

Printemps—Été
2017

Interface des pratiques de soins de santé en milieux fermés.

constatS
Chiffres, paroles de détenus,

p.2

p.5

Risques

Du côté du médical

Interview

Benoît Skrzypek

p.6

p.7

Du côté associatif

CAP-ITI? Transit,
Modus Vivendi

perspectiveS

p.10



Edito

Drogues et prison, prison et drogues... Ces termes sont aussi imbriqués dans nos esprits que le sont les clés dans les serrures des cellules. Les drogues sont sans doute présentes dans toutes les prisons du monde. A tel point que lors des grèves du personnel pénitentiaire l'année dernière, le manque de drogues commençait à renforcer les tensions. Ainsi, le journal Le SOIR titrait, le 10 mai 2016 « Grève dans les prisons: la drogue commence à manquer à certains détenus ».



Si ce phénomène n'est pas neuf, nous avons constaté, au fil du temps, qu'il était progressivement reconnu et admis publiquement : il y a une dizaine d'années, certains directeurs de prison affirmaient encore l'absence de drogues dans leurs établissements, ce que nous n'entendons plus aujourd'hui en Belgique. Par la mise en place de Groupe de Pilotage locaux DROGUES (voir p. 5) ou encore "d'ailes SANS DROGUES", le ministère de la justice a officialisé le phénomène.

On apprend donc que oui, les drogues circulent dans nos prisons. Première étape de passée, non sans importance.

Reste à voir comment réagir: Agir (ou pas) sur l'offre et/ou la demande de substances illégales.

Pour agir sur l'offre, l'administration pénitentiaire a mis en place un partenariat avec la Police Fédérale assurant la présence régulière et aléatoire de policiers avec des chiens anti drogues. Le contrôle des visiteurs est renforcé. Bien entendu, des fouilles de cellules sont régulièrement menées ainsi qu'une surveillance étroite des personnes détenues.

Quand il s'agit d'agir sur la demande, les choses se compliquent... Il faudrait améliorer les conditions de détention (oui un master plan existe, mais il n'est pas évident que la construction de nouvelles prisons aie un impact sur l'usage de drogues), proposer une offre bien plus large de formations et d'activités, améliorer la prise en charge médicale, sociale et psychologique, mettre en place une politique de Réduction des risques (Ah mais ça mon bon Monsieur, ce n'est pas une compétence fédérale!), etc etc etc...

Fort heureusement, des avancées ont été faites: les traitements de substitution par exemple sont nettement plus accessibles aujourd'hui qu'il y a 10 ans. Les Régions, qui par la dernière réforme de l'Etat ont acquis la compétence Promotion de la santé, s'intéressent progressivement au milieu carcéral. La Santé Publique veut mettre en place un projet pilote de prise en charge des usagers de drogues dans 3 établissements.

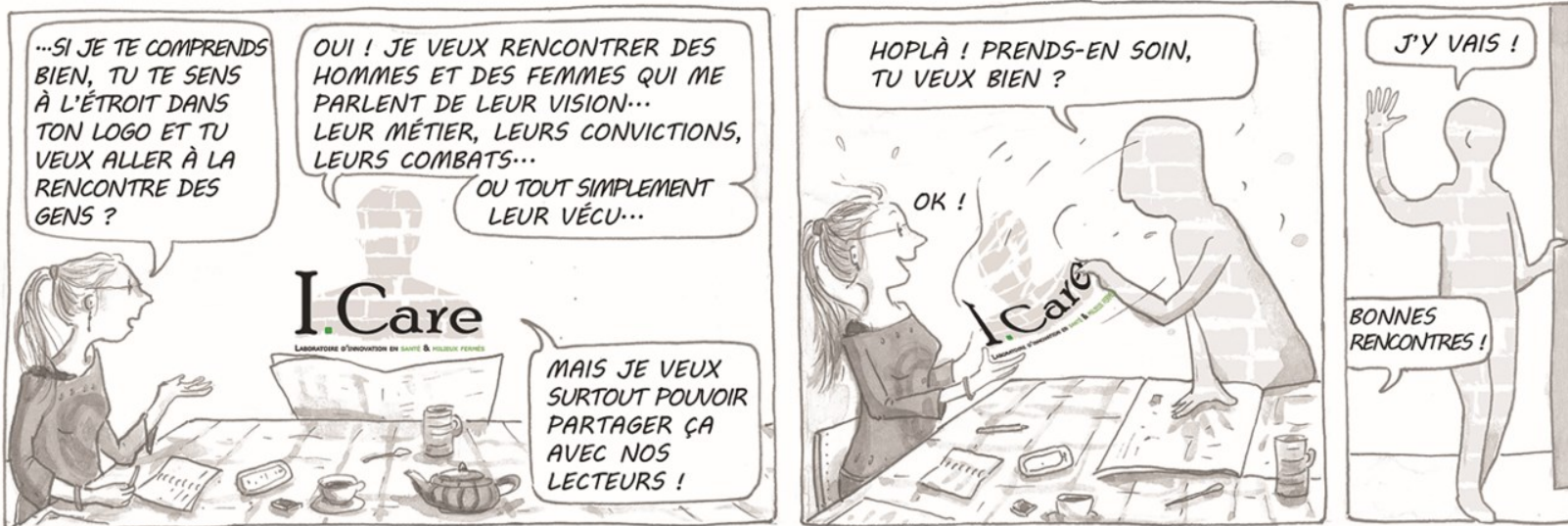
Nous sommes aujourd'hui dans une période de latence durant laquelle certains projets ont perdu leurs financements et peu de nouvelles initiatives voient le jour par manque d'investissement de l'administration pénitentiaire.. qui attend de voir comment le vent va tourner dans les années qui viennent en matière de prise en charge des soins de santé (transfert de compétences?). Douze pages pour aborder cette problématique aussi cruciale que complexe c'est bien peu. Mais à défaut d'en faire le tour cela permet de poser quelques questions importantes et d'esquisser quelques propositions de réponses.

Agir sur ce phénomène nécessite une vision globale et une politique publique intégrée: il s'agit de prendre soin d'une population en limitant son entrée en détention, en renforçant ses compétences psychosociales et en travaillant la réinsertion sociale dès le premier jour de la détention plutôt qu'en aggravant l'exclusion des personnes privées de liberté.

Extraits de "La ballade des dangereuses" de Delphine et Anaële Hermans,
à paraître à La boîte à bulles en avril 2018

Drogues en prison

La Newsletter de I.Care asbl
Laboratoire d'innovation en
santé et milieux fermés



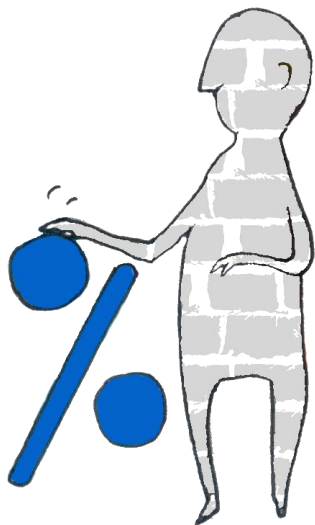
Chiffres

Peu de données quantitatives récentes existent sur cette question de la consommation de stupéfiants en prison. Des études sont menées dans différents pays et au niveau européen qui permettent cependant d'avoir quelques éléments statistiques globaux.

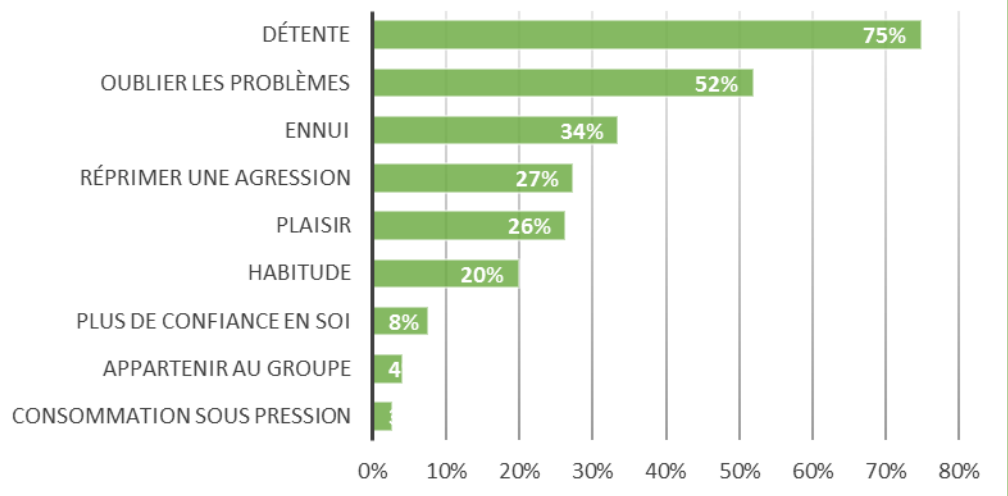
En 2010, **13.9% des détenus dans les 27 pays de l'UE** sont incarcérés pour des faits de toxicomanie. La dernière étude menée en **Belgique*** indique un chiffre qui s'élève à **10.4% de détenus incarcérés pour fait de drogues exclusivement** et grimpe à **20.7% pour fait de drogues et autres infractions**. Le tiers de la population carcérale belge est donc incarcéré directement ou indirectement pour des faits de drogues. Ce qui ne veut pas dire que ces détenus consomment en prison.

