

**PLAN BRUXELLOIS DE RÉDUCTION DES RISQUES
LIÉS À L'USAGE DE DROGUES**

Carnet 6

**MILIEU DE VIE « CARCÉRAL » :
ACTIONS PRIORITAIRES À MENER**

Cécile Béduwé
Catherine Van Huyck
François Baufay

Modus vivendi ASBL



Avec le soutien de



Janvier 2014

TABLE DES MATIERES

I. Eléments du diagnostic	4
II. Les actions prioritaires pour le « milieu carcéral »	7
A. Accès/accessibilité à de l'information	8
Action n°1	8
<i>Développement d'actions (groupes de paroles, ateliers, animations, prévention des pairs par les pairs) et de matériels d'information non stigmatisant pour les usagers de drogues</i>	<i>8</i>
Action n°2	11
<i>Diffusion d'informations sur les maladies infectieuses et leur dépistage (ne visant pas uniquement les usagers de drogues), ainsi qu'organisation d'ateliers, de projets de sensibilisation par les pairs, etc.</i>	<i>11</i>
B. Accès/accessibilité aux outils de RdR	14
Action n°3	
<i>Diffusion du matériel de RdR et d'information sur les dispositifs RdR en prison via différents canaux (par le personnel para/médical, par les pairs, les services extérieurs, brochures/affiches dans les espaces communs, chaîne tv interne à la prison).....</i>	<i>14</i>
C. Meilleure accessibilité aux traitements et au dépistage	17
Action n°4	
<i>Planification de la continuité des traitements (TSO et autres) à la sortie de prison.....</i>	<i>17</i>
Action n°5	
<i>Allocation de moyens financiers supplémentaires pour le renforcement des équipes médicales, psycho-sociales et des équipes de soins.....</i>	<i>19</i>
D. Prévention de proximité (outreach)	21
Action n°6	21
<i>Groupes de paroles santé, de discussion sur les risques liés à la consommation de drogues, au tatouage/piercing et à la vie affective et sexuelle en prison</i>	<i>21</i>
E. Participation/prévention par les pairs	24
Action n°7	
<i>Projets participatifs : sensibilisation/information des pairs par les pairs sur la santé en général, la vie affective et sexuelle, ainsi que les risques liés à la consommation de drogues et le tatouage/piercing en particulier, y compris la formation des pairs.</i>	<i>24</i>
F. Actions liées à un environnement et des lieux favorables à la santé	28
Action n° 8	
<i>Sensibilisation des autorités et du monde politique, ainsi que du grand public, aux conditions de détention et de vie en prison.....</i>	<i>28</i>

G. Actions liées à l'orientation, au travail en réseau et à l'accompagnement de l'utilisateur	30
Action n°9	
<i>Renforcement des équipes (para)médicales en prison (plus de médecins, infirmiers) en prison et attribution d'un rôle de RdR à ces équipes(en tenant compte des études réalisées sur l'état de santé des détenus), soutenues et renforcées par des équipes de RdR externes.</i>	30
Action n°10	
<i>Renforcement des équipes para/médicales en prison en travaillant sur le recrutement de ce type de personnel</i>	32
Action n°11	34
<i>Avant la sortie de prison, prise de contact par les détenus et les intervenants médico-psycho-sociaux de la prison avec des services spécialisés en assuétudes et accompagnement social afin de mieux préparer la sortie de prison (réinsertion socio-professionnelle, logement, santé....)</i>	34
H. Travail sur les compétences et connaissances des relais (non)professionnels	37
Action n°12	37
<i>Réalisation et diffusion de guidelines sur l'usage de drogues et la RdR en prison : transmission de maladies infectieuses, dépistage, vaccination, traitement de substitution aux opiacés, overdose, ...</i>	37
Action n°13	39
<i>Développement de formations sur l'usage de drogues et sur la RdR (y compris les traitements de substitution aux opiacés, dépistage, risques d'overdose) pour les professionnels de la santé en prison et intégration de modules dans les formations des agents pénitentiaires</i>	39
I. Recherche, évaluation et nouvelles initiatives	42
Action n°14	42
<i>Réalisation d'enquêtes qualitatives et quantitatives (prévalence, focus group, etc.) sur l'état de santé, la consommation et les prises de risques, la couverture vaccinale et le dépistage, les besoins, etc. des détenus pour la mise en place de programmes/actions de RdR adaptés</i>	42
Action n°15	
<i>Réalisation d'une étude sur la nécessité d'implémenter un projet pilote d'échange/diffusion de matériel d'injection</i>	45
J. Actions de plaidoyer, le lobbying et le travail au niveau des réglementations	47
Action n°16	47
<i>Lobby pour le transfert des compétences des soins de santé en prison (et leur financement) au SPF Santé publique et sécurité sociale</i>	47
III. Lexique	49
IV. Annexes	50
A. Les objectifs identifiés pour le «Milieu carcéral ».....	50
B. Les Actions identifiés pour le «Milieu carcéral ».....	54
1. <i>Actions visant l'accès à l'information</i>	55
2. <i>Actions visant l'accès aux outils de RdR</i>	57
3. <i>Actions visant un meilleur accès aux traitements et au dépistage</i>	58
4. <i>Actions visant la prévention de proximité (outreach)</i>	60
5. <i>Actions visant la participation/prévention par les pairs</i>	61
6. <i>Actions visant un environnement et des lieux favorables à la santé</i>	62
7. <i>Actions visant l'orientation, au travail en/et du réseau et à l'accompagnement de l'utilisateur</i>	63
8. <i>Actions visant le travail sur les compétences et connaissances des relais (non)professionnels</i>	65
9. <i>Actions visant la recherche, l'évaluation et les nouvelles initiatives</i>	66
10/11. <i>Actions visant le plaidoyer, le lobbying et le travail au niveau des réglementations</i>	67
C. L'outil de catégorisation des résultats (OCR)	68

Le milieu de vie carcéral comprend les établissements pénitentiaires de la Région de Bruxelles-Capitale, les détenus, les différents professionnels qui y sont actifs (acteurs de RdR et de prévention, médicaux, psychosociaux, personnel de prison), ainsi que l'environnement physique et social en lien. Malgré la circonscription de ce milieu de vie, on note par notre exploration et enquête de terrain que les actions de RdR ainsi que la coordination des actions et des acteurs semblent lacunaires. En effet, le cloisonnement de cet univers semble toucher autant les détenus que les professionnels actifs dans ce milieu. En même temps, les caractéristiques de ce milieu et la prise en charge (de facto) d'un public très désinscrit devraient constituer une opportunité de créer du relais vers le soin et la RdR.

La Région de Bruxelles-Capitale compte deux établissements pénitentiaires sur son territoire : la prison de **Forest-Berkendael** scindé en une section hommes (Forest) et une section femmes (Berkendael) et la prison de **Saint-Gilles**. En Région de Bruxelles-Capitale en date du 18 décembre 2013, la population carcérale s'élevait à **1517 détenus**. Le 25 février 2008¹, date de la dernière analyse sur la situation bruxelloise dans le cadre du monitoring des risques sanitaires en milieu carcéral, la population carcérale s'élevait à **1304 détenus**. (dont 119 femmes), répartis dans les prisons de Saint-Gilles (n=582) et de Forest (n=722) et comptabilisant une majorité de prévenus (61,8%), un peu plus d'un quart de condamnés (29,3%), et une petite minorité d'internés (7,5%). Il faut donc garder en tête que de nombreux détenus « bruxellois » sont en attente de jugement et donc **juridiquement présumés innocents**. Après jugement ils pourraient être condamnés, relaxés ou transférés dans une autre prison, ce qui rend plus délicat un suivi médical. Ces chiffres sont susceptibles d'avoir évolué depuis 2008 mais le manque de données publiées ne nous permet pas de réajuster ceux-ci à la réalité de 2013.

L'univers des prisons expose les détenus (et leur personnel) à des risques sanitaires majeurs. Il semble, au vu des diverses enquêtes publiées² sur la question, que les risques d'infections les plus fréquents parmi les détenus sont la tuberculose, le VIH, le VHC et le VHB³. Par ailleurs, il semble qu'ils soient beaucoup plus élevés en prison qu'à l'extérieur. Notamment le risque de contamination de l'hépatite B qui est multiplié par 4 en prison et celui de l'hépatite C multiplié par 10⁴.

La fermeture, la surpopulation, la promiscuité⁵, l'insalubrité⁶, l'inactivité, la routine, les rapports sexuels non protégés⁷, les tatouages et les piercings artisanaux⁸, les risques liés à l'injection et le partage de matériel (d'injection ou de sniff), les risques d'overdoses, mais aussi la non-disponibilité de l'information et du matériel de RdR, semblent être autant de facteurs⁹ qui aggravent la situation socio-sanitaires des détenus. Et ce d'autant plus s'ils présentent une consommation de produits psychotropes intra-muros.

¹ Analyses complémentaires bruxelloises réalisées à partir des données brutes de Todts S., Glibert P., Van Malderen S., Van Huyck C., Saliez V. et Hogge M., « Usage de drogues dans les prisons belges : monitoring des risques sanitaires 2008 », Service Public Fédéral Justice, Bruxelles, 2009

² Organisation Mondiale de la Santé Europe (OMS), « La recommandation de Madrid : La protection de la santé pénitentiaire comme composante essentielle de la santé publique », 2010.

Todts S., Glibert P., Van Malderen S., Van Huyck C., Saliez V. et Hogge M., idem.

Emmanuelli J., « Usage de drogues, sexualité, transmission du virus VIH, hépatites B et C et réduction des risques en prison à travers le monde. Etat des lieux et mise en perspective », Réseau national de Santé Publique, Paris, 1997.

Organisation Mondiale de la Santé Europe, Santé en prison- VIH, drogues et tuberculose, Aide-Mémoire, Copenhague et Madrid, 29 octobre 2009. En ligne consulté le 4/9/2013. Voir http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0015/103506/92295F_FS_Prison.pdf

Caraël E., « Stratégies concertées de prévention et de réduction des risques en matière de drogues en Fédération Wallonie-Bruxelles, Eurotox, Bruxelles », novembre 2012 p.39.

³ Virus de l'immunodéficience humaine (VIH), virus de l'hépatite B (VHB), virus de l'hépatite C (VHC).

⁴ Bello P, Ben Lakhdar C., Carrieri M.P. et al., « Réduction des risques infectieux chez les usagers de drogues », Expertise collective, INSERM, Paris, 2010

⁵ Comité européen pour la prévention de la torture et des peines ou traitements inhumains ou dégradants (CPT), « Rapport sur la visite Rapport au Gouvernement de la Belgique relatif à la visite effectuée en Belgique par le Comité européen pour la prévention de la torture et des peines ou traitements inhumains ou dégradants du 23 au 27 avril 2012 », Strasbourg, 13 décembre 2012.

Selon ce rapport à la prison de Forest, certaines ailes ont des taux de surpopulation de 235%

⁶ Jaquet A., « L'aide sociale aux détenus à Bruxelles : le rôle central de la commission communautaire commune », <http://www.bico-info.be/2010/03/aide-sociale-aux-detenus-a-bruxelles-le-role-central-de-la-commission-communautaire-commune/>

⁷ Todts S., Glibert P., Van Malderen S., Van Huyck C., Saliez V. et Hogge M., op. cit.

⁸ Emmanuelli J., op. cit.

⁹ Caraël E., op.cit.

La majorité des détenus est par ailleurs issue de milieux défavorisés¹⁰. Les observations indiquent une diminution du degré moyen d'insertion sociale, ainsi que du niveau d'instruction.

La **population incarcérée en Région de Bruxelles-Capitale** comptait en 2010 **davantage de personnes étrangères¹¹ (67%)** par rapport aux autres prisons belges. Il s'agit d'une population **plus jeune** (18 à 24 ans sont **29%** à Forest et 25% à Saint Gilles contre 16% dans les autres établissements du pays). Deux éléments à retenir dans la mise en place concrète d'actions.

Plus de 30% des détenus sont en prison pour faits de drogues¹² ou en lien avec les drogues.

Dans les analyses complémentaires bruxelloises du monitoring 2008¹³, sur 268 détenus interrogés 70,5% ont déclaré avoir consommé au moins une fois dans leur vie une ou plusieurs drogues autres que l'alcool. Les produits principalement consommés sont : le cannabis (67,2% des détenus interrogés en ont déjà consommé), suivi par la cocaïne (45,5%), les benzodiazépines (31,3%) et l'ecstasy et l'héroïne (25%) et les amphétamines ainsi que les opiacés de substitution (20%).

Toujours selon cette enquête, 30% des détenus interrogés exprime avoir à déjà fait usage de drogues achetées au marché noir en prison. Un tiers des détenus (35,5%) qui font usage de drogues en prison ont appris à consommer un nouveau produit au cours de leur détention. Ce serait principalement l'héroïne qui est consommée pour la première fois en prison.

Parmi les usagers de drogues par voie d'injection (UDI) (N=156) pour l'année de référence 2008, 34 répondants, soit 21,8%, ont déjà pratiqué l'injection au cours de leur détention. Cela correspond à 3,2% de la population carcérale totale. En dépit des recommandations internationales et de l'OMS Europe, les programmes d'échange de seringues (PES) en milieu carcéral sont inexistantes en FWB et en Belgique¹⁴.

Par ailleurs, très peu d'information de RdR (affiches, brochures) et sur le dépistage circulent en prison¹⁵. Ce sont souvent les professionnels extérieurs à la prison qui s'occupent de fournir ce matériel d'information mais dans des conditions souvent inconfortables¹⁶.

En 2008¹⁷, 10% des détenus ont annoncé être en traitement de substitution à leur entrée en prison. 50% d'entre eux ont arrêté le traitement dans le courant de leur détention. Parler d'une « rechute » et demander un traitement de substitution semble délicat dans cet univers. Par ailleurs, selon plusieurs études¹⁸ le risque d'overdose est maximalisé dans les deux semaines qui suivent la sortie de prison (8 fois supérieur). Devant ce constat et dans le cadre de la continuité des soins, des modus operandi doivent être mis en place entre les services « soignants » internes et externes tout en garantissant le secret professionnel et médical.

Les contacts avec les équipes psycho-sociales¹⁹ sont marqués par le fait que ces équipes paramédicales doivent assurer le rôle délicat de la « double casquette » du soin et de l'évaluation avec, pour cette dernière, remise de rapports en vue d'obtention de libération ou de travail, par exemple. De plus, les conditions de travail, le manque de personnel (structurel et conjoncturel) et l'encadrement proposé des équipes médicales²⁰ ne permettent pas d'assurer un travail de base de qualité. On note un gros turnover dans les équipes médicales et paramédicales en prison et une difficulté à recruter du personnel dans ces fonctions. Ces constats ont des effets sur le niveau de formation de ces équipes sur les sujets qui nous occupent et sur le principe d'équivalence de soins préconisé par la loi Dupont. Ils invitent les acteurs soins et RdR actifs en milieu carcéral à se mobiliser pour demander un transfert de compétences du Ministère de la Justice vers celui de la Santé Publique.

On note la mise en place d'actions de sensibilisation des pairs par les pairs dans le cadre d'Opérations Boule-de-Neige et leur impact positif, mais celles-ci sont peu nombreuses et touchent un nombre très restreint de détenus.

¹⁰ Organisation Mondiale de la Santé Europe, Santé en prison- VIH, drogues et tuberculose, Aide-Mémoire, Copenhague et Madrid, 29 octobre 2009. En ligne consulté le 4/9/2013. Voir http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0015/103506/92295F_FS_Prison.pdf

¹¹ Jaquet A., L'aide sociale aux détenus à Bruxelles : le rôle central de la commission communautaire commune, <http://www.bico-info.be/2010/03/aide-sociale-aux-detenus-a-bruxelles-le-role-central-de-la-commission-communautaire-commune/> A. Jaquet note également une augmentation de détenus mis sous mandat d'arrêt en raison de l'absence de leur titre de séjour.

¹² Todts S., Glibert P., Van Malderen S., Van Huyck C., Saliez V. et Hogge M., op.cit.

¹³ Analyses complémentaires bruxelloises réalisées par Modus Vivendi à partir des données brutes de Todts S., Glibert P., Van Malderen S., Van Huyck C., Saliez V. et Hogge M., op.cit.

¹⁴ Caraël E., op. cit.

¹⁵ Caraël E., op. cit.

¹⁶ Locaux inadaptés, peu de visibilité, manque de relais à l'intérieur...

¹⁷ Todts S., Glibert P., Van Malderen S., Van Huyck C., Saliez V. et Hogge M., op.cit.

¹⁸ Siegel S., Pavlovian conditioning and drug overdose : when tolerance fails, in *Addiction Research and Theory*, n°9, 503-513, 2001.

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

¹⁹ Financées par le Ministère de la Justice et non par le Ministère de la Santé.

²⁰ Également financées par le Ministère de la Justice.

Un groupe de pilotage local drogue, rassemblant divers acteurs agissants en prison, des représentants des autorités et du personnel aux professionnels de la prévention du soin et de la RdR, a été créé²¹ dans chaque établissement pénitentiaire. Ces structures sont opérationnelles depuis 2010²² et pourraient être des dispositifs relais intéressants dans la mise en place d'actions concertées.

L'évolution de la situation sanitaire dans les prisons, et en particulier des détenus injecteurs, est un enjeu majeur de santé publique dans une société démocratique. Il faut d'ailleurs objectiver cette situation par la production et la diffusion régulière d'un monitoring sur l'état de santé en prison et sensibiliser les pouvoirs politiques et le grand public à cette réalité. N'oublions pas que, pour la plupart des détenus, le passage en prison est temporaire et devrait toujours s'articuler à une perspective de réinscription sociale. S'ils sont privés de leur liberté, de leurs droits civiques²³ et civils durant cette période, ils doivent encore pouvoir jouir de droits fondamentaux, dont celui de la santé, pour envisager un avenir « hors les murs ».

²¹ SPF Justice, Circulaire ministérielle n°1785 relative à la problématique de la drogue en prison, 18 juillet 2006.

²²Caraël E., op. cit.

²³ Interdiction de voter et d'être éligible

II. LES ACTIONS PRIORITAIRES POUR LE « MILIEU CARCÉRAL »

Une soixantaine d'actions à mener, réparties en 10 catégories présentées dans le carnet consacré à la méthodologie²⁴, ont été identifiées sur base du diagnostic préalablement réalisé. Elles ont ensuite été priorisées, parfois reformulées et spécifiées par des professionnels issus de différents secteurs d'activité (soin, prévention, RdR, social, aide d'urgence, santé mentale...) lors de groupes de travail qui réunissaient une quinzaine de personnes par milieu de vie étudié.

Toutes ces actions sont en lien avec les objectifs généraux, spécifiques et opérationnels formulés à l'aide de l'Outil de Catégorisation des Résultats (OCR)²⁵, un modèle de Promotion de la Santé utilisé par le Service de Promotion de la Santé en Suisse (cf. Annexe). Nous avons privilégié cet outil car nous souhaitons adopter une approche la plus systémique possible, de façon à tenir compte de l'ensemble des facteurs et déterminants de la santé. L'ensemble des objectifs ainsi que la liste complète des actions sont présentés en annexe. La démarche méthodologique, quant à elle, est développée dans le « Carnet 1 : présentation et cadre méthodologique ».

Nous présentons ci-après les actions prioritaires ainsi que les pistes concrètes pour les mettre en œuvre sur le terrain par axes de travail.

Pour chaque action prioritaire sont notamment spécifiés les éléments suivants :

- l'opérateur : quel type d'intervenant(s) doit/vent mener l'action ;
- les partenaires qui pourraient être associés;
- le(s) public(s)-cible(s) : public final visé par l'action ;
- le(s) public(s) relais : public intermédiaire à toucher pour atteindre le public cible;
- la couverture et les zones géographiques à couvrir par cette action;
- les stratégies, les outils, les modalités de mise en place de l'action ;
- les freins, risques et obstacles à l'action ;
- les leviers et facteurs de réussite à essayer de rassembler pour faciliter la mise en œuvre l'action ;
- des indicateurs (quantitatifs ou qualitatifs) qui permettront d'évaluer la réalisation de l'action et de ses objectifs

Remarque : il est important d'insister ici sur le fait que les actions qui n'ont pas été retenues comme prioritaires par les différents acteurs (cf. annexe), ne sont pas pour autant à négliger. Elles ont été identifiées sur base des diagnostics. L'ensemble des actions, qu'elles soient prioritaires ou non, trouvent leur place dans le Plan bruxellois et contribuent à sa cohérence.

²⁴ « Plan bruxellois de Réduction des Risques liés à l'usage de drogues. Carnet N°1 : Présentation et cadre méthodologique », Modus Vivendi 2014.

²⁵ Auteur(e)s: Cloetta, Bernhard; Spencer, Brenda; Ackermann, Günter; Broesskamp-Stone, Ursel; Ruckstuhl, Brigitte; Spörri-Fahrni, Adrian, « Guide pour la catégorisation des résultats », www.promotionsante.ch

ACTION N°1

Développement d'actions (groupes de paroles, ateliers, animations, prévention des pairs par les pairs) et de matériels d'information **non stigmatisant** pour les usagers de drogues.

Action qui existe déjà mais à "étendre" ou à améliorer. En lien avec les objectifs opérationnels 1 et 226.

Public(s) cible(s)

L'ensemble des détenus afin de toucher le public usagé de drogues souvent caché (participation sur base volontaire).

Public(s) relais

Les agents pénitentiaires
Le personnel (para)médical notamment les infirmiers/ères
Les représentants des cultes
Le comité de suivi local
Les organes de concertation des détenus

Opérateurs

Les institutions de RdR/assuétudes actives en prison

Partenaires

Les services d'aide aux détenus (SAD)
Le groupe de Pilotage Local Drogues (GPLD)
La Fédération bruxelloise des Institutions pour Détenus et Ex-détenus (FIDEX)
Les services de promotion de la santé, institutions de RdR actives en prison
Les institutions d'éducation permanente, d'alphabétisation...

