



## LES PERSONNES DÉTENUES EN MILIEU CARCÉRAL

Point focal : Service Education pour la Santé de Huy asbl

L'analyse de situation pour le public des personnes détenues est à mettre en relation avec d'autres analyses de situations avec lesquelles elle partage des problématiques communes, en particulier pour les publics :

- Usagers de drogues injecteurs (UDI)
- Hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes (HSH)

Ce cahier synthétise les principaux éléments de la problématique posée par la prévention des IST/Sida en Communauté française pour le public cible des détenus. Ces éléments sont complémentaires de ceux présentés dans le cahier général (cahier 0).

Ce cahier comprend les parties suivantes :

- des données épidémiologiques et sociales relatives au VIH/Sida, aux autres IST et aux conditions de vie pour le public des détenus ;
- une synthèse de l'analyse de situation systémique relative à ce public ;
- un tableau exhaustif décrivant le public cible et les acteurs, services et milieux de vie spécifiques et généralistes recensés à travers l'analyse de situation et expliquant pour chacun le lien avec la problématique ;
- un rappel des objectifs opérationnels définis pour ce public cible pour la période 2007-2008 par le secteur de la prévention IST/Sida ;
- les sources bibliographiques qui ont permis la rédaction du cahier.

\* Les termes et expressions marqués d'un astérisque sont définis dans le lexique commun se trouvant dans le cahier 0 et sur le site [www.strategiesconcertees.be](http://www.strategiesconcertees.be)

### LA PROBLÉMATIQUE EN QUELQUES MOTS

**Le milieu carcéral est un environnement qui augmente les risques de contamination par le VIH, les autres IST et les hépatites. Plusieurs facteurs expliquent en grande partie ces risques de contamination : la concentration d'usagers de drogues (50 % des détenus), le manque d'hygiène, la promiscuité, la précarité du milieu dont sont issus une majorité des détenus, la faible scolarité de certains, les pratiques homosexuelles ainsi que la faible accessibilité du matériel de prévention, de réduction des risques et de certains soins. La méconnaissance des modes de transmission favorise les comportements discriminatoires du personnel pénitentiaire à l'égard des détenus ainsi qu'entre détenus. La vulnérabilité\* du public cible augmente avec la durée du séjour en milieu carcéral. D'une manière générale, l'environnement carcéral est un milieu anxigène, qui favorise les tensions et le mal-être.**

### **Coordination du processus et appui méthodologique**

Vladimir Martens (Observatoire du sida et des sexualités - FUSL)  
Florence Parent (SIPES - ULB)  
Comité de pilotage et d'appui méthodologique (CPAM)



Observatoire  
du sida et  
des sexualités



Service d'Information Promotion  
Education Santé



Avec le soutien du Ministère de la  
Communauté française de Belgique

### **Rédaction**

Vladimir Martens

### **Comité de lecture**

Frédéric Arends  
Cécile Béduvé  
Alain Cherbonnier  
Cécile Cheront  
Jacqueline Colin  
Ann Defraye  
Geneviève Georges  
Marielle Houbiers  
Fabien Jacques  
Maureen Louhenapessy  
Thierry Martin  
Florence Parent  
Bénédicte Rusingizandekwe  
Mary Stevens  
André Sasse  
Françoise Uurlings  
Catherine Van Huyck

Le contenu de ce document peut être librement reproduit en mentionnant la référence : Martens V., Parent F. et les acteurs de la prévention des IST/Sida en Communauté française. Stratégies concertées de la prévention des IST/Sida en Communauté française. Une analyse commune pour l'action. Bruxelles, Observatoire du sida et des sexualités (FUSL), Décembre 2009.

### **Contact**

Vladimir Martens  
Observatoire du sida et des sexualités  
martens@fusl.ac.be  
02/ 211 79 10

### **Site**

[www.strategiesconcertees.be](http://www.strategiesconcertees.be)

## 9.1 DONNÉES ÉPIDÉMIOLOGIQUES ET SOCIALES

### Infection au VIH et aux hépatites parmi les détenus en Belgique

Les données disponibles concernant la prévalence\* du VIH en prison montrent qu'elle est de dix à quinze fois supérieure comparée à la population générale. Elle était estimée à 1,5 % en 2006 sur la base d'une enquête par questionnaires proposée à l'ensemble du milieu carcéral belge (Totds et al., 2007). Les prévalences\* des hépatites B et C sont également nettement supérieures : elles étaient respectivement de 4,5 % et 14,1 % dans la même enquête<sup>1</sup>. La majorité des détenus atteints d'hépatites s'étaient injecté de la drogue dans le passé (82 %) et parmi eux plus d'un tiers déclaraient des pratiques d'injection quotidiennes dans le mois précédant la détention (Lamkaddem et Roelands, 2007-2008).

