De manière générale la substitution à la buprénorphine est stoppée au moment de l'incarcération ; la substitution avec de la méthadone est poursuivie si les personnes peuvent faire la preuve qu'ils suivaient un traitement avant l'entrée en prison (appel téléphonique au centre de traitement par le médecin de l'établissement carcéral) et cela pour autant que la peine de prison soit inférieure à 6 mois^j. Ce qui met en évidence le grand écart entre la politique de substitution déclarée (qui devrait être beaucoup plus importante) et la pratique effective du terrain.

5.1.2 Equité d'accès aux traitements par concordats et type d'établissement

Au vu des résultats présentés ci-dessus, cette variabilité de l'offre met en évidence une inéquité d'accès aux traitements, qui dépend de l'établissement dans lequel la détention a lieu. Bien que des prestations de soins soient fournies dans tous les établissements, celles-ci sont variables d'un établissement à l'autre et souvent moins diversifiées et moins nombreuses par rapport à celles proposées hors de prison.

5.1.3 Type, qualité et répartition de l'offre de prévention

S'appuyant sur les recommandations émises en 1993 par l'Organisation mondiale de la santé, les autorités fédérales ont précisé dans leur programme "prévention du VIH en suisse" les objectifs à atteindre en milieu carcéral (voir Tableau 12).

Tableau 12 Objectifs définis par l'OFSP dans le classeur "Prévention du VIH en Suisse" en 1993 (OFSP 1993)

Personnes se trouvant dans les prisons préventives et les établissements pénitentiaires

Objectifs généraux

Les principes de santé publique et les stratégies de prévention du VIH et du sida reconnues scientifiquement qui sont à la base de la stratégie nationale de lutte contre le sida sont aussi valables dans l'exécution des peines et mesures et en détention préventive.

Là aussi, il faut empêcher les nouvelles infections et les réinfections, réduire les conséquences négatives de l'épidémie et promouvoir la solidarité, conformément aux buts du programme national de lutte contre le sida (voir chapitre III.1.).

^j Communication personnelle de Christian Sueur.

Personnes se trouvant dans les prisons préventives et les établissements pénitentiaires

Pour atteindre les objectifs, la procédure doit prendre en compte les conditions spécifiques aux institutions ainsi que les différences existant entre les prisons préventives et les établissements pénitentiaires.

Objectifs intermédiaires

D'ici à la fin de 1995, 95% des détenus des prisons préventives et des établissements pénitentiaires devront avoir reçu des informations sur la sexualité (pratiques sexuelles à moindres risques, homosexualité par nécessité), les problèmes de toxicomanie et le sida.

D'ici à la fin de 1995, la moitié au moins des prisons préventives et des établissements pénitentiaires auront organisé un cours pour médiateurs destiné aux groupes professionnels concernés et portant sur la prévention du sida et sur la consultation et l'encadrement des personnes vivant avec le VIH ou le sida.

D'ici à la fin de 1995, ces cours seront offerts dans les trois langues nationales.

D'ici à la fin de 1995, les programmes suivants devront être poursuivis et plus largement diffusés dans les préventives et les établissements pénitentiaires:

- distribution de désinfectants pour nettoyer les seringues;

- distribution de méthadone.

D'ici à la fin de 1995, les projets pilotes suivants devront avoir démarré dans les prisons préventives et les pénitenciers:

- distribution de matériel d'injection stérile;

- distribution et prescription de drogue diversifiées.

D'ici à la fin de 1997, il faudra évaluer les projets pilotes de prévention du sida avec distribution de seringues et en tirer les conséquences.

D'ici à la fin de 1997, les personnes s'injectant des drogues dans les établissements pénitentiaires et les prisons préventives doivent pouvoir pratiquer une hygiène efficace de leurs seringues (par exemple matériel de désinfection). En outre, des préservatifs et des lubrifiants doivent être mis à disposition de sorte que chaque détenu puisse se servir en toute discrétion.

D'ici à la fin de 1997, on aura abordé le thème de la solidarité aussi bien avec le personnel qu'avec les détenus, par le biais d'informations écrites ou d'entretiens .

D'ici à la fin de 1997, 90% des cantons disposeront de projets prévoyant un conseil et une prise en charge favorisant l'intégration pendant l'exécution et après la libération pour les détenus dont on sait qu'ils sont infectés par le VIH ou atteints du sida.

Une information sur le sida est distribuée aux détenus dans la quasi totalité des établissements. Le thème " safer sex " est présent dans près de 70% des établissements (la quasi totalité des grands établissements et entre 50 et 60% des petits établissements), ce qui représente près de 80% des personnes détenues. Le thème " safer use " est abordé dans 40% des établissements environ et touche environ 50% personnes détenues. Les thèmes concernant les hépatites et la tuberculose sont abordés dans 25% des établissements environ qui représentent environ le tiers des personnes détenues⁴⁴.

Deux tiers des établissements ne mettent pas à disposition de préservatifs. Il s'agit pour l'essentiel de petits établissements, ce qui signifie que 25% des personnes détenues n'ont pas accès aux préservatifs. Dans 40% des cas ceux-ci ne sont disponibles qu'auprès du service médical. Dans 10% des institutions seulement, ils sont mis à disposition dans les locaux " publics " tels que douches, WC, vestiaires.

C'est en 1988 que le médecin de la prison pour femmes de Hindelbank a commencé à distribuer du matériel d'injection stérile aux femmes détenues qui s'injectaient des drogues. Cette activité a formellement été interdite par les autorités de surveillance pénitentiaire.

Une enquête conduite en 1991 par le service médical de la prison de Hindelbank a prouvé la réalité du partage de seringues et par conséquent l'existence d'un risque réel pour la transmission du VIH.

En 1992, la mise à disposition de seringues stériles a démarré à la prison d'Oberschöngrün.

L'Office fédéral de la santé publique a admis en 1992 la légalité de cette activité sous forme d'abord de projets pilotes et a publié une directive incitant la mise sur pied de projets dans tous les établissements jusqu'à fin 1995 en stipulant qu'à fin 1997 les évaluations de ces projets devraient être achevées et permettre ainsi d'envisager la suite sur des bases scientifiques solides.

En 1994, la distribution a repris à la prison de Hindelbank, accompagnée d'une évaluation. En avril 1995, le parlement du canton de Genève adoptait une politique de lutte contre les problèmes liés aux drogues et recommandait en particulier la mise à disposition de seringues stériles tant dans les établissements pénitentiaires que dans les hôpitaux.

Le canton des Grisons a débuté un projet pilote dans la prison de Realta en février 1997, suivi par la prison de Lucerne quelques mois plus tard.

En octobre 1997, cas unique en Europe, l'autorité fédérale a pris clairement position sur la légalité de la mise à disposition de matériel d'injection stérile dans les prisons et a conclu qu'il était du devoir des responsables des établissements pénitentiaires d'adopter des mesures efficaces pour prévenir la transmission du VIH.

A ce jour, seuls 8 établissements mettent à disposition du matériel d'injection stérile, dont 4 n'assurent que des échanges. 7 des 8 établissements ont plus de 60 places⁴⁹.

10 institutions offrent la possibilité de stériliser le matériel d'injection, pour l'essentiel en mettant à disposition de produits désinfectants. Parmi ces 10 institutions, 3 établissements offrent aussi la possibilité d'échange ou de mise à disposition de matériel stérile.

Deux tiers des détenus ne bénéficient d'aucune offre de prévention des risques de transmission du VIH ou autres infections par le partage du matériel d'injection. Les objectifs de l'OFSP sont donc loin d'être atteints.

5.1.4 Type, qualité et répartition de l'offre de traitement du VIH/sida

Un tiers des établissements n'offrent pas la possibilité d'effectuer un test de dépistage du VIH. Un certain nombre d'établissements (environ 20%) proposent le test de dépistage en cas de doute (voir Tableau 13).

Tableau 13 Test de dépistage du VIH dans les établissements pénitentiaires suisses⁴⁴

	Non		Sur demande		En cas de doute		Total		Missing
	n	%	n	%	n	%	n	%	
≤10 places	20	65	9	29	3	10	31	29	1
11-30 places	15	43	20	57	9	26	35	32	2

	Non		Sur demande		En cas de doute		Total		
31-60 places	2	11	17	90	4	21	19	18	1
≥ 60 places	1	4	21	91	5	22	23	21	1
Total	38	35	67	61	21	19	108	100	5

La majorité des petits établissements ne proposent pas de tests non plus pour les hépatites ou la tuberculose, alors que ces possibilités sont proposées dans plus de 90% des grands établissements. Cela signifie qu'environ trois quarts des détenus ont une possibilité de dépistage.

En principe les thérapies concernant les infections à VIH et autres pathologies sont régulièrement assurées dans tous les établissements. En ce qui concerne les thérapies liées aux dépendances les prestations varient selon les établissements (voir 4.1.1).

