

UCL

Université
catholique
de Louvain

Faculté de droit et de criminologie (DRT)

Les soins de santé et la toxicomanie en milieu carcéral

Mémoire réalisé par

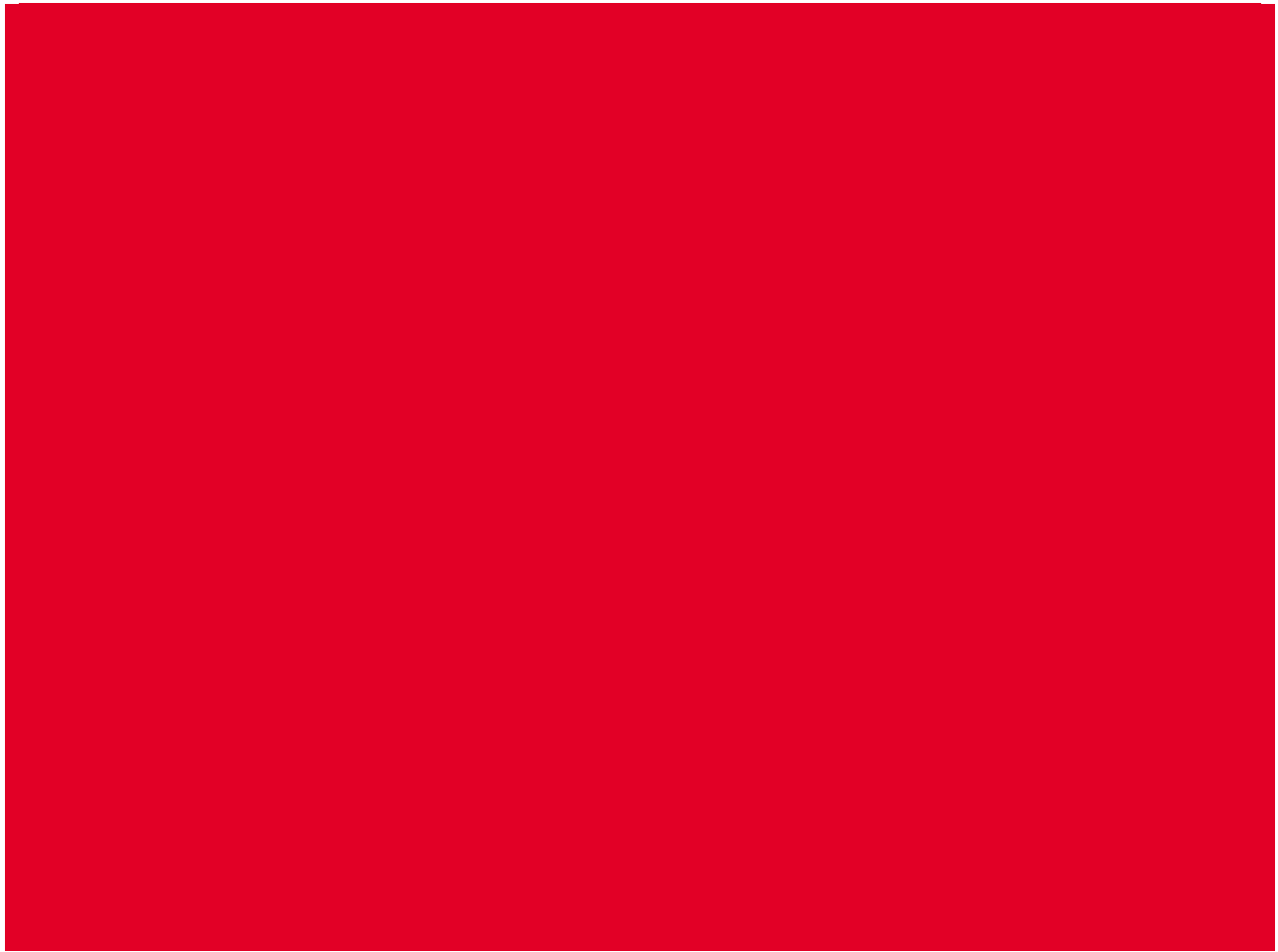
Alexia Querton

Promoteur

Geneviève Schamps

Année académique 2015-2016

Master en droit



Je tiens à remercier avant tout ma promotrice, Geneviève Schamps, pour son aide et ses précieux conseils mais aussi son enthousiasme et sa passion communicative.