<sup>1</sup> La prévalence\* du VIH a été estimée à partir des déclarations des répondants, tandis que les prévalences\* d'hépatites B et C ont été calculées sur la base des résultats aux tests salivaires effectués. Les estimations des prévalences\* sont donc plus fiables pour les hépatites que pour le VIH.

D'autres problèmes liés à l'usage de drogue existent : 7 % des usagers déclarent avoir eu une overdose non létale en prison. Les overdoses létales sont sans doute sous-estimées car elles ne sont pas systématiquement enregistrées comme telles sur les certificats de décès (Totds et al., 2007).

### Données concernant les conditions de vie des personnes détenues

Les conditions de vie en milieu carcéral concentrent les vulnérabilités\* : surpopulation et promiscuité, violences, discriminations, scarifications, automutilations, suicides, grèves de la faim ne sont pas rares et contribuent à la fragilisation d'une population déjà défavorisée avant l'entrée en prison : on y rencontre en effet 11 % de personnes analphabètes et 74 % qui n'ont pas de diplôme de l'enseignement secondaire ainsi que beaucoup d'étrangers ne maîtrisant pas les langues nationales (FAFEP, 2001).

La durée et la répétition des séjours en prison augmentent la vulnérabilité\*.

## 9.2 SYNTHÈSE DE L'ANALYSE DE SITUATION

Sur la base du diagnostic épidémiologique et social présenté au point 9.1, le diagnostic comportemental a été construit en identifiant les comportements du public cible d'une part et ceux des acteurs, services et milieux de vie généralistes et spécifiques en lien avec ce public cible d'autre part. Les déterminants éducationnels, environnementaux et institutionnels de ces différents comportements ont ensuite été recherchés et classés. La synthèse ci-dessous reprend les éléments-clés de cette analyse en tentant de mettre en évidence les principaux acteurs et leurs interactions.

### PRÉCISION MÉTHODOLOGIQUE

**Pour réaliser une analyse de situation, les participants, lors de la construction du diagnostic comportemental, formulent les comportements des acteurs sous forme de problèmes, c'est-à-dire de manière négative, et avec un certain degré de généralité. Cette approche critique répond à une nécessité méthodologique : il s'agit à cette étape d'identifier les manquements et aspects à améliorer. Au moment de la formulation des objectifs opérationnels, ces comportements formulés négativement seront traduits de manière positive comme résultats à atteindre et comme activités à mettre en œuvre.**

Les conditions d'incarcération favorisent différents comportements à risque parmi les **détenus**. Lors des rapports sexuels, ils n'utilisent pas toujours le préservatif avec leurs partenaires dans le cadre des visites hors surveillance (VHS) ou lors des congés pénitentiaires. Parmi ceux qui ont des relations sexuelles en dehors de ces visites hors surveillance (5,2 % des détenus interrogés), 70 % disent ne pas s'être protégés. La réduction des risques lors des rapports sexuels est rendue difficile par le caractère clandestin et donc furtif de ces pratiques. Les rapports sexuels monnayés ne sont pas protégés.

Par ailleurs, 8,5 % des détenus ont été tatoués et 1 % se sont fait faire un piercing en prison. Ces pratiques, qui revêtent

souvent le caractère d'un rite de passage, ont souvent lieu dans la clandestinité et sans que les conditions d'hygiène soient assurées.

En ce qui concerne la consommation de drogue, 13,5 % des détenus l'ont expérimentée pour la première fois en prison. Quatre pour cent de l'ensemble des détenus se sont injecté un produit au cours de leur incarcération et 16,6 % des usagers de drogues injecteurs déclarent avoir partagé des seringues et du matériel d'injection lors de leur dernière injection en prison. Là encore, le caractère clandestin de ces pratiques rend difficile la réduction des risques. Certains détenus échangent également leur matériel de toilette. Les drogues consommées sont rarement

de bonne qualité et elles sont souvent combinées avec des médicaments et/ou de l'alcool.

Les détenus qui suivaient un traitement avant leur incarcération ont en principe la possibilité de le continuer en prison. Néanmoins, les intervenants constatent que certains détenus n'informent pas toujours le personnel médical de leur état de santé, qu'ils rencontrent des difficultés dans leur adhésion au traitement\* et qu'ils n'ont pas toujours la possibilité de réaliser un dépistage du VIH, des autres IST et des hépatites. Certains détenus détournent les médicaments qui leur sont prescrits. Après une prise de risque\*, ils font rarement une démarche vers le personnel infirmier pour demander de l'information ou un dépistage.