Lieu(x) et couverture géographique

Prisons bruxelloises et la prison d'Ittre (de nombreux détenus bruxellois sont transférés à Iltre pour y purger leur peine car il n'existe pas de maison de peine francophone en Région de Bruxelles-Capitale)

Exemple de ce qui existe déjà

- Brochure sur la santé des détenus (Santé en prison : « Gardons le Cap »), sur les hépatites, sur les drogues, les overdoses, la méthadone etc.
- Animations/ateliers /projets de sensibilisation des pairs par les pairs (exemple : Projet Boule-de-Neige, Projet des Détenus Contact Santé et des Agents Relais Santé) menés par les services actifs en prison.

²⁶ Les objectifs opérationnels sont présentés en annexe.

Contenu et conception des messages

Afin de mettre en place des actions ou des outils non stigmatisants, les messages doivent plutôt **porter sur l'amélioration du bien-être** en général. A travers le bien-être sera alors abordée une série de thématiques telles que les maladies transmissibles, les assuétudes, l'alimentation, la gestion de conflits, etc. L'intitulé des animations ou des outils ne doit certainement pas porter explicitement sur les drogues, le « sexe », les maladies... Sujets très sensibles et stigmatisants pour ceux qui y participeraient ou les liraient.

La conception et le choix des messages doivent se faire de manière **participative** avec la collaboration de détenus. Ainsi, les détenus seront amenés, lors de focus groups, par exemple, à construire les messages des animations ou des outils en fonction de leurs préoccupations, de leurs besoins et de leurs intérêts.

Les focus groups doivent également servir à réaliser un travail sur les **représentations** (des usagers de drogues, la consommation de drogues et leurs risques, la santé en général ...). Il s'agit de développer l'axe du savoir-faire et de faire un travail avec les détenus sur l'élargissement de la vision de choses. Il est également important, lors des animations, de réaliser un travail sur l'estime de soi, sur la possibilité de devenir acteur de sa propre santé et de s'approprier le projet.

Conception des animations et outils

En ce qui concerne les activités ou animations, les différents **canaux culturels de la prison** (ateliers d'art plastique, théâtre action, exposition, art, etc.) pourraient être utilisés pour inclure des sujets et des messages de santé non stigmatisant.

Des **partenariats** entre les services d'éducation à la santé et les organisations culturelles travaillant en prison seraient alors à développer ou à renforcer. De manière générale, la mise en contact et les collaborations entre les acteurs de la santé, la culture et du sport en prison devraient être soutenues pour la création d'actions sur une thématique générale non stigmatisante. Enfin, il faudrait s'appuyer davantage sur les GPLD, lieux de rencontre de l'ensemble des intervenants en prison, afin de créer de nouvelles actions destinées aux détenus.

Il est important de diversifier les outils à utiliser en prison : brochures, affiches, messages de santé et de RdR dans le journal des détenus, e-learning à développer, diffusion de messages via un intranet...). La plus grosse difficulté pour faire passer des messages en prison est la coexistence de nombreuses langues différentes dans les prisons bruxelloises (anglais, espagnol, néerlandais, arabe, polonais...). Il est donc nécessaire de traduire les brochures et affiches en **plusieurs langues** et de privilégier les messages basés sur les **images**.

Pour la mise en place d'animations, il faut tout d'abord réaliser le **recrutement de pairs**. Il peut se faire à travers un système de courrier et d'affichage en invitant les détenus à poser leur candidature ou encore via le système de boîtes-aux-lettres mis à la disposition des services extérieurs ou via la bibliothèque.

Diffusion des informations sur les actions et outils

Pour diffuser l'information auprès des détenus concernant les activités/actions/outils, plusieurs possibilités:

- les affiches dans les lieux de vie ;
- le « porte à porte » dans les cellules (ceci n'est pas toujours accepté dans toutes les prisons) ;
- le passage des animateurs extérieurs dans les ailes ;
- la chaîne TV interne de la prison ;
- le journal des détenus ;
- présentoirs des outils systématiquement placés dans les lieux communautaires ;
- présentation systématique des brochures santé aux détenus lors de leur arrivée ;
- la communication informelle (bouche-à-oreilles, les contacts spontanés entre détenus et personnel pénitentiaire...)
- la sensibilisation des représentants des cultes qui peuvent jouer un rôle important en tant que relais des actions santé en prison ;
- etc.

Pour diffuser l'information sur les outils et actions aux professionnels :

- information des services psycho-médicosociaux par les GPLD ;
- utilisation des plateformes de services d'aide aux détenus

Facteurs de réussite

Existence d'un levier au sein de la prison

Avoir une personne de contact dans la prison qui assure la continuité des actions mise en place dans la prison

Adhésion au projet par l'ensemble du personnel pénitentiaire, y compris la direction

Bonne communication (in)formelle au sein de la prison

Risques/obstacles

Communication déficiente entre les différents acteurs

Manque de personnel dans les prisons

Manque de motivation de la part du personnel travaillant dans la prison;

Disponibilité des détenus à recevoir des messages

Conflits interpersonnels entre les détenus

Transferts réguliers des détenus

Indicateurs

Existence et nombre de débriefings avec les détenus (sur toutes les actions qui ont été réalisées en prison)

Nombre de nouveaux projets mise en place dans les prisons

Nombre de partenariats (création, cohésion) investis dans le(s) projet(s)

Nombre de détenus adhérant et participant réellement aux séances/Nombre de participants potentiels

Motifs de non-participation aux animations

Nombre de pairs relais formés

Taux de continuité/turnover des pairs relais

Evolution dans les représentations sur les usagers de drogues véhiculées par les détenus

Contenu et thèmes des animations

ACTION N°2

Diffusion d'informations sur les maladies infectieuses et leur dépistage (ne visant pas uniquement les usagers de drogues), ainsi qu'organisation d'ateliers, de projets de sensibilisation par les pairs, etc.

Action qui existe déjà mais est à "renforcer" ou à développer. En lien avec l'objectif opérationnel 2.

Public(s) cible(s)

L'ensemble des détenus (et pas uniquement les usagers de drogues)

Public(s) relais

Les pairs du public-cible
L'équipe médicale de l'établissement pénitentiaire
Les acteurs de la promotion de la santé en prison

Opérateurs

Les acteurs de RdR et/ou de promotion de la santé, de prévention
Les équipes médicales en prison

Partenaires

Le service de santé pénitentiaire
La direction de l'établissement pénitentiaire
Le réseau hépatite C
Les médecins généralistes, médecins de référence pour une pathologie
Les hôpitaux

Lieu(x) et couverture géographique

Prisons de la Région de Bruxelles-Capitale et prison d'Ittre (de nombreux détenus bruxellois sont transférés à Ittre pour y purger leur peine car il n'existe pas de maison de peine francophone à Bruxelles)
En prison : à l'infirmerie de l'établissement pénitentiaire, au centre médico-chirurgical...

Exemple de ce qui existe déjà

Des brochures et des affiches, ainsi que d'autres supports d'informations, sur les infections au VIH/sida et aux IST, destinés à l'ensemble des détenus existent déjà en prison. Malheureusement, ces outils n'existent pas en plusieurs langues et ne sont pas toujours accessibles.

Inventaire des outils existants

Après un inventaire des outils existants sur les maladies infectieuses et leur dépistage (en prison mais également auprès d'acteurs de prévention ou de RdR), il faudrait évaluer leur disponibilité et visibilité en prison, la réception du message diffusé via ces outils (le message est-il clair, a-t-il été bien retenu, a-t-il été adopté, etc. ?). Les outils pourront alors être adaptés en fonction des résultats obtenus.

Remarque : la Nalaxone (permet de réveiller le sujet comateux dans le cas d'overdose, dont le risque est plus important à la sortie de prison) devrait être donné, en cas d'usage d'opiacés et remis à la sortie. Elle peut être utilisée en spray (cf. projet en Ecosse). Il faudrait mettre en place une réflexion sur la délivrance de ce type de produit et rassembler davantage d'information à ce sujet. Des acteurs de RdR pourraient se pencher sur la faisabilité et la pertinence de cette approche.

Contenu et conception des messages et outils

L'information ne doit pas uniquement viser les usagers de drogues mais s'adresser à **tous les détenus**²⁷.

Il est important de diversifier les outils à utiliser en prison : brochures, affiches, messages de santé et de RdR dans le journal des détenus, e-learning à développer, diffusion de messages via un intranet...). La plus grosse difficulté pour faire passer des messages en prison est la coexistence de différentes langues (anglais, espagnol, néerlandais, arabe, polonais, allemand ...). Il est donc nécessaire de traduire les brochures et affiches en **plusieurs langues** et de privilégier les messages basés sur les **images** et les **pictogrammes**

Les informations doivent être **répétées** (multiplicité des messages, des canaux, des moments...) car il y a un important turnover en prison tant des détenus que du personnel.

Les messages doivent porter sur la vie affective et sexuelle, les pratiques à moindres risques du tatouage, piercing, des modes de consommation de substances.

Diffusion des outils et informations

A destination du public-cible (les détenus) :

- remise des brochures sur le dépistage et les maladies infectieuses à chaque nouveau détenu lors de la visite médicale ;
- remise de ces outils d'information à l'infirmerie
- mise à disposition des affiches et des brochures dans les salles d'attente des consultations en prison ou dans les autres espaces communautaires, les salles de visite, les lieux de vie notamment près des téléphones (via par exemple de présentoirs si la sécurité le permet)
- généralisation de la carte de rappel intradermo (et les informations sur la carte) à destination de détenus et du personnel pénitentiaire
- remise des outils d'information et de l'information via les détenus contacte-santé (ils doivent dès lors disposer d'un stock suffisant) ;
- réalisation du counseling, traitement si nécessaire, ou consultation dès qu'il y a eu un dépistage ;
- remise des outils d'information (brochures...) après les animations santé réalisées ;
- voir également la diffusion des outils dans l'action 1.2 (diffusion d'outils et de messages non stigmatisants):
- via un « porte à porte » dans les cellules (pas toujours accepté dans toutes les prisons) ;
- passage des animateurs extérieurs dans les ailes ;
- chaîne TV interne de la prison ;
- journal des détenus ;
- communication informelle (bouche-à-oreilles...) ;
- sensibilisation des représentants des cultes qui peuvent jouer un rôle important en tant que relais des actions santé en prison ;
- la mise en place des animations régulières

²⁷ Cf. action 1 : » Développement d'actions (groupes de paroles, ateliers, animations, prévention des pairs par les pairs) et de matériels d'information non stigmatisant pour les usagers de drogues.

A destination des professionnels (relais) :

- organisation de séances d'informations et/ou de séminaires sur la thématique de post exposition HIV à destination des médecins pénitentiaires ainsi que des formations sur les IST à destination des agents. Il faut sensibiliser les agents pénitentiaires à la problématique pour que l'information circule bien au sein de la prison;
- mise en place de formations à destinations des médecins sur le dépistage pour qu'ils y soient (re)sensibilisés et le proposent systématiquement aux détenus ;
- l'élaboration (par le service de santé en prison, par exemple) d'un **protocole sur la manière de réagir en cas de contamination** de maladies infectieuses. Ceci pourrait être crée par le service de santé en prison ;
- réhabilitation d'un **poste d'infirmier dédié uniquement à la mission de prévention** (la prévention en général) avec notamment pour missions de recevoir les détenus en traitement de substitution (TSO), de prendre en charge les demandes de dépistage, de mettre en place des initiatives de promotion de la santé...
- mise à disposition dans les infirmeries d'une farde avec les procédures à suivre (protocole dépistage et traitements des maladies infectieuses). Il faudrait s'assurer que cette farde existe et qu'elle est bien en place (responsabilité du directeur de soins et de la logistique);
- la vérification qu'il existe bien dans chaque prison les directifs concernant les IST;
- Intégration dans le dossier médical informatisé des détenus (confidentiel) des commentaires/ remarques sur les maladies infectieuses (dépistages réalisés, vaccinations réalisées, etc.)
- voir l'action 1 : outils et messages non stigmatisants;
- information des services psycho-médicosociaux par les GPLD;
- utilisation des plateformes de services d'aide aux détenus...
- sensibilisation des directions des établissements pénitentiaires à l'ensemble des bénéfices induits par les projets de prévention des pairs par les pairs : valorisation des participants, démarche dynamique et participative.

Facteurs de réussite

Motivation des agents à recevoir l'information

Promotion faite par le personnel médical

Outils adaptés aux publics pénitentiaires (multiplicité des nationalités et des langues, etc.)

Risques/obstacles

Manque de personnel

Coût de dépistage et traitement (exemple : virus de l'Hépatite C)

Mobilité des détenus

Indicateurs

Nombre de brochures distribuées

Nombre de dépistages effectués via l'infirmerie

Augmentation du nombre de dépistage réalisés

Evaluation des formations des agents prétexte/ post textes

Existence des différents outils destinés au personnel (public relais)

Mise à jour du protocole/ farde en place dans l'infirmerie

Nombre de formations réalisés

ACTION N°3

Diffusion du matériel de RdR et d'information sur les dispositifs RdR (TSO, dépistage, matériel disponible...) en prison via différents canaux (par le personnel para/médical, par les pairs, les services extérieurs, brochures/affiches dans les espaces communs, chaîne tv interne à la prison).

Action qui existe déjà mais à "étendre"/développer. En lien avec l'objectif opérationnel 3.

Public(s) cible(s)

L'ensemble des détenus afin de toucher le public usagé de drogues souvent caché

Public(s) relais

La direction de la prison
Le personnel (para)médical en prison
Les acteurs extérieurs du secteur spécialisé
Les pairs

Opérateurs

Les institutions spécialisées en RdR

Partenaires

Les services bas-seuil
Les comptoirs d'échange de seringues
Des médecins
Les services d'aide aux détenus
Les services médicaux des prisons, association de fait des médecins pénitentiaires (cf. descriptif de l'action)

Lieu(x) et couverture géographique

Prisons de la Région de Bruxelles-Capitale et d'Ittre (de nombreux détenus bruxellois sont transférés à Ittre pour y purger leur peine car il n'existe pas de maison de peine francophone à Bruxelles)

Exemple de ce qui existe déjà

Dans les prisons, les pochettes avec préservatifs (contenant un préservatif et un gel lubrifiant à base d'eau) sont commandées via la pharmacie centrale. Puis, ils sont souvent mis à la disposition des détenus dans les infirmeries et lors des VHS (visites hors surveillance). Cette mise à disposition doit être améliorée en travaillant sur la discrétion, la régularité de mise à disposition, etc.) Des informations sur différents risques sont également diffusées : via la brochure « Santé en prison : Gardons le Cap », disponibles théoriquement dans les infirmeries.
Il existe un groupe de travail exploratoire sur l'utilisation de chaîne tv internes aux prisons.

Sensibilisation préalable des professionnels à la RdR

Pour pouvoir diffuser du matériel de RdR en prison, ainsi que mettre en place des actions de RdR, il faut dans un premier temps travailler sur la sensibilisation/ formation à la RdR de l'ensemble du personnel travaillant en prison.

- **Les infirmiers** : intégrer un module RdR dans la formation continue des infirmiers.
- **Les agents pénitentiaires** : il semble peu réaliste de pouvoir augmenter le nombre d'heures dédiées aux assuétudes dans le cadre des formations destinées aux agents. Le moment le plus approprié pour les toucher serait pendant la pause, entre 12-13:30h et pendant leur temps de travail en prison pour les formations.

Le contenu de la formation pour ces acteurs : les principes généraux de la RdR en insistant sur les avantages des actions RdR (avantages pas uniquement pour les détenus mais également pour le personnel pénitentiaire : apport aux personnel et aux détenus, les risques encourus par les détenus et le personnel, etc.).

- **Les médecins travaillant en prison** : les inviter à des colloques sur la thématique de la RdR, à des séminaires, à des visites internationales et renforcer le lien entre le personnel médical actif en prison et le secteur spécialisé en assuétudes (voir le cas de la prison de Lantin).

La sensibilisation des médecins peut également se faire en approchant l'association de fait des médecins pénitentiaires. Les médecins participant à ses réunions ont une réelle capacité de mobilisation et peuvent agir par la suite comme relais auprès d'autres médecins travaillant en prison.

- **Les directeurs de prisons** : il est possible de les toucher via le GPLD qui validerait la démarche de la RdR en prison. Au sein des GPLD, un accord peut être obtenu pour la diffusion des informations et du matériel de RdR et valider la mise en place d'un projet RdR en prison. Notons que par manque de formation, les membres des GPLD ne sont pas outillés pour impulser ce type de projet. Cela nécessite donc un important travail de lobbying par les acteurs de RdR participant à ces réunions.

Matériel de RdR et d'information à diffuser

Afin de définir précisément le matériel qui devrait être diffusé dans chaque prison :

- faire un inventaire précis des outils (affiches/ flyers, brochures...) disponibles dans chaque prison.
- réaliser des observations dans chaque prison sur la réelle mise à disposition du matériel RdR (préservatifs et autres)

Canaux de diffusion des informations

Au sein de la prison, les messages sur le matériel de RdR et les dispositifs en prison peuvent être diffusés :

- via une chaîne TV interne. A l'heure actuelle, c'est avant en Communauté flamande qu'une chaîne Tv interne à la prison est utilisée de manière plus structurée²⁸.

Les limites à son utilisation côté francophone sont :

- problème de langue (nécessité de privilégier les contenus visuels) ;
 - insuffisance de contenus disponible (nb : les contenus doivent être adaptés aux différentes cultures présentées dans les prisons) ;
 - difficulté d'assurer continuité dans les émissions de la chaîne (nécessité d'identifier dans chaque prison une personne en charge d'alimenter et de gérer la chaîne tv).
 - un groupe de travail composé par des membres du réseau arrêt-prison réalise un travail exploratoire sur les chaînes tv. Les résultats de ces travaux sont à suivre. Il faut également se référer davantage aux expériences menées à l'étranger. (ex. France).
- via des affiches : ce canal fonctionne bien pour autant que les affiches soient renouvelées régulièrement et qu'il y ait une personne en charge de cela. Les affiches doivent être renforcées par un autre outil/activité. Par exemple : s'assurer que des informations de RdR sont diffusées via l'infirmerie ce qui permet de renforcer les messages que les détenus ont vu dans les affiches.
 - via des flyers : deux fois par an, en glisser directement sous la porte des cellules (pour ne pas surcharger les agents). Le contenu des flyers peut être assez condensé mais avec des informations plus spécifique sur différents thèmes : « en savoir plus sur... ».

²⁸ Cf. action 1 « Développement d'actions et de matériels d'information non stigmatisant pour les usagers de drogues » et action n°2 « Diffusion d'informations sur les maladies infectieuses et leur dépistage... »

NB : Le gros problème pour toucher la population carcérale est celui de la langue. Il faut traduire les affiches, brochure, flyers dans différentes langues, au moins en français, anglais, espagnol et néerlandais.

- Via le personnel paramédical : lors des consultations, des séances de dépistage
- Via le personnel pénitentiaire (qui aura été préalablement formé) : information informelle

Remarque générale : il serait avant tout pertinent de travailler sur une réelle politique de Réduction des Risques liés à l'usage de drogues en prison avec les coordinateurs Politique Drogues en Prison.

Facteurs de réussite

Acceptation du projet par la direction de la prison

Mobilisation des agents pénitentiaires

Risques/obstacles

Blocage de la part des agents pénitentiaires

Sensibilisation variable des médecins à l'efficacité de ce dispositif

Indicateurs

Nombre de personnes sous traitement de substitution et évolution de celui-ci

Nombre de formations organisées

Nombre de préservatifs distribués

Nombre de pailles distribuées

Audimat pour la chaîne TV

Taux de renouvellement des affiches dans les espaces communs

Nombre de contenus RdR créés prêts à être diffusés sur la chaîne TV

ACTION N°4

Planification de la continuité des traitements (TSO et autres) à la sortie de prison.

Action qui existe déjà localement mais à "étendre"/à développer. En lien avec l'objectif opérationnel 13.

Public(s) cible(s)

Les détenus (usagers de drogues ou autre, s'il s'agit d'un traitement autre que de substitution)

Public(s) relais

Cf. partenaires

Type(s) d'opérateur(s)

Les associations d'aide aux toxicomanes

Partenaires

Les services médicaux en prison (médecins en prison pour prescription des traitements)

Les greffes

La fédération des maisons médicales

Lieu(x) et couverture géographique

Prisons de la Région de Bruxelles-Capitale et d'Ittre (de nombreux détenus bruxellois sont transférés à Ittre pour y purger leur peine car il n'existe pas de maison de peine francophone à Bruxelles).

Ce qui existe

Une loi d'équivalence de soin existe (Loi Dupont) mais n'est pas appliquée.

Un projet est actuellement en cours dans un centre d'accueil et d'hébergement pour usagers de drogues et doit être étendu, formalisé et élargi sur l'ensemble du territoire.

Dans le cadre de ce projet, la personne sortant de prison et qui y suivait un traitement reçoit des comprimés de son traitement pour les premières 72 heures de sa libération, et ce y compris la méthadone sous forme de sirop. Elle ne reçoit donc pas de prescription mais le médicament directement. Ensuite elle se rendra dans un service externe afin qu'elle dispose de sa médication à plus long terme. Ce service interne ayant eu un contact préalable avec le patient lors de sa détention. Lors de cet entretien et moyennant son accord, le détenu complète un document qui stipule qu'il autorise le service externe à communiquer avec le service infirmier de la prison au sujet de sa médication. Ce document est signé par le détenu et n'est en aucun cas obligatoire. Le consentement de la personne est indispensable afin de ne pas transgresser le secret médical. Il est joint à l'attestation de base stipulant que le service accueillera le détenu à sa sortie. Ce document est ensuite transmis au service infirmier de la prison.