5.1.5 Besoins / Offres en formation des gardiens, des directeurs, du personnel médical et paramédical, des assistants sociaux

Actuellement une formation minimale sur les problèmes liés au sida et aux drogues est assurée dans tous les programmes de base de même que dans les programmes de formation continue. Il existe cependant très peu d'information disponible sur l'adéquation de cette offre par rapport au problème VIH / sida et aux problèmes liés à l'usage des drogues, ni par rapport à la demande du personnel des établissements pénitentiaires. Il semble que les besoins en formation soient perçus de manière hétérogène⁵⁰

5.1.6 Existence de monitoring, de suivi des programmes et des résultats

Au-delà de la phase pilote des projets expérimentaux, il n'y a pas de monitoring assuré dans les prisons. Pourquoi y en aurait-il en prison alors que de manière générale le monitoring ne fait que très rarement partie des instruments de pilotage de la politique de soins et de santé tant au niveau fédéral que cantonal.

5.1.7 Expériences de " bonnes pratiques " en Suisse et en France

En France, les détenus ont accès depuis 1994 à la couverture sociale, au système de soins de droit commun et aux actions de prévention, d'information et d'éducation à la santé. Suite à la loi du 18 janvier 1994, ce sont les hôpitaux qui deviennent les maîtres d'œuvre de la dispense de soins et les coordonnateurs des actions de prévention. Pour permettre une mise en place facilitée ou/et une amélioration des prestations, le Comité français d'éducation pour la santé a édité un guide d'éducation pour la santé : " Promotion de la santé et milieu pénitentiaire " s'adressant tant aux professionnels de la santé, du secteur social que des milieux pénitentiaires⁵¹. Cet ouvrage débute par une présentation succincte du milieu carcéral, suivie d'une réflexion sur l'éducation à la santé dans ce milieu. La 3^{ème} partie, partie principale de l'ouvrage consiste en un cahier méthodologique offrant de nombreux exemples et réponses aux diverses questions pratiques que rencontrent les acteurs de la santé.

L'expérience du canton de Berne dans la mise en place de thérapie de substitution avec de la méthadone en prison donne des résultats positifs et améliore de manière sensible la santé des usagers de drogues incarcérés⁵².

Il n'est pas nécessaire de s'étendre longuement sur l'expérience mise sur pied au pénitencier de Hindelbank^{14,28,42}. Les résultats montrent que la mise à disposition de matériel d'injection stérile et une prise en charge socio-sanitaire permettent une amélioration de la santé des détenues et n'a pas généré de troubles nouveaux. Le personnel de l'établissement n'a pas vu son travail se compliquer avec l'introduction de mesures reconnues comme efficaces en dehors du milieu carcéral.

Le développement de sections spécifiques pour les problèmes de dépendances au pénitencier Pöschwies⁵³ et dans d'autres établissements permet d'améliorer la prise en charge.

Un automate a été installé à Realta le 3.2.1997. Au cours des 19 mois suivants, une moyenne de 17 seringues par semaine a été distribuée (seringue propre contre restitution d'une seringue usagée). L'échange des aiguilles usagée dans l'établissement se réduit à quelques cas isolés⁴⁵.

5.1.8 Politique de préparation à la sortie

Il n'y a rien à ce sujet dans la littérature consultée. Ce qui a priori ne signifie pas que rien ne soit fait dans ce domaine dans l'un ou plusieurs établissements pénitenciers.

Il semble que la prise en charge des personnes nécessitant un traitement pour le sida est automatiquement assurée à la sortie de prison. Un bémol cependant : en ce qui concerne les requérants d'asile dont la demande a été rejetée. En effet, à moins que leur vie ne soit réellement en danger, ils ne bénéficient pas de traitement, les soins n'étant dans ce cas pas couverts par une assurance maladie.

En ce qui concerne le suivi des personnes ayant des problèmes liés aux drogues, il n'y a que peu ou pas de coordination entre les services à l'intérieur et à l'extérieur de la prison.

En France, un dispositif de préparation à la sortie, principalement destiné aux usagers de drogues les plus précarisés a été mis en place dans 8 établissements. Une évaluation est en cours. Il semblerait que quelques rares expériences nord-américaines aient montré un bénéfice, notamment sur le taux de réincarcération^k.

5.2 LES DETERMINANTS ET L'IMPACT DE CES MESURES

5.2.1 Raisons associées au type d'offre rencontrée

La principale caractéristique associée à l'offre est liée à la taille de l'établissement comme cela est montré au point 5.1.

5.2.2 Typologie de l'offre selon les caractéristiques de la structure et de l'environnement politique

Les données disponibles ne permettent pas de différencier l'offre en fonction des caractéristiques politiques cantonales ou même au niveau concordataire. Comme mentionné précédem-

^k Communication personnelle de Michel Rotily.

ment les différences observées semblent essentiellement liées à la tailles des établissements pénitentiaires.

5.2.3 Utilisation de l'offre et éléments expliquant l'utilisation

Il n'y a pas de données permettant de mettre en relation l'utilisation de l'offre et des éléments expliquant cette utilisation.

5.2.4 Dynamique induite par les différentes offres (avantages, inconvénients, problèmes, ...)

Dans les diverses expériences plus spécifiquement décrites (Hindelbank, prisons bâloises,), il ne semble pas que l'amélioration de l'offre de soins et de prévention des problèmes liés aux drogues et de transmission du VIH génèrent des problèmes particuliers. Il est cependant difficile à partir de la littérature de définir des avantages spécifiques. En effet peu de données sont disponibles concernant la séroconversion en prison. On peut cependant interpoler à partir des données provenant des diverses études effectuées hors du milieu carcéral que ces mesures concrètes devraient diminuer le nombre de nouvelles infections.

5.2.5 Facilitateurs et freins au développement de l'offre

Selon Harding, une information accrue tant dans le domaine du sida que de l'usage de drogues doit être fournie au personnel des établissements pénitentiaires. Selon Karger, cette information est donnée dans la plupart des établissements. Il n'est pas possible sur la base des données disponibles de mesurer l'impact de cette information en terme de diminution des craintes. Il semble qu'entre 1990 et aujourd'hui, l'évolution générale des connaissances et des perceptions de ces divers problèmes ont permis une amélioration sensible de la situation⁵⁰.

5.3 RESUME DU CHAPITRE CONCERNANT L'OFFRE DANS LES PRISONS SUISSES

L'ensemble des prisons suisses offrent des prestations de soins et de santé ; celles-ci sont cependant très variables entre les établissements d'une part, mais également entre l'offre faite à l'intérieur et à l'extérieur de l'établissement dans certaines régions.

Un problème important est le manque de coordination entre les services à l'intérieur et ceux à l'extérieur, qui seraient indispensable pour améliorer la préparation à la sortie et réduire ainsi les problèmes d'overdose relativement important dans les jours suivant la libération.

Le principal facteur en relation avec l'offre est la taille de l'établissement ; plus la prison a de places, plus les chances d'avoir une offre importante augmentent.

Le déficit d'information sur ce qui se passent dans les établissements pénitentiaire rend difficile la mesure de l'amélioration des prestations.

6 L'ÉVOLUTION DU CONTEXTE JURIDIQUE

6.1 L'ÉVOLUTION DU CADRE LEGAL

Le contrôle de l'épidémie VIH/sida est régi par la Loi fédérale sur la lutte contre les maladies transmissibles de l'homme (lois sur les épidémies) du 18 décembre 1970.

La Loi fédérale du 3 octobre 1951 sur les stupéfiants et les substances psychotropes (Loi sur les stupéfiants) définit les règles et les sanctions en relation avec l'usage, la production et le commerce des stupéfiants. Si le code pénal est fédéral, les lois d'application du code pénal et de l'exécution des peines sont cantonales.

Les avis de droit demandés par l'OFJ et l'OFSP ont précisé que dans le cadre légal actuel, il était parfaitement possible de mettre sur pied toutes les interventions nécessaires à la lutte contre l'épidémie du VIH en milieu carcéral.

Le cadre légal n'a pas changé ces dernières années, qu'il concerne le code pénal ou la possibilité de condamner pour transmission de maladie. Très rarement appliqué avant le sida, ce motif a été invoqué à plusieurs reprises au début de l'épidémie. Une très récente condamnation a encore été annoncée ces dernières semaines dans le canton de Zürich.

6.1.1 Modification du cadre légal (national ou cantonal) ou des pratiques acceptées

Une révision de la loi sur les stupéfiants devrait être proposée au parlement par le Conseil fédéral d'ici 2 ans environ, après avoir mis en consultation ses propositions au début de l'année 1999. Il faut rappeler qu'en 1989 déjà la sous-commission drogues de la commission sur les stupéfiants a fait des recommandations de révision de la LStups. Par ailleurs des propositions beaucoup plus concrètes ont été faites par la commission fédérale d'experts pour la révision de la loi sur les stupéfiants en 1996.