Cette enquête confirme aussi que la consommation de drogues n'est ni arrêtée, ni même freinée en détention : **33% des détenus rencontrés lors de cette enquête affirme consommer durant leur détention** et la fréquence de leur consommation semble régulière. La prison est aussi le lieu de la première expérimentation : 4% des répondants ont déclaré y avoir consommé un produit illégal pour la première fois.

L'enquête a démontré également l'importance du sentiment d'ennui des détenus durant l'incarcération et l'impact négatif sur les aspects de leur santé physique et mentale : **plus de 60% des détenus qui disent s'ennuyer souvent ou toujours expriment leur mal être physique et/ou psychique**. Les trois premières raisons de la consommation de drogues pendant la détention évoquée par les détenus sont le besoin de détente, l'oubli des problèmes et l'ennui.



Raisons évoquées par les détenus sur leur consommation



(n=1251)

Les dépenses publiques consacrées à la politique carcérale et aux détenus incarcérés pour faits de drogues en Europe.

La dernière étude du European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (2010) effectuée dans les pays membres de l'Union Européenne donne trois indications sur ces niveaux de dépenses :

Le pourcentage de dépenses publiques consacré à la politique carcérale : **0.18% du PIB des 27 pays de l'UE**

Le pourcentage de dépenses publiques consacré aux détenus incarcérés pour des faits de toxicomanie : **entre 0.03 et 0.05% du PIB de 22 pays de l'UE**

Le pourcentage de dépenses publiques consacré aux détenus incarcérés pour des faits de toxicomanie : **0.07 à 0.09% des dépenses public global des 22 pays de**

60,90%

au cours de la vie



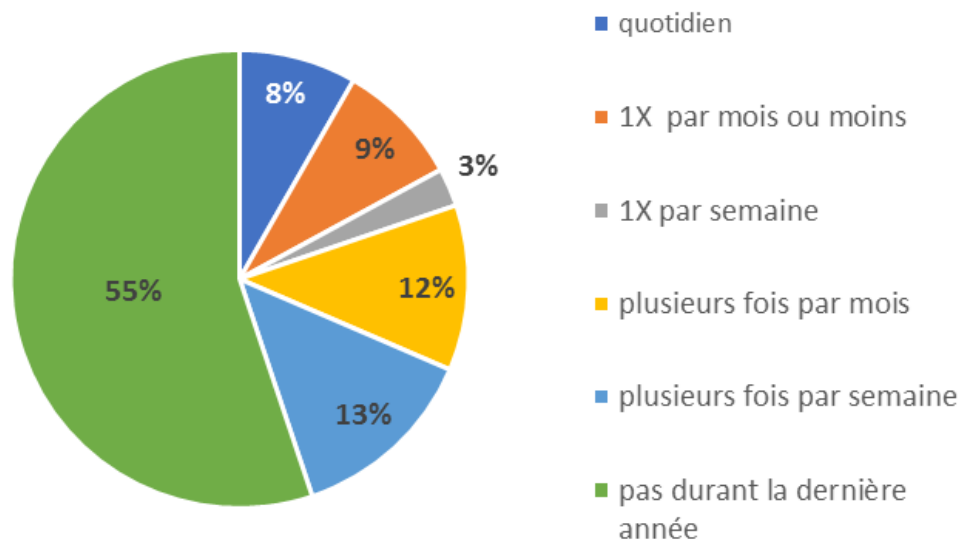
32,90%

en détention



Consommation au cours de la vie et consommation au cours de la détention en Belgique*

Modele de consommation pendant de la détention



(n=1251)



Le profil type c'est quelqu'un d'origine Nord africaine, en séjour illégal, qui a été pris avec X grammes, pas forcément énormément, cela représente 20 à 30 boulettes d'héroïne ou de cocaïne, la personne passe 6 mois en prison ressort avec un ordre de quitter le territoire qu'elle ne va pas exécuter, et revient avec un alias quelques temps plus tard pour le même type de faits. La première fois c'est en général 18 mois avec un sursi pour ce qui dépasse la détention préventive. On les remet en liberté quasiment le jour même avec un article 33.

Donc on a énormément de mandats d'arrêt qui arrivent avec ce type de profil et on sait que ces gens vont revenir tôt ou tard

Ce qui est véritablement significatif, c'est que lorsque ces personnes sont citées à comparaître devant le tribunal correctionnel, on peut lire sur la citation à comparaître le nombre d'alias, qui en général correspond au nombre de fois où ces personnes ont été interceptées par les services de police, car ils ont changé un peu leur identité pour qu'on les prenne pour quelqu'un d'autre. J'ai encore eu le cas hier soir d'un homme incité à comparaître avec 15 alias. »

Extrait d'une interview de Philippe Glibert directeur de l'annexe psychiatrique et du service médical au sein de l'établissement pénitentiaire de Jamioux



Etude 2010—Monitoring des risques pour la santé : Consommation de drogues dans les prisons belges

- Echantillon : 12% de la population carcérale belge.
- Couverture : 32 prisons belges

Cette enquête du SPF Justice et de l'Université de Gand s'inscrit dans le cadre d'un monitoring bisannuel visant à suivre les développements en matière de consommation de drogues et de problèmes de santé liés à la drogue dans les établissements pénitentiaires belges. Pour ce faire, un échantillon aléatoire d'au moins 10% de cette population a été constitué. Un questionnaire standardisé d'auto rapportage composé de 60 questions a servi d'instrument pour la collecte des données.

Relevons que les détenus ont répondu à des questions abordant des pratiques cachées. Les résultats de cette recherche ne montrent dès lors qu'une partie de la réalité...

Paroles de détenus

Extraits d'entretiens avec des hommes et des femmes détenus, I.Care asbl

« 23h15/ 24 en cellule, tu fais rien, tu t'ennuies et tu consommes. »

« Tout est bon pour passer le temps, Y'en a même qui fume leur traitement Seroquel®. »

« On s'ennuie ici, c'est dormir, tv, et c'est tout.... Même pas d'intimité pour aller aux toilettes ! On met un drap, mais c'est dégradant... alors des fois oui on consomme... »

« Je dors tout le temps, depuis 20 jours, depuis que je suis ici... c'est dur, il n'y a rien à faire, on est 23/24 h en cellule, comme des rats ».

« Quand tu prends de la métha tu ne rêves plus ».

« Je pêtais un câble avant qu'ils me le donnent, le manque c'était horrible. J'injecte tout, la kétamine aussi ».

« Distribution massive de Seroquel®, pour que les gens soient calme. »

« Ça commence, on ne m'a rien donné alors que je prends 60 mg ».

« Ici tout le monde fume du shit », « ça m'aide à me calmer ».

« S'il nous empêchait de fumer du cannabis, tu verrais, on leur ferait bouffer le carrelage »

« J'ai une veine qui a repoussé ici (il me montre l'arrière de son coude) je vais l'utiliser quand je sors . J'ai envie de continuer à prendre mon traitement métha, mais injectable ».

« Ici, 1 gramme de came pour 3 paquets de clopes ».

« En prison on trouve plus facilement de la drogue qu'à l'extérieur. J'ai peur de replonger. »

« Le problème c'est de passer les seringues. Elles sont très rares. Tu en verras jamais traîner, même pas un morceau. Ca se vend cher. »

« La cocaïne est très chère, alors si elle arrive jusqu'à moi je ne vais pas la gâcher »



Illustrations—Extraits de "La ballade des dangereuses" de Delphine et Anaële Hermans, à paraître à La boîte à bulles en avril 2018

En 2006

, le Ministre de

la Justice publie une circulaire relative à la problématique de la drogue en prison.

La circulaire prévoit la création de postes et de structures chargées de la « prise en charge des problèmes de drogue »

1 2 3

Drogues, des espaces de concertation



Le service de soins de santé prison n'est plus dirigé par un médecin depuis plusieurs années

C'est le directeur général de l'Exécution des peines et des mesures et le médecin chef du Service Soins de Santé Prison qui sont les responsables de l'exécution de la politique drogue nationale.



Missions:

Inventaire des projets développés dans les établissements pénitentiaires

Soumission d'un plan d'action au Ministre de la Justice

Développement d'un plan d'action de principe avec les autorités policières en matière de contrôle des entrées

Transmission de missions aux directions locales des prisons (exécution de la politique drogue)

Développement d'un plan d'action de principes avec les autorités régionales et communautaire en matière de politique d'aide aux toxicomanes.

Encourager les groupes de pilotage locaux à contacter les services locaux externes pour la prévention de la toxicomanie et le traitement individuel

Donne son autorisation préalable à chaque projet local qui contient un élément fondamental (aile sans drogue, tests d'urine, etc)

1

Ainsi, un **GROUPE DE PILOTAGE CENTRAL DROGUE** est prévu par la circulaire.



Mais en 2011, le président de ce groupe a démissionné et le directeur général n'a pas nommé quelqu'un d'autre, si bien que le groupe de pilotage central ne s'est plus jamais réuni...