En France: les Centres de Soins d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie en ambulatoire (CSAPA) en milieu pénitentiaire, répondent aux mêmes missions que les CSAPA en milieu libre, c'est-à-dire la prise en charge médicale, psychologique, sociale et éducative des personnes détenues présentant une dépendance aux drogues ou à l'alcool ou plus rarement une addiction sans substance. Ils assurent la prise en charge et le suivi médical des ex détenus (ils sont pris en charge financièrement).

Traitement à la sortie durant 72 h

Il faut donner aux détenus sortant (et qui suivaient un traitement de substitution intramuros) le traitement directement pour les 72 h qui suivent la sortie. Pour cela, il faut communiquer les informations médicales relatives au traitement suivi par le détenu au greffe et de les conserver dans son dossier afin qu'elles puissent être consultées lors de sa libération. Avec cette indication au moment de la sortie, il sera possible au personnel de la prison de faire le nécessaire pour que le détenu dispose de 72 heures dudit traitement.

Une bonne circulation de l'information entre le service infirmier de la prison et les associations externes qui suivent le détenu en prison est nécessaire pendant et après la détention.

Enfin, pour un bon déroulement de ce type de projet, il est utile de rappeler :

- aux services de santé en prison la Loi Dupont qui prévoit la continuité des soins ;
- aux détenus leurs droits (rappel fait par les services extérieurs et si possible via les services médicaux internes).

Lieux de prise en charge spécifique

Développer des points d'accueil où il n'y a que des services ambulatoires (comme les CSAPA* en France²⁹) et/ou des maisons de transition avec possibilité de logement (comme il en existe au Canada, par exemple) et assurer aux ex détenus une **prise en charge médicale**, et prévoir **un budget** pour la prise en charge du traitement après les 72 premières heures qui suivent la sortie.

Développer les contacts avec ces derniers afin d'assurer le suivi et prescrire le traitement pour 72 heures à partir du moment de la sortie, dès la sortie. Il faut approcher la Fédération des maisons médicales, par exemple, pour les intégrer dans ce dispositif pour le suivi médical entre prison et extérieur.

Facteurs de réussite

Bonne information des acteurs concernés, des différents acteurs internes et externes à la prison, pour assurer une bonne coordination entre ces services

Transfert des compétences santé en prison au Ministère de la Santé

Risques/obstacles

Crainte de l'Ordre des Médecins des overdoses et de la responsabilité en cas d'overdose

Risque d'absorption de la totalité des médicaments en une fois

Manque de connaissance du personnel médical en prison concernant la réalité des détenus à leur sortie : pas de couverture sociale/mutuelle, pas d'argent pour se procurer les médicaments...

Indicateurs

Augmentation du nombre de détenus qui sortent de prison avec un traitement pour 72 heures

Application de la Loi (en lien avec l'indicateur précédent)

Élargissement du projet de délivrance de traitement et de suivi à d'autres équipes/institutions

Enveloppe budgétaire dégagée par les politiques pour la prise en charge des détenus pour les traitements pour 72 heures à leur sortie.

²⁹ Les centres de soins d'accompagnement et de prévention en addictologie en ambulatoire

ACTION N°5

Allocation de **moyens financiers supplémentaires** pour le renforcement des équipes médicales, psychosociales et des équipes de soins.

Action à créer. En lien avec les objectifs opérationnels 12 et 14.

Public(s) cible(s)

Le SPF Justice- SPF Santé³⁰

Public(s) relais

Les parlementaires (via questions)

Les entités fédérées (COCOF)

La direction générale des prisons

La presse/médias

Les directions internes des prisons (chefs d'établissement, service médical, service psycho social)

Opérateurs

La concertation assuétudes prison bruxelloise de la FEDITO

Partenaires

Les associations des médecins généralistes et psychiatres

L'observatoire des prisons

La FIDEX (Fédération bruxelloise des institutions pour ex-détenus)

La Commission Prévention Torture

Le Tribunal d'Application des Peines

La commission de défense sociale

La Magistrature (ASM), la CAAP (Concertation des Associations Actives en Prison)

Le service SPS central

La DGEPI (Direction Générale des Etablissements Pénitentiaires)

Le service soins de santé prison du SPF Justice

Les groupes pilotage local drogues (GPLD)

Les syndicats

Lieu(x) et couverture géographique

Prisons en Région de Bruxelles-Capitale et la prison d'Ittre (de nombreux détenus bruxellois sont transférés à Ittre pour y purger leur peine car il n'existe pas de maison de peine francophone à Bruxelles). Budget au niveau fédéral.

³⁰ Cf action n°16 : « Lobby ... pour le transfert des compétences des soins de santé en prison (et leur financement) au SPF santé publique ».

Evaluation de la situation actuelle et création d'un outil

Il faut d'abord évaluer la situation actuelle via d'une recherche universitaire avec une orientation sociologique faite par des acteurs extérieurs, indépendant du milieu carcéral.

La première étape consiste à faire un inventaire, un état des lieux des équipes réellement présentes sur le terrain et de comparer cela avec le Plan de personnel (géré par le Ministre de la Justice). Ce cadastre doit répondre aux questions suivantes : Le plan est-il complet ? Si oui, correspond-il aux besoins du terrain? Sur base de ce premier cadastre, un outil permettant d'évaluer de manière permanente les besoins en termes de personnel doit être créé. La création de cet outil doit se faire en collaboration avec la participation des équipes psycho-médicosociales en place dans les établissements pénitentiaires.

Sensibilisation des acteurs-clés à l'impact positif de l'amélioration des conditions de travail et de l'accompagnement des détenus

Il faut convaincre le SPF Justice, les directions de prison et les syndicats de l'intérêt de cette recherche et de son objectif (améliorer le cadre) car l'amélioration des conditions de travail et de l'accompagnement a comme effet :

- de diminuer l'absentéisme dans les équipes;
- de diminuer les coûts globaux (sortie plus rapide des détenus et diminution des récidives) et améliorer la sécurité générale ;
- d'améliorer les conditions de suivi des détenus et donc les conditions générales de la vie de la prison;
- de diminuer le turn-over dans les équipes et donc les frais de formation.

Comme l'enveloppe attribuée aux équipes est fermée, peu de marche de manœuvre en interne est possible. Il faudrait donc viser un transfert de compétences du SPF Justice vers le SPF Santé³¹.

Facteurs de réussite

Indépendance des enquêteurs
Bon relais syndical
Organe de Concertation dans les établissements pénitentiaires

Risques/obstacles

Manque de budget structurel
Manque de volonté politique et frilosité durant les périodes électorales
Manque de connaissance du milieu
Réforme de l'Etat

Indicateurs

Diminution de l'écart entre le cadre prévu et les besoins
Engagement supplémentaire de personnel
Amélioration de la stabilité des équipes
Diminution de l'absentéisme
Meilleure réinsertion des détenus
Augmentation du nombre de départ en conditionnelle

³¹ Cf. Action n°16 : « Lobby pour le transfert des compétences des soins de santé en prison (et leur financement) au SPF santé publique ».

ACTION N°6

Groupes de paroles santé, de discussion sur les risques liés à la consommation de drogues, au tatouage/piercing et à la vie affective et sexuelle en prison.

Action à créer. En lien avec les objectifs opérationnels 1, 2, 11 et 18.

Public(s) cible(s)

Les détenus en général (hommes, femmes)
Les détenus usagers de drogues en particulier

Public(s) relais

Les agents pénitentiaires
Les directions de prison
Les services d'aide aux détenus (SAD)

Opérateurs

Les acteurs de RdR, les Services d'aide aux détenus.

Partenaires :

Les services d'aide aux détenus (SAD)
Les services médicaux des établissements
Les groupes locaux de pilotage drogues des prisons (GPLD)

Lieu(x) et couverture géographique

Prisons de la Région de Bruxelles-Capitale et d'Ittre (de nombreux détenus bruxellois sont transférés à Ittre pour y purger leur peine car il n'existe pas de maison de peine francophone à Bruxelles).

Exemple de ce qui existe déjà

Des groupes de paroles visant les usagers de drogues sur l'image qu'ils renvoient et l'image qu'ils veulent renvoyer, etc. sont mis en place à la Prison de Forest
Un groupe de jeux de société ayant comme but les habilités sociales est également mis en place à la Prison de Forest.

Identification et sensibilisation des personnes ressources

Une identification des personnes ressources au sein de la prison se révèle incontournable, pour ensuite bien les informer, les sensibiliser au projet. Ne pas hésiter à y consacrer du temps. Bien prévoir cette étape, ainsi que celle qui suit, dès la conception du projet.

Afin de faciliter cette étape, il est important de passer par les Comités de Pilotage Drogues.

Ainsi, toute initiative de projet de groupe de discussion santé pour détenus, et particulièrement en ce qui concerne les usagers de drogues en prison, ne peut se faire sans une véritable sensibilisation des agents pénitentiaires (après accord de la hiérarchie, accord indispensable mais insuffisant). Leur collaboration est indispensable car la réussite dépend de leur collaboration pour tenir compte des moments prévus pour le projet pour notamment prévoir les heures de douches, visites, etc. Cette étape nécessite beaucoup d'investissement (notamment à cause du turnover important du personnel dans certaines prisons), il ne faut pas la sous-estimer et ne pas vouloir la « raboter ». Cela nécessite une rencontre personnalisée sur section, lorsque les détenus sont au préau, par exemple. Les agents doivent être traités comme un « public » à part entière du projet.

Cette sensibilisation doit également passer par une sensibilisation des agents pénitentiaires à la RdR et au problème de la stigmatisation des usagers de drogues. Cela doit être organisé pendant le temps de travail des agents. Remarque : ces aspects sont prévus dans la formation de base des agents mais cela concerne les « nouveaux » agents, pas les « anciens ».

Recrutement des participants et organisation des groupes

Cela doit se faire sur base anonyme et volontaire. Il est important que les participants au groupe ne soient pas étiquetés « toxicomane ». Avant de commencer avec les usagers de drogues, commencer avec des groupes de détenus « plus faciles », c'est-à-dire moins stigmatisés par les autres détenus et le personnel de prison. Les premiers recrutements ne doivent donc pas se faire via la condition d'être (ex) consommateur.

Le recrutement doit se faire peu de temps avant la séance (timing serré), il faut persévérer si peu de participants y participent au début. Il faut du temps pour mobiliser les personnes autour de ce genre de projet. Il ne faut donc pas s'arrêter après quelques échecs.

Le recrutement peut se faire par le Service Médical qui envoie les invitations à chaque détenu « concerné ». Le service médical réceptionne les réponses et crée la liste d'appel.

Une sensibilisation par affiche peut déjà être faite en amont (près des téléphones, à l'infirmerie, au SPS, dans les bureaux des services externes, etc.).

Organisation du groupe :

- limitation à 10 détenus maximum ;
- participation sur base volontaire ;
- 3 séances par mois ;
- Horaire idéals : 18-19 heures (horaires décalés).

Stratégie pour lancer les groupes de discussion/parole

Ne pas commencer d'emblée par un thème « délicat » comme l'usage de drogues. Commencer avec un thème « santé » en général. Il s'agit à ce stade d'instaurer une culture de la parole, du groupe de parole, tant vis-à-vis des détenus qu'à nouveau du personnel de la prison.

Ensuite aller petit-à-petit vers des thèmes plus sensibles, comme l'usage de drogues, les prises de risques, la vie affective et sexuelle, ses risques en prison, etc. Les thématiques spécifiques peuvent ainsi être abordées suivant la composition et les demandes du groupe (contraception, injection...). Il est important de partir des demandes des participants.

Facteurs de réussite

Bonne collaboration communication avec la direction et les professionnels de la prison
Temps prévu depuis le début du projet pour la sensibilisation des personnes ressources et agents
Persévérance
Pas de turn-over au niveau du porteur de projet (opérateur)

Risques/obstacles

Turnover du personnel de prison
Manque de temps
Stigmatisation des participants au groupe

Indicateurs

Identification des personnes ressources au sein de la prison
Temps affecté, démarches effectuée pour l'information, sensibilisation des agents, personnes ressources au sein de la prison,
Présence de la phase de sensibilisation dans le projet
Nombre de séances, nombre de participants d'une séance à l'autre
Evolution des thèmes abordés
Taux de participation aux séances RdR
Satisfaction des participants
Amélioration du niveau de connaissances des participants

ACTION N°7

Projets participatifs : sensibilisation/information des pairs par les pairs sur la santé en général, la vie affective et sexuelle, ainsi que les risques liés à la consommation de drogues et le tatouage/piercing en particulier, y compris la formation des pairs.

Action qui existe déjà et à "étendre"/à développer. En lien avec les objectifs opérationnels 1, 2, 11 et 18.

Public(s) cible(s)

Les détenus en général (hommes, femmes)
Les détenus usagers de drogues en particulier

Public(s) relais

Les agents pénitentiaires
Les directions de prison
Les équipes soins des établissements pénitentiaires
Les services d'aide aux détenus (SAD)

Opérateurs

Les services d'aide aux détenus (SAD)
Les acteurs de RdR

Partenaires

Les agents pénitentiaires
Les directions de prison
Les services d'aide aux détenus (SAD)
Les équipes soins des établissements pénitentiaires
La FIDEX
Les détenus

Lieu(x) et couverture géographique

Prisons en Région de Bruxelles-Capitale et la prison d'Ittre (de nombreux détenus bruxellois sont transférés à Ittre pour y purger leur peine car il n'existe pas de maison de peine francophone à Bruxelles)

Exemple de ce qui existe déjà

Des opérations Boule-de-Neige menées par des acteurs de RdR sont mises en place « en rue ». Depuis l'année 2012 une opération a eu lieu à la prison de Berkendael. Ce projet doit être étendu tant au niveau de l'ensemble des prisons qu'au niveau du nombre d'opérations par prison.

Transmission d'information santé de détenus à détenus. Projet type « Boule-de-Neige »

Ces opérations visent à transmettre des informations de pairs à pairs.

Recrutement des pairs (jobistes)

La première étape consiste à recruter des « jobistes », c'est-à-dire des pairs du public visé (à définir en fonction du thème abordé) que l'on va défrayer pour leur participation à l'opération. Le défraiement est très important en termes de reconnaissance du travail accompli. De plus, étant donné le peu de moyens dont disposent les détenus, l'aspect financier est important pour eux. Le défraiement se fait sur base du nombre de pairs rencontrés et sensibilisés. La participation à ces projets doit toujours se faire sur base volontaire des détenus.

Le recrutement se fait soit via :

- le bouche-à-oreilles par les services de santé internet et externe qui sont partenaires,
- des affichettes dans les salles communes
- dans le projet lui-même car à la fin du questionnaire qui sert d'outil à la rencontre de pair à pair la question est posée de savoir si la personne souhaite participer à ce type de projet.
- la question des critères d'embauche doit être définie avant chaque opération.

Formation

Après avoir été recrutés, les jobistes sont formés afin de transmettre des informations. Cet aspect est extrêmement important.

Contenu de la formation :

- la maîtrise du questionnaire afin de répondre à des questions éventuelles de compréhension (vocabulaire, thème...);
- les aspects théoriques « santé » abordés dans le questionnaire, ainsi que les outils (brochures, flyers...) à présenter aux détenus sur les différents thèmes...;
- comment entrer en contact avec les répondants, comment poser les questions de façon non jugeante (pas de réactions aux réponses, etc.), comment aborder les thèmes plus délicats, comment gérer la confiance qui leur est faite en répondant au questionnaire, comment réagir face à des réactions violentes de la part des répondants, le respect de la confidentialité des réponses/notion de « secret professionnel)...;

Ces aspects devraient être repris dans un « manuel méthodologique » destiné aux pairs.

Le nombre de séances de formation est à définir.

Contenus des opérations

Les contenus des opérations peuvent varier et aborder des thématiques spécifiques comme les consommations (produits, modes), hors et en prison, le partage de matériel, la vie affective et sexuelle et les prises de risques liées (sujet très tabou en prison). Pour les femmes, il faut également aborder des thèmes spécifiques à la santé des femmes (grossesse, maternité, contraception...)

Les thèmes peuvent par ailleurs être définis et travaillés au sein d'un groupe de travail regroupant différents SAD et services internes à la prison (médical, psycho-social), voire des détenus

Déroulement de la partie rencontre

Après la formation, les jobistes vont à la rencontre de leurs pairs avec un questionnaire qu'ils utilisent comme outil de contact et de transmission d'informations. Ce questionnaire est anonyme, complété par l'intermédiaire du jobiste. Il est conçu en différentes langues (néerlandais, anglais, espagnol, langues des pays de l'Est, portugais notamment chez les femmes...)

Lors de la rencontre, le jobiste commence par des sujets santé en général (dépistage, vaccination...) afin d'éviter toute stigmatisation, ou le rejet par peur d'être identifié « tox », etc., en prévoyant des volets plus spécifiques parmi d'autres : tatouage/piercing, usage de médicaments/substances/Traitement de Substitution aux Opiacés et RdR, vie affectives et sexuelles et prise de risques (en faisant attention aux sujets tabous).

Le pair va recruter lui-même les répondants potentiels à « ses » questionnaires, par exemple en allant vers les personnes qu'il connaît.

L'outil de contact

Différents types de questionnaire peuvent être conçus suivant les thèmes et publics des opérations (version homme/femme). La forme du questionnaire peut être travaillée en partenariat avec des associations d'alphabétisation (pour adapter la forme et le contenu des questions au niveau des détenus, dont le niveau d'alphabétisation peut être faible)

Débriefing

Après la période de rencontre un débriefing doit être mis en place avec les jobistes Il s'agit d'une étape importante du projet, à mener après chaque action : quel est l'apport personnel du projet? Qu'est-ce que cela a apporté aux personnes rencontrées ? Qu'est-ce qui peut être amélioré ? Qu'est ce qui leur a manqué? Ont-ils des idées d'outils autres que le questionnaire ? Les personnes rencontrées ont-elles été réceptives aux thèmes de santé abordés, aux questions... ?

Transmission d'information santé de détenus à détenus via des « référents santé pairs»

Il s'agit d'identifier des détenus comme des « référents santé » au sein de l'établissement. Ils sont alors les personnes à contacter au sein de la prison pour des questions relatives à la santé.

Recrutement des pairs (qui vont sensibiliser les autres): par le bouche-à-oreilles via les services partenaires (santé, externes), affichettes dans les salles communes. Les critères pour devenir « référents santé » doivent être définis préalablement (exemple durée d'incarcération pour la continuité du projet)

Formation

Tout comme pour le projet d'information des pairs par les pairs par questionnaire (ex Boule-de-Neige), cet aspect est extrêmement important. La formation devra porter sur :

- les aspects théoriques « santé »
- comment entrer en contact avec les détenus, comment aborder les thèmes plus délicats, ne pas avoir une approche jugeante..., comment réagir face à des réactions violentes, comment gérer la confiance qui leur est faite, le respect des réponses/notion de « secret professionnel»...
- Les informations santé (théoriques, mais aussi sur les outils à la disposition des détenus) doivent être répétées.

Ces aspects devraient être repris dans un « manuel méthodologique» destiné aux pairs. Le nombre de séances de formation est à définir en fonction des thèmes et des profils des pairs recrutés.

Thème à aborder :

- la santé en général (dépistage, vaccination...) afin d'éviter toute stigmatisation, ou le rejet par peur d'être identifié « tox »..., en prévoyant des volets plus spécifiques parmi d'autres : tatouage/piercing, usage de médicaments/substances/TSO et RdR, vie affectives et sexuelles et prise de risques (attention sujet tabou)... ;
- thèmes plus spécifiques (avec certains référents santé ayant une « connaissance en matière d'usages de drogues »):
Consommation (produits, modes) hors et en prison, partage de matériel ;
- la vie affective et sexuelle (et prise de risques)(sujet très tabou en prison) ;
- pour les femmes : aborder des thèmes spécifiques à la santé des femmes (grossesse, contraception...).

De manière générale, les thèmes peuvent par ailleurs être définis et travaillés au sein d'un groupe de travail regroupant différents SAD et services internes à la prison (médical, psycho-social), et idéalement des détenus.

Facteurs de réussite

Soutien de la direction

Coopération des agents pénitentiaires

Soutien de la FIDEX, des services santé et psychosociaux des prisons (SPS)

Rémunération des « pairs »

Risques/obstacles

Absence de local pour donner les formations.

Grèves

Parfois le fait d'être sous traitement (et pas nécessairement en traitement de substitution) ne permet pas de participer aux activités proposées aux détenus.

Indicateurs« Boule de Neige »

Nombre de pairs (jobistes) « recrutés », formés et combien vont jusqu'au bout du projet, avec identification des leviers et obstacles

Nombre de détenus qui ont rempli le questionnaire

Réceptivité de ceux-ci aux thèmes santé proposés (via le débriefing des pairs, par exemple)

Questionnaire de debriefing

« Référents santé »

Nombre de pairs (jobistes) « recrutés », formés et combien vont jusqu'au bout du projet, avec identification des leviers et obstacles.

Nombre de demandes d'information qu'ils ont reçues, type de demandes, qualités des contacts et échanges avec les autres détenus...

ACTION N° 8

Sensibilisation des autorités et du monde politique, ainsi que du grand public, aux conditions de détention et de vie en prison

Action qui existe partiellement mais à "étendre". En lien avec l'objectif opérationnel 26.

Public(s) cible(s)

Les acteurs politiques
La société civile

Public(s) relais

La presse et médias, réseaux sociaux pour toucher le « grand public » (en touchant la société civile, on pousse les politiques à s'y intéresser)
Les acteurs politiques
La presse et médias plus professionnels pour toucher les professionnels (Journal des médecins, newsletters pour professionnels de la promotion de la santé, RdR...)
Les enseignants pour toucher les jeunes

Type(s) d'opérateur(s)

Les acteurs fédérant d'autres acteurs (exemple : la Fédération bruxelloises des Institutions pour Détenus et Ex-détenus (FIDEX) ou la Concertation des Associations Actives en Prison (CAAP)

Partenaires : cf. les opérateurs,

Les membres de la FIDEX
L'observatoire des établissements pénitentiaires
Les associations des droits de l'homme, de réflexion sur la société
Le comité de vigilance prison

Lieu(x) et couverture géographique

Niveau national sans pour autant négliger le niveau plus local

Exemple de ce qui existe déjà

-Rapports annuels de l'Observatoire des prisons (ces publications peuvent parfois donner lieu à des retours dans les médias)
-Action de sensibilisation du CAL par exemple via des campagnes sur l'enfermement, notion qui soulève des questions politiques et sociales sur la gestion du « vivre ensemble », les libertés individuelles et le respect de l'autre.