Les principales recommandations visant à la révision législative de la commission sont les suivantes :

- La loi sur les stupéfiants doit être révisée en vue de la dépénalisation de la consommation de tous les stupéfiants et de ses actes préparatoires.
- Les dispositions relevant du droit des médicaments figurant dans la loi sur les stupéfiants peuvent être intégrées dans la future loi fédérale sur les agents thérapeutiques.
- Les compétences de la Confédération doivent être renforcées de manière à assurer une égalité de traitement quelque soit le canton.

De nombreuses discussions ont eu lieu sur les articles du code pénal permettant de condamner des personnes ayant transmis y compris par dol éventuel une maladie infectieuse. A l'heure actuelle, il n'est pas envisagé de modifier cet article du code pénal.

6.2 L'ÉVOLUTION DES STATISTIQUES CONCERNANT L'EMPRISONNEMENT DES TOXICOMANES

6.2.1 Evolution des causes d'emprisonnement (consommation / trafic / autres délits)

A part le canton de Genève qui ne condamne pratiquement pas les consommateurs, tous les autres cantons n'appliquent pas le principe d'opportunité de la loi sur les stupéfiants. Le nombre d'arrestations liées à la consommation a fortement augmenté ces dernières années, ce qui a contribué à augmenter le nombre de consommateurs dans les prisons préventives.

7 REMARQUES CONCLUSIVES ET RECOMMANDATIONS

Le problème des infections par le VIH et les hépatites est important dans les prisons suisses du fait du grand nombre de consommateurs de drogues incarcérés et de la prévalence du VIH dans ce groupe de population.

Le risque de transmission du VIH et d'autres infections existe dans les prisons. Il semble cependant à la lumière des connaissances actuelles que ce problème n'est pas démesuré. Si des données concernant la consommation de psychotropes est apparemment relativement facile à obtenir, un certain nombre de professionnels de la santé en milieu carcéral ont des doutes concernant les relations sexuelles. Les rapports anaux ne seraient pas perçus comme un acte à connotation homosexuelle, mais comme une reconstruction des relations sexuées, l'homme pénétré se retrouvant dans une position féminine. La question est alors de savoir si la fréquence des relations sexuelles n'est pas totalement sous estimée ; le sujet étant de fait totalement tabou.

Tous les établissements assurent des prestations de soins. La majorité des grands établissements assurent des prestations de prévention. Les données concernant les prestations de soins (qualité et quantité) sont quasiment inexistantes ; il y a une information un peu plus fournie concernant les prestations de prévention, mais une description de la qualité de ces prestations n'est actuellement pas disponible : il est par conséquent difficile de porter un jugement pertinent sur l'impact de ces prestations sur la réduction de la transmission du VIH et d'autres pathologies infectieuses.

Cependant l'importance de l'offre en termes de prestations est très variable selon l'établissement ; les plus grands étant plus actifs à l'égard de la santé des toxicomanes. Les prestations offertes dans les établissements pénitentiaires sont donc souvent insuffisantes et ne sont généralement pas équivalentes à ce qui est offert à la population résidant en Suisse.

En particulier la prévention reste trop souvent limitée à la distribution de feuillets d'informations.

La prévention de la transmission du VIH par l'injection est encore insuffisante.

Les données disponibles sur le problème du VIH et de la consommation de stupéfiants et autres psychotropes montrent une image encore peu précise de la situation et mériteraient d'être complétées et précisées.

Cette étude s'appuie sur une analyse secondaire de la littérature. Un certain nombre des questions soulevées devraient être vérifiées par des études empirique de terrains auprès des personnes détenues et des professionnels travaillant dans les établissements pénitentiaires.

L'Office fédéral de la santé publique - suivant en cela les recommandations de l'OMS qui stipulent que les personnes incarcérées devraient bénéficier d'un accès à la prévention et au traitement équivalent à celui qui est disponible à l'extérieur - a établi un certain nombre d'objectifs et de directives, notamment la nécessité d'une couverture totale en moyens de prévention de la transmission du VIH (en information et en matériel, préservatifs et seringues / matériel de désinfection). Ces recommandations sont loin d'être systématiquement appliquées et restent d'actualité

Des efforts supplémentaires doivent être engagés pour amener tous les établissements pénitentiaires de Suisse à les mettre très rapidement en pratique. Une adaptation du manuel

(Promotion de la santé et milieu pénitentiaire) serait une solution simple pour aider les établissements à assurer des prestations de qualité et respectant les recommandations de l'OMS.

Pour ce faire il faudra travailler sur diverses barrières qui rendent difficile la mise en œuvre ; ce qui au vu de ces facteurs ne sera pas facile. Il s'agit en particulier de l'hétérogénéité de la taille et de l'organisation des prisons, de l'hétérogénéité des conditions d'incarcération, avec particulier les possibilités de contacts ou non avec l'extérieur, de l'hétérogénéité de la peine prononcée, des problèmes plus ou moins permanent de " surpopulation " carcérale, des problèmes de communications entre les différents services.

Enfin, afin d'assurer un suivi de l'efficacité des mesures, la recherche en milieu carcéral doit être plus largement soutenue et un monitoring devrait être mis sur pied.

8 BIBLIOGRAPHIE

1.1 BIBLIOGRAPHIE EXPLICITEMENT CITEE DANS LE RAPPORT

- 1 Comité français pour l'éducation à la santé (CFES). Promotion de la santé et milieu pénitenciaire. Paris : CFES; 1997.
- 2 Estermann J, Rônez S. Drogen und Strafrecht in der Schweiz: Zeitreihen zu Verzeigungen, Strafurteilen und Strafvollzug 1974-1994 = Drogues et droit pénal en Suisse: Séries chronologiques des dénonciations, jugements pénaux et exécutions de peines 1974-1994. Berne: OFS (Office fédéral de la statistique); 1995 (Statistique de la Suisse. Série 19, Droit et justice).
- 3 Rônez S, Fink D. Drogues et droit pénal en suisse: résultats de deux enquêtes réalisées en 1991 et en 1994. Berne: Office fédéral de la statistique; 1997 (Statistique de la Suisse. Série 19, Droit et justice).
- 4 Estermann J, Maag V, Rônez S. Drogen und Strafrecht in der Schweiz : Verzeigungen, Strafurteile und Strafvollzug im Zeitvergleich = Drogues et droit pénal en Suisse : dénonciations, jugements pénaux et exécution des peines: comparaison dans le temps. Berne: OFS (Office fédéral de la statistique); 1994 (Statistique de la Suisse. Série 19, Droit et justice).
- 5 Cesoni ML, Borno N, Sträuli B. Mise en oeuvre de la loi fédérale sur les stupéfiants, les décisions judiciaires. Vol. 2, Décisions et pratiques cantonales. Genève: Université de Genève, Faculté de droit, Département de droit pénal, Centre d'étude technique et d'évaluation législatives (CETEL); 1998.
- 6 Storz R. Strafrechtliche Verurteilung und Rückfallraten = Condamnations pénales et taux de récidive. Berne: OFS (Office fédéral de la statistique); 1997 (Statistique de la Suisse. Série 19, Droit et justice).
- 7 Harding T. L'infection HIV et le sida en milieu carcéral. Genève: Institut universitaire de médecine légale; 1988.
- 8 Koller, C. La consommation de drogues dans les prisons suisses: résultats d'une enquête par interviews réalisée en 1993. In: Nelles J, Fuhrer A, eds. Harm reduction in prison = Risikominderung im Gefängnis. Berne: P. Lang; 1997:83-114.
- 9 Koller C. La santé des détenus dans les prisons suisses en 1993. Résultats de l'enquête suisse sur la santé 1992/1993. Berne: Office fédéral de la statistique; 1998 (Statistique de la suisse. Série 14, Santé).
- 10 Rapport de la commission d'experts relatif au postulat Gadiant "Crise dans l'exécution des peines et mesures". Berne: Département fédéral de justice et police; 1995.
- 11 van Haastrecht HJ, Bax JS, van den Hoek AAR. High rates of drug use, but low rates of HIV risk behaviours among injecting drug users during incarceration in Dutch prisons. *Addiction* 1998;93(9):1417-25.
- 12 Stupéfiants Cfd, "Drogue" S-c, Méthadone Gdt. Rapport sur la méthadone: utilisation d'un succédané opiacé dans le traitement des héroïnomanes en Suisse. 3e éd. Berne: Office fédéral de la santé publique; 1995.
- 13 Rotily M. L'usage de drogues en milieu carcéral: approche épidémiologique. *Les cahiers de la sécurité intérieure* 1998;(31):195-210.
- 14 Hirsbrunner HP, Hercek V, Blumenthal J, Maurer C, Nelles J. Nachevaluation der Drogen- und HIV-Prävention in den Anstalten in Hindelbank. Bern: Universitäre Psychiatrische Dienste Bern Ost; 1997.