Les comportements de discrimination sont fréquents et peuvent se manifester vis-à-vis de différentes catégories de détenus, notamment les séropositifs, les usagers de drogues ou encore les personnes incarcérées pour faits de mœurs.

Lors de la sortie de prison, les détenus prennent souvent des risques majorés lors des rapports sexuels, de la consommation de drogues ou de l'échange de seringues. Ceux qui suivaient un traitement en prison, notamment pour le VIH, l'interrompent souvent ou le suivent de manière moins régulière une fois libérés. De plus, la mise en ordre vis-à-vis de la mutuelle est rarement une priorité lors de la sortie.

Les **agents pénitentiaires**, quotidiennement en contact avec les détenus, ont parfois des comportements négatifs ou discriminatoires à leur égard. Ils ne favorisent pas toujours l'accès aux préservatifs et aux brochures d'information, et ont eux-mêmes des difficultés à intégrer les mesures de précaution telles que le port des gants alors que certaines interventions dans leurs pratiques professionnelles les exposent à des risques. Ils estiment souvent qu'ils doivent connaître le statut sérologique des détenus, ce qui peut poser des problèmes sur le plan de la confidentialité.

L'**administration** et la **direction** des prisons privilégient le volet sécuritaire et négligent parfois les aspects préventifs, même si les intervenants constatent des évolutions sur le terrain. L'administration commence à intégrer la prévention dans ses politiques, mais n'autorise pas l'accès au matériel d'injection stérile. Les moyens qu'elle met progressivement à la disposition du personnel pour accompagner les détenus et favoriser leur réinsertion sociale et administrative lors de leur sortie restent insuffisants. Les **directions** favorisent de plus en plus l'accès au préservatif, au lubrifiant à base d'eau, au matériel de précaution standard et aux brochures d'information mais cet accès peut encore être accru. Elles tentent d'améliorer les conditions de vie des détenus et les conditions de travail des agents et sont de plus en plus ouvertes aux partenariats avec des **intervenants extérieurs**, notamment ceux qui mettent en place des activités de promotion de la santé.

Les **médecins** et **infirmiers** qui prennent en charge les détenus n'ont pas toujours les moyens de favoriser l'accès au matériel de prévention et à l'information. De plus, tout comme leurs homologues généralistes (qui travaillent en dehors des prisons) et en fonction des établissements pénitentiaires, leurs attitudes et pratiques professionnelles varient en matière de dépistage, de *counseling*\*, de vaccination, de réduction des risques, de traitement de substitution de la toxicomanie et de prise en charge (notamment des patients séropositifs). Ils tentent d'assurer le suivi du traitement à l'entrée et à la sortie des détenus, tout en se basant sur les dires du détenu vu la difficulté du passage d'information entre les médecins en intra et extra-muros. Le suivi

des personnes détenues infectées est lacunaire vu le manque de médecins infectiologues référents, en dehors des deux polycliniques de Saint-Gilles et de Lantin. Le personnel médical est par ailleurs lui-même exposé à des risques d'infection.

Le **Service Soins de Santé Prison** dépendant du Service public fédéral Justice tente de plus en plus d'intégrer la prévention dans sa politique. Il favorise l'accès au matériel de prévention et à l'information et développe les formations en toxicomanie pour les infirmiers. Il centralise peu les données IST/Sida des dossiers médicaux et ne favorise pas la systématisation du dépistage des IST à l'entrée et durant l'incarcération.

Les **acteurs politiques** ont un lien important avec la problématique. Les intervenants déplorent le manque de communication entre les différentes compétences et niveaux de pouvoirs concernés, ainsi que le manque de moyens financiers pour assurer des soins optimaux (**DG EPI**) et des actions de réduction des risques en quantité suffisante (**Communauté française**).

Certaines caractéristiques de l'**environnement** carcéral surdéterminent les comportements des différents acteurs :

- Au sein de la prison, l'accès au préservatif, au matériel de réduction des risques, à l'information, aux vaccins et au matériel de prévention pour les professionnels peut être difficile. L'accès aux soins est en principe assuré au cours de l'incarcération mais pas toujours dans des conditions optimales.
- Le manque de moyens et de places a pour conséquence la surpopulation mais également l'absence de certaines infrastructures ou services : frigos pour conserver les traitements anti-rétroviraux, services médicaux, ressources humaines et temps pour les agents et le personnel médical, structures psychosociales réservées aux thérapies de soutien en intra-muros.
- Une «sous-culture» carcérale rejette certaines catégories de détenus et exacerbe la violence.