Membres du GPCD :

SPF Justice:

- Le directeur général

- Le médecin directeur du service santé prison

- 2 directeurs régionaux

- 2 directeurs de

prison

Les coordinateurs drogues

- 2 médecins de prison

- Un membre du service psychosocial central

- Les coordinateurs en Justice réparatrice

- Un représentant du SPF Santé Publique

- Un représentant de l'administration bien être et santé publique de la Communauté flamande

- Un représentant de la police fédérale

2

2 coordinateurs de la politique en matière de drogues ont été nommés en 2006. Un pour les prisons néerlandophones et un pour les prisons francophones. Ils pouvaient alors se consacrer à temps plein à leur mission.



Un membre pour les prisons francophones

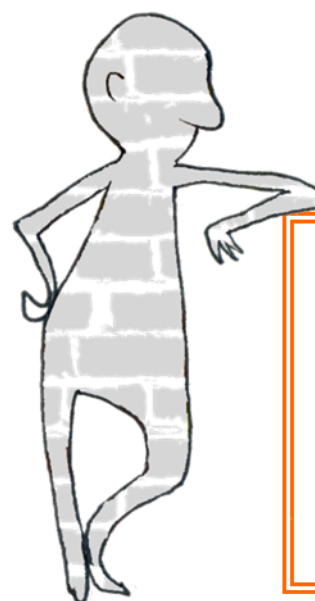


Un membre pour les prisons néerlandophones



Rôle :

Ainsi, pendant quelques années, les 2 coordinateurs ont fait lien entre le groupe de pilotage central et les établissements pénitentiaires, donnant des formations aux agents pénitentiaires, collaborant avec le service soin de santé prison, appuyant l'organisation de réunions des groupes de pilotage locaux drogues, soutenant les projets de secteur associatif, mettant des recherches scientifiques en œuvre etc ... ce sont réellement les référents en matière de drogues et prison sur le plan préventif, curatif et répressif.



En 2012 les coordinateurs drogues ont été invités à prendre une fonction de directeur de prison... tout en gardant leur casquette de coordinateur de la politique drogue. Résultat des courses: sachant que la fonction de directeur de prison est chronophage, il est impossible de mener réellement les deux missions

3

Enfin, la circulaire met en place des **GROUPE DE PILOTAGE LOCAUX DROGUE**.



Missions:

Le groupe soutient les responsables de la politique quant à son exécution, en accordant une attention particulière aux

besoins de formation du personnel

Le groupe est responsable de la collaboration avec le secteur externe d'aide aux usagers de drogues

Le groupe veille à communiquer au sein de l'établissement les informations importantes

Composition du GPLD:

- Le directeur principal de l'établissement ou son délégué

- Un médecin

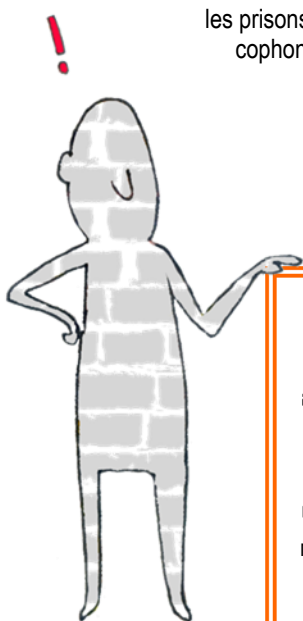
- Le conseiller en justice réparatrice

- Un collaborateur du service psychosocial

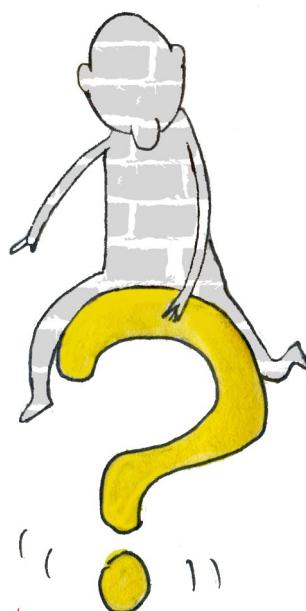
- Des représentants des services proposant une aide aux toxicomanes

- Un cadre responsable des agents pénitentiaires

- Les coordinateurs locaux ou régionaux des services d'aide aux toxicomanes



Le GPLD est un lieu incontournable de concertation entre associations actives en prison en matière de drogues. Bon nombre de projets ont été conçus et accordés lors de ces réunions qui ont considérablement rapproché des professionnels de service externes de professionnels « internes ».



Localement, les responsables de la politique drogue sont le directeur principal de la prison et le médecin chef

En 2011, la majorité des établissements francophones possédait son groupe de pilotage (12 sur 16), certains ayant démarré rapidement après la sortie de la circulaire, d'autres plus tard.

En 2017 seules 4 prisons de Bruxelles et Wallonie organisent encore ces réunions.

Les multiples causes d'une consommation à risques

Contexte de départ

1 Le nombre d'usagers de drogues incarcérés

Un détenu sur trois est incarcéré pour des faits liés à sa consommation de stupéfiants.

100 ans !

En Belgique la loi qui régit les comportements liés à l'usage de drogues date de 1921. Certes elle a fait l'objet de quelques modifications, mais l'esprit de la loi n'a jamais été modifié, il demeure répressif à l'égard des consommateurs tandis que tout le monde s'accorde pourtant à reconnaître l'usage de drogues comme un enjeu de santé publique avant tout.

Source: <https://stop1921.be/fr/>

2 Concentration d'un public plus enclin à consommer car vulnérable/défavorisé (cause ou conséquence de sa consommation)

3 Plus à risque d'être porteurs d'infections virales vu les trajectoires de consommation

La réalité de la prison

➤ Contexte

- 1 Conditions de détention favorisant la consommation (stress, ennui, sur population)
- 2 Fréquence des troubles de la santé mentale favorisant l'auto médication
- 3 Interdiction de détention, de vente et d'offre de produits psychotropes (Loi de 1921)
- 4 Peu d'alternatives à la médication en cas de stress, de troubles du sommeil,...
- 5 Limitation du temps de consultation dû au manque de personnel médical (durée moyenne de consultation autour de 5 minutes) qui influence la qualité de l'échange soignant-soigné
- 6 Manque de matériel personnel d'hygiène (brosse à dent, rasoir)
- 7 Absence de politique de réduction des risques liés à l'usage de drogues (RdR) ce qui engendre une absence de matériel stérile de consommation et un niveau trop faible de diffusion d'information
- 8 Grande promiscuité favorisant le partage de matériel
- 9 Le manque d'occupations et de projets favorisent les stratégies de contournement des règles
- 10 Autres pratiques à risques (relations sexuelles non protégées, tatouage, etc...) favorisant la transmission des infections virales, sources de risques croisés (exemple : s'infecter via une relation sexuelle et transmettre le virus via un partage de matériel de consommation)

Pratiques de consommation

Consommations cachées, prises de risques comme le partage de matériel et la polyconsommation

Risques

- Risques infectieux (en particulier VIH, hépatites B et C)
- Risques d'overdoses
- Risques de dépendance aux produits
- Stigmatisation
- Risques juridiques

A la sortie

Risques accrus d'overdose :

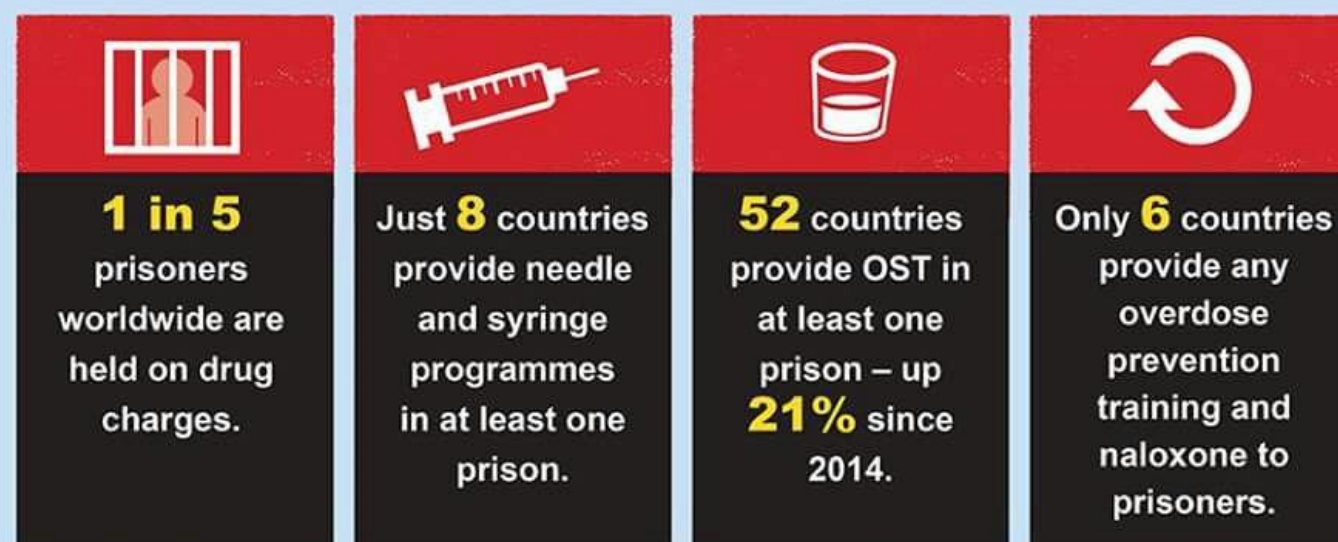
- reprise de consommation
- reprise d'habitudes de consommation antérieures à la prison
- surconsommation pour « fêter » la libération