- 15 Stute H. Quantitative Evaluation des Konsumes von Heroin bzw. Kokain in einer Gefängnispopulation. Zürich: Institut für Sozial und Präventiv Medizin; 1999.
- 16 L'infection à VIH en milieu carcéral: épidémiologie, prévention, aspects éthiques et juridiques. In: Rotily M, ed. Premier séminaire du réseau européen sur la prévention de l'infection à VIH et des hépatites virales en milieu carcéral. Marseille; 1996.
- 17 Dolan K. Drug injectors in prison and the community in England. *Int J Drug Policy* 1993;4:179-83.
- 18 Gore SM, Bird AG. Drug in British prisons: policies need outside scrutiny if they are to do more good than harm. *Br Med J* 1998;316(7140):1256-57.
- 19 Muller R, Stark K, Guggenmoos-Holzmann I, Wirth D, Bienzle U. Imprisonment: a risk factor for HIV infection counteracting education and prevention programmes for intravenous drug users. *AIDS* 1995;9(2):183-90.
- 20 Rotily M, Galinier-Pujol A, Obadia Y, Moatti JP, Toubiana P, Vernay-Vaisse C, et al. HIV testing, HIV infection and associated risk factors among inmates in South-Eastern French prisons. *AIDS* 1994;8:1341-4.
- 21 Rotily M, Delorme C, Obadia Y, Escaffre N, Galinier-Pujol A. Survey of French prison found that injecting drug use and tattooing occurred [Letter]. *Br Med J* 1998;316:777.
- 22 Stark K, Muller R, Wirth D, Bienzle U, Pauli G, Guggenmoos-Holzmann I. Determinants of HIV infection and recent risk behaviour among injecting drug users in Berlin by site of recruitment. *Addiction* 1995;90(10):1367-75.
- 23 Stark K, Muller R, Bienzle U, Guggenmoos-Holzmann I. Frontloading: a risk factor for HIV and hepatitis C virus infection among injecting drug users in Berlin. *AIDS* 1996;10(3):311-7.
- 24 Stark K, Bienzle U, Vonk R, Guggenmoos-Holzmann I. History of syringe sharing in prison and risk of hepatitis B virus, hepatitis C virus and human immunodeficiency virus infection among injecting drug users in Berlin. *Int J Epidemiol* 1998;26(6):1359-66.
- 25 Turnbull P. Drug use and injecting risk behaviour in prison. London: The Centre for research on drugs and health behaviour; 1996.
- 26 Weilandt C, Rotily M, Gore S, Jandolo E, Jong Wd, Käll K. 1996 Report: European network on HIV/AIDS prevention in prison. Marseille: ORS (Office régional de la santé); 1996.
- 27 Gore SM, Bird AG, Burns SM, Goldberg D, Ross AJ, Macgregor J. Drug injection and HIV prevalence in inmates of Glenochil prison. *Br Med J* 1995;310(293):296.
- 28 Nelles J, Waldvogel D, Maurer C, Aebischer C, Fuhrer A, Hirsbrunner H-P. Pilotprojekt Drogen- und HIV Prävention in den Anstalten in Hindelbank: Evaluationsbericht. Bern: Psychiatrische Universitätsklinik; 1995.
- 29 Bouhnik P, Touzé S. Héroïne, sida, prison: trajectoires, système de vie et rapport aux risques des usagers d'héroïne incarcérés. Marseille: RESSCOM; 1996.
- 30 Dolan K, Hall W, Wodak A. Bleach availability and risk behaviours in prison in New South Wales. Sydney: National Drug and Alcohol Research Centre; 1994 (Technical Report, 22).
- 31 Dolan K, Wodak A, Penny R. AIDS behind bars: preventing HIV spread among incarcerated drug injectors. *AIDS* 1995;9:825-32.
- 32 Dolan K, Shearer J, Hall W, Wodak A. Bleach is easier to obtain but inmates are still at risk of infection in New South Wales prisons. Sydney: National Drug and Alcohol Research Centre; 1996 (Technical Report, 34).

- 33 Rutter S, Dolan K, Wodak A, Hall W, Maher L, Dixon D. Is syringe exchange feasible in a prison setting? An exploratory study of the issues. Sydney: National Drug and Alcohol Research Centre; 1995 (Technical Report, 25).
- 34 Wodak A. Preventing the spread of HIV among Australian injecting drug users. *Forensic Sci Int* 1993;62(1-2):83-7.
- 35 Dubois-Arber F, Jeannin A, Spencer B, Meystre-Agustoni G, Haour-Knipe M, Moreau-Gruet F, Benninghoff F, Paccaud F. Evaluation de la stratégie de prévention du sida en Suisse sur mandat de l'Office fédéral de la santé publique : sixième rapport de synthèse 1996-1998. Lausanne : IUMSP, 1999.
- 36 Gore SM, Bird AG, Hutchinson SJ. Injector-inmates and anal sex with another man in prison. *Int J Std AIDS* 1998;9(12):781.
- 37 Harding T, Manghi R, Sanchez G. Le sida en milieu carcéral: les stratégies de prévention dans les prisons suisses. Genève: Unité de recherche, Institut universitaire de médecine légale; 1990.
- 38 Harding TW. AIDS in prison. *Lancet* 1987;2(8570):1260-3.
- 39 Jeanmonod R, Harding T. Le toxicomane en milieu carcéral: la réponse médicale et ses limites. *Soz-Präventivmed* 1988;33(6):274-80.
- 40 Nelles J, Harding T. Preventing HIV transmission in prison: a tale of medical disobedience and Swiss pragmatism. *Lancet* 1995;346:1507-8.
- 41 Schaller G, Harding TW. La prévention du SIDA dans les prisons européennes.[AIDS prevention in European prisons]. [French]. *Soz Praventivmed* 1995;40(5):298-301.
- 42 Nelles J, Fuhrer A, Hirsbrunner HP, Harding TW. Provision of syringes: the cutting edge of harm reduction in prison? *Br Med J* 1998;317(7153):270-3.
- 43 Nelles J, Fuhrer A, Hirsbrunner HP. Kurzevaluation des Pilotprojekt "Drogen- und Aidsprävention in den Basler Gefängnissen". Bern: Universitäre Psychiatrische Dienste Bern Ost; 1997.
- 44 Karger T, Rhiner M. Behandlung von Suchtmittelabhängigkeit und Massnahmen zur Infektionsprophylaxe im Strafvollzug der Schweiz. Zürich: Institut für Suchtforschung; 1998.
- 45 Nelles J, Vincenz I, Fuhrer A, Hirsbrunner HP. Evaluation der HIV- und Hepatitis-Prophylaxe in der Kantonalen Anstalt Realta: Schlussbericht. Bern: Universitäre Psychiatrische Dienste Bern; 1999.
- 46 Hausser D, Renschler I. Trajectoires d'utilisation de services socio-médicaux en milieu urbain.Rapport basé sur l'analyse des demandes de traitement de personnes toxicomanes à Genève dans le cadre de l'Etude Multi-villes, Groupe Pompidou (Conseil de l'Europe), pour la période allant de 1991-1997. Lausanne: Institut de recherche sur l'environnement construit, Ecole polytechnique fédérale de Lausanne; 1998.
- 47 Gore S, Bird AG, Brettle RP, Seaman S, Hutchinson SJ, Goldberg DJ, et al. (Personal communication). Health problems of intravenous drug users in prisons = Santé des usagers de drogues par voie intraveineuse: étude comparative dans 4 villes portuaires d'Europe, 1998. Marseille; 1998.
- 48 Seaman S, Brettle R, Gore S. Mortality from overdose among injecting drug users recently released from prison: database linkage study. *Br Med J* 1998;316(7129):426-8.
- 49 Zeegers Paget D, Schlegel F, Koch D. Needle distribution in the Swiss prison setting: a breakthrough ? In: Conference Record : bridging the gap. Proceedings of the 12th World AIDS Conference; 1998 Jun 28-Jul 3; Geneva, Switzerland. Geneva: Marathon Multimedia and Cicero; 1998: 924 (Abstract n° 43403).

- 50 Merz U. Aids-Fortbildung für das Betreuungspersonal von Untersuchungsgefängnissen, Vollzugsanstalten und Institutionen des Jugend-Massnahmenvollzugs: Schlussbericht. Berne : Office fédéral de la santé publique; 1997.
- 51 Guibourgé F, Palicot AM, Brixi O, Choukroun O. Promotion de la santé et milieu pénitentiaire. Vanves: CFES; 1997 (La santé en action).
- 52 Seiler AJ, König S, Bachmann M, Tüller N. Methadonbehandlung in Vollzugsanstalten des Kantons Bern. In: Tüller N, Qammou Lewis M, eds. Methadon-Behandlungen: Forschung und Praxis im Kanton Bern. Muri: SGGP (Schweizerische Gesellschaft für Gesundheitspolitik); 1998 :131-49 (Schriftenreihe der SGGP, No. 58).
- 53 Bolli K. Drug policies in Swiss prisons: presentation prepared in view of the Expert Meeting in Budapest (Hungary, 7-8 September 1995) concerning "Establishing policies and priorities in drug control in the context of criminal justice". Regensdorf: Head of Medical Services, Penitentiary Pöschwies; 1995.

