

VIH, Sida et Hépatites dans les Prisons Européennes

Rapport sur la Belgique (1997)

Dr. Fabienne Hariga

1) Epidémiologie et informations de base

- **Le système carcéral en Belgique**

La Belgique compte actuellement 33 établissements pénitentiaires, dont trois établissements de défense sociale. La capacité de ces établissements varie de 32 à 725 détenus en fonction de l'établissement.

- **La Population carcérale**

La population totale carcérale en Belgique s'élève au 30 décembre 1996¹ à 8296 personnes.

Depuis les années 70, cette population est en constante augmentation, pour une capacité peu modifiée. Le **taux d'occupation moyen** des établissements pénitentiaires est au 30 décembre 1996 de 129% alors qu'il était de 98% en 1991. Dans certains établissements pénitentiaires le taux d'occupation atteint jusqu'à 150% de la capacité. Alors qu'en 94-95 des efforts avaient été réalisés afin de décongestionner les prisons, en augmentant le nombre de mises en liberté conditionnelles, ces mesures ne sont plus prises que rarement suite à l'intérêt plus grand donné aux délinquances sexuelles. La population carcérale aurait ainsi augmenté d'environ 10% entre juillet et décembre 1996.

Le chiffre de population enregistré en 1996 correspond à une augmentation de 31% par rapport à la population au 30 décembre 1991.

Tableau 1 : Population dans les prisons en Belgique au 30 décembre 1996 : titre de Détention et Sexe

	Nombre de détenus au 30 décembre 1996	Condamnés %	Préventive %	Autres titres %	Total %
Hommes	7906	55%	29%	11%	95%
Femmes	390	2%	2%	1%	5%
TOTAL	8296	57%	31%	12%	100%

On observe sur l'ensemble de la population carcérale, que 31% des détenus sont en détention préventive et 57% condamnés à une peine (voir tableau 1). Les 12% restants sont détenus pour des motifs divers, tous provisoires. Il existe une différence en fonction du sexe. Ainsi, on observe chez les femmes que seules 37% sont des condamnées, que plus de 40% sont en détention préventive et 22,5% sont incarcérées pour des raisons diverses. Chez les hommes, les proportions sont inversées avec 57,5% des hommes condamnés.

REPARTITION PAR GROUPES D'AGE ET PAR SEXE:

Les femmes et les hommes représentent respectivement 5% et 95 % de la population carcérale.

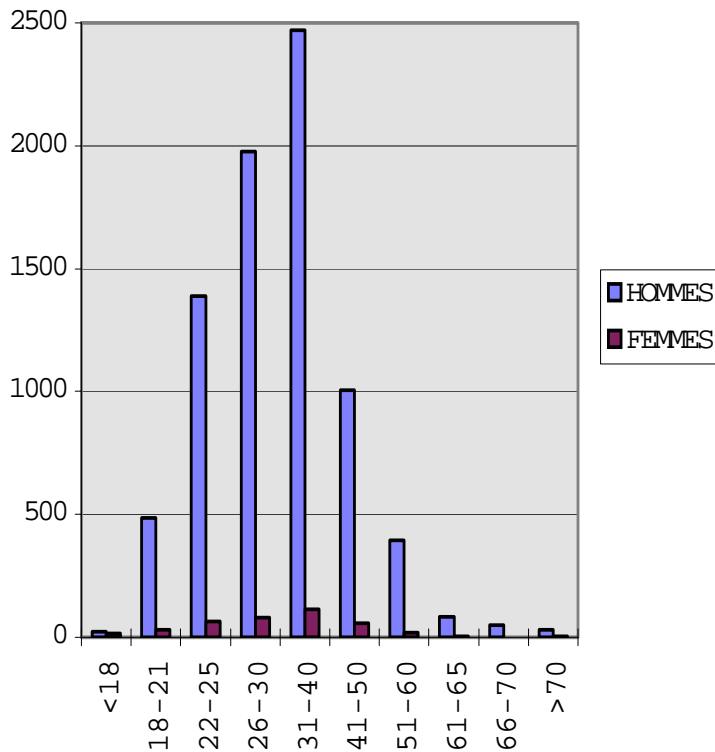
Quatre-vingt pour-cent de la population carcérale est âgée de moins de quarante ans (voir figure 1). La population féminine est composée de personnes plus jeunes que la population masculine. Ainsi, quatre pour-cent (3,6%) des femmes et 0.3 % des hommes incarcérés ont moins de 18 ans, et, près d'un tiers (28%) des femmes ont moins de 25 ans pour 17% des

¹ Source : Ministère de la Justice ; Administration des Etablissements Pénitentiaire ; Mai 1997.

hommes seulement. Dans les deux sexes, la tranche la plus représentée est celle âgée entre des 31 et 40 ans.