Les conditions de détention, vie et travail en prison, sont trop souvent abordées lors de faits divers : grèves, évasions, « grandes affaires » (Dutroux, Michèle Martin...), et trop souvent de manière sensationnaliste.

Les associations (Services d'Aide aux détenus...) travaillant avec les (ex) détenus sont alors contactées pour réagir à chaud et se sentent souvent désemparées de peur que leurs propos ne soient mal interprétés ou que cela ne se retourne pas contre elles. Travailler en prison, l'accès aux prisons et aux détenus ne sont pas aisés. En prenant la parole dans ce type de contexte et en adoptant des positions dénonçant certaines situation, ces intervenants risquent de se « griller » auprès des services et des autorités pénitentiaires. Ce qui rendrait leur travail encore plus délicat.

A développer ou à créer

Outils de communication, porte-parole

L'idéal pour les différents associations travaillant avec ou pour les détenus serait de pouvoir rebondir de manière positive en disposant soit : de **dossier de communication** « tout prêts », ou encore **d'un porte-parole des intervenants en prison**, voire d'une **cellule de communication** (préparée pour ce genre d'interventions et qui disposerait de dossiers de presse, d'informations, etc.) au sein de la FIDEX par exemple.

Ce porte-parole/cellule communication travaillerait également sur des dossiers de fond de manière à également pouvoir communiquer vers la presse de manière proactive (stratégie de communication qui devra être travaillée par la cellule/porte-parole).

Outils de communication possibles (liste non exhaustive) :

- carte blanche, lettre ouverte dans la presse
- témoignage écrits/audio/filmés... de (ex)détenus (exemple : impact des grèves sur l'accès aux soins de santé, à l'hygiène, etc.)
- dossier de fond et argumentaires sur l'accès aux soins de santé en prison, qualité des soins, suivis et prises en charge psycho-médico-sociale...³²
- dossiers de presse, communiqués de presse...
- interpellation des parlementaires (cf. argumentaires et dossier de fond)

Les associations pourraient suivre une formation sur comment communiquer avec la presse, médias (media training)

Autre axe

La sensibilisation des jeunes, (futurs) acteurs de la société, à intensifier par l'intermédiaire de l'école : témoignages de professionnels, création de projets pédagogiques (avec dossiers pédagogiques, témoignages, documentaires...)

Facteurs de réussite

Un acteur porteur

Fédération et accord des diverses associations

Risques/obstacles

Difficulté d'un discours commun

Crainte des associations de prendre position, ne sentent pas outillées pour répondre

Indicateurs

Retombées dans le presse/médias

Contenus des témoignages et articles/reportage concernant les détenus

Existence d'une cellule et d'outils de communication avec des messages

³² Cf. Action n°14 : « Réalisation d'enquêtes qualitatives et quantitatives (prévalence, focus group, etc.) sur l'état de santé, la consommation et les prises de risques, la couverture vaccinale et le dépistage, les besoins, etc. des détenus pour la mise en place de programmes/actions de RdR adaptés »

ACTION N°9

Renforcement des équipes (para)médicales en prison (plus de médecins, infirmiers) en prison et **attribution d'un rôle de RdR** à ces équipes, **soutenues** et renforcées par des **équipes de RdR externes**.

Action existant déjà mais à renforcer. En lien avec l'objectif opérationnel 15.

Public(s) cible(s)

Les pouvoirs subsidiants soit : le SPF Justice, le SPF Santé, la COCOF, la FWB

Public(s) relais

Les groupes locaux de Pilotage Drogue des établissements

Le secteur Patronat Toxicomanie (FEIAT)

Les structures Psycho-Socio-Thérapeutiques (FSPST)

Le service Psychosocial Central (SPS) des prisons

La Direction Générale des Etablissements Pénitentiaires

Opérateurs

La concertation bruxelloise des acteurs assuétudes en prison

La FEDITO

La concertation des associations actives en prison (CAAP)

Partenaires

La plate-forme de RdR,

La Fédération bruxelloise des Institutions pour Détenus et Ex-détenus (FIDEX)

Les travailleurs de terrain

Lieu(x) et couverture géographique

Prison de Forest-Berkendael, Saint-Gilles

Exemple de ce qui existe déjà

Le SES (Service Education Santé) forme des agents relais santé (1 fois par mois). Elle pourrait être complétée par un axe en RdR.

Modus Vivendi a créé une brochure spécifique pour les personnes détenues « La santé en prison: gardons le cap ».

Une opération Boule-de-Neige a pu être organisée à Forest.

Sensibiliser les acteurs

Il est nécessaire de d'abord sensibiliser le Groupe de Pilotage Local Drogues » de chaque établissement à la RdR, pour ensuite toucher le personnel infirmier et médical. La DGEPI doit également être sensibilisée à la pertinence de la mise en place d'actions RdR en prison.

Création d'un module de formation pour le personnel médical

Une formation RdR spécifiquement destinée aux équipes médicales psycho-sociales de la prison doit être créée. Ces formations et outils doivent être élaborés sur base des résultats des enquêtes « santé » réalisées en prison³⁴.

Les moyens attribués aux services RdR actifs dans la formation pour créer et donner le module mais aussi pour réaliser un travail de relais et de création d'outils et de supports doivent être mis en place.

Le module de formation doit être prétesté auprès du personnel pour vérifier sa pertinence

Soutien d'équipes externes de RdR

Des outils doivent être créés afin de faciliter le travail des équipes internes en termes de RdR : brochures d'information, affiches, matériel de RdR adéquat (préservatif, kit Stérifix...)

Les opérations d'information/sensibilisation par les pairs (exemple : opérations Boule-de-Neige) doivent être organisées au moins une fois par an à Forest-Berkendael et Saint Gilles.

Les associations de RdR doivent disposer de moyens en temps de travail pour assister systématiquement au Groupe de Pilotage Drogues Local.

En début d'année chaque GPLD doit y définir son programme en termes d'assuétude avec un volet RdR.

Facteurs de réussite

Meilleure visibilité et compréhension de la RdR par les acteurs de la prison

Création d'un pilier RdR

Transfert de compétences santé du SPF Justice vers le SPF Santé

Réelle plus-value pour les équipes dans leur travail

Risques/obstacles

Intérêt des directions

Intérêt des agents et équipes médicales à ces questions

Manque de temps de travail pour les formations

Mauvaise compréhension de la RdR

Environnement fermé rendant plus compliqué les collaborations extérieur-intérieur

Logique prohibitionniste

Indicateurs

Création de modules spécifiques

Contenu des modules en lien avec la réalité pénitentiaire

Nombre d'inscriptions aux formations proposées

Mise en place de projet et d'outils RdR en prison

Présence des services RdR au Groupe de Pilotage Local Drogues

Acceptation de la RdR par les agents

³³ Cf. action n° 9 : « Renforcement des équipes médicales, paramédicales et soins... » ;

cf. action n° 10 « Réalisation d'enquêtes ... sur l'état de santé et les prises de risques détenus... »

cf. Action transversale « Reconnaissance structurelle de la RdR comme 4^{ème} pilier de la politique drogues »

³⁴ Cf. action n°14 : « Réalisation d'enquêtes... sur l'état de santé des détenus, la consommation, les prises de risques... pour la mise en place de programmes/actions de RdR adaptés ».

ACTION N°10

Renforcement des équipes para/médicales en prison en travaillant sur le **recrutement** de ce type de personnel

Action à créer. En lien avec l'objectif opérationnel 27.

Public(s) cible(s)

Les services de soins de santé prisons du SPF Justice

Public(s) relais

Le SPF justice

Les Ministres qui ont la santé dans leurs compétences

Le Ministère de la Justice

Opérateurs

Une des fédérations regroupant des associations actives en prison

Partenaires

L'ensemble des services intervenant en prison

Lieu(x) et couverture géographique

Ensemble des prisons de la Belgique

Exemple de ce qui existe déjà

En termes d'attractivité, à l'heure actuelle, il existe déjà des formations continues destinées au personnel médical et para/médicale mais qui sont assez limitées (au niveau du nombre de personnel qui y ont accès, du nombre d'heures disponibles, pas de formation spécifique sur le volet prévention et RdR).

1^{er} cas de figure : renforcer les équipes sans changement de cadre (la Santé dépend toujours de la Justice)

Trois conditions sont à remplir afin de pouvoir renforcer les équipes médicales.

Une volonté de les renforcer de la part du SPF Justice (et donc d'attribuer des moyens financiers supplémentaires). Cela demande un travail de **lobby politique** pour que des moyens supplémentaires soient accordés

Une augmentation de l'attractivité de la profession de soignants (médecins et infirmiers) en milieu carcéral. Plusieurs pistes sont à envisager :

- *Du côté des médecins* : reconnaissance salariale, valorisation de leur fonction par la reconnaissance de leur pratique comme une médecine complexe, élargir la possibilité de formations continuées comprenant un volet prévention/RdR.
- *Du côté des infirmiers* : reconnaissance de l'ancienneté lors de l'engagement, mise en place d'une prime de pénibilité, possibilité de formation continuée comprenant un volet prévention/RdR, ou augmentation de la possibilité de suivre des formations de spécialisation en santé carcérale (à créer), aménagement des horaires, valorisation professionnelle par la possibilité de prises de responsabilité (exemple : un infirmier serait spécialiste des infections virales ou de la prévention, aurait des occasions de se former et serait référent en la matière), possibilité de suivre quantité de formations organisées ou non pas le SPF Justice.

Une cellule pourrait être mise en place afin de réfléchir à la réorganisation des équipes soignantes.

La création de postes d'accompagnateurs en santé

Se maintenir en santé signifie prendre soin de soi avant même l'arrivée de maladies. Pour ce faire, il est nécessaire que les détenus aient des espaces de dialogue, d'apprentissage, d'informations, de suivi quotidien de la prise de leurs traitements, de soutien moral face aux éventuels effets secondaires de traitements. Dès lors, cette mission pourrait être confiée à des éducateurs spécialisés en la matière.

2^{ème} cas de figure : le transfert de compétence soins de santé des détenus vers le SPF Santé est effectué³⁵

Dans ce cas de figure, il est essentiel que les équipes médicales soient attachées à un hôpital qui les engage, les forme et les soutient.

Cela permettrait :

- une valorisation de la fonction, étant donné que dans le milieu médical les soins aux détenus sont considérés comme une médecine complexe ;
- une diminution de l'isolement de ces équipes qui auraient des facilités à collaborer avec des services extérieurs ;
- des équipes qui travailleraient selon les normes en vigueur (taille des équipes, matériel à disposition, etc.).

Facteurs de réussite

Reconnaissance de la précarité des soins par le SPF Justice
Volonté politique (santé publique) de prendre en charge les personnes détenues
Mise en place d'une cellule de réflexion sur la réorganisation des équipes soignantes (en cas de non transfert)
Volonté d'un hôpital public d'inclure les soins aux détenus dans ses missions

Risques/obstacles

Pas de dégagement de moyens financiers ni de volonté d'élargir les missions des services médicaux

Indicateurs

Budget accordé aux équipes soins de santé
Nombre de professionnels de la santé par 100 détenus
Existence de formation continuée à destination du personnel santé des prisons

³⁵ Cf. action n°5 : « Allocation de moyens financiers supplémentaires pour le renforcement des équipes médicales, psycho-sociales et équipes de soins. »

Avant la sortie de prison, prise de contact par les détenus et les intervenants médico-psycho-sociaux de la prison avec des services spécialisés en assuétudes et accompagnement social (logement, sécurité sociale, allocation, emploi...) afin de mieux **préparer la sortie de prison** (réinsertion socio-professionnelle, logement, santé....).

Action qui existe déjà et à "étendre"/à développer. En lien avec l'objectif opérationnel 13.

Public(s) cible(s)

Les détenus qui sortent et personnes qui vont en fond de peine (conditions qui découragent)
Les prévenus (idéalement)

Public(s) relais

Les agents pénitentiaires
Les CPAS
Les pairs (ex-détenus)

Opérateurs

Un service externe en bonne collaboration avec le service psychosocial (SPS) interne à la prison. Cela pourrait être Le Point de Contact d'Orientation et d'Accompagnement (PCOA) qui est le 1er contact avec le réseau assuétudes mais uniquement pour les détenus qui le demandent et qui sont identifiés comme usagers de drogues. Il faut donc plusieurs opérateurs pour toucher l'ensemble du public visé.

Partenaires

Les services d'aide aux détenus
Les associations assuétudes qui travaillent en prison
Les services psycho-sociaux des prisons
Les pairs

Lieu(x) et couverture géographique

Région de Bruxelles-Capitale

Exemple de ce qui existe déjà

Accompagnements des détenus dans le cadre du plan de reclassement ainsi que les accompagnements psycho-sociaux après la sortie par l'APO (service d'aide sociale aux justiciables), la Fondation pour l'Assistance Morale aux Détenus (FAMD), l'ORS (Office de réadaptation Sociale), le Service de réinsertion sociale (SRS), Autrement asbl, SIREAS...

Préalables nécessaires

Sensibilisation des agents pénitentiaires à la valeur ajoutée des services d'aide aux détenus extérieurs.

Les agents sont surchargés de travail et voient l'intervention des services extérieurs comme une surcharge de plus. Il faut arriver à leur faire comprendre qu'au plus ils laissent les services extérieurs rentrer, au plus les détenus sortent et donc au plus les prisons se désengorgent, ce qui diminue la surcharge de travail. En effet, la sortie est conditionnée à toute une série d'actes pratiques de réinsertion difficilement réalisables sans l'aide de services extérieurs (trouver un logement, un emploi...). Il faut donc sensibiliser les gardiens à la plus-value du travail des associations externes.

Augmentation de l'offre de services en fonction des demandes sur les **axes** suivants :

- **Logement** Il n'y a pas de relais prison – extérieur en matière de logement. Il y a juste l'Ilot asbl mais qui sature. Les détenus formulent des demandes mais l'offre de services ne suit pas.
Proposition : créer un système de **maisons de transit** comme au Canada avec un logement prévu. Mais cela est souvent lié à une obligation de traitement lié à la dépendance. Un nombre de **places réservées** aux détenus sortants pourrait également être garanti dans les différents **centres résidentiels et foyers**.
- **Travail** Il est extrêmement difficile si pas impossible de trouver du travail depuis une prison.
Proposition : faciliter la prise des contacts avec des services de réinsertion avant la sortie.
- **Revenu minimum** En prison, la seule possibilité de revenu est une allocation individuelle de la mutuelle. Une réforme de la sécurité sociale est nécessaire. Il faut un délai d'un mois après la sortie pour retrouver ses droits à la sécurité sociale.
Proposition : plutôt une mise entre parenthèse qui serait débloquée dès la sortie.
- **Mise en ordre administrative** Les CPAS ne veulent pas favoriser une catégorie de personnes (les détenus) en permettant une mise en ordre à l'avance.
Proposition : réfléchir à une alternative permettant une préparation de remise en ordre avant la sortie.
- **Suivi psycho-médicosocial** Le suivi dès la sortie de prison doit être préparé avant.
Proposition : suivi des TSO.³⁶
- **Information des détenus** les détenus doivent mieux être informés sur les possibilités d'accès aux services extérieurs, sur leurs droits et sur les recours possibles.
Proposition : améliorer les contacts entre les avocats et les services extérieurs permet de mieux défendre les droits. Il y a une permanence à « l'aile entrant » mais ce n'est peut-être pas le bon moment de parler de la sortie. Il faudrait repositionner une autre permanence un peu plus tard.
Autre possibilité : organiser une action du type Boule-de-Neige (action de sensibilisation des pairs par les pairs en matière de RdR) mais axée sur la sortie, avec un volet plus social.
- **La question des prévenus** Ils n'ont pas de permissions de sortie et donc pas de possibilité de rencontre à l'extérieur avec des associations. Il est très difficile d'avancer dans une remise en ordre administrative car sans date de sortie ce n'est pas possible d'avancer (cela peut être fait pour les condamnés mais pas pour les prévenus).
Proposition : réfléchir à des alternatives dès la préventive.

De manière générale, il faut insister sur une plus **grande souplesse dans les permissions de sorties** pour se préparer. Elles sont souvent refusées. Pour cela, la mise en place d'une formation pour les directeurs sur tous les aspects liés à la sortie et ce qui se passe après serait intéressante

A créer

Un point de chute, un lieu d'accueil de jour : avec des permanences à proximité des prisons, surtout pour les détenus. Ce lieu ferait de l'orientation d'urgence, il y aurait un côté informel, comme un café, avec la possibilité d'utiliser un téléphone. Ce lieu pourrait être tenu également par des pairs, des ex-détenus afin d'amortir le choc de la sortie. Cela pourrait se faire dans un lieu existant. Les personnes sortent de prison à n'importe quelle heure, c'est assez immédiat. Ils n'ont donc pas toujours un point de chute à la sortie

³⁶ Cf. action n°4 « Planification de la continuité des traitements (TSO et autres) à la sortie de prison. »

Les kits de sortie contenant des informations sur les services existants³⁷

Il faudrait en outre des accompagnateurs et donc plus de personnel dans les services extérieurs qui travaillent avec des détenus. Il y a un service qui s'appelle « accompagner.be ». Il serait intéressant de les former à la RdR. Cette asbl est peu sollicitée par le secteur.

Les « pairs-aidants » (défrayés ou non) dans le cadre des travaux d'intérêt généraux :

Le **soutien entre pairs** existe déjà dans la formation. Cela pourrait être une mission dans le cadre des travaux d'intérêts généraux : accompagner la sortie avec une formation au préalable. Cela jouerait déjà un **rôle de réinsertion dans les deux sens** (pour l'accompagné dont la sortie est facilitée et pour l'accompagnateur qui reçoit une formation et peut inscrire cela dans les travaux d'utilité générale).

Il faudrait sensibiliser les services extérieurs qui interviennent en prison pour qu'ils développent ce type de participation, ainsi que développer des services dans l'échange de type SEL (Système d'Echange Local). Ces services ne sont pas monnayés mais plutôt échangés contre d'autres services.

Facteurs de réussite

Meilleure ouverture du monde pénitentiaire aux services extérieurs

Mobilisation du réseau pour mener des changements (notamment en termes de participation et de réformes des services publics)

Mise en place de projets participatifs.

Formation des services extérieurs à la RdR qui suivent des détenus, sur les produits consommés et sur comment aborder la consommation

Risques/obstacles

Surpopulation (et donc trop peu de services par rapport au nombre de détenus)

Sous-effectif des services psycho-médicosociaux internes et donc souvent la mission d'évaluation passe avant la mission d'aide. Découragement des détenus devant les difficultés des dossiers et la lourdeur des conditions pour une sortie anticipée. Ils préfèrent alors aller en fond de peine

Résistance des gardiens par rapport à la présence de services extérieurs

Indicateurs

Amélioration de la rapidité et de l'obtention des permissions de sortie

Diminution du délai d'attente chez les services extérieurs

Connaissance par les détenus des services extérieurs

Augmentation de la demande la permissions de sortie et d'accès aux services extérieurs

Augmentation du nombre de projets de réinsertion présentés au tribunal d'application des peines

Nombre de projets acceptés au tribunal d'application des peines

³⁷ Actuellement ce qu'on appelle les kits de sortie ne sont remis qu'aux détenus les plus démunis.

ACTION N°12

Réalisation et diffusion de guidelines sur l'usage de drogues et la RdR en prison : transmission de maladies infectieuses, dépistage, vaccination, traitement de substitution aux opiacés, overdose...

Action à créer. En lien avec les objectifs opérationnels 6 et 7.

Public(s) cible(s)

Les services médicaux en prison

Public(s) relais

Le service chargé de diffuser le guideline (le même que celui qui donnerait des formations aux équipes³⁸)

Type(s) d'opérateur(s)

Les services actifs prison en matière de santé/assuétudes/RdR

Partenaires

Le comité d'experts composé de médecins et infirmières travaillant en prison, de médecins spécialistes, d'acteurs en RdR

Lieu(x) et couverture géographique

Prisons en Région de Bruxelles-Capitale et prison d'Ittre (de nombreux détenus bruxellois sont transférés à Ittre pour y purger leur peine car il n'existe pas de maison de peine francophone à Bruxelles), mais également à étendre à la Région Wallonne.

DESCRIPTION DE L'ACTION (COMMENT, STRATÉGIES ET OUTILS UTILISÉS)

A créer

Rédaction d'un vade-mecum sur base des guides existants, comme celui de l'Office Fédéral de la Santé Publique Suisse (OFSPS). Ce vade-mecum serait diffusé via les formations des équipes médicales. Des professionnels de services extérieurs seraient chargés de soutenir les équipes internes dans la mise en action des recommandations du vade-mecum.

Contenu

Divers thèmes à aborder sont à aborder :

- travail en réseau ;
- situations d'urgence (tuberculose, overdose ...) ;
- standards médicaux en matière d'IST, de traitements de substitution aux opiacés, de dépendance aux benzodiazépines, etc.
- mesures de prévention (RDR, plan de vaccination) ;
- recommandations en matière de maladies transmissibles (dépistage précoce, prise en charge...) ;
- information/éducation générale sur la santé (contraception, hygiène...) ;
-

Ce vade-mecum serait rédigé par un comité de rédaction mis en place par l'opérateur. Ce comité serait composé des associations actives en milieu pénitentiaire mais aussi de personnes des services médicaux internes.