Chaque établissement a cependant ses propres règles de fonctionnement. Ces déterminants peuvent donc prendre une importance différente selon les établissements.

Sur le plan **institutionnel**, la loi de principes concernant l'administration des établissements pénitentiaires ainsi que le statut juridique des détenus (MB 01/02/2005) stipule notamment au chapitre VII *Des soins de santé et de la protection de la santé* que «le détenu a droit à ce que les soins de santé dispensés avant son incarcération continuent à l'être de manière équivalente pendant son parcours de détention». Les détenus ont donc en principe droit à une équivalence des soins.

En ce qui concerne la consommation de drogues, une circulaire (18/07/2006) relative à la problématique de la drogue en prison donne un cadre politique en abordant les différents aspects de la problématique : droit à une offre de traitement de la dépendance équivalente à celle reçue à l'extérieur, concertation entre différents niveaux de compétences (Communautés, Régions et Administration pénitentiaire), interdiction tant de la possession que du trafic de drogues mais distinction entre ces deux comportements concernant les mesures disciplinaires, rôles des comités (central et locaux) drogues, information des détenus, prévention des affections virales, préparation de la sortie et organisation d'aides externes.

## 9.3 FOCUS SUR LES ACTEURS

L'ensemble de ces acteurs ont une influence, positive ou négative, sur la problématique. L'approche systémique en planification vise à intégrer de différentes manières tous ces acteurs afin de favoriser une réponse plus cohérente aux problèmes complexes.

| Acteurs <sup>2</sup>                          | Description   | Lien avec la problématique et rôle en matière de prévention IST/sida  |
|---|---|---|
| <b>LES PUBLICS CIBLES</b>                     |   |   |
| <b>Les détenus [1]</b>                        | Au 1 <sup>er</sup> mars 2008, on comptait 9858 détenus en Belgique pour 8200 places (OIP, 2008). En 2007, 17255 détenus ont été mis sous écrou dans des maisons de peine, des maisons d'arrêt ou des établissements de défense sociale. Les détenus sont en grande majorité des hommes (95,5 %) et 60 % sont de nationalité belge. <ul style="list-style-type: none"> <li>■ 37,4 % sont des prévenus (personne incarcérée en attente d'un jugement).</li> <li>■ 52,6 % des condamnés (personne incarcérée qui a été jugée et purge une peine de prison).</li> <li>■ 10,1 % sont internés (personne incarcérée qui a été jugée irresponsable de ses actes) (SPF Justice, 2008).</li> </ul> | Le public cible constitue le point de départ de la définition de la problématique, puisque ce sont les données et les constats de types épidémiologique et social le concernant qui ont servi de base à l'analyse de situation présentée dans ce cahier. Dans une perspective de promotion de la santé, il est également l'un des acteurs des stratégies d'intervention du plan opérationnel (cadre logique), notamment à travers sa participation aux activités mises en place pour répondre à la problématique. |
| <b>Les détenus consommant des drogues [2]</b> | Soixante pour cent des détenus ont consommé des drogues au moins une fois dans leur vie (Lamkadden et al., 2008).   | Il s'agit d'une partie importante du public cible qui cumule les vulnérabilités* et les pratiques à risques pour les IST/Sida.  |
| <b>Les détenus séropositifs [3]</b>           | Selon les études, le pourcentage de détenus séropositifs est variable et n'est en général connu que sur la base des auto-déclarations lors d'enquêtes.  | Les détenus séropositifs cumulent les vulnérabilités* et prennent parfois des risques pour les IST/Sida malgré leur séropositivité.   |