Il n'existe pas de détention séparée pour les jeunes qui peuvent rester en prison à la disposition du juge de la jeunesse, pour un maximum de 15 jours.

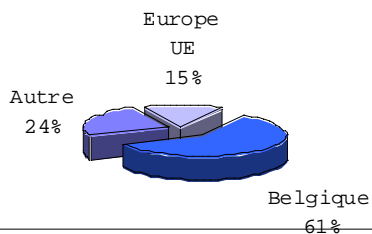
Figure 1 : Belgique - Population carcérale au 30 Décembre 1996 : répartition par groupes d'âge



REPARTITION PAR ORIGINE

Environ soixante pour-cent de la population carcérale est de nationalité belge, tant chez les femmes que chez les hommes. On peut cependant observer certaines différences en fonction du sexe. La plus significative concerne les personnes originaires d'Afrique centrale, région classée à haute endémicité pour le Sida. En effet, 4% des femmes sont originaires d'Afrique Centrale, pour 1% des hommes seulement.

Figure 2 : Belgique - Population carcérale 30 Décembre 1996 : répartition par origine



DETENUS CONSOMMATEURS DE DROGUES ILLEGALES EN MILIEU PENITENTIAIRE

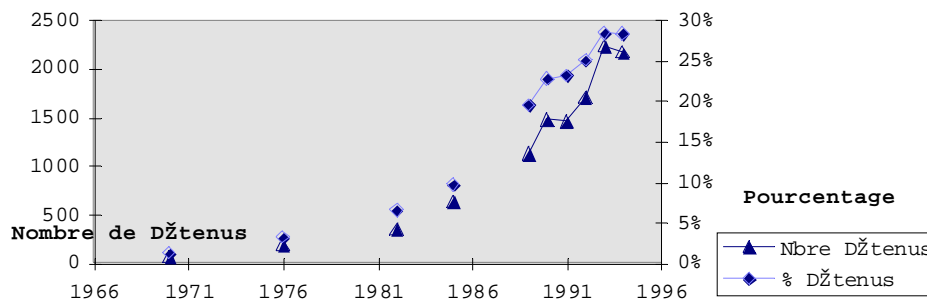
Il est par essence impossible de connaître le nombre exact de détenus consommateurs de drogue en milieu pénitentiaire. Tous les chiffres disponibles sont indicatifs, basés soit sur des études soit sur des motifs de condamnation.

Le nombre de détenus pour infraction à la loi sur les stupéfiants (détention et commerce illégal) est en croissance constante depuis les années 1970.(voir figure 3)² Cette tendance a pour conséquence logique une augmentation du nombre de consommateurs de drogue au sein même du secteur pénitentiaire, et l'on peut suspecter, une augmentation de la présence et du commerce de drogues illégales en prison. Au 30 décembre 1996, 30% des femmes et 14 % des hommes étaient incarcérés pour infraction à la loi sur les stupéfiants, ou faits de drogue. (Il faut remarquer que ce chiffre est difficile à comparer avec ceux des années précédentes qui sont tous des chiffres de population en cours d'année et non durant des fêtes de fin d'année qui sont l'occasion de congés ou week-ends.) Ce pourcentage est plus élevé, jusqu'à 70% dans certaines maisons d'arrêt³. Si on exclut des statistiques, les « sans moyens d'existence »(SMEX), et internés en application de la loi de défense sociale on observe que la proportion de détenus pour infraction à cette loi atteint en 1994, 50% de l'ensemble des détenus.⁴

Ces détenus ne représentent cependant qu'une fraction des consommateurs de drogue en prison, puisque nombre d'entre eux sont en détention pour des faits non liés à la loi sur les stupéfiants, mais pour vol ou autre forme de délinquance. Pour ces derniers détenus, la toxicomanie constitue soit un fait secondaire, soit est inconnue de l'administration pénitentiaire.

Le nombre de détenus consommateurs de drogue en prison est estimé à 50% de la population carcérale. Le nombre d'usagers de drogue par voie intraveineuse (UDI) est estimé à 30% de ceux-ci, soit environ 15% de l'ensemble de la population carcérale.