Il serait pré-testé via des focus groups auprès du public cible.

³⁸ Cf. action n° 13 : « Développement de formations sur l'usage de drogues et sur la RdR ... pour les professionnels de la santé en prison et intégration de modules dans les formations des agents pénitentiaires ».

Facteurs de réussite

Collaboration de médecins concernant la rédaction du guide
Soutien du Service soin de santé prison pour la diffusion du guide
Indépendance des équipes médicales par rapport au SPF Justice
Augmentation des moyens financiers octroyés aux équipes médicales

Risques/obstacles

Non utilisation du guide si les équipes médicales ne dépendent pas du SPF Santé Publique car actuellement pas de mission de promotion de la santé
Manque de réalisation des actions à mettre en place dans le guide par manque de moyens financiers

Indicateurs

Réalisation du vade-mecum
Composition du comité de rédaction
Mise en place de focus group
Nombre de guides diffusés
Nombre de demandes d'équipes médicales suite à la réception des guides (questions, réunions, etc.)

Développement de formations sur l'usage de drogues et sur la RdR (y compris les traitements de substitution aux opiacés, dépistage, risques d'overdose) pour les professionnels de la santé en prison et intégration de modules dans les formations des agents pénitentiaires

Action qui existe déjà partiellement mais qui est à développer/étendre. En lien avec les objectifs opérationnels 6 et 7.

Public(s) cible(s)

Les professionnels de la santé en prison
Les agents pénitentiaires

Type(s) d'opérateur(s)

Les services actifs en milieu carcéral en matière de santé/usages de drogues/RdR

Partenaires

Pour les formations des acteurs soins et santé en prison

Les groupes de Pilotage local sur les Drogues
Le service soins de santé prison du SPF Justice

Pour les formations des agents pénitentiaires : l'organisme de formation continue du SPF Justice à Marneffe, GPLD, les Coordinateurs drogues

Pour l'ensemble des personnes travaillant en prison et pour les détenus : les services extérieurs (psycho- médico-sociaux), coordinateurs locaux, coordinateurs drogues, GPLD, directions des prisons

Lieu(x) et couverture géographique

Prisons en Région de Bruxelles-Capitale et prison d'Ittre (de nombreux détenus bruxellois sont transférés à Ittre pour y purger leur peine car il n'existe pas de maison de peine francophone à Bruxelles)
Prisons en Région Wallonne concernant la formation et le suivi des équipes médicales

Exemple de ce qui existe déjà

Au niveau des services médicaux

Les infirmiers bénéficient de plusieurs jours de formation continue mais le contenu ne touche pas les questions de drogues. De plus ces formations sont exclusivement destinées aux infirmiers. Les médecins, à ce jour, n'ont pas ce type de formation.

Au niveau des agents pénitentiaires

A l'heure actuelle, les nouveaux agents bénéficient d'une journée de formation avant leur mise en service. Une demi-journée est consacrée aux drogues, l'autre demi-journée à la gestion de situation en lien avec l'usage de drogues.

Il existe également un module de formation dans le cadre de leur formation continue (mais un nombre limité d'agents peuvent y prendre part.

Les agents sont néanmoins trop peu outillés et ont besoin d'augmenter leurs savoirs, savoir-être et savoir-faire en matière de drogues.

Formation des services médicaux en matière d'usage de drogues et de RdR

Prérequis

Afin de mettre en place un programme de formation pour les services médicaux qui soit adapté à leurs besoins, il est nécessaire de mener une **enquête** auprès de ces services.

Cette enquête devrait porter sur les situations rencontrées par ces équipes, leurs demandes de formation, leur niveau de connaissance en matière d'usages de drogues, de risques et de RdR.

Un rapport serait alors remis au Service de la Salubrité et de la Santé publiques (SSP) avec proposition d'un programme de formation.

D'autre part, les services médicaux en prison devraient avoir une mission de promotion de la santé afin de répondre aux besoins des détenus en matière d'usages de drogues.

Formation

La formation devrait rassembler des infirmier(e)s et des médecins. Chaque membre du personnel bénéficierait d'au minimum un jour de formation par an. Dès lors, plusieurs modules seraient créés, de plus en plus spécialisés.

Les objectifs des formations présentés ci-dessous sont à revoir en fonction de l'analyse des besoins faite via l'enquête décrite ci-dessus.

Objectifs du 1^{er} niveau de formation

- appréhender les enjeux actuels de l'usage de drogues en milieu pénitentiaire ;
- renforcer les savoirs, savoir-faire et savoir-être dans le cadre des soins aux personnes consommatrices de drogues en milieu carcéral (drogues et usages, risques spécifiques en prison, comment aborder ce sujet avec les détenus, etc.) ;
- améliorer la connaissance des brochures d'informations santé et RdR (les brochures sur les produits, « abc des hépatites » et autres de Modus Vivendi, par exemple) disponibles à la pharmacie centrale ;
- créer un espace de dialogue et de réflexion permettant à chaque participant de s'exprimer dans ce domaine (ses représentations de l'usage et des usagers de drogues, ses craintes, mais aussi la place de la RdR dans le métier de soignant).

Soutien des équipes post formation

- un vade-mecum devrait être rédigé. Il porterait sur les maladies transmissibles et l'usage de drogues en prison³⁹;
- une formation d'un demi-jour serait donnée 6 mois après afin de discuter des évolutions, des manques suite au premier module de formation ;
- un professionnel du secteur RdR devrait rencontrer chaque service médical au minimum deux fois par an et idéalement en fonction des besoins/demandes des équipes. Il aurait pour rôle le soutien des équipes dans leurs questionnements dans le domaine. Il jouerait le rôle de « trait d'union » entre la formation et l'exercice quotidien de leur profession.

Formation des agents pénitentiaires en matière de d'usage de drogues et de RdR

Prérequis

Une analyse de la demande serait à réaliser via questionnaire anonyme auprès de chaque participant.

Contenu de la formation

Une formation de trois jours devrait leur être donnée durant leur première année de service.

Elle porterait sur :

- un approfondissement concernant les drogues ;
- leurs usages ;
- leurs effets et leurs risques (avec une attention particulière donnée à l'hépatite c et à la manière de s'en protéger) ;
- les manières de réduire les risques ;
- la gestion des overdoses ;
- des mises en situation (basées sur des situations rapportées par des agents) leur permettant -d'améliorer la gestion au quotidien.

Chaque formation, destinée à 15 agents, s'achèverait par une **évaluation**.

Les agents seraient **revus une demi-journée 6 mois plus tard** afin de discuter des situations vécues depuis la formation et des questions en suspens.

³⁹ Cf. action n°12 : « Réalisation et diffusion de guidelines sur l'usage de drogues et la RdR en prison... »

Sensibilisation de l'ensemble des personnes présentes en prison (professionnels et détenus)

Journées à thèmes

Faire entrer la RdR dans les prisons peut également passer par des journées de sensibilisation. Dans le cadre des journées internationales (VIH/Sida, HVC, ...), les services extérieurs actifs en prison pourraient se mobiliser pour visibiliser une problématique auprès des agents pénitentiaires et autres travailleurs de la prison et des détenus. Ainsi, une journée du tatouage, une journée de l'hépatite C, une journée du VIH pourraient être mises sur pied. Des sujets tels que l'overdose pourraient également être abordés à d'autres occasions.

Objectif

Il s'agirait de travailler sur les changements de mentalités via la diffusion d'informations et le dialogue.

Méthode et procédé pédagogique

- Soumission du projet aux services médicaux et aux coordinateurs locaux
- Création d'un groupe de mise sur pied du projet reprenant des services extérieurs, des membres des -GPLD et des services médicaux ainsi que des coordinateurs locaux.
- Présence des services extérieurs en collaboration avec les services médicaux.
- Diffusion d'informations via : des brochures et flyers, des jeux, des discussions

Procédés pédagogiques

La forme ludique (jeux, concours avec prix à gagner, etc.) est à privilégier.

Facteurs de réussite

Mise en place de toutes les étapes prévues dans le cadre des deux types de formation

Implication des services extérieurs, des équipes médicales et des coordinateurs locaux concernant le projet de sensibilisation

Risques/obstacles

Du côté des professionnels de la santé

Manque de moyens/ de personnel du côté des équipes soignantes

Aucune mission de promotion de la santé des services santé en prison

A l'heure actuelle, aucun service extérieur n'a le temps de travail lui permettant de mener cette mission de soutien des équipes dans leur quotidien.

Au niveau des agents pénitentiaires

Pas de demande du SPF Justice

Méconnaissance des agents concernant le fait de pouvoir demander ce type de formation via les GPLD.

Manque d'intérêt des agents pour les formations dans ce domaine

Actions de sensibilisation

Difficulté à mettre en place des activités coordonnées dans ce milieu (expérience de concertation très réduite)

Manque de temps des services médicaux

Réticence des directions d'établissements

Indicateurs

Formation des services médicaux

Enquête menée auprès des professionnels de la santé et création d'un programme de formation

Nombre de formations données, nombre de suivis de formation après 6 mois et contenu

Nombre de participants

Evaluation des formations par les participants

Identification d'un professionnel ayant pour mission le soutien des équipes médicales

Nombre de rencontres de ce professionnel avec les services médicaux.

Formation des agents pénitentiaires

Financement du SPF Justice pour mettre en place des formations à destination des agents

Nombre de formations données

Nombre de participants

Actions de sensibilisation

Nombre de journées organisées

Nombre de prisons touchées

Pourcentage de l'espace géographique des prisons investis par le projet

Nombre de contacts

ACTION N°14

Réalisation d'enquêtes qualitatives et quantitatives (prévalence, focus group, etc.) sur l'état de santé, la consommation et les prises de risques, la couverture vaccinale et le dépistage, les besoins, etc. des détenus pour la mise en place de programmes/actions de RdR adaptés.

Action qui existe déjà partiellement mais à "étendre"/ à améliorer. En lien avec l'objectif opérationnel 5.

Public(s) cible(s)

De manière générale, l'ensemble des détenus
Pour certains aspects spécifiques, les détenus usagers de drogues

Public(s) relais

Les équipes médicales en prison
La direction des services de soins de santé en prison
Les agents pénitentiaires préalablement sensibilisés à l'importance de ce type d'enquêtes

Type(s) d'opérateur(s)

Un institut de deuxième ligne (exemple Institut de Santé Publique) ou un observatoire en lien avec des acteurs de terrain

Partenaires

Le SPF Justice mais également le public relais

Lieu(x) et couverture géographique

Niveau national, dans chacune des prisons du pays mais avec une analyse supplémentaire par région

Exemple de ce qui existe déjà

« L'Usage des drogues en prison : Monitoring des risques sanitaires » (rapports 2006 et 2008) : cette enquête a été menée auprès de 10% de la population carcérale belge et visait à déterminer la prévalence de la consommation de drogues et des risques associés chez les détenus des prisons belges. Les autres aspects de la santé des détenus n'ont pas été abordés.

Plusieurs pistes sont envisageables et peuvent être combinées entre elles.

Récolte de données en routine

Lors du dépistage VHB/VHC/VIH⁴⁰ à l'arrivée, comptabiliser les différents cas de figure : dépistage déjà fait, accepté/refusé de le faire à l'entrée/proposé ou non à l'entrée. Cela suppose de (re)mobiliser les équipes médicales en prison à systématiquement proposer aux nouveaux détenus un tel dépistage. Le dépistage pourrait être aussi reproposé systématiquement après une certaine période d'incarcération.

Inventaire et compilation de l'ensemble des données déjà disponibles

Il s'agit notamment des données sur la mortalité en prison (nombre de décès et de suicide), les données issues du rapport annuel de la DG EPI (Direction générale des Etablissements pénitentiaires), données du FARES relatives au cas de tuberculose en prison, données du projet pilote d'informatisation des dossiers médicaux (traitements de substitutions aux opiacés et consommation de médicaments psychotropes).

Réalisation d'enquêtes quantitatives

Deux pistes sont envisageables.

Repartir de l'enquête santé sur l'« Usage de drogues dans les prisons belges : monitoring des risques sanitaires » en posant des questions plus détaillées relatives aux prises de risques liés à la vie affective et sexuelle ainsi qu'au partage de matériel en consommation de drogues, sur la fréquence de consommation de drogues en prison (indicateur absent du monitoring existant), et en intégrant des questions relatives à la prévalence du dépistage et de la vaccination de maladies infectieuses (VHB/VHC/VIH).

Etendre l'enquête santé par interview de l'ISP⁴¹ à la population carcérale : certaines questions devront être adaptées ou ajoutées en raison des spécificités de la population carcérale. Cette adaptation pourrait s'inspirer du monitoring sur l'usage de drogues en prison, et complétée par les propositions faites au point 3.A.

Pour A et B : soit par interview (par des personnes extérieure à la prison), soit par questionnaire administré en face à face, en plusieurs langues (anglais, espagnol, langues des pays de l'Est, portugais). Il serait important que le rapport d'analyses ne soit pas rédigé par le SPF justice, afin de veiller à la neutralité des analyses et interprétations.

Réalisation d'une enquête qualitative

Celle-ci porterait sur l'état de santé des détenus et leur accès aux soins en complément des enquêtes quantitatives.

Diffusion de ces différents enquêtes et données

Ces données quantitatives et qualitatives doivent être valorisées et diffusées largement afin de permettre l'élaboration de pistes d'actions, qui ne peuvent se développer que si les acteurs et les décideurs ont accès aux résultats. Envoyer un rapport ne suffit. Il est indispensable d'organiser des séances d'information annuelles ciblées afin de diffuser au mieux les résultats de ces enquêtes.

Mise en place d'actions de RdR sur base des résultats des enquêtes

En fonction de « l' image » de l'état de santé en prison, ainsi que des prises de risques en lien avec la consommation de drogues, un programme de RdR pourrait être proposé en vue d'être adopté et mis en place par les autorités compétentes. Une sensibilisation sous diverses formes (carte blanche dans la presse, proposition de reportages ou d'interviews auprès des médias, interpellation des parlementaires, etc.) à l'état de santé et la situation des détenus pourrait appuyer cette proposition.

⁴⁰ Virus de l'hépatite B/virus de l'hépatite C/virus de l'immunodéficience humaine

⁴¹ Institut Scientifique de Santé Publique

Facteurs de réussite

Le besoin de données afin de prendre des décisions éclairées et mener des actions de RdR spécifiques

L'existence de certaines récoltes de données qui pourraient être élargies

Une collaboration et coordination efficace entre les différents acteurs impliqués

Une sensibilisation efficace des agents pénitentiaires à l'intérêt de mener ce type d'enquête

Risques/obstacles

Manque de moyens financiers

Manque de volonté des autorités/politiques

Manque de mobilisation des acteurs impliqués

Différents niveaux de compétences doivent être impliqués

Indicateurs

Nombre et récurrence des enquêtes menées auprès de la population carcérale

Nombre de questionnaires récoltés (taille de l'échantillon par rapport à la population cible)

Nombre de récoltes d'informations effectuées lors des dépistages/vaccin

Diffusion des résultats (rapports, séances de présentation)

Adaptation de programmes/actions de RdR en fonction des résultats des enquêtes

Accès ou non aux données existantes

ACTION N°15

Réalisation d'une étude sur la nécessité d'implémenter un projet pilote d'échange/diffusion de matériel d'injection (sous forme de Stérifix⁴²).

Action à créer. En lien avec les objectifs opérationnels 1 et 2.

Public(s) cible(s)

Les détenus usagers de drogue par injection

Public(s) relais

Les agents pénitentiaires

Opérateur(s)

Les comptoirs d'échange de seringues en Région de Bruxelles-Capitale

Les services externes spécialisés en RdR

Les services spécialisés en toxicomanie travaillant avec les (ex)détenus

Partenaires

Les services de santé en prison

Lieu(x) et couverture géographique

Prisons bruxelloises (y compris Ittre), et si possible également dans les autres régions.

⁴² Kit de matériel d'injection.

A créer

Evaluation préalable

Evaluer le besoin d'un programme d'échange de seringues en prison. Dans d'autres pays, ce type d'enquête a révélé qu'il y avait bien des seringues qui circulaient en prison et qu'un programme d'échange/accès aux seringues s'imposait. Une enquête réalisée par un/des service(s) externe(s) (spécialisé(s) en toxicomanie/RdR), pourrait être mise en place spécifiquement en Région de Bruxelles-Capitale.

Cette enquête se composerait :

(1) d'un questionnaire sur les modes de consommation en prison et le partage de matériel d'injection. Celui-ci pourrait être complété au sein des comptoirs d'échange de seringues (une partie de leur public a été incarcéré), ou auprès des détenus consommateurs lors des visites des services extérieurs spécialisés en toxicomanie/RdR.

Ces informations seront à croiser avec les données issues d'enquêtes santé menées en prison sur les prises de risques ainsi que sur le taux de prévalence du VIH/VHB/VHC en prison, nécessaire à connaître (cf action 9.1 : Etude sur l'état de santé et prises de risques des détenus) ;

(2) d'observation et entretiens avec les services infirmiers et personnel de la prison : sur notamment la découverte de seringues lors des fouilles, etc.

Mise en œuvre du programme

Si les résultats de l'enquête confirment la nécessité d'un programme d'échange de seringues (PES) en prison, il faudra à nouveau **réaffirmer le principe d'équivalence et la continuité des soins en prison** pour faire accepter le principe d'un PES par les autorités carcérales et le personnel.

La distribution des kits d'injection (Stérifix) peut se faire par le personnel médical lors de la distribution des médicaments (comme ce qui se fait en Suisse) et serait accompagné de conseils de RdR.

Du matériel connexe pourrait également être donné. En cas de sortie il serait possible d'obtenir un kit comprenant également du Naloxone⁴³.

Afin de garantir la bonne mise en place du comptoir, un travail de formation et d'accompagnement des équipes médicales internes doit être fait ainsi qu'un travail de sensibilisation des agents pénitentiaires.

Facteurs de réussite

Adhésion des directions et personnel de prison
Collaboration des comptoirs d'échange de seringues
Confidentialité garantie pour les personnes qui fréquentent le comptoir

Risques/obstacles

Non application de la Loi Dupont sur l'équivalence des soins en prison

Indicateurs

Ecriture du questionnaire
Nombre de personne ayant participé
Possibilité de l'anonymat dans le remplissage des questionnaires
Participation des services internes à l'enquête
Résultats de l'enquête par questionnaires, des entretiens et des observations
Si le programme d'échange de seringues s'est révélé nécessaire : mise en place effective d'un projet, formation donnée au personnel, confidentialité respectée
Diminution des seringues en circulation, taux de récupération des seringues usagées, accompagnement de l'échange par un accueil, des conseils...

⁴³ Cf. action n°11 : « Avant la sortie de prison, prise de contact par les détenus et les intervenants médico-psycho-sociaux de la prison avec des services spécialisés en assuétudes et accompagnement social afin de mieux préparer la sortie de prison ».

ACTION N°16

Lobby pour le transfert des compétences des soins de santé en prison (et leur financement) au SPF Santé publique et sécurité sociale.

Action qui existe déjà mais à "étendre" ou à améliorer. En lien avec l'objectif opérationnel 12.

Public(s) cible(s)

Les pouvoirs publics au niveau fédéral

Public(s) relais

Les parlementaires des différentes entités, les groupes politiques

Opérateurs

La fédération des travailleurs en toxicomanie (FEDITO) via son groupe « concertation assuétudes prisons bruxelloises (CAPB)

Partenaires

Des associations de défense des droits de l'homme, des médecins travaillant en prison, ...

Lieu(x) et couverture géographique

Au niveau national

Exemple de ce qui existe déjà

- Intégration de cette recommandation dans le plan fédéral sida par les acteurs.
- Depuis 2010, dans le cadre d'un accord de coopération⁴⁴ entre la fédération Wallonie-Bruxelles, la Région Wallonne et la COCOF, un comité de pilotage permanent, composé de représentants de tous les ministres ayant des compétences dans le secteur carcéral, des administrations, du secteur associatif actif en prison ainsi que d'observateurs, a approuvé les recommandations du groupe de travail santé qui s'est penché sur la question. Ces recommandations (entre autre la nécessité du transfert de compétences) ont été transmises à la Conférence Interministérielle. Celle-ci a chargé les ministres compétents de mener des discussions en vue d'envisager de transférer la santé du SPF Justice vers l'INAMI. La Conférence ne s'étant plus réunie depuis fin 2010, aucune suite officielle n'a été donnée et les groupes de travail n'ont plus été réunis.

⁴⁴ Accord de coopération du 23 janvier 2009, <http://www.caap.be/index.php/document/legislation#>

A développer

Création d'un groupe de travail « Lobby » via la concertation assuétude prisons bruxelloise (CAPB) de la FEDITO en y intégrant des acteurs plus larges comme la Ligue des Droits de l'Homme, etc.

Rédaction d'un **courrier sous forme d'appel** et signatures d'un maximum de professionnels et réseaux.

Remise d'un **courrier aux Ministres** de la Santé publique, de la Justice, au 1^{er} Ministre.

Lobby auprès du barreau pour qu'à son tour il soutienne l'appel à signatures.

Organisation une **conférence de presse** afin de faire connaître l'existence de l'appel et les réactions des ministres concernés.

Interpellations régulières des politiques compétents **sur les suites données** à l'appel.

Recensement d'évènements actuels prouvant l'urgence de renforcer les soins de santé en milieu carcéral.

Recherche de **soutien au niveau européen** (par les pays ayant réalisé le transfert).

Sensibilisation du grand public via des spots radio, TV ainsi que des affiches dans les cabinets médicaux et les hôpitaux.

Soutien des acteurs de santé : soutien à la création d'une association des professionnels de la santé en prison

Soutien du travail des soignants en prison via **des actions symboliques** (port de pins...).