Je souhaite ensuite remercier les différents intervenants que j'ai eu la chance de rencontrer dans le cadre de ce travail pour m'avoir fait partager leurs expériences et leurs réflexions enrichissantes et précieuses concernant leur pratique. Et notamment :

***Le Docteur Paul Masssion**, médecin à la Commission de Surveillance de Lantin, mais aussi **Joëlle Lizin**, psychologue en prison, et enfin **Mikaël Byl**, agent pénitentiaire à la prison d'Ittre.*

« Tout comme le droit à la vie refuse aujourd'hui la peine de mort, je pense que le droit à la liberté refusera un jour l'enfermement comme peine »

Françoise Tulkens

INTRODUCTION GENERALE

« Que savons nous réellement de ce monde hors du monde qu'est la prison ? Nous tenterons au sein de ce présent travail d'entrouvrir une fenêtre sur un univers largement méconnu, un monde où l'humain côtoie l'inhumain »¹ .

« Si la criminalité ne connaît pas de frontière sociale, nous pouvons néanmoins nous poser la question de savoir si la prison est le reflet de notre société d'exclusion en ce que les condamnés et prévenus sont clairement situés au bas de l'échelle sociale². En effet, avant d'être incarcérées, la plupart de ces personnes avaient déjà des problèmes d'accès aux soins de santé³. De nombreux détenus arrivent donc en prison avec une santé déficiente »⁴.

Comment se passe réellement le traitement des personnes incarcérées ? Le principe d'équivalence des soins de santé en prison avec les soins de santé dans la société libre consacré par la loi de principes du 12 janvier 2005 est-il respecté ?

De nombreuses conditions carcérales sont particulièrement dommageables, et des répercussions négatives qui découlent.

Nous pouvons citer à titre exemplatif la surpopulation carcérale, la violence, l'isolement cellulaire ou encore les fouilles corporelles. Mais qu'en est-il de la toxicomanie⁵?

¹ C. CAPRON, *Ce monde hors du monde. Echos d'une visiteuse de prison*, Charleroi, Couleur Livres, 2007.

² Trait d'union n°5 de l'association des visiteurs francophones de prison de Belgique, « La Santé en prison », p. 3; M-A. BEERNAERT, *Manuel de droit pénitentiaire*, Limal, Anthémis, 2012, p. 113.

³ *Ibidem*.

⁴ *Ibidem*.

⁵ M. VANDERVEKEN, « La santé en prison en regard du nouveau droit des peines. Plus de loi, ... plus de santé? », in *Le nouveau droit des peines: statuts juridiques des condamnés et tribunaux de l'application des peines*, Bruxelles, Bruylant, 2007, p. 194.

Au sein de ce travail nous traiterons de la problématique des soins de santé prodigués à ces individus fragilisés (**Titre I**), et nous nous concentrerons plus particulièrement sur la situation de ceux souffrant de toxicomanie (**Titre II**).

Celle-ci retiendra plus particulièrement notre attention car elle connaît une croissance véritablement explosive dans les prisons⁶. En effet, une part importante de la population carcérale est représentée par un grand nombre de détenus incarcérés pour des délits en rapport avec la drogue⁷. Bien que de nombreux efforts aient été fournis ces dernières années, ils n'ont pas suffi à éradiquer ce fléau dévastateur du milieu carcéral. La drogue est un phénomène omniprésent en prison. En terme de chiffres, un rapport du Comité Européen pour la prévention de la torture et des traitements inhumains ou dégradants (CPT) nous révèle que dans certains pays d'Europe, le pourcentage de toxicomanes en prison représente trente à trente-cinq pour cent de la population carcérale.