1.2 LITTERATURE CONSULTEE POUR LA REDACTION DE CE RAPPORT

AIDS-Problematik in Gefängnissen und ähnlichen Institutionen. Richtlinien: der Konferenz der Kantonalen Justiz- und Polizei-direktoren, der Eidgenössischen Fachkommission für AIDS-Fragen, des Bundesamtes für Gesundheitswesen, Bern. Bern: OFSP (Office fédéral de la santé publique); 1986.

Andrus JK, Fleming DW, Knox C, McAlister RO, Skeels MR, Conrad RE, et al. HIV testing in prisoners: is mandatory testing mandatory? *Am J Public Health* 1989;79(7):840-2.

Anonymous. Control and prevention of tuberculosis in the united kingdom: code of practice 1994. joint tuberculosis committee of the british thoracic society [See Comments]. *Thorax* 1994;49(12):1193-200.

Anonymous. Deuxième rapport concernant le sida en milieu carcéral (contrat No FE 316-88-201). Genève: Institut universitaire de médecine légale; 1989.

Anonymous. Directives de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) sur l'infection à VIH et le sida dans les prisons. *Bulletin de l'Office fédéral de la santé publique (OFSP)* 1993;49:880-2.

Anonymous. Le sida dans les prisons et autres établissements similaires. Berne: OFSP (Office fédéral de la santé publique); 1986.

Anonymous. Notification of syringe-sharing and sex partners of HIV-infected persons-Pennsylvania, 1993-1994. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 1995;44(11):202-4.

Anonymous. Rapport sur la méthadone: utilisation d'un succédané opiacé dans le traitement des héroïnomanes en Suisse. 3e éd. Berne: OFSP (Office fédéral de la santé publique); 1995.

Archer E, Kubiak L, Le Goanvic B, Merlot JM, Moustache B, Veteau P, et al. [Prevention of HIV infections in prisons]. *Soins Psychiatr* 1990;(116-117):65-8.

Bath GE, Davies AG, Dominy NJ, Peters A, Raab G, Richardson AM. Imprisonment and HIV prevalence. *Lancet* 1993;342:1368.

Bauhofer S, Bolle P-H, Dittmann V. Drogenpolitik: Beharrung oder Wende = Politique de la drogue: continuation ou alternance: [Groupe suisse de travail de criminologie, 26e congrès, Interlaken, du 12 au 14 mars 1997]. Chur - Zürich: Rüegger Verlag; 1997.

Behrendt C, Kendig N, Dambita C, Horman J, Lawlor J, Vlahov D. Voluntary testing for human immunodeficiency virus (VIH) in a prison population with a high prevalence of HIV. *Am J Epidemiol* 1994;139:918-26.

Ben Diane K, Feroni I, et al. Risques sanitaires liés à la consommation d'héroïne et de cocaïne, à l'injection et aux conditions de vie des usagers de drogues par voie intraveineuse. *Revue de la littérature 1994-1997*. Marseille: ORS PACA; 1997.

Bertrand D. Sida, droit pénal et médecine pénitentiaire. Genève: Université de Genève, Faculté de droit, Institut universitaire de médecine légale de Genève; 1988.

Bird AG, Gore SM. Inside methodology: HIV surveillance in prisons. *AIDS* 1994;8:1345-6.

Bolli K. Drug policies in Swiss prisons: presentation prepared in view of the Expert Meeting in Budapest (Hungary, 7-8 September 1995) concerning "Establishing policies and priorities in drug control in the context of criminal justice". Regensdorf: Head of Medical Services, Penitentiary Pöschwies; 1995.

Bollini P. HIV prevention in prisons: a policy study in four european countries. Geneva: Institute of Forensic Medicine; 1997.

Bond L, Semaan S. At risk for HIV infection - incarcerated women in a county jail in Philadelphia. *Women & Health* 1996;24(4):27-45.

Bouhnik P, Touzé S. Héroïne, sida, prison: trajectoires, système de vie et rapport aux risques des usagers d'héroïne incarcérés. Marseille: RESSCOM; 1996.

Brettle RP. Clinical features of drug use and drug use related HIV. *Int J STD AIDS* 1996;7(3):151-65.

Brewer TF, Derrickson J. AIDS in prison: a review of epidemiology and preventive policy. *AIDS* 1994;6(7):623-8.

Canterbury RJ, McGarvey EL, Sheldon-Keller AE, Waite D, Reams P, Koopman C. Prevalence of HIV-related risk behaviors and stds among incarcerated adolescents. *J Adolesc Health* 1995;17(3):173-7.

Carrasco Rodriguez P, Sanchez-Cruz JJ. [Comparison of knowledge and risk behavior regarding aids among HIV+ and HIV- inmates at the provincial prison of Granada]. *Gac Sanit* 1996;10(54):104-9.

Casale S. Suicide and custody. *AIDS Care* 1995;7(Suppl 2):S139-S143.

Cathieni F, Hofner MC, Mannella C, Wohnhas J. Recommendations de formation VIH/sida pour 14 professions: dentistes, sages-femmes... = Raccomandazioni di formazione HIV/AIDS per 14 professioni: dentisti/e, levatrici, medici... = Ausbildungsempfehlungen zum Thema HIV und AIDS für 14 verschiedene Berufe: Zahnmedizin, Geburtshilfe, Medizin... Berne: OFSP (Office fédéral de la santé publique); 1998.

Cayla JA, Marco A, Bedoya A, Guerrero R, Garcia J, Martin V, et al. Differential characteristics of AIDS patients with a history of imprisonment. *Int J Epidemiol* 1995;24(6):1188-96.

Cesoni ML, Borno N, Sträuli B. Mise en oeuvre de la loi fédérale sur les stupéfiants, les décisions judiciaires. Vol. 2, Décisions et pratiques cantonales. Genève: Université de Genève, Faculté de droit, Département de droit pénal, Centre d'étude technique et d'évaluation législatives (CETEL); 1998.

Chiewsilp P, Isarangkura P, Tanprasert S, Nuchprayoon C, Chaimongkol B, Suvatte V, et al. Risk of transfusion associated AIDS by seronegative blood in Thailand: a multicenter report. *Southeast Asian J Trop Med Public Health* 1993;24(Suppl 1):139-40.

Conseil de l'Europe. Rapport sur une politique coordonnée de la santé pour prévenir la propagation du SIDA dans les prisons, 10 mai 1988. Strasbourg: Conseil de l'Europe; 1988.

Crofts N, Stewart T, Hearne P, Ping XY, Breshkin AM, Locarnini SA. Spread of bloodborne viruses among australian prison entrants. *Br Med J* 1995;310(6975):285-8.

Curtis SP, Edwards A. HIV in UK prisons: a review of seroprevalence, transmission and patterns of risk. *Int J STD AIDS* 1994;6(6):387-91.

Des Jarlais DC, Friedman SR. Critical issues regarding AIDS among injecting drug users. *Bull Narc* 1993;45(1):61-75.

Desenclos JC, Papaevangelou G, Ancelle-Park R. Knowledge of HIV serostatus and preventive behaviour among European injecting drug users. *AIDS* 1993;7:1371-7.

Dianin G. HIV testing in prison: what's the controversy ? *Lancet* 1994;344:1650-1.

DiClemente RJ, Lanier MM, Horan PF, Lodico M. Comparison of AIDS knowledge, attitudes, and behaviors among incarcerated adolescents and a public school sample in San Francisco. *Am J Public Health* 1994;81(5):628-30.

Dolan K. Drug injectors in prison and the community in England. *Int J Drug Policy* 1993;4:179-83.

Dolan K, Hall W, Wodak A. Bleach availability and risk behaviours in prison in New South Wales. Sydney: National Drug and Alcohol Research Centre; 1994 (Technical Report, 22).

Dolan K, Shearer J, Hall W, Wodak A. Bleach is easier to obtain but inmates are still at risk of infection in New South Wales prisons. Sydney: National Drug and Alcohol Research Centre; 1996 (Technical Report, 34).

Dolan K, Wodak A, Penny R. AIDS behind bars: preventing HIV spread among incarcerated drug injectors. *AIDS* 1995;9:825-32.

Dondero TJ, Jr., Pappaioanou M, Curran JW. Monitoring the levels and trends of HIV infection: the public health service's HIV surveillance program. *Public Health Rep* 1988;103(3):213-20.

Dufour A, Alary M, Poulin C, Allard F, Noël L, Trottier G, et al. Prevalence and risk behaviours for HIV infection among inmates of a provincial prison in Quebec City. *AIDS* 1996;10:1009-15.

Dye S, Isaacs C. Intravenous drug misuse among prison inmates: implications for spread of HIV. *Br Med J* 1991;302:1506.

Elbassel N, Ivanoff A, Schilling RF, Borne D, Gilbert L. Skills building and social support enhancement to reduce HIV risk among women in jail. *Criminal Justice & Behavior* 1997;24(2):205-23.

Estebanez Estebanez P, Colomo Gomez C, Zunzunegui Pastor MV, Rua Figueroa M, Perez M, Ortiz C, et al. [Jails and AIDS. Risk factors for HIV infection in the prisons of Madrid]. *Gac Sanit* 1990;4(18):100-5.