Facteurs de réussite

Lobby mené sans relâche jusqu'à la réalisation du transfert, création d'un groupe

Constitution d'un groupe de pression par la mobilisation des professionnels extérieurs à la prison, mais aussi de ceux qui y travaillent

Transfert recommandé par l'OMS et le Conseil de l'Europe

Transfert déjà effectué dans d'autres pays européens

Discussions existant déjà à ce sujet au niveau politique

Risques/obstacles

Refus des autorités compétentes en la matière.

Indicateurs

Mise en place d'un groupe de travail

Création d'une coupole

Nombre d'association adhérant à la coupole

Mise en place d'un appel online

Nombre de signatures à l'appel

Nombre de relais dans les medias

Mise en place de débats parlementaires

Soutien officiel à l'appel des partis

Réalisation du transfert de compétences

CAAP : Concertation des Associations Actives en Prison

DGEPI : Direction Générale des Etablissements Pénitentiaires

FARES : Fonds des Affections Respiratoires

FEDITO : Fédération des institutions pour toxicomanes

FIDEX : Fédération bruxelloises des Institutions pour Détenus et Ex-détenus

GLEM : Groupes locaux d'évaluation médicale

GPLD : GROUPES de Pilotage LOCAL sur les DROGUES

HSH : homme ayant des relations homosexuelles.

Outreach : de proximité

RAT : réseau d'aide aux toxicomanes

TDI : Treatment demand indicator

UD : usager de drogue(s)

UDI : usager de drogue(s) par voie intraveineuse

VIH : virus de l'immunodéficience humaine

VHB/VHC : virus de l'hépatite B/virus de l'hépatite C

IV. ANNEXES

A. LES OBJECTIFS IDENTIFIES POUR LE « MILIEU CARCERAL »

Les objectifs du « Milieu carcéral » ont été formulés sur base du diagnostic réalisé préalablement, à l'aide de l'Outil de Catégorisation des Résultats (OCR)⁴⁵, un modèle de Promotion de la Santé utilisé par le Service de Promotion de la Santé en Suisse (cf. Annexe).

Quatre objectifs généraux pour le milieu de vie « Carcéral » ont été identifiés. Ces objectifs visent avant tout l'amélioration de la santé des usagers de drogues licites et illicites, ainsi que la réduction des prises de risques liés à cette consommation. *(NB : Ils correspondent à la case D du modèle OCR.)*

Objectif général n°1

Améliorer la santé en général et le bien-être des (ex)-détenus.

Objectif général n°2

Diminuer la prévalence des maladies infectieuses (VIH⁴⁶, VHB/VHC⁴⁷, infections sexuellement transmissibles) en prison.

Objectif général n° 3

Diminuer les risques sanitaires liés à la consommation de psychotropes il/licites, avec une attention particulière aux médicaments psychoactifs et au recours au tatouage/piercing en prison.

Objectif général n°4

Diminuer les risques d'overdoses (mortelles ou non) en prison et à la sortie.

⁴⁵ Auteur(e)s: Cloetta, Bernhard; Spencer, Brenda; Ackermann, Günter; Broesskamp-Stone, Ursel; Ruckstuhl, Brigitte; Spörri-Fahni, Adrian, « Guide pour la catégorisation des résultats », www.promotionsante.ch

⁴⁶ Virus de l'immunodéficience humaine

⁴⁷ Virus de l'hépatite B, virus de l'hépatite C

- A partir de ces 4 Objectifs généraux, **une dizaine d'Objectifs spécifiques** ont été identifiés. Ils ont été répartis en cinq catégories et se centrent avant tout sur les environnements physiques, sociaux et les comportements des publics-cibles définis (cf. colonne C du modèle OCR en annexe).

i. Travail sur l'environnement physique (C1)

Objectif spécifique 1

Améliorer les conditions de détention afin d'améliorer la santé et le bien-être des détenus (insalubrité, manque d'espace, bruit, absence d'activité...).

ii. Travail sur la disponibilité de matériels/outils favorables à la santé/de RdR (C1)

Objectif spécifique 2

Assurer la disponibilité et l'accès au matériel de consommation en prison (Stérifix⁴⁸, kit de sniff...) ainsi qu'au matériel de tatouage/piercing.

Objectif spécifique 3

Assurer la disponibilité et l'accès au matériel de RdR en lien avec la vie affective et sexuelle (préservatifs, lubrifiant...) en prison.

Objectif spécifique 4

Augmenter la disponibilité et l'accès à l'information de RdR (consommation de psychotropes, tatouage, piercing), sous différentes formes (affiches, flyers, animations...) en prison.

iii. Environnement psycho-social/soutien psycho-social (C2)

Objectif spécifique 5

Travailler sur la réinsertion sociale des détenus pendant leur détention.

Objectif spécifique 6

Renforcer le soutien psycho-social et familial des détenus.

iv. Renforcement des ressources psycho-médico-sociales et de leur accès (C2)

Objectif spécifique 7

Assurer une meilleure prise en charge psycho-médico-sociale des détenus et sa continuité tout au long de l'incarcération et à la sortie.

Objectif spécifique 8

Améliorer l'accès au dépistage VIH/VHB/VHC et à la vaccination en prison, pour les détenus et le personnel.

Objectif spécifique 9

Augmenter l'accès aux traitements de substitution en prison et en assurer la continuité lors de l'entrée en prison, tout au long de l'incarcération et au moment de la sortie.

v. Travail sur les ressources personnelles et comportements favorables à la santé (C3)

Objectif spécifique 10

Améliorer l'estime de soi et les compétences "santé" des détenus.

Objectif spécifique 11

Sensibiliser les détenus aux risques encourus suite à la consommation de psychotropes il/licites en milieu carcéral et aux risques accrus d'overdose à leur sortie.

⁴⁸ Kit de matériel d'injection

- Pour atteindre ces Objectifs spécifiques, **une série d'Objectifs opérationnels** (davantage en lien avec le terrain) ont été définis (*colonne B de l'OCR*). Ils sont répartis en 8 catégories :

i. Travail sur les connaissances, aptitudes et attitudes du public cible (B4)

1. Améliorer les connaissances, savoir-être, savoir-faire et comportements des détenus concernant les risques liés à la consommation de produits psychotropes et les moyens de les réduire, ainsi que les risques accrus d'overdose à la sortie.
2. Améliorer les connaissances et le savoir-faire des détenus concernant les risques de transmission du VIH/VHB/VHC⁴⁹ en lien avec la consommation de produits il/licites et le tatouage/piercing et la possibilité/intérêt de réaliser un dépistage (en prison et à l'extérieur).
3. Informer les détenus sur les dispositifs de RdR mis en place au sein de la prison en vue d'améliorer leur santé (matériel RdR, dépistage, traitements de substitution...).
4. Favoriser l'autonomie des détenus dans la gestion de leur vie quotidienne et de leur santé.

ii. Travail sur la connaissance du contexte/ de la situation (B1)

5. Améliorer les connaissances sur l'état de santé générale des détenus, et de manière plus précise sur la couverture du dépistage et de la vaccination, ainsi que sur leurs pratiques à risques en lien avec l'usage de drogues/rerelations sexuelles/tatouage piercing.

iii. Travail sur les connaissances/compétences des relais (non) professionnels (B1)

6. Sensibiliser les autorités carcérales (directions, ministère) et ensuite le personnel carcéral à la nécessité d'implanter des programmes de RdR liés à l'usage de drogues, à la vie sexuelle et affective et aux pratiques de piercing/ tatouage en prison.
7. Améliorer les connaissances du personnel carcéral médical sur la possibilité et l'intérêt pour les détenus de réaliser un dépistage VIH/VHB/VHC en prison et les inciter à les proposer aux détenus.
8. Améliorer les connaissances du personnel carcéral sur les risques de transmission du VIH/VHC/VHB en lien avec la consommation de produits il/licites et le tatouage/piercing et les moyens de les réduire.
9. Informer et former le personnel médical carcéral aux TSO et travailler sur les images négatives véhiculées à ce sujet
10. Améliorer les connaissances des professionnels psycho-médico-sociaux de la prison sur les services externes (qui fait quoi et qui contacter).
11. Améliorer les représentations des usagers de drogues tant auprès des professionnels que des usagers de drogues eux-mêmes.

iv. Travail sur l'offre de services (B1)

12. Assurer la continuité des soins et des dossiers médicaux des détenus pendant leur incarcération et à leur sortie.
13. Mieux préparer la sortie de prison au niveau de la continuité des soins, de la poursuite des traitements de substitution, de l'insertion socio-professionnelle...
14. Proposer systématiquement et régulièrement un dépistage aux détenus et au personnel.
15. Adapter et renforcer l'offre de soins et d'accompagnement aux besoins psycho-médicaux-sociaux des détenus.
16. Assurer le secret médical pendant l'incarcération.

⁴⁹ Virus de l'immunodéficience humaine (VIH) ; virus de l'hépatite B (VHB) ; virus de l'hépatite C (VHC)

17. Améliorer l'accès des détenus au travail et aux activités diverses en prison.

v. La participation des publics-cibles (B3)

18. Développer des projets de promotion de la santé et de RdR participatifs impliquant les détenus.

vi. Travail sur les règles, règlements (B2)

19. Faire appliquer dans son intégralité la loi Dupont concernant l'administration des établissements pénitentiaires et le statut juridique des détenus.

20. Intégrer dans le texte législatif belge les 7 principes santé fondamentaux en prison et en assurer l'application.

21. Maintenir les droits à la sécurité sociale des détenus et les ouvrir à ceux qui n'ont pas de couverture sociale.

22. Limiter la surpopulation carcérale et renforcer l'encadrement psycho-médico-social afin d'améliorer les conditions de vie des détenus et la charge psychosociale du personnel.

vii. Travail sur les partenariats, échanges et coopération entre acteurs (B3)

23. Améliorer la coordination et la concertation entre professionnels des différents services au sein de la prison: personnel de surveillance, services médicaux, services sociaux, direction...

24. Améliorer la coordination et la concertation entre services internes et externes à la prison.

25. Améliorer l'accès aux prisons pour les partenaires extérieurs et les conditions de travail (rencontre avec les détenus...) afin d'assurer un suivi socio-sanitaire aux détenus.

viii. Autre

26. Sensibiliser les autorités, le monde politique et l'opinion publique aux conditions de détention et de vie en prison.

27. Augmenter les possibilités de contacts entre familles et détenus

B. LES ACTIONS IDENTIFIES POUR LE « MILIEU CARCERAL »

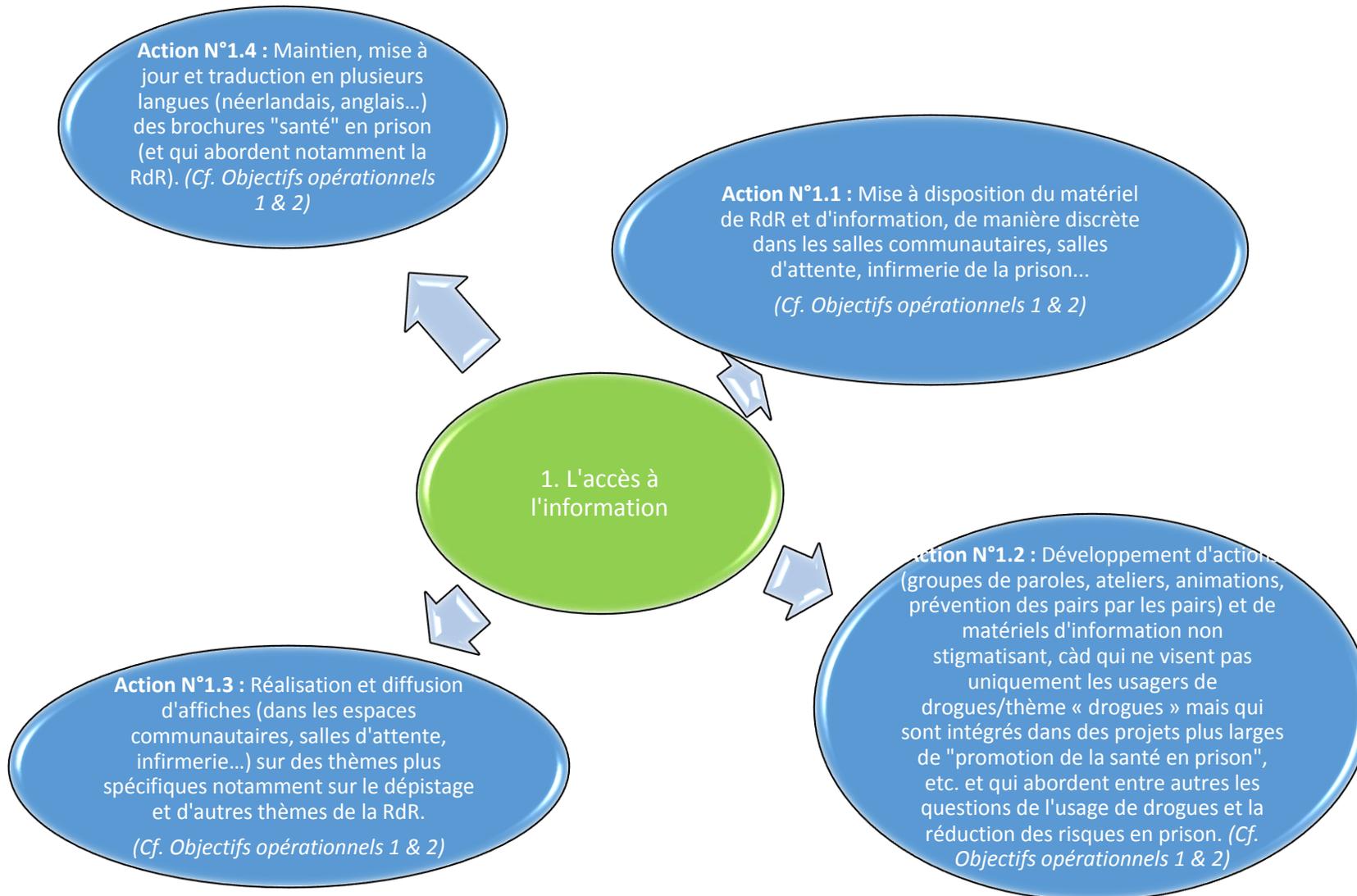
A partir de ces objectifs opérationnels, nous avons pointé une série **d'actions** (colonne A de l'OCR).

Toutes ces actions, présentées ci-après, ont été soumises à différents acteurs et intervenants⁵⁰ afin qu'ils procèdent à une priorisation.

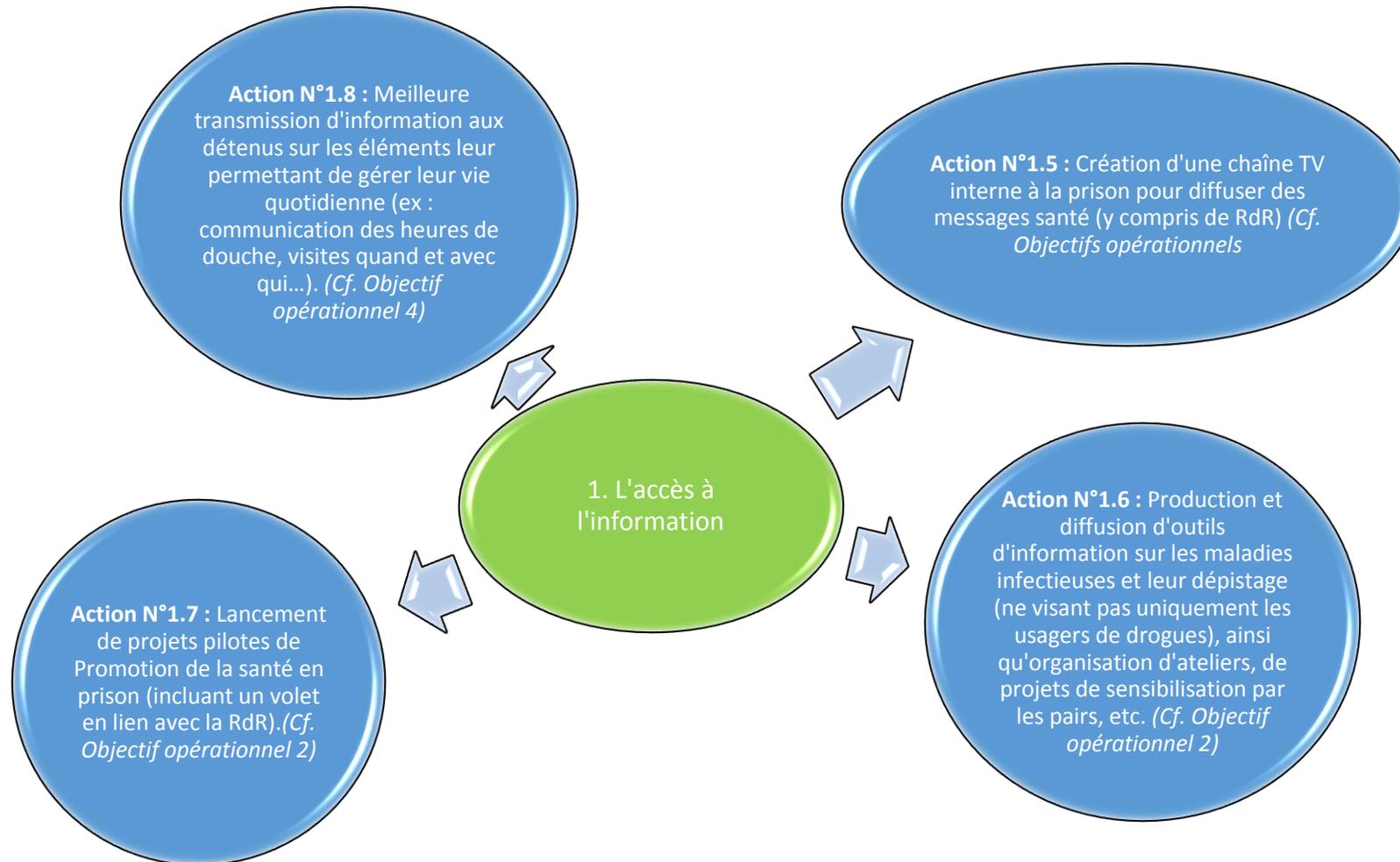
Les actions prioritaires (voir Chapitre II de ce Carnet) ont ensuite été spécifiées le plus possible lors de groupes de travail. Rappelons, à nouveau, que les actions qui n'ont pas été retenues comme prioritaires ne sont pas à négliger et font partie intégrante du Plan bruxellois de Réduction des Risques lié à l'usage de Drogues.

⁵⁰ L'ensemble des institutions ayant participé au processus de diagnostic et de planification sont reprises dans le « Carnet 1 : présentation et cadre méthodologique ».

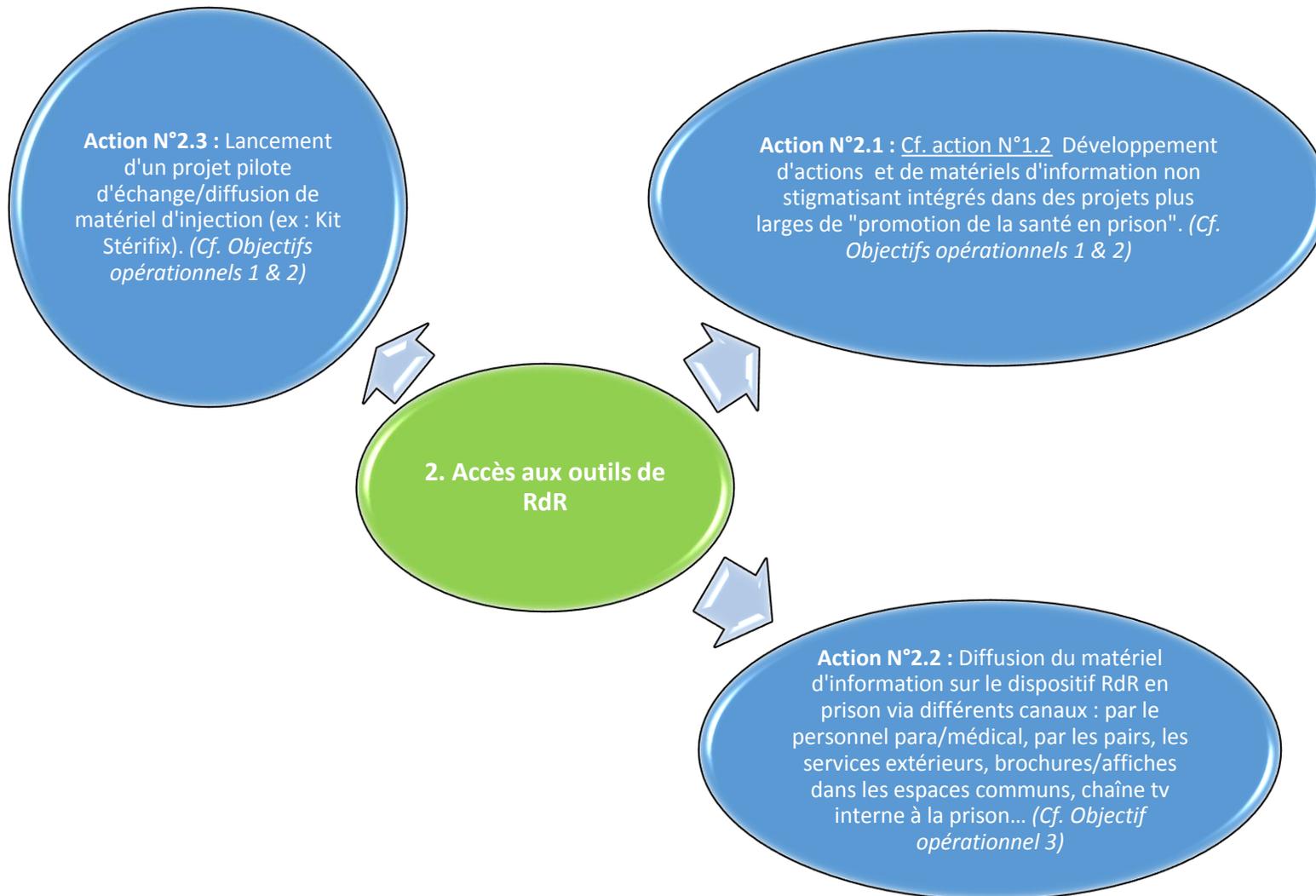
1. ACTIONS VISANT L'ACCÈS À L'INFORMATION (1)