Figure 3 : Détenus pour infraction à la loi sur les stupéfiants (1970-1994)⁵



Les détenus toxicomanes sont relativement jeunes. En 1993, 51% de ces détenus avaient moins de 26 ans et 9% moins de 20 ans.⁵

² Van Mol. F ; Lauwers N. Drogues et Prisons. La réalité Pénitentiaire en Matière de Drogue. Actes de la journée d'étude du 22 avril 1994. Présence et Action culturelles.

³ La Prévention du Sida en Communauté Française : Plan Guide Triennal 1996-1998 Agence de Prévention du Sida. Ministère de la Santé de la Communauté française de Belgique.

⁴ Van Mol. F ; Lauwers N. Drogues et Prisons. Op.Cit.

⁵ Vandebroucke M., Joosen B. La problématique des toxicomanes illégaux dans les prisons belges. Une situation au 1 décembre 1993. Information criminologique.

En outre en fonction du sexe on observe une différence, illustrée dans le tableau 3, qui montre qu'un tiers des femmes détenues et un sixième des hommes (tous motifs de détention confondus) le sont en raison d'une infraction à la loi sur les stupéfiants.

La proportion d'usagers de drogue est donc plus élevée dans la population carcérale féminine que dans la population masculine. En outre, nombre de femmes UDI en prison sont soit enceinte, soit mère de jeunes enfants.⁶

Tableau 2 : Détenus pour infraction à la loi sur les stupéfiants au 30 décembre 1996
(Tous motifs de détention confondus)

	Hommes	Femmes
Préventive	22%	32%
Condamnés	10%	28.5%

La proportion de détenus consommateurs de drogue, et plus particulièrement par voie intraveineuse est significativement plus élevée dans la population carcérale de nationalité belge que parmi les détenus d'origine étrangère. En 1993, Todts⁷ observe dans la prison d'Anvers que dans le groupe des moins de 25 ans, 67% des détenus belges et 41% des détenus d'origine étrangères déclarent être consommateurs de drogues illégales. Et quel que soit l'âge des détenus consommateurs de drogue illégale, 47% des consommateurs belges et 24% des consommateurs d'origine étrangère déclarent s'être injecté de la drogue.

Une étude menée en 1989 à la prison d'Anvers, sur les échantillons d'urines de 300 entrants, a montré que dans 51% des cas examinés, une (26%) ou plusieurs (25%) drogues ont été détectées (benzodiazépines, barbituriques, cannabis, opiacés, cocaïne, amphétamine). Ces chiffres sous-estiment la réalité étant donné que des consommateurs occasionnels d'héroïne, ou cocaïne par exemple peuvent avoir un test négatif trois jours après cette consommation.

Une étude effectuée dans la prison d'Anvers (Todts, 1993)⁸ a montré que plus des deux tiers des prisonniers belges âgés de moins de 25 ans rapportent avoir consommé des substances illégales, et 42% de l'ensemble des prisonniers interrogés. Parmi ceux-ci, 36% rapportent avoir consommé par voie intraveineuse, soit 15% de l'ensemble des détenus répondants à l'enquête..

Enfin, un grand nombre de toxicomanes séjournent en prison. Deux études, l'une en Flandres (Todts ; 1989) et l'autre en Wallonie (IHE ; 1994⁹) ont respectivement montré que 54,1% et 49.5% des toxicomanes avaient déjà séjourné au moins une fois en prison. Il semble également que nombre de toxicomanes effectuent plusieurs séjours en prison.

⁶ Picard E. Proposal for taking into account the medical, psychological and social aspect of parenthood among drug-using female prisoners. Communication. Paris Février 1997.

⁷ Todts S. Fonck K., Driesen K. Uydebrouck M., Vranckx R. Vercauteren G., Van Mol F., Colebunders R. Tuberculosis, HIV, Hépatitis B and risk behaviour in a Belgian prison. (à publier)

⁸ Todts S. Fonck K., Driesen K. Uydebrouck M., Vranckx R. Vercauteren G., Van Mol F., Colebunders R. Tuberculosis, HIV, Hépatitis B and risk behaviour in a Belgian prison. (à publier)

⁹ Renard F., Tafforeau J., Vanderveken M., Stroobants A. Monitoring de la Prévention du Sida en Communauté française de Belgique. Situation en 1994. IHE.