L'usage et le trafic de drogues se réalisent sous formes diverses mais les produits qui circulent sont majoritairement, le cannabis, les benzodiazépines, l'héroïne, la cocaïne et la méthadone⁸.
Comment ces produits se retrouvent-ils en prison ?

Consommer de telles substances présente un grand risque d'autant plus que pour un certain nombre de détenus, il s'agit du premier contact, notamment avec les opiacés.

De ce fait, les statistiques révèlent que le nombre de suicides et d'overdoses en prison est vingt fois plus élevé qu'au sein de la société libre.

Est-ce que, comme la jurisprudence de la Cour européenne l'impose, l'administration pénitentiaire met réellement tout en œuvre pour prévenir ces risques ?

Par ailleurs, même à l'intérieur des prisons, la prise de drogue par voie intraveineuse constitue une pratique à risque. S'il est évidemment difficile d'évaluer l'ampleur de la présence de telles

⁶ S. TODTS, P. GLIBERT, S. VAN MALDEREN, C. VAN HUYCK, V. SALIEZ et M. HOGGE, *Druggebruik in Belgische gevangenen. Monitoring van gezondheidsrisico's*, Brussel, 2008, p. 74. (Onderzoeksrapport van Modus Vivendi en de Dienst Gezondheidszorg Gevangenen).

⁷ Observatoire International de Prisons – Section Belge, *De l'état du système carcéral belge*, Notice 2008, p. 105.

⁸ Observatoire International de Prisons – Section Belge, *op. cit.*, p. 106.

substances dans les prisons belges, les risques de transmission du VIH et des hépatites par l'intermédiaire de seringues contaminées ne doivent pas être sous-estimés.

Au vu des multiples risques menaçant la santé des détenus, ne serait-il pas totalement illusoire⁹ de penser que les toxicomanes pourraient se sevrer sans aide médicale et psychologique? Comment les médecins exerçant en prison tentent-ils de gérer le sevrage de ces détenus ?

A l'heure actuelle, existe t-il des politiques de réduction des risques liées à l'usage de la drogue en prison ? La drogue serait-elle perçue comme un moyen de gérer la surpopulation carcérale¹⁰ ?

Afin de tenter de répondre à ces nombreuses questions, il s'agira dès lors, dans un premier temps, de procéder à un bref examen de l'accès aux soins de santé en prison. Un aperçu de la problématique des soins de santé en prison ainsi que les bases juridiques sur lesquelles cette matière repose, sera donc, exposé (**Chapitre I**). Il s'en suivra un rapide tour d'horizon théorique destiné à rappeler les principes contenus au sein de l'article 3 de la Convention européenne des droits de l'homme (**Chapitre II**) et au sein du droit belge en vigueur (**Chapitre III**), avant de pouvoir mettre en relation la problématique de la santé en prison au regard de l'article 3 de la CEDH (**Chapitre IV**).

Nous pourrons ensuite nous concentrer sur la problématique plus particulière de la toxicomanie en milieu carcéral (**Chapitre I**). Balayant différents thèmes tels que la toxicomanie en détention (**Chapitre II**), la politique et les programmes mis en place en matière de drogue, la prise en charge des addictions, les pratiques à risque et le VIH (**Chapitre III**), ainsi que le cadre légal de la toxicomanie, il sera enfin temps d'émettre quelques pistes de remèdes et propositions en vue d'une meilleure réinsertion du détenu toxicomane au sein de la société libre (**Chapitre IV**).

La méthode utilisée afin de mener à bien ce travail fut celle d'une recherche théorique approfondie, confrontée ensuite aux discours parfois divergents d'acteurs de terrain en la

⁹ Observatoire International de Prisons – Section Belge, *op. cit.*, p. 105.

¹⁰ Observatoire International de Prisons – Section Belge, *op. cit.*, p. 105.

matière¹¹. Ce regard vers la pratique constitue en effet une approche complémentaire et pragmatique de la question faisant l'objet de notre analyse et contribuera, par là, à un examen que nous avons souhaité le plus exhaustif possible.