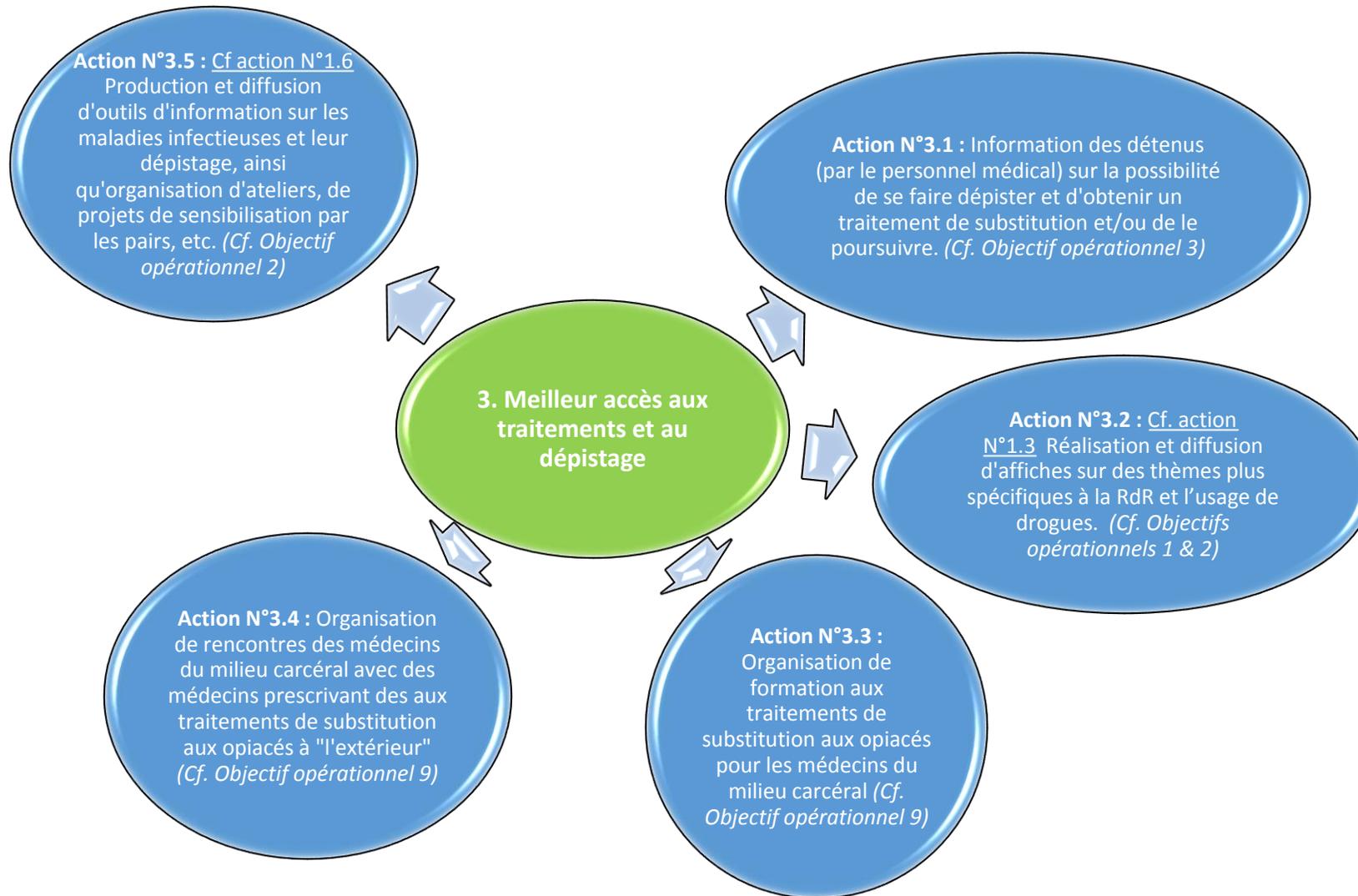
1. ACTIONS VISANT L'ACCÈS À L'INFORMATION (2)



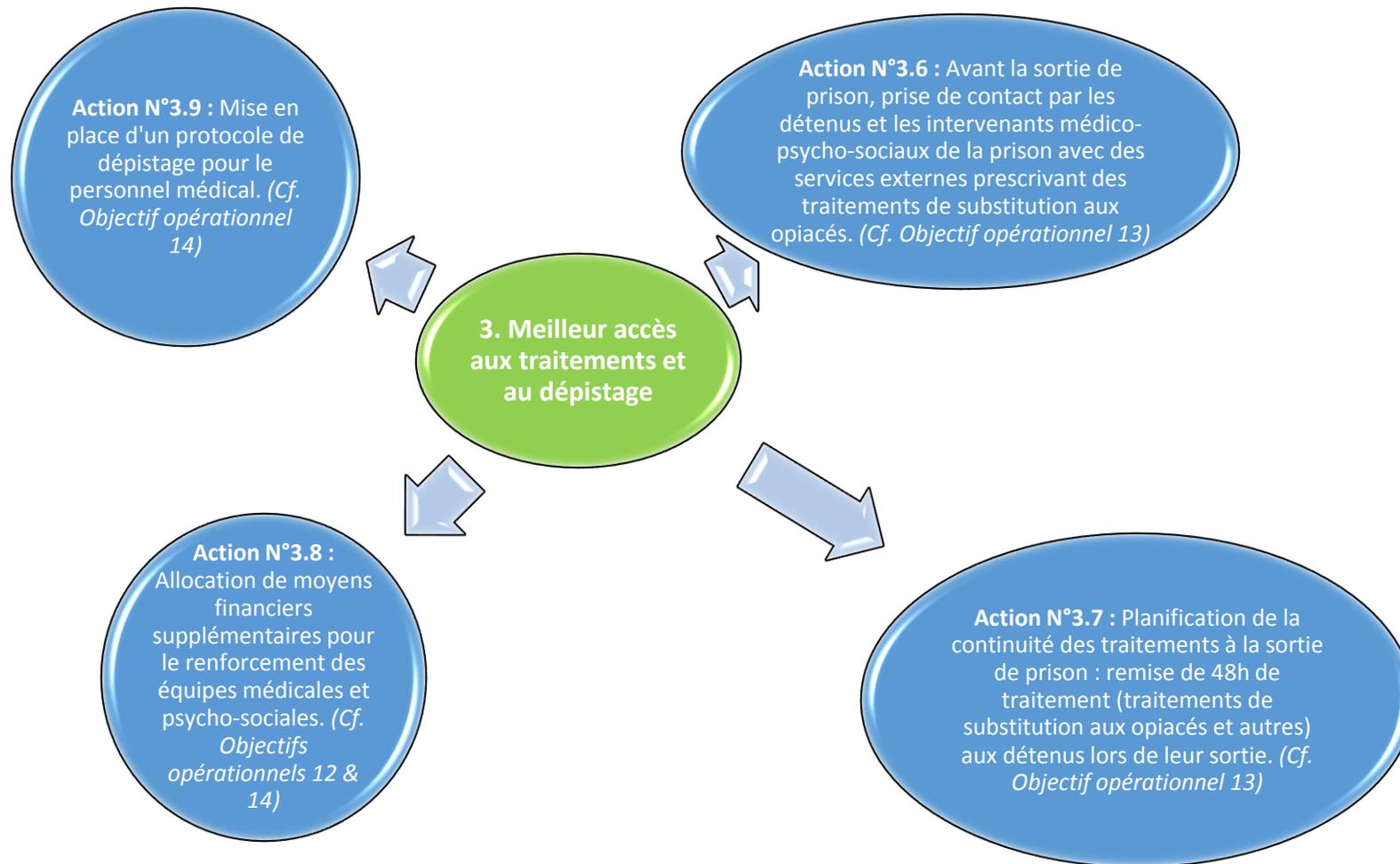
2. ACTIONS VISANT L'ACCÈS AUX OUTILS DE RDR



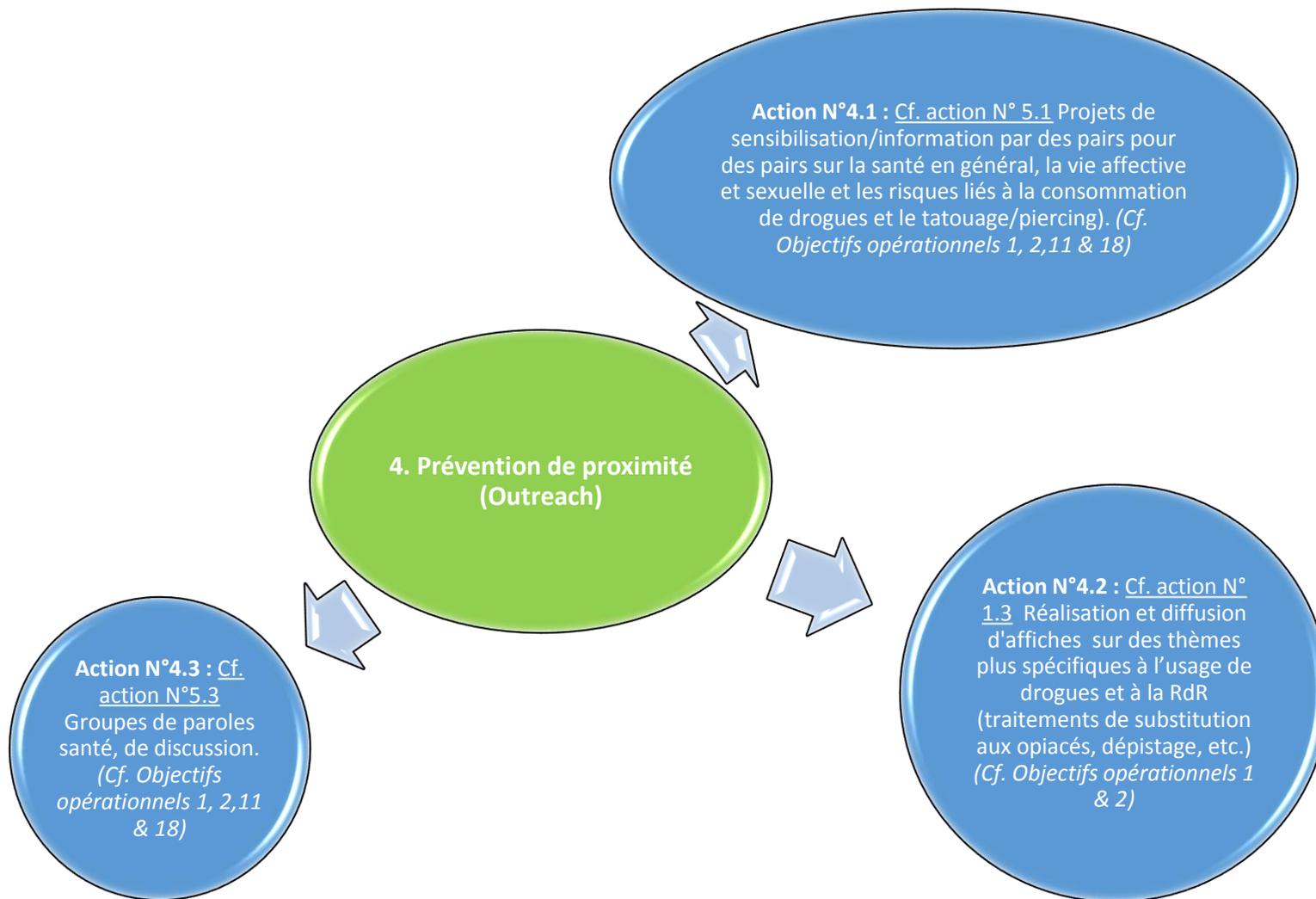
3. ACTIONS VISANT UN MEILLEUR ACCÈS AUX TRAITEMENTS ET AU DÉPISTAGE (1)

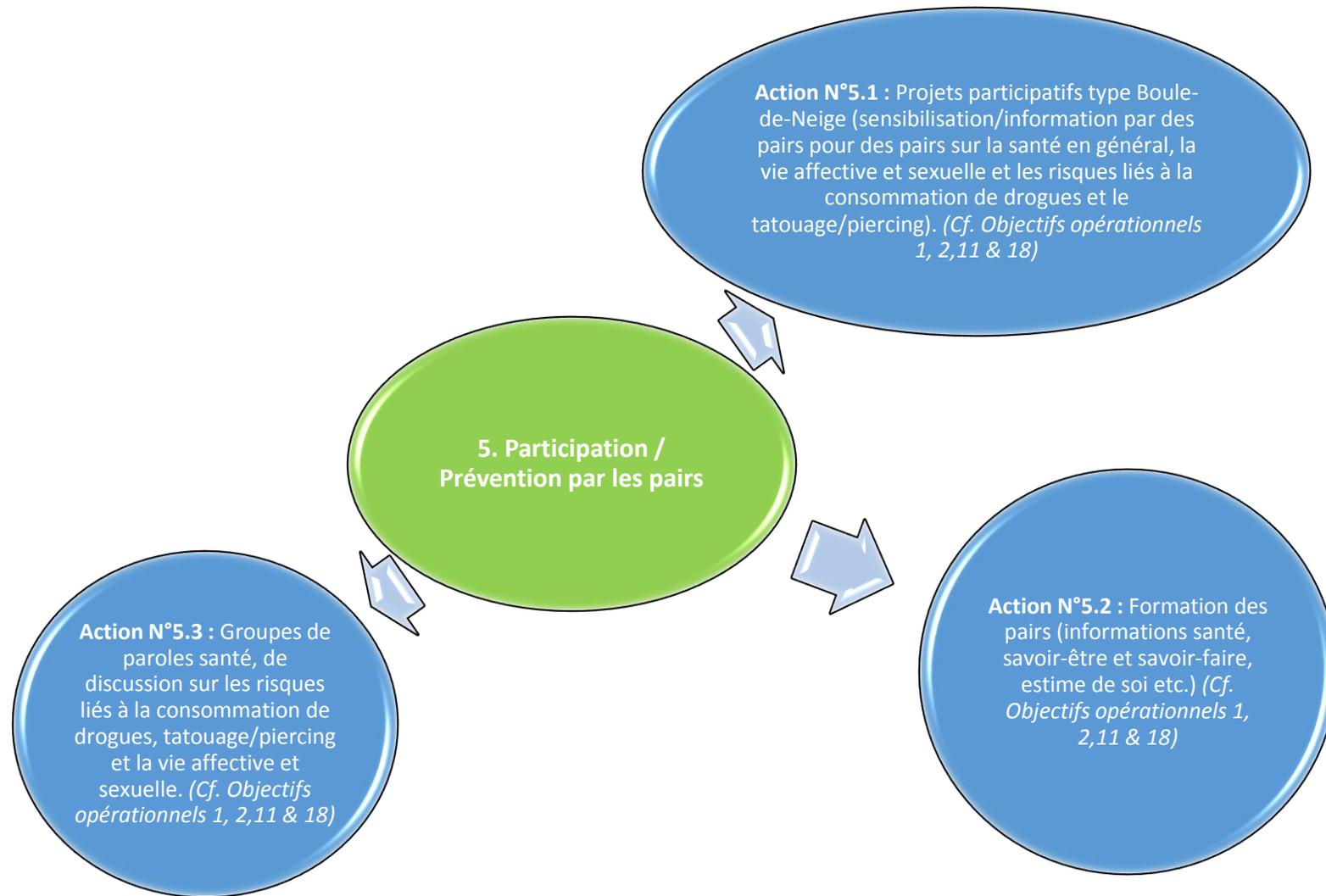


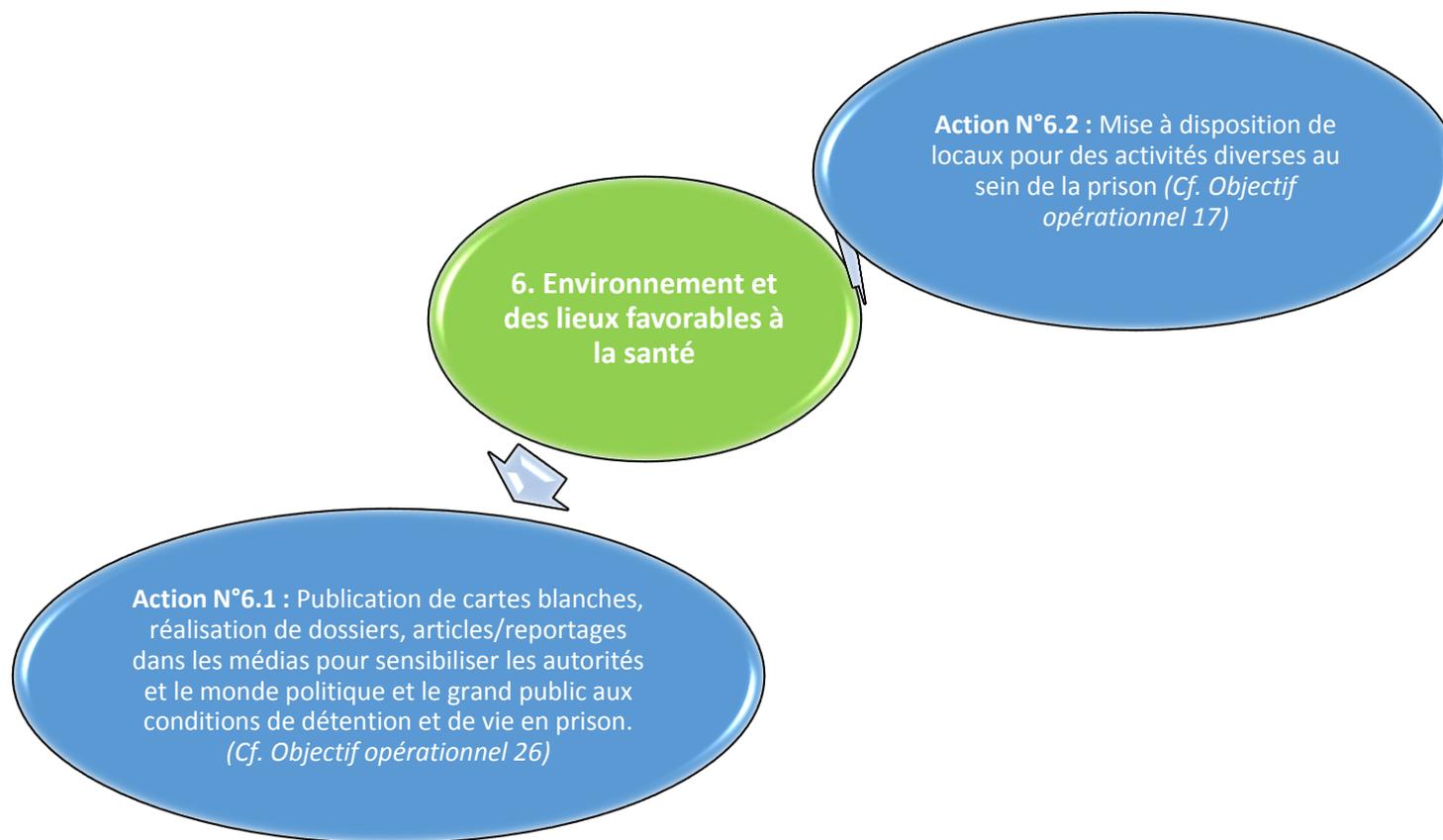
3. ACTIONS VISANT UN MEILLEUR ACCÈS AUX TRAITEMENTS ET AU DÉPISTAGE (2)



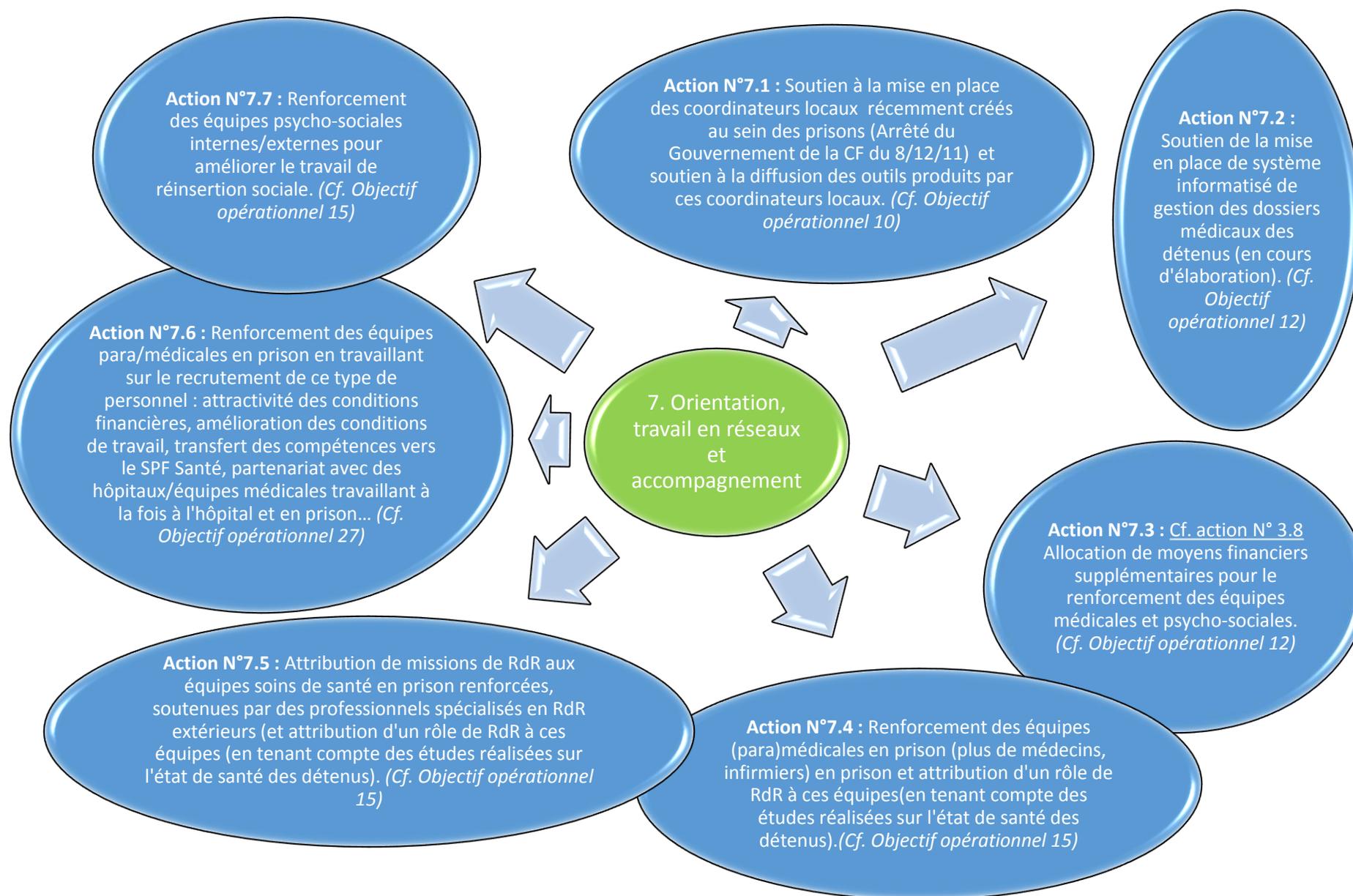
4. ACTIONS VISANT LA PRÉVENTION DE PROXIMITÉ (OUTREACH)