| Acteurs  | Description   | Lien avec la problématique et rôle en matière de prévention IST/sida  |
|--|---|---|
| <b>LES ACTEURS, SERVICES ET MILIEUX DE VIE SPÉCIFIQUES</b> |   |   |
| <b>Le milieu carcéral</b>                                  | On distingue plusieurs types d'établissements : <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Maison de peine : lieu de détention pour les condamnés qui doivent purger une peine décidée par un tribunal.</li> <li>■ Maison d'arrêt : lieu de détention pour les prévenus en attente de jugement (une même prison peut être à la fois maison d'arrêt et maison de peine).</li> <li>■ Etablissement fermé : Lieu de détention où les détenus sont enfermés.</li> <li>■ Etablissement semi-ouvert : Lieu de détention où les détenus peuvent aller et venir (2 en Communauté française : Marneffe et Saint-Hubert).</li> <li>■ Etablissement de défense sociale : Lieu de détention pour des internés détenus reconnus mentalement déficients par le juge (un en Communauté française : Paifve).</li> </ul> | Les conditions de détention divergent d'un type d'établissement à l'autre et ont un impact sur la prévention des IST/Sida pour les détenus et sur leur santé de manière générale.   |
| <b>L'Administration pénitentiaire (DG EPI) [4]</b>         | Direction générale s'occupant, au niveau du Service public fédéral Justice, de l'organisation du système pénitentiaire belge.   | La direction générale a un pouvoir de décision pour la mise en place de la politique carcérale.   |
| <b>Les directeurs de prisons [5]</b>                       | Ils sont responsables du bon fonctionnement de l'établissement pénitentiaire et du personnel et veillent à la garde et à la réinsertion des personnes détenues.   | Les directeurs ont une influence sur les règles de vie des détenus au sein de leur propre établissement et sur les conditions de travail de leur personnel.   |
| <b>Les agents pénitentiaires [6]</b>                       | Membres du personnel des prisons en charge de la sécurité et de la surveillance des détenus.  | Leur rôle est souligné en ce qui concerne les attitudes et comportements qu'ils adoptent vis-à-vis des détenus et leur influence sur l'accès au matériel de prévention. Ils sont également exposés à des risques d'infection.   |
| <b>Les professionnels de santé [7]</b>                     | Ils prodiguent les soins aux détenus. Cette catégorie comprend : <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Les médecins</li> <li>■ Les infirmiers</li> </ul>   | Ils jouent un rôle central dans le suivi de la santé des détenus, dans la prescription des traitements ainsi qu'en matière de <i>counseling</i> * et d'éducation du patient.  |
| <b>Les professionnels du service psycho-social [8]</b>     | Assistants sociaux et psychologues engagés par l'Administration pénitentiaire pour s'occuper de l'expertise du détenu afin de donner une orientation au tribunal d'application des peines.  | Le fait que le rôle de ces acteurs porte uniquement sur l'expertise et non sur le soutien psycho-social est considéré comme problématique par les intervenants, dans la mesure où les besoins des détenus en termes de soutien psycho-social sont importants. De plus, ils n'assurent pas suffisamment le suivi entre les services externes et les détenus. |

<sup>2</sup> Les nombres entre crochets renvoient aux numéros des acteurs dans le document d'analyse de situation en version longue et en version poster, disponibles sur le site [www.strategiesconcertees.be](http://www.strategiesconcertees.be)