Données épidémiologiques sur le VIH/Sida et hépatites dans la population générale et parmi les UDI

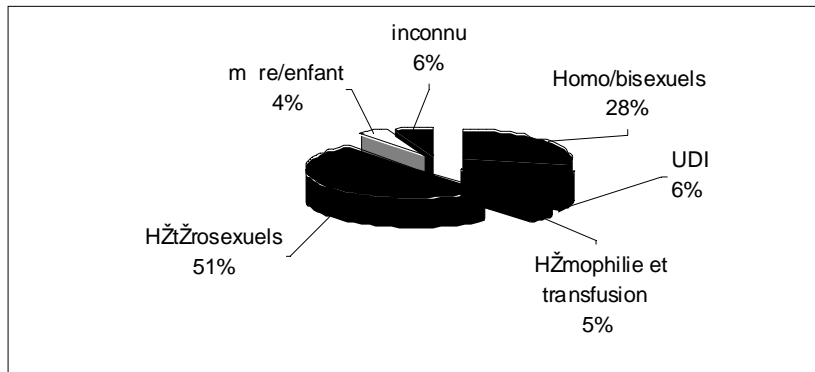
En 1996, en moyenne 60 nouvelles infections VIH sont détectées par mois en Belgique¹⁰. Dans l'ensemble de la population, la prévalence de l'infection à VIH est estimée entre 0.10% et 0.17 %. Les groupes d'âge les plus représentés sont ceux de 30-34 ans chez les hommes et 25-29 ans chez les femmes. Dans la population belge, les hommes infectés sont quatre fois plus nombreux que les femmes.

Le nombre total de nouveaux cas de Sida déclarés en 1996 est de 156, soit environ 13 nouveaux cas par mois. La répartition des cas de Sida dans la population âgée de plus de 13 ans montre que 6% des nouveaux cas de Sida enregistrés sont des Utilisateurs de Drogue Injectable (UDI) (voir figure 4).

Incidence et Prévalence VIH/SIDA dans certains sous-groupes de Population

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

Figure 4: Nombre de cas de Sida par type de Transmission: adultes/adolescents (1996)



Homosexuels

La proportion d'hommes homosexuels/bisexuels représente environ 4-6% de la population générale masculine. La proportion en milieu carcéral est probablement identique à celle de la population générale. En prison, il faut tenir compte en outre, d'un certain degré d'homosexualité « de circonstance ». Or la voie de transmission homosexuelle est responsable de 67% des cas de Sida parmi les hommes de nationalité belge. Les enquêtes de séroprévalence en milieu homosexuel montrent une prévalence qui varie en fonction des études de 1.6% (1989 Rijks Universiteit Gent), à 3.5% (Centre Elisa-MSF 89-93) et jusqu'à 14% (1997 Hubert- Ex Aequo). Elle est estimée à 3,9% en 1995 par l'APS.¹¹

¹⁰ Sasse. A., Van der Heyden J. Stroobant A. Epidémiologie du Sida et de l'infection à VIH en Belgique. Situation au 31 décembre 1996. Institut Scientifique de la Santé Publique - Louis Pasteur. Section d'Epidémiologie. Décembre 1997.

¹¹ Beghin D. Prevost M. de Roubaix J. Lequarré F. Monitoring de l'infection au VIH et du Sida en Belgique. Mise à jour 1995 ; Agence de Prévention du Sida. Ministère de la Santé de la Communauté Française.

Utilisateurs de Drogues Injectables (UDI)

En fonction des enquêtes effectuées en Belgique (voir tableau 5), le taux de prévalence de l'infection à VIH dans la population des UDI est compris entre 2,6% et 18,8%, ce qui est bas par rapport aux autres pays européens.¹²

En Belgique, 6% des hommes et 11% des femmes séropositives sont des UDI.

¹² Source :Renard F., Tafforeau J., Vanderveken M., Stroobants A. Monitoring de la Prévention du Sida en Communauté française de Belgique. Situation en 1994. IHE.

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

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

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

Prostitution

Les données épidémiologiques sont rares. En 1989, des taux de séroprévalence de 0.7% (Prévention Sida Prostitution 89 Communauté française) et 0.6% (RUG - Gand) ont été mesurés dans la population de prostituées « officielles ». Les femmes séropositives pour le VIH étaient soit des UDI soit originaires de région à haute endémicité pour le Sida. Il n'existe pas de données concernant la prostitution « clandestine » qui échappe aux circuits de santé. Or nombre d'UDI recourent occasionnellement ou régulièrement à la prostitution. L'opération Boule de Neige 1995 de Modus Vivendi montre que 25% des UDI réguliers se prostituent pour acquérir soit leur drogue, soit l'argent nécessaire à cette acquisition¹³.