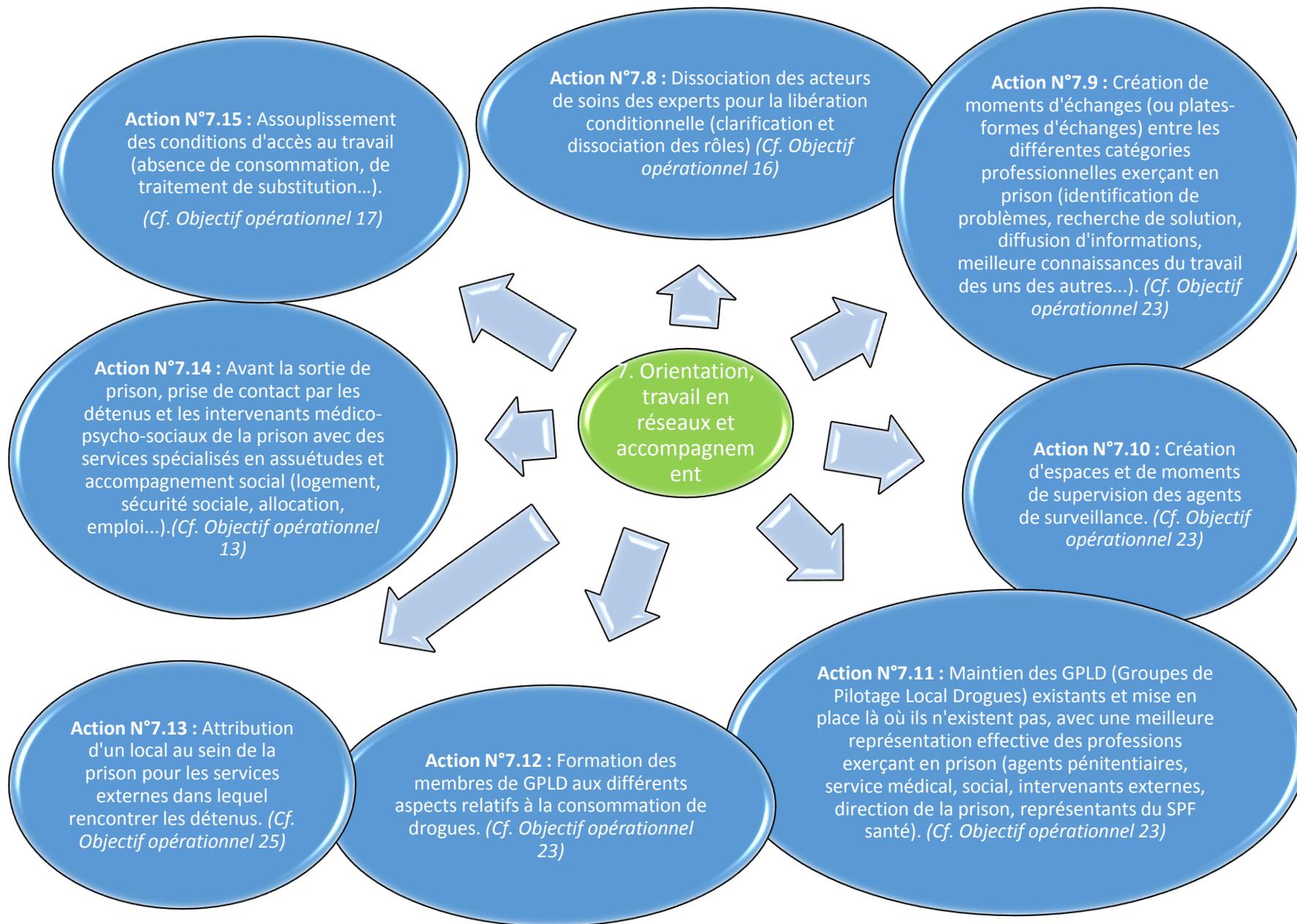




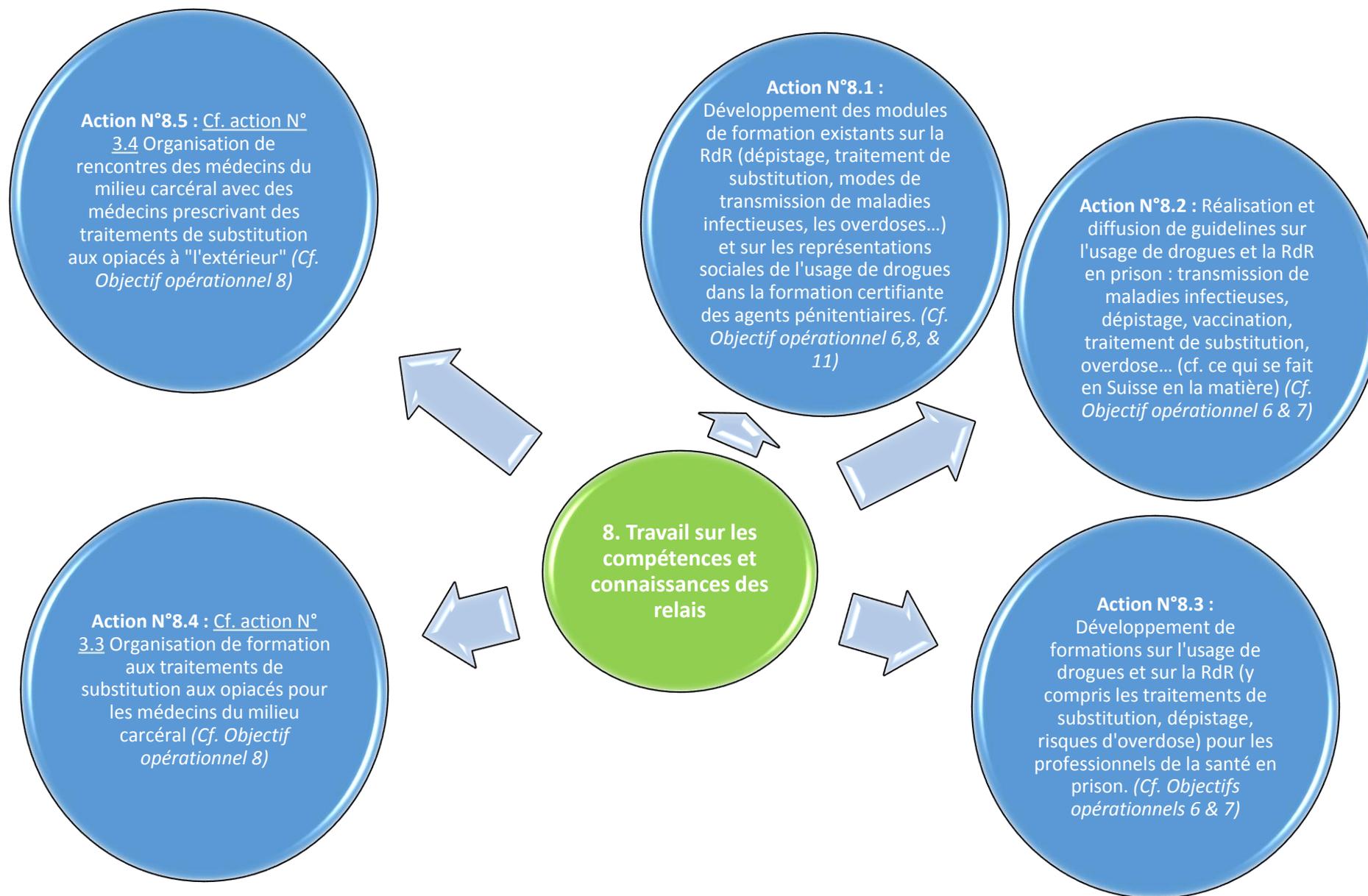
7. ACTIONS VISANT L'ORIENTATION, LE TRAVAIL EN RÉSEAU ET L'ACCOMPAGNEMENT DE L'USAGER (1)



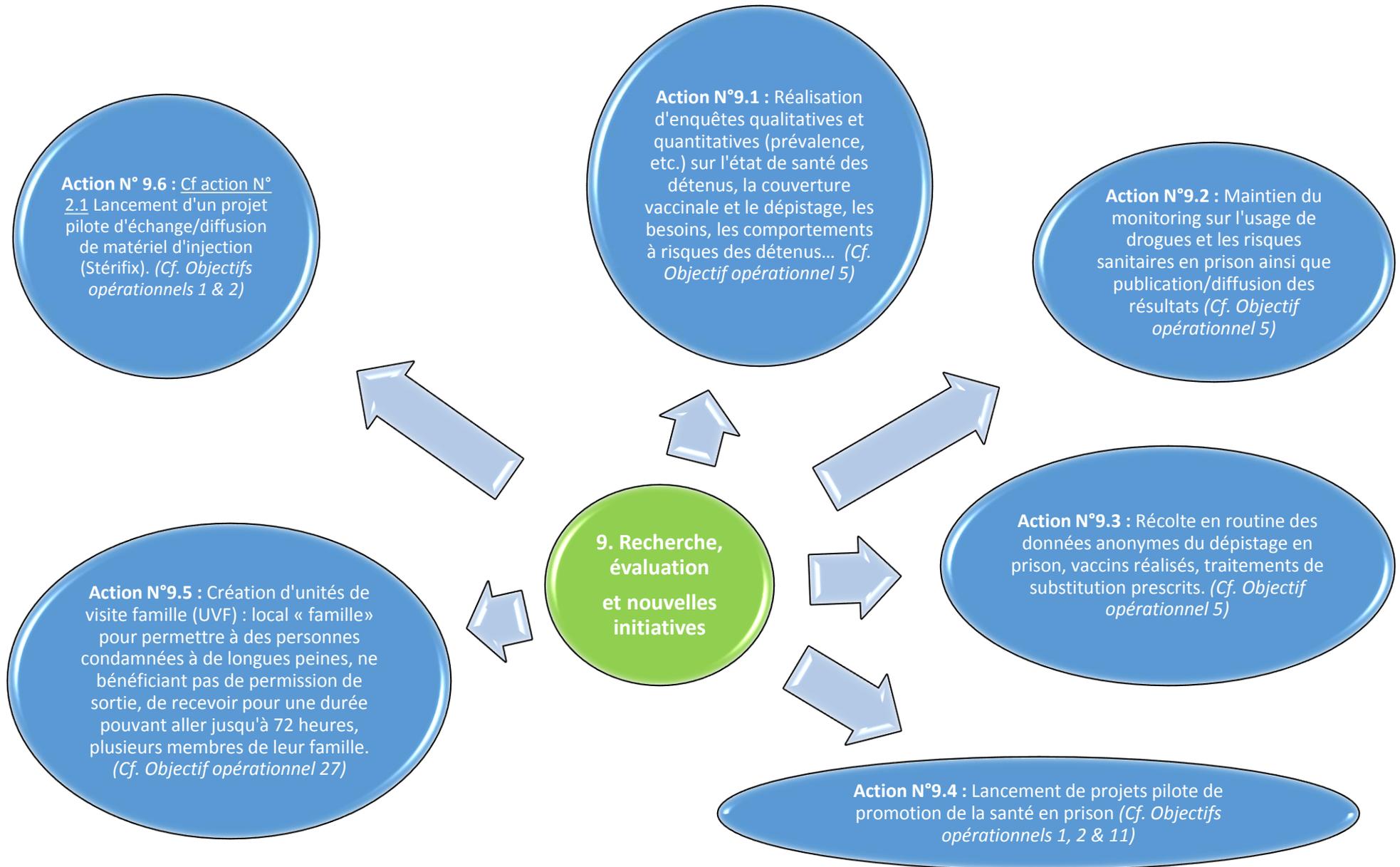
7. ACTIONS VISANT L'ORIENTATION, LE TRAVAIL EN RÉSEAU ET L'ACCOMPAGNEMENT DE L'USAGER (2)

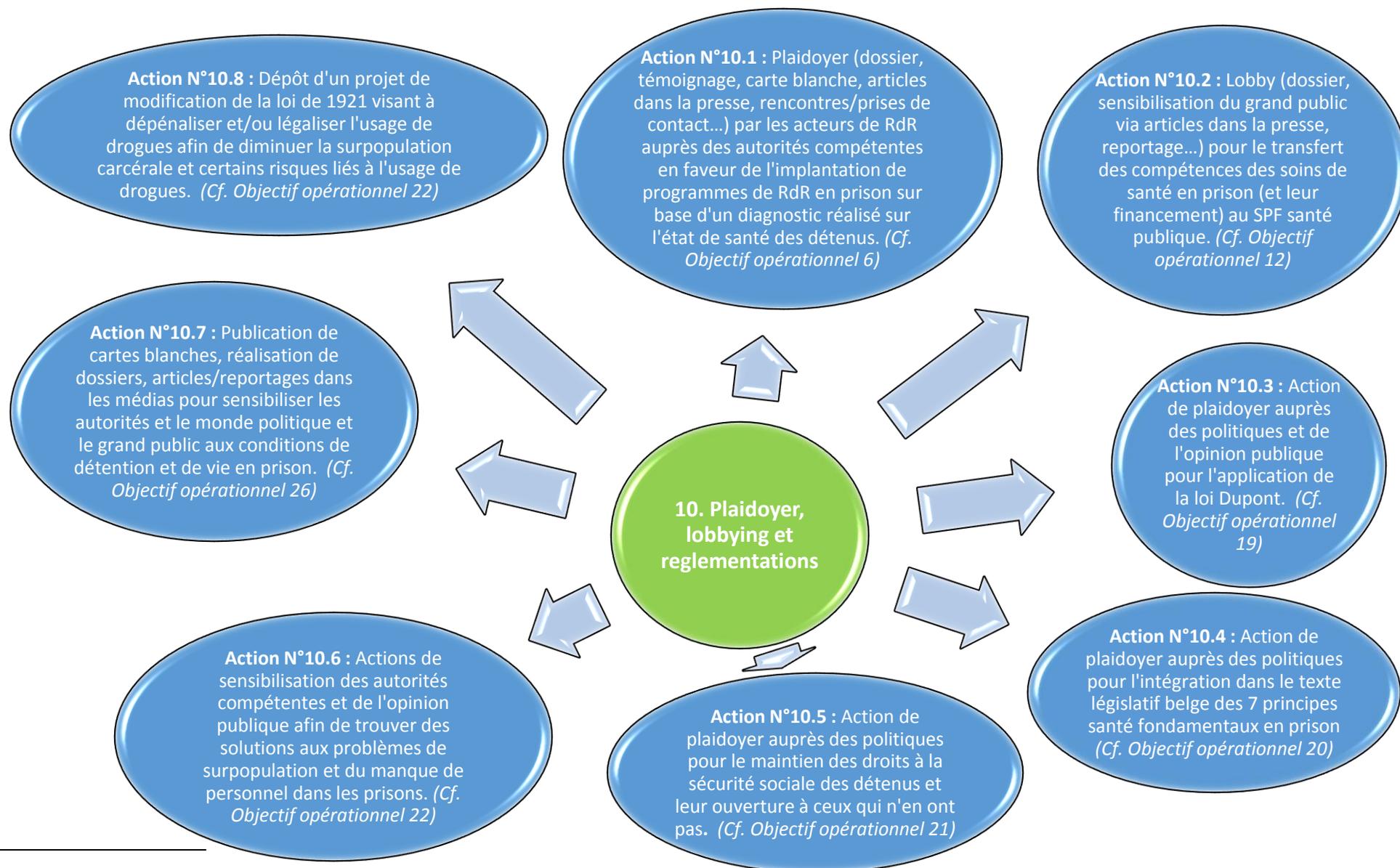


8. ACTIONS VISANT LE TRAVAIL SUR LES COMPÉTENCES ET CONNAISSANCES DES RELAIS (NON) PROFESSIONNELS



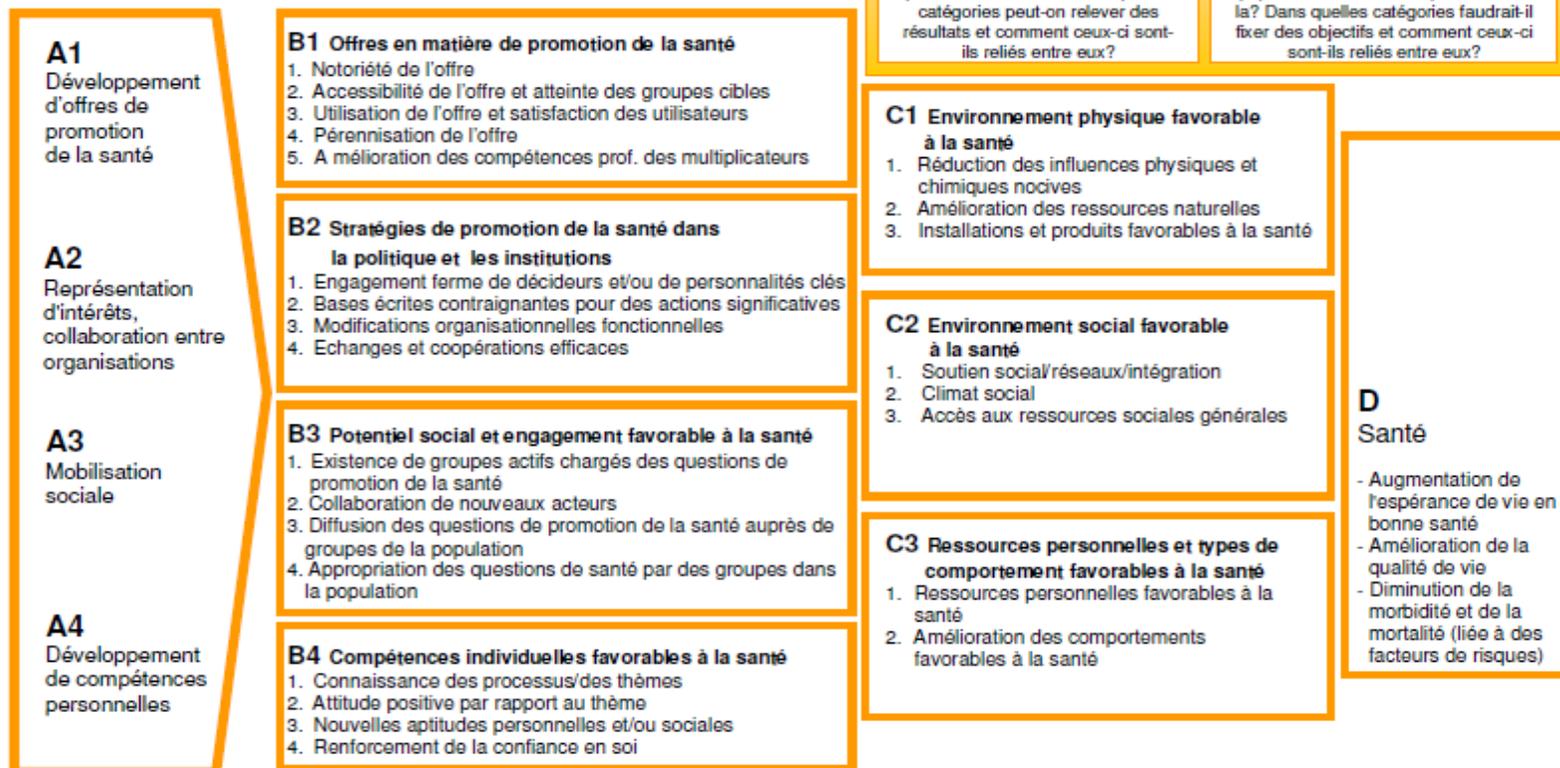
9. ACTIONS VISANT LA RECHERCHE, L'ÉVALUATION ET LES NOUVELLES INITIATIVES





⁵¹ Ces deux catégories ont été fusionnées

Les sous-catégories



Auteur(e)s: Cloetta, Bernhard; Spencer, Brenda; Ackermann, Günter; Broesskamp-Stone, Ursel; Ruckstuhl, Brigitte; Spörri-Fahrni, Adrian

© Promotion Santé Suisse. Guide pour la catégorisation des résultats: www.promotionsante.ch