Topo mondial de la réduction des risques en prison

RISQUES



Harm reduction in prisons



20 YEARS HARM REDUCTION INTERNATIONAL

www.hri.global

#GSHR2016

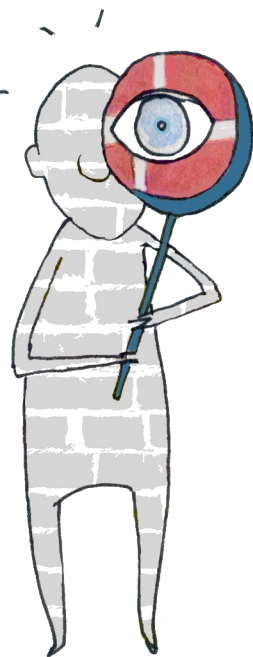


The Global State of Harm Reduction

Benoît Skrzypek est médecin généraliste en milieu carcéral. Il exerce aussi la fonction de médecin-référent pour le service Soins de Santé Prison. Son travail en prison a débuté en 1996 par des consultations de médecine générale à la prison de Verviers. A la fermeture de celle-ci en 2011, **il prit part à la mise en œuvre d'une consultation spécifiquement dédiée aux usagers de drogues à la prison de Lantin, plus grand établissement du pays.** Le projet de délivrance du Suboxone® s'inscrit dans la continuité de ce dispositif. Il fut d'abord mené à Lantin de manière expérimentale, durant plus d'une année. A la suite de l'évaluation de ce projet qui fut positive, l'ensemble des établissements pénitentiaires du pays ont désormais la possibilité de faire distribuer ce traitement de la sorte. Nous avons pu nous entretenir avec le Dr. Skrzypek autour de la mise en place de ce dispositif :

Quand ce projet est-il né et quelles furent les raisons de sa mise en place ?

En 2011, quand la prison de Verviers a fermé, je suis arrivé à Lantin dans l'optique de mettre en place une consultation dédiée aux toxicomanes. Ma collègue et moi, sommes arrivés là uniquement pour ça. Le service Soins de Santé prison nous a à l'époque donné carte blanche. Le projet de délivrance du Suboxone® dans les cellules est arrivé un petit peu après, dans la foulée de ces consultations. Cette molécule, nous en avons déjà entendu parler lors de formations et j'avais déjà eu l'occasion de l'utiliser. Son grand avantage est qu'elle offre plus de sécurité que la Méthadone fait constaté en milieu carcéral. A cette époque, l'utilisation du Suboxone® était secondaire par rapport à la mise en place de cette consultation dédiée.



L'une des raisons principales de sa mise en œuvre est une question « pratique ». La prise de Méthadone par les personnes incarcérées doit se faire à l'infirmerie, à l'origine pour offrir un contrôle permettant de s'assurer que la personne prend bien son traitement, au regard des risques potentiels qu'il présente. L'idée de la distribution du Suboxone® est inhérente à un aspect majeur de la réalité carcérale : les mouvements. Dans un établissement de la taille de Lantin (+ de 1000 détenus), cela a permis de diminuer ces mouvements, étant donné que cette molécule n'est pas classée comme un stupéfiant, nous avons considéré qu'elle pouvait être distribuée en cellule.

En parallèle, nous avons également la volonté de réduire une forme de stigmatisation envers les usagers, due notamment au fait qu'ils étaient dans l'obligation de se déplacer jusqu'à l'infirmerie pour la prise de leur traitement. Les membres du personnel, les autres détenus pouvant ainsi facilement les « identifier », ouvrant ainsi la porte à certains préjugés et remarques. De plus, l'apport d'une seconde molécule de substitution permet d'assurer une forme plus efficiente d'équivalence de soins par rapport à l'extérieur.

Le projet a démarré de manière expérimentale, à Lantin...des débuts parfois difficiles... quels ont été les principaux écueils ?

A l'époque ça a soulevé un tollé magistral dans le chef à la fois des représentants du pénitencier qu'infirmer, voire même à l'extérieur de l'établissement au niveau judiciaire. Ce qui leur a fait peur, c'est le produit, et la circulation de ce produit, considérant plus profondément que la toxicomanie n'était pas une maladie etc. etc. Et on l'a fait quand même, c'était un challenge ! Les premières consultations, ma collègue et moi on attendait les patients, une heure, une heure et demi...personne ! On ne nous envoyait personne ! Et puis, on

« Sur la période 2006-2010, la majorité des détenus qui avaient déjà consommé un jour des drogues illégales déclarent qu'ils ne suivaient aucun traitement au début de leur détention (69% à 77%).

Ceux qui indiquent être en traitement évoquent principalement un traitement de substitution (15% à 16%).

Sur la période 2006-2010, plus d'une personne sur trois de celles qui suivaient déjà un traitement de substitution au moment de la détention font l'objet d'un traitement de maintenance durant la détention (34% à 42%).

Les 37% qui déclarent en 2010 que le traitement de substitution est dégressif indiquent une augmentation manifeste du nombre de schémas de désintoxication progressive en prison. En 2006 et 2008, il était question d'une désintoxication progressive pour respectivement 20% et 24% du nombre total de détenus qui suivaient déjà un traitement de substitution lors de l'arrivée en prison.

Il n'est également pas rare que le traitement de substitution soit arrêté en prison. En 2006, ce sont même 41% des traitements qui n'ont pas été poursuivis d'après les détenus qui suivaient un traitement au moment de l'arrivée en prison. Sur la période 2008-2010, cela représentait 28% à 33% des traitements. »

Etude 2010—Monitoring des risques pour la santé

Projet Suboxone®

n'a pas lâché, nous avons continué à occuper le terrain, et puis il y en a eu un, puis deux, puis trois...et maintenant il n'y plus personne qui refuse. Et comme le personnel nous connaît maintenant, et que l'on a pu percevoir les effets bénéfiques de ces consultations chez les patients, le résultat c'est que maintenant la consultation tourne sans problème. **Et la délivrance du Suboxone® dans les cellules s'inscrit logiquement comme un dispositif faisant partie à part entière de la consultation en addictologie.**

Quels sont les acteurs impliqués dans la mise en œuvre de ce projet ?

D'abord il y a le Service Soins de Santé Prisons qui fut le cerveau et le moteur de cette consultation. Si nous n'avions pas eu le soutien juridique de Bruxelles pour mettre en place ce projet d'abord au niveau local, ça n'aurait pas été possible. C'est une des raisons pour laquelle on a qualifié au départ ce projet de « pilote », car à l'origine, la délivrance de ce type de molécule en cellule n'était pas autorisée. Ensuite, il y a les médecins bien sûr, les infirmières et infirmiers, ainsi que les agents pénitentiaires.

En pratique, comment ça se passe ?

D'abord, à l'entrée en détention, le médecin généraliste va demander au patient s'il y a une consommation de produits et/ou un traitement de substitution déjà en place. Il va ensuite procéder à une analyse d'urine pour corroborer les dires du patient et pour y voir un peu plus clair au niveau de ce qu'il consomme. De là, il peut instaurer directement un traitement...le Suboxone®. par exemple. Je vois encore çà et là des switches çà-d qu'en lieu et place de la méthadone que le patient avait à l'extérieur, certains médecins vont prescrire du Suboxone®. Ce n'est pas une bonne idée ! **Si le patient a un médecin traitant qui lui prescrit de la Méthadone®, parfois depuis des années, à quoi bon aller changer ?! On n'est pas pour autant des fadas du Suboxone® ! Si la personne est bien stabilisée, il n'y pas vraiment de raison de changer.**

Un fois cette première consultation faite, si le médecin estime devoir prescrire du Suboxone, celui-ci est directement prescrit au patient, et délivré en cellule. Mais la plupart du temps, le médecin me demande de recevoir les patients pour une seconde consultation qui sera plus spécifique et approfondie, ce qui permet notamment d'affiner plus précisément les dosages prescrits afin qu'ils correspondent au mieux aux besoins des patients. Contrairement aux médecins généralistes, j'ai le temps de réaliser une anamnèse plus orientée vers la consommation de produits.

Je revois systématiquement les patients dans les 15 jours maximum pour discuter du dosage avec eux, mais dès la prescription faite, le traitement est directement délivré en cellule. Il est placé dans les plaquettes de médicaments qui sont faites à l'avance et à l'extérieur de l'établissement pénitentiaire par notre pharmacie locale. Aucun moyen apparent en tout cas pour quelconque membre du personnel non-médicalisé de savoir ce qu'il y a dans ces plaquettes.

Et maintenant, quelle est l'étendue du projet ? Combien d'établissements pénitentiaires ? Combien de détenus concernés ?