Estermann J. Auswirkungen der Drogenrepression: Illegalen Drogen: Konsum, Handel, Markt und Prohibition. Luzern: Orlux; 1997 (Studien zur qualitativen Drogenforschung und akzeptierenden Drogenarbeit, 15).

Estermann J, Maag V, Rônez S. Drogen und Strafrecht in der Schweiz : Verzeigungen, Strafurteile und Strafvollzug im Zeitvergleich = Drogues et droit pénal en Suisse : dénonciations, jugements pénaux et exécution des peines: comparaison dans le temps. Bern: OFS (Office fédéral de la statistique); 1994 (Statistique de la Suisse. Série 19, Droit et justice).

Estermann J, Rônez S. Drogen und Strafrecht in der Schweiz: Zeitreihen zu Verzeigungen, Strafurteilen und Strafvollzug 1974-1994 = Drogues et droit pénal en Suisse: Séries chronologiques des dénonciations, jugements pénaux et exécutions de peines 1974-1994. Bern: OFS (Office fédéral de la statistique); 1995 (Statistique de la Suisse. Série 19, Droit et justice).

Estermann J, Spühler T. Drogues et droit pénal. Berne: OFS (Office fédéral de la statistique); 1994.

Farley TA. AIDS and multidrug-resistant tuberculosis: an epidemic transforms an old disease. *J La State Med Soc* 1992;144(8):357-61.

Florence summaries. *AIDS Care* 1991:471.

From the centers for disease control and prevention. HIV/AIDS education and prevention programs for adults in prisons and jails and juveniles in confinement facilities-United States, 1994. *JAMA* 1996;275(17):1306-8.

Gaiter J, Doll LS. Improving HIV/AIDS prevention in prisons is good public health policy [Editorial; Comment]. *Am J Public Health* 1996;86(9):1201-3.

Gaughwin MD, Ali R. HIV infection among injecting drug users in the South Australian methadone program. *Med J Aust* 1995;162(5):242-4.

Gaughwin MD, Douglas RM, Davies L, Mylvaganam A, Liew C, Ali R. Preventing human immunodeficiency virus (HIV) infection among prisoners: prisoners' and prison officers' knowledge of HIV and their attitudes to options for prevention. *Community Health Stud* 1990;14(1):61-4.

Gill ON, Noone A, Heptonstall J. Imprisonment, injecting drug use, and bloodborne viruses. A threat of transmission but an opportunity for transmission. *Br Med J* 1995;310:275-6.

Gore SM, Bird AG. Cost implications of random mandatory drugs tests in prisons. *Lancet* 1996;348(9035):1124-7.

Gore SM, Bird AG. Drug in British prisons: policies need outside scrutiny if they are to do more good than harm. *Br Med J* 1998;316(7140):1256-7.

Gore S, Bird AG, Brettle RP, Seaman S, Hutchinson SJ, Goldberg DJ, et al. (Personnal communication). Health problems of intravenous drug users in prisons = Santé des usagers de drogues par voie intraveineuse: étude comparative dans 4 villes portuaires d'Europe, 1998. Marseille; 1998.

Gore SM, Bird AG, Burns SM, Golberg D, Ross AJ, Macgregor J. Drug injection and HIV prevalence in inmates of Glenochil prison. *Br Med J* 1995;310(293):296.

Gore SM, Bird AG, Hutchinson SJ. Injector-inmates and anal sex with another man in prison. *Int J STD AIDS* 1998;9(12):781.

Gostin L. Screening for AIDS: efficacy, cost, and consequences. *AIDS & Public Policy Journal* 1987.

Gross M, DeJong W, Lamb D, Enos T, Mason T, Weitzman E. "Drugs and AIDS-reaching for help": a videotape on AIDS and drug abuse prevention for criminal justice populations. *J Drug Educ* 1994;24(1):1-20.

Guibourgé F, Palicot AM, Brixi O, Choukroun O. Promotion de la santé et milieu pénitentiaire. Vanves: CFES; 1997 (La santé en action).

Hankins CA, Gendron S, Handley MS, Richard C, Lai Tung MC, O'Shaughnessy M. HIV Infection among women in prison: an assessment of risk factors using a nonnominal methodology. *Am J Public Health* 1994;84(10):1637-40.

Harding T. L'infection HIV et le sida en milieu carcéral. Genève: Institut universitaire de médecine légale; 1988.

Harding T, Manghi R, Sanchez G. Le sida en milieu carcéral: les stratégies de prévention dans les prisons suisses. Genève: Institut universitaire de médecine légale; 1990.

Harding TW. AIDS in prison. *Lancet* 1987;2(8570):1260-3.

Hausser D, Renschler I. Trajectoires d'utilisation de services socio-médicaux en milieu urbain. Rapport basé sur l'analyse des demandes de traitement de personnes toxicomanes à Genève dans le cadre de l'Etude Multi-villes, Groupe Pompidou (Conseil de l'Europe), pour la période allant de 1991-1997. Lausanne: Institut de recherche sur l'environnement construit, Ecole polytechnique fédérale de Lausanne; 1998.

Herren B. Enquête suisse sur la santé 1992/93: la santé des personnes séjournant dans un hôpital, un établissement de santé non hospitalier ou un établissement d'exécution des peines. Berne: OFS (Office fédéral de la statistique); 1995.

Hirsbrunner HP, Hercek V, Blumenthal J, Maurer C, Nelles J. Nachevaluation der Drogen- und HIV-Prävention in den Anstalten in Hindelbank. Bern: Universitäre Psychiatrische Dienste Bern Ost; 1997.

HIV prevention in the U.S. correctional system, 1991 [published erratum appears in *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 1992 Jun 12;41(23): 415]. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 1992;41(22):389-92.

HIV/AIDS education and prevention programs for adults in prisons and jails and juveniles in confinement facilities-United States, 1994. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 1996;45(13):268-71.

Inciardi JA. HIV risk reduction and service delivery strategies in criminal justice settings. *J Subst Abuse Treat* 1996;13(5):421-8.

L'infection à VIH en milieu carcéral: épidémiologie, prévention, aspects éthiques et juridiques: premier séminaire du Réseau Européen sur la prévention de l'infection à VIH et des hépatites virales en milieu carcéral. [S.l.]: Communauté européenne programme l'Europe contre le sida; 1996.

Informations sur l'exécution des peines et mesures, 1995/1. Berne: Office fédéral de la justice; 1995.

Informations sur l'exécution des peines et mesures "Règles pénitentiaires européenne", annexe au fascicule 1/95. Berne: Office fédéral de la justice; 1995.

Ippolito G. [AIDS patients in italian prisons: a burning issue with no easy solution (Editorial)]. *Recenti Prog Med* 1993;84(1):57-63.

Jeanmonod R, Harding T. Le toxicomane en milieu carcéral: la réponse médicale et ses limites. *Soz-Präventivmed* 1988;33(6):274-80.

Jones WJ, Johnson JA. Current AIDS education and prevention efforts for youth in the U.S.: a national survey of nonprofit community based providers. *New England Journal of Human Services* 1993;18.

Juveniles in adult jails and lockups: it's your move. 1994.

Kang SY, Magura S, Shapiro JL. Correlates of cocaine/crack use among inner-city incarcerated adolescents. *Am J Drug Alcohol Abuse* 1994;20(4):413-29.

Karger T, Rhiner M. Behandlung von Suchtmittelabhängigkeit und Massnahmen zur Infektionsprophylaxe im Strafvollzug der Schweiz. Zürich: Institut für Suchtforschung; 1998.

Kendig N, Stough T, Austin P, Kummer L, Swetz A, Vlahov D. Profile of HIV seropositive inmates diagnosed in maryland's state correctional system. *Public Health Rep* 1994;109(6):756-60.

Kennedy DH, Nair G, Elliott L, Ditton J. Drug misuses and sharing of needles in Scottish prisons. *Br Med J* 1995;302:1507-8.

Koller, C. Health and drug use in Swiss prisons. In: *Healthy prisons (a vision for the future)*. Liverpool: University of Liverpool; 1996:127-138.

Koller, C. La consommation de drogues dans les prisons suisses: résultats d'une enquête par interviews réalisée en 1993. In: Nelles J, Fuhrer A, eds. *Harm reduction in prison = Risikominderung im Gefängnis*. Berne: P. Lang; 1997:83-114.

Lewis R. An overview of injecting drug use and HIV infection in Edinburgh, Scotland - maximizing benefit and minimizing harm. *J Drug Issues* 1997;27(1):43-56.

Long GE, Rickman LS. Infectious complications of tattoos. *Clin Infect Dis* 1994;18(4):610-9.

Losito G, Zantedeschi E. [The prevention of AIDS in prisons: a cognitive study of the attitudes and beliefs of 30 seropositive ex-detainees]. *Ann Ig* 1993;5(1):35-43.