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

Personnes en provenance de pays de forte endémicité

Au cours des années 1993-1995, on constate que 64% des cas de Sida notifiés en Belgique (pour lesquels la nationalité est connue) sont d'origine étrangère¹⁴. On constate que plus

¹³ Modus Vivendi. Rapport d'Activité 1995.

¹⁴ Beghin D. Prevost M. de Roubaix J. Lequarré F. Monitoring de l'infection au VIH et du Sida en Belgique. Mise à jour 1995 ; Agence de Prévention du Sida. Ministère de la Santé de la Communauté Française.

des trois quarts de ces cas diagnostiqués sont des personnes originaires d'Afrique subsaharienne.

Les jeunes femmes africaines sont deux fois plus infectées que les hommes, alors que dans la population belge malade du Sida le rapport est d'une femme pour quatre hommes.

Prévalence du Sida dans les prisons

Il n'existe que peu de données sur la prévalence de l'infection à VIH dans les prisons. L'administration pénitentiaire estime en 1997 que la prévalence de l'infection à HIV est de 2%¹⁵. En 1987, la celle-ci était estimée à 1,3%¹⁶. Deux études effectuées en 1992 et 1993 ont donné des résultats similaires. L'une, effectuée à Anvers, qui a donné une prévalence pour l'infection à VIH de 1,2% (Totds S. ;1993). L'autre effectuée dans 14 établissements pénitentiaires (à l'exclusion des patients admis au CMC de St.Gilles) a montré une prévalence d'infection à VIH de 0,84% chez les hommes et de 1,68% chez les femmes. (IDEWE ;1992). Outre les différences observées en fonction du sexe, cette étude montre que le groupe d'âge le plus atteint est le groupe des 25-34 ans (VIH + = 2,19%). Le groupe de prisonniers condamnés à de courtes peines est également plus touché que les détenus pour longues peines. Dans l'étude effectuée par IDEWE, 50% des cas détectés étaient des détenus en détention à Bruxelles.

On peut donc estimer que la moyenne journalière de détenus infectés par le Sida est d'environ 150 détenus. Ces détenus appartenant à une catégorie de population carcérale ayant des séjours relativement courts, le nombre total de détenus séropositifs pour le VIH passant chaque année par les prisons est probablement proche du double.

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

HEPATITES B ET C

D'après le système des Laboratoires Vigies¹⁷ de l'IHE, entre 1994 et 1995, l'incidence de l'hépatite C a augmenté en Belgique de 10/100.000 habitants à 15/100.000. L'incidence de l'hépatite B, à peu près stationnaire, est passée de 2,9/100.000 en 1994 à 2,7/100.000 en 1995.

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

Une étude effectuée dans des prisons belges en 1992 (IDEWE) a montré un taux de prévalence des hépatites virales de 1,48% qui doit être comparé à un taux de 0,32% dans la population générale standardisée pour l'âge et le sexe. Cette étude n'a tenu compte que des cas symptomatiques ou cas de transfusion sanguine récente. Ors, les hépatites virales sont asymptomatiques dans 80% (hépatite C) à 90% (hépatite B) des cas. Suite à cette étude, la

¹⁵ Van Mol. F. Questionnaire EU network for the prevention of hepatitis and HIV infection in Prisons. July 1997.

¹⁶ Harding G.T. AIDS in Prison The Lancet, November 28, 1987.

¹⁷ Ducoffre. G. ; Surveillance des Maladies Infectieuses Par un Réseau de Laboratoires de Microbiologie ; 1995 ; Ministère des Affaires Sociales, de la Santé Publique et de l'Environnement..Institut Scientifique de la Santé Publique-Louis Pasteur. Section Epidémiologie.

vaccination du personnel pénitentiaire fut introduite. Une autre étude effectuée dans la prison d'Anvers à donné un taux de prévalence pour les hépatites B de 20% (Todts 1993).

Tableau 4 : Etudes de prévalence et d'incidence des hépatites B et C en Belgique

Année	Taille de l'échantillon	Population	Taux de Prévalence	Référence
1992	893	Prisons (14 établissements)	HBV/HCV* = 1,48% (symptomatiques)	IDEWE 1994
1993	996	Prison Anvers	HBV=20.5%	S.Todts
1993-1994	4058	Pop.Générale-Flandres	HCV = 0.87% ; HBV = 6.9%	P.Van Damme
1995	226	UDI en traitement	HCV = 82% ; HBV=34%	B. Denis 1993
1997	100	Prison St.Gilles/UDI	HCV=64% HBV=32%	J.Donot

* HBV = Hépatite B et HCV = Hépatite C

Il n'existe pas d'études spécifiques publiées concernant la prévalence de l'hépatite C dans les prisons en Belgique. Seule une étude effectuée à St.Gilles auprès des UDI indique une séroprévalence HCV de 64% dans ce groupe de population.