Depuis l'année dernière, toute les prisons du pays ont la possibilité de délivrer le Suboxone® en cellule. Ils peuvent le faire, mais ce n'est pas imposé ! Après la période d'essai à Lantin, qui a duré un petit peu plus d'un an, on a dû remettre une évaluation à la Direction Générale qui a maintenant approuvée cette façon de faire. Il y'a un principe qui dit que si ça marche à Lantin, ça marche partout ! C'est un bon laboratoire en terme d'obstacles ! **A Lantin c'est +- 120 détenus sous Suboxone®, et ce n'est pas du tout représentatif du nombre d'usagers concernés dans l'établissement, ce n'est pas encore assez !**

Par la suite, nous avons également eu l'occasion d'organiser plusieurs séances de formation réunissant les membres des services médicaux de tous les établissements pénitentiaires (médecins, infirmier(e)s) autour des résultats du projet pilote, et plus largement de l'utilisation de cette molécule

Quels sont les principaux avantages de ce dispositif et ses principales faiblesses ?

Avantage principal : La sécurité d'utilisation tout en offrant une forme d'équivalence de soins. Depuis qu'on le fait, on n'a plus eu une seule overdose à Lantin.

Inconvénients : Les personnes qui détournent la molécule ou qui la revendent...et encore, il y a tout de même de fortes chances que le médicament arrive dans la bouche d'un consommateur d'opiacés, donc c'est de toute façon du produit illégal qui est moins consommé. C'est là tout l'intérêt de rencontrer les patients, pour parler de tout ça avec eux.

Quelles sont les perspectives pour l'avenir ? D'autres dispositifs en vue ?

Un projet se dessine en France, c'est celui de prisons « Benzo Free », ou tout traitement de benzos est systématiquement dégressif et compensé par d'autres molécules entraînant moins de dépendance et de risques pour le patient.

Après, dans la lignée de ce projet, moi personnellement je peux difficilement aller plus loin, médicalement parlant ! **Ce qu'il faut, c'est inscrire ce dispositif-là dans un travail pluridisciplinaire. L'avenir n'est pas dans les médicaments ! J'ai besoin de gens qui travaillent avec moi pour aller plus loin, des travailleurs psycho-sociaux, des éducateurs etc.**

Réseau spécialisé en assuétudes, actif dans et à la sortie des prisons bruxelloises



CAP - ITI

Centre d'Accueil Postpénitentiaire et d'Information aux Toxicomanes Incarcérés

Article rédigé par les équipes de CAP-ITI

CAP-ITI asbl (Centre d'accueil post- pénitentiaire– Informations aux toxicomanes Incarcérés) est un Service Actif en matière de Toxicomanie agréé par la Cocof.

L'équipe est composée de quatre assistants sociaux, de six psychologues et de trois personnes liées au service administratif.

Le centre est agréé pour quatre missions : la prévention, l'accompagnement, la réinsertion (dans laquelle est reprise le projet spécifique réhabilitation), la formation.

L'accompagnement de la personne consommatrice de produits (drogues, alcool et/ou médicaments) peut débuter à tout moment du parcours judiciaire.

En début d'incarcération, l'équipe sociale rencontre les personnes afin d'analyser leur demande et de les orienter vers un centre de cure ou de postcure. Il leur est également proposé un accompagnement social et/ou psychologique.

Le détenu peut être accompagné tout au long de sa détention dans les prisons bruxelloises ainsi que à la prison d'Iltre. Après transfert en prison d'attache en dehors de Bruxelles, des rendez-vous peuvent être fixés dans nos locaux lors de sorties spéciales ou de congés pénitentiaires.

La particularité et la force de notre mission, est de pouvoir accompagner la personne au travers toutes les moments de son parcours judiciaire en créant et en maintenant une présence et un lien. Bien que ce parcours soit jalonné par différentes étapes où l'injonction thérapeutique peut intervenir, c'est-à-dire l'obligation faite aux détenu(e)s d'avoir une prise en charge thérapeutique liée à leurs problèmes de consommation de produits psychotropes, cette injonction devient bien souvent une confirmation de la nécessité du maintien du travail en cours mais aussi la possibilité de préparer de façon la plus adéquate possible un retour vers un quotidien en dehors de la prison.

Tout en respectant la réalité de la personne judiciairisée, c'est-à-dire l'obligation de se soumettre au contrôle de ses actes, nous tenons à privilégier le pôle soin de notre action. Nous respectons de façon stricte les règles du secret professionnel ainsi que celles du secret professionnel partagé car notre pratique professionnelle nous amène à travailler en réseau avec nos partenaires des secteurs dans lesquels nous sommes inscrits.



Projet de continuité des soins de 72h

Article rédigé par Transit

La base de toute prise en charge médicale tient au principe d'équivalence et de continuité des soins. Ces principes figurent, entre autres, dans les recommandations de l'OMS, la déclaration de Genève et la loi Dupont (art 88, 89) qui régit le statut juridique des détenus en Belgique). Malgré ces éléments repris dans plusieurs textes légaux, (belges et internationaux) force était de constater qu'en réalité, le SPF Justice dérogeait à l'application stricte de ce principe de base qu'est la continuité des soins. Pour pallier à ce manquement et assurer au mieux la stabilité de la santé des détenus et ex détenus, **l'asbl Transit** a cherché à réagir.

Des suites des débats apparus en 2010 lors du Groupe de Travail Santé réalisés par la CAAP (coordination des associations actives en prison) autour de la question de la continuité des soins d'un détenu sortant de prison, des rencontres entre le personnel infirmier de la prison de Forest, de Berkendael et de St Gilles et des représentants de l'asbl Transit ont eu lieu.

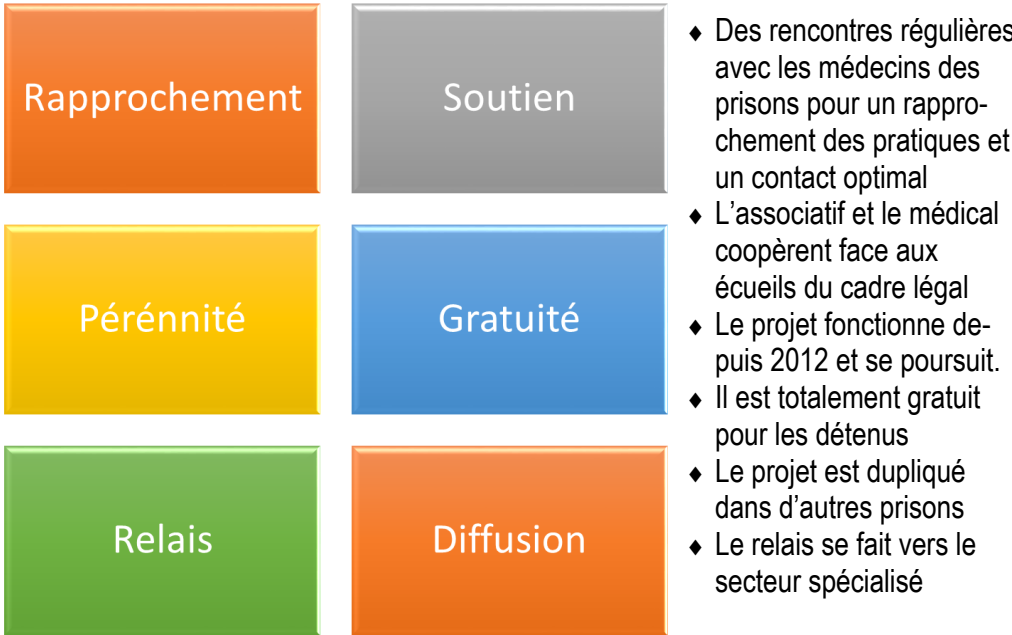
Durant ces rencontres il a été convenu que **sur base d'une meilleure passation d'informations** entre les services, il soit possible d'améliorer les collaborations et faire en sorte que **les détenus libérés de l'une de ces trois prisons et qui vont à Transit dès leur sortie, puissent bénéficier d'un traitement pour 72 heures (fourni par la prison).**

Il ne s'agit pas ici de prescription, mais bien de donner les comprimés du traitement en question à l'ex détenu afin qu'il dispose de sa médication pour les premières 72 heures post carcérale, et ce y compris la méthadone sous forme de sirop.

Pour ce faire un travailleur de l'asbl Transit rencontre le détenu lors de sa détention. Cela permet, avec l'accord du détenu, de communiquer avec le service infirmier au sujet de sa médication. **Le consentement de la personne est indispensable afin de ne pas transgresser le secret médical.** L'idée consiste à 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.

Ce projet a permis des avancées notables sur la prise en charge et la continuité des soins :



En manque d'activités, de formations et de possibilités de se ressourcer, la consommation de

drogues serait une conséquence du stress, une tentative pour oublier les problèmes ou une manière de combattre l'ennui si on se réfère aux 3 premières raisons qui, selon les détenus interrogés en 2008 – dans le cadre du monitoring des risques sanitaires ciblé sur l'usage des drogues dans les prisons belges –, les poussent à consommer des drogues. Cette consommation concerne tout type de produits, même si le cannabis, l'héroïne et les benzodiazépines restent en tête. Elle concerne également tous les modes de consommation, puisque même l'usage par injection est présent.

Face à ces constats, il est nécessaire d'accompagner les personnes détenues en matière de Réduction des Risques (RdR). La tâche est complexe : du côté des détenus le sujet est tabou, et du côté de l'administration pénitentiaire la sécurité et le curatif sont les principaux domaines de préoccupation.