|  |   |  |
|--|---|--|
| <b>Les conseillers en prévention [9]</b>   | Ils assistent le directeur dans l'application des mesures de la loi sur le bien-être au travail et dans l'amélioration des conditions de travail du personnel carcéral. Ils ont également une fonction de conseil à l'égard de l'employeur, des travailleurs et des détenus travailleurs.   | Ils sont peu présents dans les établissements pénitentiaires qui leur ont été attribués et ont peu de marge de manœuvre pour favoriser le bien-être des travailleurs en milieu carcéral.   |
| <b>Les intervenants internes [10]</b>  | Services socio-culturels et éducateurs dépendant de l'Administration pénitentiaire.   | Le rôle de ces acteurs devra être analysé et précisé ultérieurement.   |
| <b>Le Service soin de santé prison [11]</b>  | Service issu de l'Administration pénitentiaire s'occupant de la politique des soins pour les détenus. Il coordonne les services médicaux de chaque établissement pénitentiaire et est responsable du personnel médical de ces services.   | Ce service formule des directives communes pour les pratiques médicales et propose des lignes de conduite par rapport à la prévention.   |
| <b>Le groupe de pilotage local drogues [12]</b>  | Groupe qui soutient les responsables locaux quant à l'exécution de la politique définie au niveau national par le groupe de pilotage central drogues. Il est notamment en charge de l'identification des besoins de formation et d'information du personnel et de la collaboration avec les services externes d'aide aux toxicomanes. Il fait annuellement un rapport au groupe central drogues.  | Les groupes de pilotage central et locaux ont chacun à leur niveau un rôle important dans tous les aspects liés à la toxicomanie en prison, notamment la prévention de l'usage de drogues, la prévention des infections liées à cet usage, la prise en charge des détenus et les collaborations avec les intervenants externes.  |
| <b>Le groupe de pilotage central drogues [13]</b>  | Groupe qui soutient les responsables de la politique nationale en matière de drogues. Il réalise notamment un inventaire annuel des projets développés au sein des établissements pénitentiaires. Il soumet également au Ministre de la Justice un plan d'action annuel traduisant en mesures concrètes les directives générales définies dans la circulaire drogue ainsi qu'un rapport d'évaluation annuel. Il soutient les groupes locaux dans leur travail et développe un plan d'action d'aide aux toxicomanes avec les autorités régionales et communautaires. |  |
| <b>Le Conseil central de surveillance pénitentiaire et les commissions de surveillance [14] [15]</b> | Ces organes ont pour mission de contrôler les conditions de traitement des personnes détenues par rapport aux prescriptions valables en la matière. En d'autres termes, il s'agit d'un contrôle extérieur indépendant de l'Administration pénitentiaire. Ils formulent des avis au Ministre de la Justice.  | Le rôle de ces acteurs devra être analysé et précisé ultérieurement.   |
| <b>Les visiteurs [16]</b>  | Cette catégorie comprend : <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Les bénévoles</li> <li>■ Les représentants de cultes</li> <li>■ Les avocats</li> </ul>  | Ils ont un contact direct avec les détenus, auxquels ils apportent un soutien dans la confidentialité. Ils sont perçus comme des personnes de confiance par les détenus et peuvent ainsi notamment relayer des messages de prévention adaptés au parcours du détenu.   |
| <b>Les intervenants externes [17]</b>  | Cette catégorie comprend : <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Les services d'aide aux justiciables</li> <li>■ Les associations psycho-médico-sociales (pour le soutien des détenus)</li> <li>■ Les intervenants de formation et réinsertion</li> <li>■ Les acteurs de la prévention/réduction des risques</li> <li>■ Les intervenants des ateliers loisirs</li> <li>■ Les esthéticiennes</li> </ul>   | Ces acteurs sont distincts de l'Administration pénitentiaire. Ils sont donc représentés en moindre mesure dans les établissements pénitentiaires même s'ils apportent une dimension différente des autres acteurs. Ils contribuent au mieux-être et à la qualité de vie des détenus en jouant un rôle de soutien, d'accompagnement thérapeutique et social et d'aide à la réinsertion. |
| <b>Les associations de défense des droits des détenus [18]</b>                                       | Cette catégorie comprend : <ul style="list-style-type: none"> <li>■ La Ligue des droits de l'Homme</li> <li>■ Amnesty International</li> <li>■ L'Observatoire des prisons</li> <li>■ L'ONU</li> <li>■ L'OMS</li> <li>■ Le Comité anti-torture du Conseil de l'Europe</li> </ul>   | Le rôle de ces acteurs devra être analysé et précisé ultérieurement.   |

| Acteurs   | Description   | Lien avec la problématique et rôle en matière de prévention IST/sida   |
|---|---|--|
| <b>LES ACTEURS, SERVICES ET MILIEUX DE VIE GÉNÉRALISTES</b> |   |  |
| <b>Les familles [19]</b>                                    | Cette catégorie inclut : <ul style="list-style-type: none"> <li>■ le conjoint, que le détenu a parfois la possibilité de voir dans le cadre des visites hors surveillance (VHS) ;</li> <li>■ les enfants qu'il peut rencontrer lors des visites ;</li> <li>■ d'autres membres de la famille.</li> </ul> | La famille peut constituer un soutien pour le détenu. En ce qui concerne la prévention des IST/Sida, des prises de risque* avec le conjoint peuvent avoir lieu lors des VHS, des congés pénitentiaires ou après la libération. |
| <b>Les hôpitaux et Centres de référence sida [20]</b>       | Equipes pluridisciplinaires spécialisées dans la prise en charge médicale et psycho-sociale des patients séropositifs et malades du Sida.   | Les Centres de référence offrent parfois des formations accessibles au personnel des prisons. Par ailleurs, ils peuvent assurer le co-suivi des patients séropositifs avec l'équipe de soins interne à la prison.              |