Il faut remarquer, qu'alors que la population d'UDI en Belgique est relativement épargnée par l'infection à VIH par rapport aux UDI des autres pays européens, elle ne l'est pas en ce qui concerne les infections aux virus des hépatites B et C¹⁸. En effet dans tous les pays de l'UE, entre 70 et 80% des UDI sont infectés par le virus de l'hépatite C, alors que dans ces mêmes pays, la séroprévalence pour VIH varie de 1% à 61% en fonction du pays.

La séroprévalence des hépatites virales (A,B et C) en prison en Belgique est au moins cinq fois plus élevée que dans la population générale. La situation est sans doute des plus sévère dans les maisons d'arrêts de Bruxelles et plus particulièrement en ce qui concerne la prévalence des hépatites C qui pourrait atteindre des taux entre 20 et 30%.

(2) Politiques de santé en milieu pénitentiaire et réalités

Le Ministère de la Justice est seul responsable pour la santé pénitentiaire en général, et pour la prévention et la prise en charge des détenus atteints du Sida. Les normes de soins en milieu carcéral sont en principe basées sur l'équivalence des soins avec ceux disponibles à l'extérieur. Il n'existe pas de « guide » spécifique ni pour la prévention, ni pour la prise en charge des personnes séropositives pour le VIH. Il n'existe pas de politique de prévention ni de programme de prévention du Sida en milieu carcéral. En pratique donc, il n'existe pas d'équivalence en médecine préventive (voir tableau ci-dessous). A l'initiative de certaines ONG, des actions ponctuelles de prévention du Sida, non coordonnées et non programmées peuvent exister dans certaines prisons.

- Les détenus séropositifs pour le VIH bénéficient de mise au point et de suivis réguliers par le service médical de l'administration pénitentiaire.
- Les données médicales sont consignées dans un dossier médical. En principe, celles-ci ne sont pas transmises au directeur de la prison et confidentielles.
- Il n'y a pas de ségrégation des personnes séropositives. En pratique cependant, la personne est la plupart du temps mise en cellule individuelle. Selon les prisons, les personnes séropositives sont écartées ou non du travail en cuisine.
- Il n'existe pas de système standardisé pour le recueil d'information sur la santé des détenus, que ce soit à l'entrée ou lors de la libération.
- Les détenus ont accès, à leur demande et à leurs frais, à un médecin extérieur. Ce droit est actuellement remis en cause, et, l'objet de nombreuses discussions au sein du Ministère de la Justice.

¹⁸ Denis B. Lefèbre V. Hépatites C et Toxicomanie. Revue de la Médecine Générale ; N° 137 Novembre 1996.

- Tous les détenus bénéficient d'un examen médical à l'entrée en prison. Un test de dépistage du VIH est uniquement proposé aux personnes identifiées par le médecin comme personne à risque. Ce test se fait généralement sans pré- et/ou post-counselling. Souvent, seuls les résultats positifs sont remis aux détenus qui ont subi un test. La remise des résultats a lieu maximum 15 jours après le prélèvement. Le test est volontaire. Il n'existe pas de procédure de consentement écrit à faire remplir par le détenu. Les résultats du test sont en principe confidentiels.
- En ce qui concerne le dépistage des hépatites, la procédure est identique à celle du VIH.
- Les personnes infectées et ayant un taux de CT4 satisfaisant ne bénéficient d'aucun traitement ou régime particulier. Les autres personnes infectées et/ou les malades du Sida ont accès à la tri-thérapie. Celui-ci fut accessible en prison 9 mois avant son autorisation par le Ministère de la Santé. En cas de complications, dépassant la capacité du service médical de la prison, le malade peut être transféré dans un hôpital universitaire de référence.
- Des libérations anticipées pour raisons médicales sont possibles, à la demande du service médical. Cette procédure est néanmoins rarement suivie.