Pour accompagner au mieux les personnes détenues en matière de RdR, l'opérationnalisation du projet Boule de Neige en milieu carcéral semble donc des plus pertinentes...

« Boule de Neige », qu'est-ce que c'est ?

Il s'agit d'une action de sensibilisation par les pairs (effet « Boule de Neige » de diffusion d'informations) auprès d'un public marginalisé d'usagers de drogues qui n'ont, en général, que peu ou pas de contacts avec les structures de soins, et qui sont peu touchés par les campagnes destinées au grand public.

Les premières opérations Boule de Neige sont apparues fin des années 80' en rue et, au fil des années, elles se sont élargies à divers modes de consommation (snif, fumette, injection) et à d'autres environnements (carcéral, festif, etc.). Les premières opérations Boule de Neige en milieu carcéral ont vu le jour en 2001-2002. Au total, 30 opérations BdN ont été menées en milieu carcéral en 16 ans d'existence du projet et au gré des subventions obtenues.

La pertinence du projet BdN en milieu carcéral

Comme mentionné précédemment, la consommation de drogues ne s'arrête pas à l'entrée des prisons, comme les études, tant nationales qu'internationales, le confirment. Les détenus usagers de drogues ont de fait très peu accès à l'information de RdR et encore au moins au matériel de consommation à moindre risque.

Dès lors, transmettre des informations par les pairs est particulièrement pertinent dans ce contexte ; les tabous peuvent être plus facilement contournés – permettant de faire émerger des conduites à risques en relation avec l'usage de drogues peu ou pas communes et d'y apporter une information claire et objective. De fait, les services médicaux sont facilement sujets à la méfiance des détenus sachant qu'ils dépendent de la justice. De plus, la proactivité inhérente au mode participatif du projet peut motiver les détenus qui relayent l'information (appelés « jobistes ») à s'impliquer davantage dans un processus de responsabilisation plus globale.

Opérations « Boule de Neige », quelle mise en œuvre ?

Coordination du projet en Belgique francophone : Modus Vivendi ;

Opérationnalisation du projet sur le terrain : professionnels de la RdR au niveau local (« opérateurs locaux ») ;

Étapes d'une opération :

Recrutement des (ex-) usagers de drogues (futurs « jobistes ») en collaboration avec des intervenants pénitentiaires qui veillent d'ailleurs au principe de confidentialité à l'égard des détenus sélectionnés et ce, afin de limiter toute stigmatisation.

Séances de formation des jobistes.

Travail de terrain par les jobistes:

Sensibilisation en établissant une dizaine de contacts parmi ses pairs : les autres détenus ;

Récolte d'information auprès de ses pairs grâce à un questionnaire. La question de l'anonymat reste essentielle dans ce projet ; les répondants aux questionnaires ne sont en aucun cas identifiés ou identifiables par le personnel carcéral.

Séance d'évaluation avec les jobistes.

Défraiement des jobistes ; c'est une manière de reconnaître leur expertise en tant qu'usager et de contribuer à une valorisation de la personne.

Séance d'évaluation avec le personnel pénitentiaire.

Illustration d'une opération Boule de Neige

Une prison wallonne a fait la démarche, en avril 2016, de contacter Modus Vivendi pour tenter d'organiser une opération Boule de Neige. Les différents acteurs se sont rencontrés pour discuter des modalités en septembre 2016 au sein de la prison. Étaient présents : Modus Vivendi et le partenaire local, une représentante de la direction, quelques personnes du service psycho-social et les agents pénitentiaires responsables de la « mobilité » des détenus. Cette étape est cruciale car elle permet de fixer les modalités pratiques, d'éclairer les questionnements et de faire ainsi des compromis entre la mission de « Sécurité » remplie par les agents et celles de « Réduction des Risques ».

Le recrutement s'est déroulé via 2 canaux de communication : une campagne d'affichage dans les différentes ailes de la prison et un message informatique diffusé via la plateforme prison-Cloud (dont bénéficient chaque détenu en cellule). Ci-après, un exemple d'affiche.

L'opération a concrètement commencé fin novembre 2016 pour se clôturer début janvier 2017 avec 6 jobistes - tous consommateurs ou anciens consommateurs, avec des usages de produits et des modes de consommation différents. Ils ont suivi cinq séances de formation, à raison d'environ 2 séances / semaine durant 2h30, sur les thématiques suivantes :

- (1) présentation du projet et de la philosophie de la RdR, avec signature d'une convention avec chaque jobiste motivée en fin de séance ;
- (2) les drogues (légal et illégal), les modes de consommation et les troubles de l'usage d'une drogue ;
- (3) RdR autour des produits et des modes de consommation ;
- (4) les infections sexuellement transmissibles (IST) ;
- (5) utilisation du questionnaire – outil de support pour la passation et la récolte d'information.

Après ces 5 séances, les jobistes devaient alors, pendant un mois, prendre contact avec environ dix autres détenus afin d'entamer leur mission ; la passation d'information se faisait en général en cellulaire où ils complétaient le questionnaire et donnaient les informations pertinentes oralement, appuyée de brochures traitant des diverses thématiques abordées.

La sixième séance était consacrée au débriefing avec les jobistes. Ces derniers ont ramené les questionnaires complétés et ont émis leur avis sur l'opération déroulée ; la majorité souhaitaient réitérer l'expérience, un seul d'entre eux posait toutefois deux conditions à cela : modifier quelques questions de l'outil et pouvoir circuler plus facilement au sein des différentes ailes pour toucher un maximum de personnes.

Quelques critiques plus globales ont été émises par la majorité : trop peu de séances de formation ; difficulté de négociation avec certains agents pénitentiaires (problème de confiscation des questionnaires/brochures lors de fouilles, difficulté pour accéder à certaines cellules, ...) et un sentiment de frustration de ne pas avoir une continuité à plus long terme dans l'action Boule de Neige. Concernant ce dernier point, une réflexion est faite au sein de Modus Vivendi afin d'entrevoir une pérennisation de l'action et de détourner ainsi l'effet « One Shot » parfois ressenti.

De manière globale, ce fut une expérience très riche entre les opérateurs et les jobistes, avec beaucoup de considération et de respect dans les deux sens, composée d'échanges d'expériences très diverses, des remises en question et des prises de conscience, ... certains détenus ont fait preuve d'une rigueur scolaire et d'une implication déroutante, d'autres ont même proposé une démarche d'autofinancement pour pérenniser le projet!

Les contacts avec les différents intervenants pénitentiaires (direction, service psycho-social, agents pénitentiaires) se sont très bien passés : curiosité, flexibilité, gentillesse étaient au rendez-vous dans un milieu dit « sécuritaire » qui reste relativement chronophage et énergivore pour adapter une action de sensibilisation par les pairs telle qu'une opération Boule de Neige.

Opérations « Boule de Neige » : quelles perspectives ?

En cette année 2017, l'administration pénitentiaire fédérale a privilégié une thématique d'action : les assuétudes. Les différentes prisons bénéficient donc d'un certain budget pour opérationnaliser la thématique. De ce fait, quelques intervenants carcéraux ont sollicité Modus Vivendi pour tenter l'organisation d'une opération Boule de Neige ; 2 prisons wallonnes participent dès lors à l'élaboration d'une opération au sein de leur établissement. Modus Vivendi est à la recherche de partenaires-opérateurs locaux afin de proposer à 3 autres entités pénitentiaires d'y expérimenter une opération Boule de Neige.



http://www.modusvivendi-be.org/IMG/Raport_usage_drogues_2008_version_fr_defin.pdf

<http://www.attp.be/wp/wp-content/uploads/2014/01/Réduction-des-risques-en-milieu-pénitentiaire.-OEDT-2012.pdf>

8ème Gauche—projet de sensibilisation en réduction des risques

A Forest, jusqu'il y a peu les détenus sous traitement de substitution et/ou consommateurs de drogues étaient placés dans une section spécifique. Cette section comptait en moyenne une vingtaine de détenus. En mai 2014, à la suite de plusieurs overdoses et du constat que la problématique de consommation y restait présente, le Groupe de Pilotage Local Drogues (GPLD) de la prison de Forest a décidé - en partenariat avec des services bruxellois compétents dans ce domaine - de mener un projet de sensibilisation à la réduction des risques liés à l'usage de drogues.

Seuls des services extérieurs semblent en mesure de se charger de la sensibilisation aux risques liés à l'usage de drogues et des moyens de les réduire. Les équipes médicales n'ont en effet pas de mission de promotion de la santé. Ce sont donc les asbl Modus Vivendi et Transit qui ont proposé de se charger de ce projet de sensibilisation des détenus. Le Point de Contact d'orientation et d'accompagnement, Cap-Iti et le Réseau hépatite C se sont également joints à eux.

Les objectifs généraux du projet ont été définis : améliorer les connaissances des usagers sur les risques liés aux drogues, favoriser des changements d'attitude vis-à-vis de ces risques et participer à l'amélioration d'un cadre propice à des comportements de réduction des risques. Rencontres dans le cellulaire.

Concrètement, les portes des cellules ont été ouvertes aux intervenants (au nombre de deux) afin qu'ils puissent s'entretenir avec les détenus. Il s'agissait de parler de drogues, de risques et de santé sans tabous et en toute confidentialité.