Lux KM, Petosa R. Using the health belief model to predict safer sex intentions of incarcerated youth. *Health Educ Q* 1994;21(4):487-97.

- Magura S, Kang SY, Shapiro J, O'Day J. HIV risk among women injecting drug users who are in jail. *Addiction* 1993;88(10):1351-60.
- Magura S, Rosenblum A, Joseph H. AIDS risk among intravenous drug-using offenders. Special issue: AIDS and criminal justice. *Crime & Delinquency* 1994;37(1):86-100.
- Magura S, Shapiro JL, Kang SY. Condom use among criminally-involved adolescents. *AIDS Care* 1994;6(5):595-603.
- Mahon N. New York inmates' HIV risk behaviors: the implications for prevention policy and programs [See Comments]. *Am J Public Health* 1996;86(9):1211-5.
- Marco A, Guerrero RA, Rodriguez AM, Escribano M, Humet V, Mercade E, et al. [Characteristics of AIDS cases detected at a prison in Barcelona (1991-1993)]. [Spanish]. *Atencion Primaria* 1995;15(8):487-90.
- Margolis S. The AIDS epidemic: reality versus myth. *Judicature* July 1988.
- Marmor M, Des Jarlais DC, Friedman SR, Lyden M, el-Sadr W. The epidemic of acquired immunodeficiency syndrome (AIDS) and suggestions for its control in drug abusers. *J Subst Abuse Treat* 1984;1(4):237-47.
- Marotta G, Perucci CA. [Epidemiology and legislation: HIV infections, AIDS and prisons]. *Epidemiol Prev* 1991;13(46):22-7.
- Martin RE. Focus on basics. *Focus on Basics* 1994;2(3).
- Martin V, Gonzalez P, Cayla JA, Mirabent J, Canellas J, Pina JM, et al. Case-finding of pulmonary tuberculosis on admission to a penitentiary centre. *Tubercle & Lung Disease* 1994;75(1):49-53.
- Martin Sanchez V, Alvarez-Guisasola F, Cayla JA, Alvarez JL. Predictive factors of mycobacterium tuberculosis infection and pulmonary tuberculosis in prisoners. *Int J Epidemiol* 1995;24(3):630-6.
- McCusker J, Koblin B, Lewis BF, Sullivan J. Demographic characteristics, risk behaviors, and HIV seroprevalence among intravenous drug users by site of contact: results from a community-wide hiv surveillance project. *Am J Public Health* 1990;80(9):1062-7.
- McKee KJ, Markova I, Power KG. Concern, perceived risk and attitudes towards HIV/AIDS in Scottish prisons. *AIDS Care* 1995;7(2):159-70.
- Meystre-Agostoni G, Van Melle G, Chave JP, Martin J, Billo N, Glauser MP, et al. [HIV epidemic: a study among physicians in Vaud]. *Schweiz Med Wochenschr* 1990;120(38):1390-3.
- Muller R, Stark K, Guggenmoos-Holzmann I, Wirth D, Bienzle U. Imprisonment: a risk factor for HIV infection counteracting education and prevention programmes for intravenous drug users. *AIDS* 1995;9(2):183-90.
- Myers T, Millson M, Rigby J, Ennis M, Rankin J, Mindell W, et al. A comparison of the determinants of safe injecting and condom use among injecting drug users. *Addiction* 1995;90(2):217-26.
- Nardell EA. Tuberculosis in homeless, residential care facilities, prisons, nursing homes, and other close communities. *Semin Respir Infect* 1989;4(3):206-15.

- Nelles J, Fuhrer A, eds. Harm Reduction in Prison: strategies against drugs, AIDS and risk behaviour = Risikominderung im Gefängnis: Strategien gegen Drogen, AIDS und Risikoverhalten. Berne: P. Lang; 1997.
- Nelles J, Fuhrer A, Hirsbrunner HP. Kurzevaluation des Pilotprojekt "Drogen- und Aidsprävention in den Basler Gefängnissen". Bern: Universitäre Psychiatrische Dienste Bern Ost; 1997.
- Nelles J, Fuhrer A, Hirsbrunner HP, Harding TW. Provision of syringes: the cutting edge of harm reduction in prison? *Br Med J* 1998;317(7153):270-3.
- Nelles J, Harding T. Preventing HIV transmission in prison: a tale of medical disobedience and Swiss pragmatism. *Lancet* 1995;346:1507-8.
- Nelles J, Waldvogel D, Maurer C, Aebischer C, Fuhrer A, Hirsbrunner H-P. Pilotprojekt Drogen- und HIV Prävention in den Anstalten in Hindelbank: Evaluationsbericht. Bern: Psychiatrische Universitätsklinik; 1995.
- Office fédéral de la statistique, ed. Die Gesundheit der Insassen in Schweizer Gefängnissen 1993: Resultate der Schweizerischen Gesundheitsbefragung 1992/1993 = La santé des détenus dans les prisons suisses en 1993: résultats de l'enquête suisse sur la santé 1992/1993. Bern: OFS (Office fédéral de la statistique); 1998 (Statistique de la Suisse. 14, Santé).
- Olivero JM. The treatment of AIDS behind the walls of correctional facilities. *Social Justice* 1990:125.
- Onorato IM, Gwinn M, Dondero TJ, Jr. Applications of data from the CDC Family of Surveys. *Public Health Rep* 1994;109(2):204-11.
- Pagliari LA, Pagliaro AM. Sentenced to death? HIV infection and AIDS in prison: current and future concerns. *Canadian Journal of Criminology* 1994;34(2):201-14.
- Paulsrud O, Horndalsveen PO. [Prevention of AIDS in prisons]. *Tidsskr Nor Laegeforen* 1987;107(23):1904-5.
- Payne-James JJ, Dean PJ, Keys DW. Drug misusers in police custody: a prospective survey. *Journal of the Royal Society of Medicine* 1994;87:13-4.
- Perucci CA, Michelozzi P, Arca M. [Mandatory test for HIV infections in prison population: evaluation of the efficacy of a screening program]. *Epidemiol Prev* 1991;13(46):28-36.
- Polonsky S, Kerr S, Harris B, Gaiter J, Fichtner RR, Kennedy MG. HIV prevention in prisons and jails: obstacles and opportunities. *Public Health Rep* 1994;109(5):615-25.
- Pont J, Strutz H, Kahl W, Salzner G. HIV epidemiology and risk behavior promoting transmission in Australian prisons. *Eur J Epidemiol* 1994;10:285-9.
- Power KG, Markova I, Rowlands A, McKee KJ, Anslow PJ, Kilfedder C. Intravenous drug use and HIV transmission amongst inmates in Scottish prisons. *Br J Addict* 1994;87(1):35-45.
- Power KG, Markova I, Rowlands A, McKee KJ, Anslow PJ, Kilfedder C. Sexual behaviour in Scottish prisons. *Br Med J* 1991;302:1507-8.

Power KG, Markova I, Rowlands A, McKee KJ, Kilfelder C. Inmates self-perceived risk of HIV infection inside and outside Scottish prisons. *Health Educ Res* 1994;9:47-55.

Rapport de la commission d'experts relatif au postulat Gadiant "Crise dans l'exécution des peines et mesures". Berne: Département fédéral de justice et police; 1995.

Reuband KH. Drogenkonsum und Drogenpolitik: Deutschland und die Niederlande im Vergleich. Opladen: Leske+Budrich; 1992.

Riley A. Transmission of HIV prison. Prevention depends on enlightened approach [Letter; Comment]. *Br Med J* 1993;307(6904):622.

Rônez S, Fink D. Drogen und Strafrecht in der Schweiz: Ergebnisse zweier Sonderhebungen, 1991 und 1994 = Drogues et droit pénal en suisse: résultats de deux enquêtes réalisées en 1991 et en 1994. Bern: OFS (Office fédéral de la statistique); 1997 (Statistique de la Suisse. Série 19, Droit et justice).

Ross M, Grossman AB, Murdoch S, Bunday S, Golding J, Purchase S, et al. Prison: shield from threat, or threat to survival? *Br Med J* 1994;308:1092-5.

Rotily M. L'usage de drogues en milieu carcéral: approche épidémiologique. *Les cahiers de la sécurité intérieure* 1998;(31):195-210.

Rotily M, Delorme C, Obadia Y, Escaffre N, Galinier-Pujol A. Survey of French prison found that injecting drug use and tattooing occurred [Letter]. *Br Med J* 1998;316:777.

Rotily M, Galinier-Pujol A, Obadia Y, Moatti JP, Toubiana P, Vernay-Vaisse C, et al. HIV testing, HIV infection and associated risk factors among inmates in South-Eastern French prisons. *AIDS* 1994;8:1341-4.

Rowe MJ, Ryan CC. Comparing state-only expenditures for AIDS. *Am J Public Health* 1988;78(4):424-9.

Rutter S, Dolan K, Wodak A, Hall W, Maher L, Dixon D. Is syringe exchange feasible in a prison setting? An exploratory study of the issues. Sydney: National Drug and Alcohol Research Centre; 1995 (Technical Report, 25).