(3) Education et prévention

- **Les préservatifs** sont accessibles via la cantine dans toutes les prisons. En pratique, les cantines n'en possèdent pas de stock et vont les acheter à la pharmacie voisine en fonction des demandes. Ce mode de distribution, cher et peu discret limite en pratique l'accessibilité. Dans certaines prisons, des préservatifs peuvent être disponibles dans les infirmeries. Il n'y a pas d'accès au lubrifiant.
- De **l'eau de Javel** est disponible dans certaines prisons pour le nettoyage des cellules. Il n'existe généralement pas d'information aux détenus concernant l'utilisation de l'eau de Javel pour la désinfection du matériel d'injection.
- La seule politique générale concernant **la prise en charge des toxicomanes** est le sevrage. Celui-ci se fait soit à l'aide de méthadone à doses dégressives, soit à base de cocktail de benzodiazépines. Les personnes étant sous méthadone à leur entrée ont dans certaines prisons leur traitement poursuivi après contact avec le médecin traitant extérieur. En général la poursuite du traitement se fait à dose dégressive en vue du sevrage. Il existe actuellement quelques exemples de personnes qui étant sous traitement méthadone avant leur entrée ont la possibilité de le continuer, sous la responsabilité d'un médecin extérieur. En principe, il n'existe pas de mise en place de traitement de substitution à la méthadone en prison. Quelques rares exceptions semblent cependant exister dans certaines prisons. Il existe actuellement un projet pilote de « drug free prison » dans un centre semi-ouvert. Une expérience pilote similaire dans une prison de type traditionnelle a été arrêtée suite à un constat d'échec.
- Il n'existe pas de programme **d'échange de seringues** en prison.
- **Les visites conjugales** sont en principe interdites. En pratique certains directeurs de prison les autorisent néanmoins. Il n'y a pas de distribution de préservatif. Des rapports sexuels ont néanmoins souvent lieu dans les salles de visites.
- Il n'existe aucune **stratégie concernant les informations aux détenus** sur les MST et la consommation de drogues. Des activités de ce type peuvent parfois exister dans certains établissements sous la responsabilité d'une ONG extérieure. Une seule publication sur la réduction des risques spécifique aux prisons a été développée et est actuellement testée à titre d'expérience pilote dans deux prisons. La présence de matériel

d'information varie en fonction de la prison et du service médical de celle-ci et/ou de la présence éventuelle d'une ONG spécialisée dans le domaine de la prévention du Sida.

- Les **guides OMS** sur la prévention des infections HIV et du Sida en prison ne sont pas suivis.

(3) Littérature

1. ANONYME Données statistiques 1995. Ministère de la Justice. Administration Pénitentiaire
2. ANONYME Rapport au Gouvernement de la Belgique relatif à la visite effectuée par le Comité Européen pour la prévention de la torture et des peines ou traitements inhumains ou dégradants (CPT) en Belgique du 14 - 23 novembre 1993. Conseil de l'Europe. CPT/inf (94) 15 Octobre 1994
3. ANONYME Rapport de suivi du Gouvernement Belge en réponse au rapport du Comité Européen pour la prévention de la torture et des peines ou traitements inhumains ou dégradants (CPT) relatif à sa visite en Belgique du 14 - 23 novembre 1993. Conseil de l'Europe. CPT/inf (96) 7 ; février 1996
4. ANONYME. Rapport de Synthèse de visites de prisons en Communauté française ayant pour thème « Prévention du Sida et Toxicomanies. CCAD. Division HIV. 1994
5. ANONYME. Rapport Intérimaire du Gouvernement Belge en réponse au rapport du Comité Européen pour la prévention de la torture et des peines ou traitements inhumains ou dégradants (CPT) relatif à sa visite en Belgique du 14 - 23 novembre 1993. Conseil de l'Europe. CPT/inf (95) 6 Mai 1995
6. de BECO R. Les droits de l'homme, la santé et la prison. Bulletin des médecins. Ordre des Médecins ; Conseil du Brabant d'expression française. Avril 1997.
7. DENIS B., LEFEBVRE V. Hépatites C et Toxicomanie. Revue de la Médecine Générale ; N° 137 Novembre 1996.
8. DUCOFFRE. G. ; Surveillance des Maladies Infectieuses Par un Réseau de Laboratoires de Microbiologie ; 1995 ; Ministère des Affaires Sociales, de la Santé Publique et de l'Environnement.. Institut Scientifique de la Santé Publique - Louis Pasteur. Section Epidémiologie.
9. HARIGA F. Sida et Prison. Agence de Prévention du Sida. Ministère de la Santé de la Communauté française de Belgique. Septembre 1997.
10. IDEWE De Prevalentie Van Infecties in Penitentiare Instellingen in België. IDEWE. Onderzoekt rapport. Mai 1994
11. LAUWERS N., VAN MOL F. La réalité pénitentiaire en matière de drogues, Journée d'études du 22 avril 1994 - Présence et Action culturelles ; Revue de Droit Pénal et de Criminologie
12. MASUIR M. Aspects Evolutifs de la Séropositivité et du Sida en Milieu Carcéral ; Mémoire. Ecole de Criminologie Jean Constant. Université de Liège. 1994-1995.
13. MODUS VIVENDI. Rapport d'Activités 1995-1996. Pp. 111-119
14. NOUWYNCK L. Exposé devant le groupe de travail de la chambre des représentants chargé d'étudier la problématique de la drogue. Mai 1996.
15. PIERAERTS M. Belgium Drugs, Prisons and Treatment. Penal Lexicon
16. RENARD F., TAFFOREAU J., VANDERVEKEN M., STROOBANTS A. Monitoring de la Prévention du Sida en Communauté Française de Belgique. Situation en 1994. Institut d'Hygiène et d'Epidémiologie ; Janvier 1995
17. SASSE. A., VAN DER HEYDEN J. STROOBANT A. Epidémiologie du Sida et de l'infection à VIH en Belgique. Situation au 31 décembre 1996. Institut Scientifique de la Santé Publique - Louis Pasteur. Section d'Epidémiologie. Décembre 1997.
18. TODTS S. FONCK K., DRIESEN K. UYDEBROUCK M., VRANCKX R. VERCAUTEREN G., VAN MOL F., COLEBUNDERS R. Tuberculosis, HIV, Hepatitis B and risk behaviour in a Belgian prison. Archives Belges de Santé Publique. Octobre 1997.
19. VAN DAMME P. and al. Prevalence of hepatitis A, B, and C in the Flemish population. European Journal of Epidemiology 13 :1-6, 1997.
20. VANDENBROUCKE M., JOOSEN B. La problématique des toxicomanes illégaux dans les prisons belges. Une situation au 1 décembre 1993. Information criminographique. Panopticon 7-8/1994.