C'était la première fois dans l'ensemble des prisons francophones que des services extérieurs étaient autorisés à rencontrer les détenus dans leur cellule pour aborder ces thèmes (en dehors du contexte d'une enquête). Ces conditions plus propices ont facilité le dialogue et les sujets étaient abordés plus aisément que dans le cadre plus strict d'entretiens en parloir.

Une collaboration étroite avec le personnel pénitentiaire a également été instaurée. Les agents pénitentiaires qui travaillaient sur cette section ont été impliqués dans le projet. Les services externes les ont régulièrement rencontrés afin de leur apporter des informations complémentaires et d'optimiser l'orientation ou l'aide qu'ils peuvent apporter aux détenus.

Fort d'un bilan positif qui a pointé une collaboration optimale entre le personnel pénitentiaire et les services externes ainsi qu'un vif intérêt des détenus pour ces temps de parole offerts, le projet a été institutionnalisé en 2015 et a instauré des rencontres mensuelles entre les détenus et les représentants des services. Il s'est poursuivi avec le soutien du GPLD et de l'ensemble du personnel, et c'est en outre ouvert à d'autres services ».

En Juillet 2016 ce projet a dû être interrompu pour cause d'insalubrité d'une aile de la prison. Depuis, la maison d'arrêt de Bruxelles a été déplacée au sein de la prison de ST gilles et il est prévu d'implémenter ce projet au sein de cet établissement.

Une adaptation du projet initial est à prévoir étant donné que la prison de Saint Gilles a fait le pari de ne plus rassembler en une même section les détenus sous traitement de substitution, afin d'éviter la stigmatisation des détenus. La perspective de reprendre la transmission de l'information en RDR en cellule continue d'animer les débats actuellement en cours au sein du GPLD Bruxelles.

Projets à l'international

Des programmes d'échanges de seringues en prison ont été lancés dans plus de 60 prisons du monde.

Le point commun de ces programmes ? Les seringues sont distribuées directement aux détenus par le personnel médical de la prison, par des détenus formés au rôle de travailleur de proximité, par des ONGs externes ou d'autres professionnels de la santé, ou encore à l'aide de distributeurs de seringues automatisés qui permettent l'échange d'une seringue usagée pour une nouvelle seringue.

L'impact de ces programmes d'échange de seringues sur les comportements à risque, et leur efficacité globale en prison ont été évalués et ont révélé les éléments suivants :

- Ces programmes sont réalisables dans la plupart des établissements carcéraux.
- Les détenus acceptent sans réserve le matériel stérile lorsqu'il est proposé.
- Aucune hausse de la consommation de drogue ou d'injection de drogue n'a été observée
- Aucun cas d'utilisation comme arme d'une aiguille distribuée dans le cadre de ces programmes n'a été constatée et, plus généralement, aucune hausse de la violence.
- Et point essentiel, ces programmes ont contribué à une diminution importante du partage des seringues, ce qui a réduit la transmissions d'infections, VIH, hépatite C. Dans ces prisons on a également constaté une baisse du nombre d'overdoses, d'abcès et autres infections liées à l'injection ainsi qu'une meilleure orientation des consommateurs de drogue vers des programmes de traitement de la toxicomanie.

Ces études ont donc démontré l'impact positif de ces programmes d'échanges sur la santé des détenus.

L'exemple Suisse : entre avant-garde et résistance. L'office fédérale de la santé publique Suisse s'implique depuis de nombreuses années dans des projets liés à la santé carcérale et en particulier dans des projets pilotes d'échange de seringues et l'élargissement des traitements depuis la fin des années 80 et l'épidémie du VIH/Sida .

La remise de matériel d'injection en milieu carcéral a donc démarré très tôt en Suisse avant de connaître une longue phase de stagnation. Un premier essai officieux est tenté en 1992 par le Dr Franz Probst, médecin de l'établissement d'Oberschöngrün, près de

Soleure. En 1994, c'est dans la prison pour femme de Hindelbank (canton de Berne) qu'est lancé le premier projet pilote au monde d'échange de seringues. La prison genevoise de Champ-Dollon, la plus grande du pays, suivra en 1996 et pratique depuis 20 ans la distribution de matériel stérile d'injection. L'expérience a prouvé l'efficacité préventive de cette mesure. Le service infirmier de la prison distribue en moyenne chaque année quelque 400 kits d'injection, ce qui concerne 24 à 53 usagers.

Le protocole, élaboré par les spécialistes et accepté par l'administration pénitentiaire, prévoit un entretien approfondi avec le service médical avant la remise du matériel à la porte de la cellule. C'est le service infirmier qui se charge de distribuer le kit d'injection, appelé aussi «boîte Flash», qui contient notamment seringues et tampons désinfectants.



La boîte est placée à l'intérieur d'un sachet en papier, comme tous les autres médicaments, afin de préserver la confidentialité. Le détenu reçoit aussi un tube pour y remettre le matériel usagé. Celui-ci devra en principe être rendu pour en obtenir un nouveau.

En 2008, dans le cadre du projet BIG de lutte contre les maladies infectieuses en milieu carcéral, les acteurs de la santé publique et de la justice Suisse ont développé un vademecum qui renseigne sur ces maladies et met à disposition des acteurs de terrain des recommandations et des standards en terme de traitements.

Depuis le 1er janvier 2016, une législation fédérale sur les épidémies indique que les établissements de privation de liberté doivent notamment veiller à favoriser l'accès à du matériel d'injection stérile. Malgré une prise de conscience ancienne et la volonté de promouvoir des projets novateurs des politiques, les résistances restent grandes : sécuritaires, éthiques, sanitaires... Sur ces vingt dernières années, 10% seulement des prisons suisses ont mis en pratique l'échange de seringues. Et l'entrée en vigueur de la nouvelle législation ne semble pas inciter les établissements pénitentiaires suisses à mettre en place cette distribution comme s'en inquiète le président de la Conférence des médecins pénitentiaires suisses «*Notre association a le souci que l'ordonnance soit mise en œuvre dans toute la Suisse et est préoccupée par les fortes réticences auxquelles son application se heurte. Le travail de conviction va se poursuivre car un tel programme nécessite d'être accompagné et accepté par les directions*».



<https://www.youtube.com/watch?v=Ov2Zs0m2mGk>

Nous sommes au mois de juin 2017, et comme vous l'aurez constaté au fil des pages, en matière d'accès aux soins des usagers de drogues, il y a encore du pain sur la planche ! Ceci dit la une période est particulière, puisque d'une part depuis la 6ème réforme de l'Etat certaines compétences en lien avec le carcéral ont changé de main et d'autre part le transfert de compétences des soins de santé aux détenus qui plane en ce moment a pour conséquence une forme d'immobilisme au sein du SPF Justice.

Mais voici, de manière non exhaustive, quelques éléments qui peuvent nous faire espérer des jours meilleurs :

Au niveau Fédéral :

Le Ministère de la Justice et le Ministère de la Santé Publique ont commandité une recherche sur les soins de santé en prison, dans le but d'initier une réforme de l'organisation et du financement des soins. Cette recherche fut menée par le Centre Fédéral d'Expertise (KCE). Les résultats seront rendus publics mi juillet 2017.

D'autre part, le Cabinet et l'administration Santé Publique préparent actuellement le lancement d'un projet pilote de prise en charge des usagers de drogues dans 3 établissements : Hasselt, Bruxelles et Lantin. L'objectif est d'améliorer cette prise en charge par la mise en place de petites équipes de soin dédiées à ce public cible. Le lancement du projet est prévu en novembre 2017 pour une durée de 18 mois.

Cocof : La promotion de la santé à destination des Bruxellois francophones s'articulera dorénavant autour d'un plan quinquennal. Le décret est basé sur un dispositif permanent d'évaluation et de concertation, le but étant d'adapter les priorités définies à la réalité de terrain. Ces priorités seront toujours mises en œuvre par les acteurs de terrain (asbl pour la plupart), mais l'initiative sera dorénavant du côté du Ministre, afin de permettre un pilotage cohérent et centralisé de la politique de promotion de la santé. Des appels à projets sont lancés par le Collège sur base du plan depuis le 15 juin 2017. Favoriser et promouvoir la santé en milieu carcéral fait partie des priorités de la Cocof.

Au niveau Régional (BXL) :

Le Gouvernement de la Région de Bruxelles-Capitale a approuvé le 2 février 2017 le Plan Global de Sécurité et de Prévention (PGSP) 2016-2019 qui s'articule autour de 10 thématiques, dont une consacrée aux drogues. Parmi les mesures concrètes, une concerne le milieu carcéral : *« Assurer aux personnes incarcérées dans les prisons bruxelloises le plein accès à l'information, au matériel de réduction des risques, aux traitements de substitution et à un accompagnement psychologique (équivalence des soins de santé entre le milieu carcéral et la société libre) »* ;

A notre connaissance, aucune action n'a encore été entreprise pour mettre en œuvre cette mesure du plan, mais nous ne sommes qu'en 2017, à suivre....