|  |   |   |
|--|---|---|
| <b>Les acteurs politiques et administratifs [21]</b> | Acteurs politiques et administrations concernés par le milieu carcéral en général et par les problématiques de santé en particulier.<br>Cette catégorie inclut notamment :<br>■ Le Service public fédéral Justice<br>■ Le Ministère de la santé de la Communauté française<br>■ Le Ministère de la santé et des Affaires Sociales/INAMI<br>■ Les ministres en charge de ces différentes compétences | En matière de santé et de bien-être, les politiques de différentes compétences jouent un rôle central. Le lobbying constitue d'ailleurs une stratégie primordiale en promotion de la santé.<br>Les questions de santé en milieu carcéral ont la particularité d'être du ressort du Ministère de la Justice et non du Ministère de la Santé, ce qui peut poser des problèmes divers : budgets disponibles pour la santé, manque d'équivalence des soins. En matière de prévention, la Communauté française finance certains projets de prévention IST/Sida et de santé globale menés par des organismes extérieurs au SPF Justice. |
| <b>Les médecins du travail [23]</b>                  | Médecins s'occupant de la protection de la santé des travailleurs. Leur rôle est essentiellement préventif.   | Il manque des médecins du travail dans la majorité des établissements pénitentiaires, ce qui ne favorise pas la prévention chez les agents pénitentiaires.  |
| <b>Les médecins généralistes externes [24]</b>       | Médecin traitant du détenu.   | Le médecin traitant n'a pas toujours la possibilité d'assurer le suivi du détenu lors de son incarcération, ou de reprendre ce suivi après sa libération.   |
| <b>Les médias [25]</b>                               | Médias destinés à la population générale, y compris les sites Internet d'information.   | Le rôle de ces acteurs devra être analysé et précisé ultérieurement.  |

## OBJECTIFS OPÉRATIONNELS DÉFINIS POUR LE PUBLIC CIBLE DES DÉTENUS DANS LE CADRE DES STRATÉGIES CONCERTÉES 2007-2008

Ces objectifs ont été définis au cours de l'année 2006 (Martens, Parent et al., 2006). Ils n'ont pas été actualisés à ce jour, la priorité étant la mise à jour des analyses de situations présentées dans ces cahiers. Un décalage peut donc exister entre l'analyse et les objectifs, mentionnés ici à titre de rappel. Ceux-ci devront à leur tour être actualisés par les intervenants en intégrant les nouveaux éléments des analyses de situations.

- 1) Améliorer le bien-être des détenus y compris à la sortie et diminuer les discriminations à leur égard.
- 2) Renforcer l'utilisation du préservatif et des autres moyens de prévention primaire\* et secondaire\* auprès des détenus, y compris après la sortie.
- 3) Améliorer le recours adéquat\* et l'accès à un dépistage de qualité\* dans le public cible des détenus.
- 4) Améliorer l'accès aux traitements spécifiques et aux vaccins pour les détenus ainsi que la qualité de leur suivi.
- 5) Améliorer la qualité des préventions primaire\* et secondaire\* lors des accidents de travail pour le personnel pénitentiaire.
- 6) Améliorer la qualité de la pratique professionnelle et de la communication parmi les membres du personnel pénitentiaire.
- 7) Améliorer la qualité des données épidémiologiques relatives aux détenus (monitoring).
- 8) Clarifier la répartition des compétences politiques en matière de santé en milieu carcéral.

## SOURCES

Seules les sources ayant permis la rédaction de ce chapitre sont citées ci-dessous. Pour l'ensemble des sources ayant permis la construction de l'analyse de situation, voir le site [www.strategiesconcertees.be](http://www.strategiesconcertees.be)

Eurotox. Usages de drogues en Communauté française. Quoi de neuf depuis 2006 ? Bruxelles, Mai 2008.

Fédérations des Associations pour la Formation et l'Éducation permanente en Prison (FAFEP). Enquête sur la provenance sociale et le niveau scolaire des détenus en Communauté française de Belgique. FAFEP, Huy, 2001.

Lamkadden B., Roelands M. Belgian National Report on Drugs 2007. New developments, trends and in-depth information on selected issues. Scientific Institute of Public Health, Epidemiology Unit, Brussels, Belgium, October 2007.

Lamkadden B., Roelands M. Belgian National Report on Drugs 2008. New developments, trends and in-depth information on selected issues. Scientific Institute of Public Health, Epidemiology Unit, Brussels, Belgium, October 2008.

Loi de principes du 12 janvier 2005 concernant l'administration des établissements pénitentiaires ainsi que le statut juridique des détenus (MB 01/02/2005).

Martens V., Parent F. et al. Stratégies concertées du secteur de la prévention des IST/Sida en Communauté française 2007-2008. Observatoire du sida et des sexualités (FUSL), Bruxelles, Décembre 2006.

Observatoire international des prisons (OIP) – Section belge. Notice 2008 de l'état du système carcéral belge. Bruxelles, 2008.

Service public fédéral justice (SPF Justice). Justice en chiffres 2008. Direction générale organisation judiciaire, section statistiques, Bruxelles, 2008.