TABLEAU 5 : RESUME COMPARATIF DES PROGRAMMES DE PREVENTION EN PRISON ET DANS LA POPULATION GENERALE

	Prison	Population Générale	Recommandations OMS
PREVENTION DES INFECTIONS A VIH			
Dépistage VIH			
Dépistage volontaire pour tous	-	+	+
Pre-Post test counselling	-/+	-/+	+
Confidentialité	+	+	+
Information/Education Détenus			
● Matériel D'éducation :			
Brochures Sida Général	irrégulier/parfois	+++	+
Brochures langues étrangères	-	+	+
Brochures Spécifiques UDI	-	+	
Brochures Femmes	-	-	
Brochure Spécifique Prison	(en préparation)		+
Posters	Parfois	+	
Vidéos	-	+	
Radio Locale Amateurs	-	+	
Participation du personnel et des détenus au développement de matériel	-	(+)	+
● Séances d'Education Santé			
A l'entrée/sortie	-		+
Régulières	-		+
S. Individuelles	+		+
● Education par pairs (staff et détenus)			
● Sujets			
Transmission sexuelles	+	+	+
Transmission inject/tatouage/piercing	-	(+/-)	+
Hygiène générale	-	-	+
Informatin/formation/Education staff			
Surveillants Prév. Sida/Hep.	?		+
Surveillants sur UD	+/-		+
Infirmiers Sida-Prison	+		+
Infirmier sur UD	+		+
Accès à des Méthodes de Réduction des risques et prévention			
● Transmission Sexuelle			
-Préservatifs	limité à -	+	+
- Lubrifiant pour rapport anaux	-	+	+
● Transmission par matériel injection/de tatouage			
- Javel	parfois	+	+
- matériel d'injection : échange	-	+	+
- guide désinfection	-	+	+
● Kits de Prévention à l'entrée/sortie			
● Traitement Pour Toxicomanes			
- Continuation de traitement méthadone	- (+)		+
- Traitement de substitution méthadone	- :((+ exceptionnellement)	+	+
- Sevrage	si déjà sous traitement	+	+
- Drug Free Unit	1 site pilote		
HEPATITES B et C			
Dépistage systématique	-	+	
Education/Information/Formation	-	+	
Méthode/Matériel Prévention	-	+	
Vaccin	-	- pour UDI	
MST			
Dépistage	-		
Education/Information/Formation	-		
TUBERCULOSE			
Dépistage	+	+	
Education/Information	-	+	

(3)