Pour en savoir +, le plan dans son intégralité : <http://www.veiligheid-securite.brussels>



Du côté associatif :

Le Plan Drogues, édité en 2015, regroupe des propositions émanant du secteur toxicomanie bruxellois, en termes de Politique Drogues et de Plan Drogues pour les années 2016 à 2019.

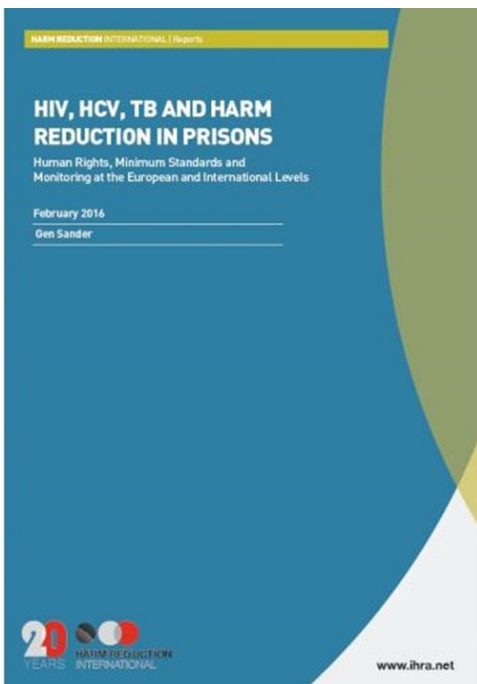
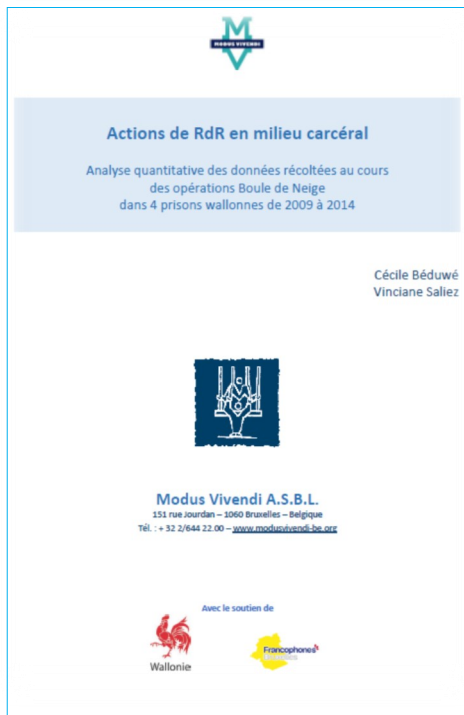
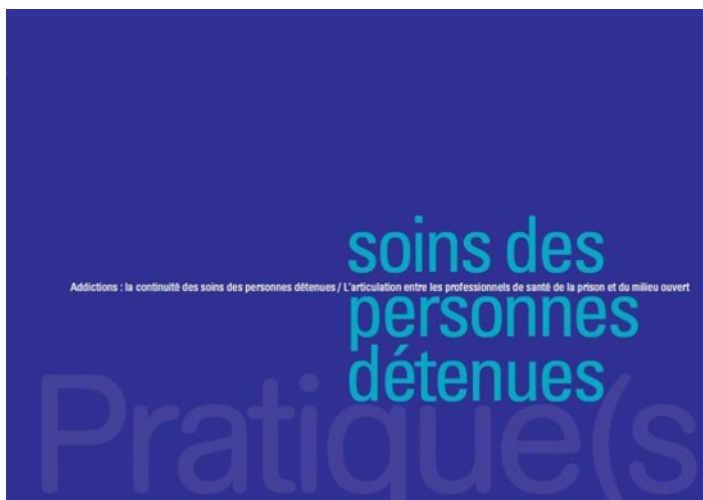
Ces 100 propositions ont été élaborées de concert, entre la CLDB (Coordination Locale Drogues Bruxelles), la FEIAT (Fédération des Employeurs des Institutions Actives en Toxicomanie) et la Fedito Bxl (Fédération bruxelloise francophone des Institutions pour Toxicomanes). Elles émanent donc de l'ensemble des services spécialisés "toxicomanie", en Région de Bruxelles-Capitale.

Elles ont entre autres servi à rédiger le chapitre Drogues du Plan global de sécurité et prévention de la Région Bruxelles Capitale. **La Fedito Bruxelles veille à faire avancer chacun des axes de travail énoncés ci-dessous, à travers ses contacts politiques et les actions de terrain de ses membres.**

Accompli	En cours	En retard	Bloqué
----------	----------	-----------	--------

	Axes de travail	Actions	Résultats attendus
41	Amélioration des politiques de santé en prison	Transférer les compétences et financements des soins de santé en prison aux SPF Santé Publique et SPF Sécurité Sociale	Transfert effectif des compétences avant 2019
42	Amélioration des politiques de santé en prison	Appliquer pleinement et entièrement la Loi de Principes du 12 janvier 2005 concernant l'administration pénitentiaire et le statut juridique des détenus, via notamment la publication de tous les arrêtés d'application nécessaires	Publication effective
43	Meilleur accès au traitement	Initier et continuer les traitements (TSO, traitements VHC, ...) avant, pendant et après l'incarcération, avec systématisation de la prise de contact avec le secteur spécialisé, par le personnel carcéral ou les détenus	75% des demandes traitement mises en place
44	Meilleure formation aux problématiques drogues	Former et diffuser des guide lines destinées au personnel de santé et aux responsables des agents pénitentiaires, prodiguées par des experts, et centrées sur les besoins en santé pouvant être liés à l'usage de drogues (santé physique, RdR, TSO, santé mentale, etc.)	1 formation/an + diffusion guide dans chaque prison Bxl
45	Meilleur accès au matériel RdR	Diffuser de manière permanente des informations et du matériel (programmes d'échange de seringues, eau, cuillère, filtre) de RdR à destination des personnes incarcérées dans chaque prison bruxelloise	Enquête satisfaction détenus : 50 % ont eu accès
46	Actions collectives	Organiser des groupes de parole et de discussion dans chaque prison bruxelloise, sur des sujets tels que la santé, la place de la consommation de drogues dans la vie de l'utilisateur, les risques liés à cette consommation de drogues, au tatouage/piercing, à la vie affective et sexuelle, etc.	Enquête satisfaction détenus : 50 % ont eu accès
47	Participation / prévention par les pairs	Organiser des formations de pairs, sensibilisation et information des pairs par les pairs sur la santé, la vie affective et sexuelle, les risques liés à la consommation de drogues et le tatouage/piercing	Enquête satisfaction détenus : 50 % ont eu accès
48	Garantie des trajectoires de soins	Élargir l'accès aux structures du secteur (ambulatoires, centres de jour, résidentielles) pour des personnes sortant d'établissement carcéral	Enquête satisfaction détenus : 30 % ont eu accès à une structure de leur choix
49	Amélioration des politiques de santé en prison	Partager les expertises avec les promoteurs de la nouvelle prison de Haren, pour anticiper les problématiques de santé et penser les actions de prévention, de RdR et de traitement	Au moins 1 réunion/an sur le sujet
50	Garantir et améliorer le contexte et la cohérence des interventions	Faire reconnaître, sur le terrain carcéral, l'expertise psychosociale des Services Actifs en matière de Toxicomanie et faciliter la mise en place des plans de reclassement proposés pour les détenus usagers de produits	Enquête satisfaction détenus : 50 %

Pour en savoir plus



soutient

«Support. Don't punish» et sera présent au rassemblement du 24 juin

« Depuis 2013, à l'initiative de l'International Drug Policy Consortium (IDPC), la campagne « Support. Don't punish » (Soutenons, accompagnons. Ne punissons pas.) fait de cette journée, celle des alternatives en matière de prise en charge des addictions et de respect des droits humains. L'action est relayée dans le monde entier, dans plus de 100 villes et 50 pays, par des acteurs locaux de la défense des Droits de l'homme, de la réduction des risques (RDR) liés à l'usage de drogues et par des citoyens défendant une nouvelle approche des drogues en société, moins axée sur une punition morale que sur une réponse moderne, solidaire et empathique à l'usage de produits psychoactifs. »



DROGUES : NE PUNISSEZ PLUS !

RASSEMBLEMENT LE 24 JUIN 2017
DE 15H30 À 22H - KIOSQUE DU PARC ROYAL DE BRUXELLES
GRATUIT



CONCERTS

16H00 **T-SHIRT**
17H15 **ATOMIC SPLIFF**
18H45 **SKARBONE 14**
20H30 **ORCHESTRE DU BELGISTAN**
+ **DJ ILLIA SELECTA**

STANDS, WORKSHOPS, DEBATS, BARS, ...

UNE AUTRE POLITIQUE DROGUES EST POSSIBLE.
NOUS REVENDIQUONS L'ARRÊT DES POURSUITES JUDICIAIRES & LE DROIT À LA SANTÉ POUR TOUS

FACEBOOK/SDPBELGIUM

SUPPORTDONTPUNISH.ORG



Dans le prochain numéro

n°4 MURSMURS

Eté—Automne
2017

**Vie sexuelle et affective
en prison**



MURSMURS

Retrouvez nous sur



Avec le soutien de



est édité par l'association



Editrice responsable : Vinciane Saliez
rue Frans Binjé, 25
1030 Bruxelles
Belgique
info@i-careasbl.be - www.i-careasbl.be