Schafer I. [AIDS help-evaluation of a public health movement]. *Offentl Gesundheitswes* 1989;51(8-9):567-70.

Schaller G, Harding TW. La prévention du sida dans les prisons européennes. [AIDS prevention in European prisons]. [French]. *Soz- Präventivmed* 1995;40(5):298-301.

Schoop W. Beschreibung einer Gefängnispopulation: vor- und fortbestehendes Sucht- und Sexualverhalten, Risikobewusstsein und Risikoverhalten bezüglich AIDS. Basel: Fakultät Basel; 1990.

Seaman S, Brett R, Gore SM. Mortality from overdose among injecting drug users recently released from prison: database linkage study. *Br Med J* 1998;316(7129):426-8.

Seiler AJ, König S, Bachmann M, Tüller N. Methadonbehandlungen in Vollzugsanstalten des Kantons Bern. In: Tüller N, Qammou-Lewis M, eds. Methadonbehandlungen : Forschung und Praxis im Kanton Bern. Muri: SGGP (Schweizerische Gesellschaft für Gesundheitspolitik); 1998:131-49 (Schriftenreihe der SGGP, No. 58).

- Sherr L, ed. *Aids and the heterosexual population*. Langhorne, PA: Harwood Academic publishers, Gordon and Breach Science Publishers; 1994.
- Simooya O, Phiri A, Sanjobo N, Sichilima W. Sexual behaviour and issues of HIV/AIDS prevention in an African prison. *AIDS* 1994;9(12):1388-9.
- Skogstad M. [Experiences from two HIV prevention projects among drug abusers in oslo. Is methadone maintenance treatment useful?]. *Tidsskr Nor Laegeforen* 1990;110(15):1978-80.
- Skolnick A. Government issues guidelines to stem rising tuberculosis rates in prisons [News]. *JAMA* 1989;262(23):3249.
- Smith BV, Dailard C. Female prisoners and AIDS: on the margins of public health and social justice. *AIDS & Public Policy Journal* 1994;85.
- Smith PF, Mikl J, Truman BI, Lessner L, Lehman JS, Stevens RW, et al. HIV infection among women entering the New York State correctional system. *Am J Public Health* 1991;81(Suppl):35-40.
- St Lawrence J, Eldridge GD, Shelby MC, Little CE, Brasfield TL, O'Bannon RE. HIV risk reduction for incarcerated women: a comparison of brief interventions based on two theoretical models. *J Consult Clin Psychol* 1997;65(3):504-9.
- Stark K, Bienzle U, Vonk R, Guggenmoos-Holzmann I. History of syringe sharing in prison and risk of hepatitis B virus, hepatitis C virus and human immunodeficiency virus infection among injecting drug users in Berlin. *Int J Epidemiol* 1998;26(6):1359-66.
- Stark K, Muller R, Bienzle U, Guggenmoos-Holzmann I. Frontloading: a risk factor for HIV and Hepatitis C virus infection among injecting drug users in Berlin. *AIDS* 1996;10(3):311-7.
- Stark K, Muller R, Bienzle U, Guggenmoos-Holzmann I. Methadone maintenance treatment and HIV risk-taking behaviour among injecting drug users in Berlin. *J Epidemiol Community Health* 1996;50(5):534-7.
- Stark K, Muller R, Wirth D, Bienzle U, Pauli G, Guggenmoos-Holzmann I. Determinants of HIV infection and recent risk behaviour among injecting drug users in Berlin by site of recruitment. *Addiction* 1995;90(10):1367-75.
- Stermann S. *Drogen und Strafrecht in der Schweiz*. Bern: OFS (Office fédéral de la statistique); 1995.
- Stevens SJ. HIV prevention programs in a jail setting: educational strategies. *Prison Journal* 1993;4.
- Storz R. *Strafrechtliche Verurteilung und Rückfallraten = Condamnations pénales et taux de récidive*. Bern: OFS (Office fédéral de la statistique); 1997 (Statistique de la Suisse. Série 19, Droit et justice).
- Stute H. *Quantitative Evaluation des Konsumes von Heroin bzw. Kokain in einer Gefängnispopulation*. Zürich: Institut für Sozial und Präventiv Medizin; 1999.
- Sueur C. Sida, prison: revue de la littérature, état des lieux, perspectives. (AIDS and prison: a critical review of the literature, an inventory of the present conditions, and perspectives) *Colloquium: psychiatric practice in the prison environment* (1991, Paris, France). [French]. *Evolution Psychiatrique* 1994;58(1):113-42.

- Sweeney P, Lindegren ML, Buehler JW, Onorato IM, Janssen RS. Teenagers at risk of human immunodeficiency virus type 1 infection. results from seroprevalence surveys in the United States. *Arch Pediatr Adolesc Med* 1995;149(5):521-8.
- Turnbull P. Drug use and injecting risk behaviour in prison. London: The Centre for research on drugs and health behaviour; 1996.
- Turnbull P. Prisons. Vancouver conference review. *AIDS Care* 1997;9(1):92-5.
- Turnbull P, Stimson GV. Drug use in prison. *Br Med J* 1994;308:1716.
- Turnbull PJ, Stimson GV, Dolan KA. Prevalence of HIV infection among ex-prisoners in England. *Br Med J* 1992;304:90-1.
- Valdiserri EV, Hartl AJ, Chambliss CA. Practices reported by incarcerated drug abusers to reduce risk of AIDS. *Hosp Community Psychiatry* 1988;39(9):966-72.
- Valdiserri RO, Gerber AR, Dillon BA, Campbell CH, Jr. Clients without health insurance at publicly funded HIV counseling and testing sites: implications for early intervention. *Public Health Rep* 1995;110(1):47-52.
- van Haastrecht HJ, Bax JS, van den Hoek AAR. High rates of drug use, but low rates of HIV risk behaviours among injecting drug users during incarceration in Dutch prisons. *Addiction* 1998;93(9):1417-25.
- Viadro CI, Earp JA. AIDS education and incarcerated women: a neglected opportunity. *Women Health* 1991;17(2):105-17.
- Vlahov D, Polk BF. Intravenous drug use and human immunodeficiency virus (HIV) infection in prison. *AIDS & Public Policy Journal* 1988;46.
- Ward K. AIDS/HIV in prison: the importance of prevention. *Nurs Stand* 1996;11(4):51-2.
- Weilandt C, Rotily M, Gore S, Jandolo E, Jong Wd, Käll K. 1996 Report: European network on HIV/AIDS prevention in prison. Marseille: ORS (Office régional de la santé); 1996.
- Weisfuse IB, Greenberg BL, Back SD, Makki HA, Thomas P, Rooney WC, et al. HIV-1 infection among new york city inmates. *AIDS* 1991;5(9):1133-8.
- Wexler HK, et al. Evaluation of an AIDS prevention program for "at risk" parolees. Proceedings of the 99th Annual Convention of the American Psychological Association; 1991 August 16-20; San Francisco, United States.
- Wexler HK, Magura S, Beardsley MM, Joseph H. Arrive: an AIDS education/relapse prevention model for high-risk parolees. *Int J Addict* 1994;29(3):361-86.
- Who consultation on prevention and control of AIDS in prisons. *Lancet* 1987;2(8570):1263-4.
- Witte JJ, Bigler WJ. Florida's tuberculosis epidemic. Public health response. *J Fla Med Assoc* 1994;81(3):178-82.

Wodak A. Preventing the spread of HIV among Australian injecting drug users. *Forensic Sci Int* 1993;62(1-2):83-7.

Wodak A, Dolan K. Managing HIV. Part 8: controlling an epidemic. 8.5 HIV prevention in the community: injecting drug users. *Med J Aust* 1996;165(5):266-7.

Wolf L. A tuberculosis control plan for ambulatory care centers [See Comments]. [Review] [21 refs]. *Nurse Practitioner* 1995;20(6):34-6.

World Health Organization, ed. Déclaration de la consultation sur la lutte contre le sida dans les prisons, Genève, 16-18 novembre 1987. Genève: World Health Organization; 1987.

World Health Organization, ed. Statement from the consultation on prevention and control of AIDS in prisons, Geneva, 16-18 November 1987. Geneva: World Health Organization; 1987.

Yakowitz S, Blount M, Gani J. Computing marginal expectations for large compartmentalized models with application to aids evolution in a prison system. *IMA Journal of Mathematics Applied in Medicine & Biology* 1996;13(4):223-44.

Yirell D, Robertson P, Golberg D, McMenamin J, Cameron S, Leigh Brown A. Molecular investigation into outbreak of HIV in a Scottish prison. *Br Med J* 1997;314:1446-50.

Zeegers Paget D, Schlegel F, Koch D. Needle distribution in the Swiss prison setting: a breakthrough? In: Conference Record : bridging the gap. Proceedings of the 12th World AIDS Conference; 1998 Jun 28-Jul 3; Geneva, Switzerland. Geneva: Marathon Multimedia and Cicero; 1998:924 (Abstract no 43403).