Service public fédéral Justice. Direction générale exécution des peines et mesures. Circulaire ministérielle n°1785 du 18 juillet 2006 relative à la problématique de la drogue en prison.

Todts S., Hariga F., Pozza M., Leclercq D., Glibert P. et Micalessi MI. Usage de drogues dans les prisons belges. Monitoring des risques sanitaires 2006 – Rapport final. Bruxelles, 2007.

L'analyse de situation systémique complète et la liste des sources utilisées pour cette analyse de situation sont accessibles sur le site [www.strategiesconcertees.be](http://www.strategiesconcertees.be) moyennant l'utilisation d'un nom d'utilisateur et d'un mot de passe. Une présentation du processus et des éléments méthodologiques, ainsi que diverses informations en lien avec les Stratégies concertées sont également disponibles en accès libre sur le site.

Ce document fait partie d'une série de onze cahiers réunis dans un dossier présentant une synthèse des analyses de situations pour les publics cibles de la prévention des IST/Sida en Communauté française :

- Cahier 0 Une analyse commune pour l'action : présentation et transversalités
- Cahier 1 La population générale
- Cahier 2 Les enfants et les jeunes
- Cahier 3 Les personnes séropositives
- Cahier 4 Les migrants
- Cahier 5 Les hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes (HSH) et les femmes qui ont des rapports sexuels avec des femmes (FSF)
- Cahier 6 Les usagers de drogues injecteurs (UDI)
- Cahier 7 Les prostituées féminines
- Cahier 8 Les prostitués masculins
- Cahier 9 Les personnes détenues en milieu carcéral
- Cahier 10 Le public festif

Ces documents sont également disponibles sur le site Internet [www.strategiesconcertees.be](http://www.strategiesconcertees.be)

STRATÉGIES  
CONCERTÉES  
IST-SIDA

## LES ORGANISMES CONTRIBUANT AUX STRATÉGIES CONCERTÉES

### Points focaux

- Plate-Forme Prévention Sida (population générale)
- Coordination Sida Assuétudes Namur, Plate-Forme Prévention Sida, Sid'action Pays de Liège (enfants et jeunes)
- Siréas (migrants)
- Ex æquo (hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes)
- Modus Vivendi (usagers de drogues injecteurs et public des milieux festifs)
- Espace P (prostituées féminines)
- Service Education pour la Santé (détenus)

### Partenaires du processus

De nouveaux acteurs rejoignent régulièrement le processus. Cette liste est donc évolutive.

Aide Info Sida  
Alias asbl  
Caw Mozaiek Adzon  
Centre de prise en charge hôpital Saint-Luc  
Centre de Référence Sida du CHU de Charleroi  
Centre de Référence Sida du CHU de Liège  
CLAJ  
CLPS Brabant Wallon  
CLPS Bruxelles  
CLPS Hainaut Occidental  
CLPS Huy-Waremme  
CLPS Luxembourg  
CLPS Mons  
Communauté française – DG Santé  
Conseil supérieur de promotion de la santé  
Département de Médecine Générale ULB  
Dune  
Echos séropos d'ici et d'ailleurs  
Ecole de Santé Publique ULB  
Entre 2 asbl  
Fédération Laïque des Centres de Planning Familial  
Hôpital Saint-Pierre, Centre de Référence Sida  
Hôpital Saint Pierre, service gynécologie

Hôpital Saint-Pierre, service pédiatrie  
Icar  
Institut Scientifique de Santé Publique  
Libiki  
Magenta  
Maison Médicale de Bomel  
Maison provinciale du mieux-être de Gembloux  
Ministère de la Justice  
Observatoire du sida et des sexualités (FUSL)  
MSF  
Planning familial de Tamines  
Planning familial des FPS de Namur  
Projet Matongé  
Projet Rousseau  
Question Santé  
Sensoa  
Service de prévention de la ville de Mons  
Service PSE de Bruxelles  
Sida-IST Charleroi-Mons  
SIPES-ULB  
SIPES  
Tels Quels  
Université de Mons-Hainaut

### Editeur responsable

Vladimir Martens, Observatoire du sida et des sexualités  
Facultés universitaires Saint-Louis – Boulevard du Jardin Botanique, 43  
1000 Bruxelles.

### Mise en page

Nathalie da Costa Maya  
Centre de diffusion de la culture sanitaire, CDCS asbl.

### Dépôt légal

D/2009/10646/1



Observatoire  
du sida et  
des sexualités



Service d'Information Promotion  
Education Santé



Avec le soutien du Ministère de la  
Communauté française de Belgique