¹¹ Contacts et entretiens réalisés auprès du Docteur Paul Massion, médecin à la Commission de surveillance de Lantin; ainsi qu'auprès de Mikaël Byl, agent pénitentiaire à la prison de Ittre ainsi que de Madame Joëlle Lizin, psychologue, engagée par l'ASBL « Capiti » Cette ASBL intervient en milieu carcéral et après la détention.

TITRE I – LES SOINS DE SANTE EN PRISON

CHAPITRE I – LES SOINS DE SANTE EN PRISON : NOTIONS INTRODUCTIVES ET BASES JURIDIQUES

Section I – Notions introductives

§1 – La fragilité des détenus

« L'état de santé de la population carcérale est incomparablement moins bon que celui de la population générale¹².

Certains facteurs tels que la privation de liberté et le sentiment de solitude qui en découlent se répercutent tant sur le bien-être psychique que physiologique des détenus¹³.

Les conditions de détention auxquelles ces derniers doivent faire face (surpopulation carcérale, soucis d'hygiène) ainsi que les comportements à risque présents en prison (rapports sexuels non-protégés¹⁴, usage de drogue par injection et transmission du matériel) augmentent le risque d'être contaminé par des maladies sexuellement transmissibles¹⁵ telles que la tuberculose, l'hépatite, ou

¹² M-A. BEERNAERT, *Manuel de droit pénitentiaire, op. cit.*, p. 113.

¹³ J. DETIENNE, "Détention et soins de santé aux détenus", *J.T.*, 1999, p. 529. Dans le même sens, voy. Aussi M. VANDERVEKEN, *op.cit.*, pp. 189-190.

¹⁴ M-A. BEERNAERT, *Manuel de droit pénitentiaire, op. cit.*, p. 113.

¹⁵ *Ibidem*.

le sida¹⁶, qui représentent les trois maladies les plus répandues en prison¹⁷, sans oublier la gale,¹⁸ toujours présente.

Par ailleurs, une majeure partie de la population carcérale souffre déjà de divers types de pathologies lors de l'arrivée en détention parce qu'elle est souvent issue de classes sociales défavorisées où l'accès aux services de soins de santé et l'hygiène n'est pas idéal¹⁹.

§2 - Les carences de soins de santé en prison

« La problématique des soins de santé en prison doit être différenciée de celle de la santé en prison. Les soins de santé sont dispensés dans des lieux où il n'est pas aisé d'y maintenir une bonne hygiène médicale »²⁰. « Les médecins doivent souvent travailler dans l'urgence et respecter le règlement général des prisons comprenant par exemple les possibilités du personnel paramédical et de l'infrastructure du lieu »²¹.

« Les constats du Conseil Central de Surveillance Pénitentiaire (CCSP) sont sans ambiguïté : médecins des maisons d'arrêt débordés, examens d'entrée superficiels, tardifs, voire inexistant, psychiatres et services psychosociaux peu accessibles »²².

Le docteur Paul Massion (médecin à la Commission de Surveillance de Lantin) que nous avons eu la chance d'interroger²³, a lui même pu observer que « si la loi de principes consacre aux détenus le droit à des soins de qualité et en théorie le droit de recevoir les mêmes soins que ceux que les détenus auraient s'ils étaient à l'extérieur, la réalité est pourtant tout autre. Elle l'est principalement au sein de trois catégories plus spécifiques, qui semblent être les plus

¹⁶ F. ANG, « Het recht van gedetineerden op gezondheid », in *Vrijheden en vrijheidsbeneming. Mensenrechten van gedetineerden*, Anvers, Intersentia, 2005, p. 251.

¹⁷ S. POURVEUR, « La prison nuit à la santé : un dossier, « La santé en prison », de l'association des visiteurs francophones de prison de Belgique », 9 avril 2015, disponible sur <http://www.justice-en-ligne.be/>

¹⁸ *Ibidem*.

¹⁹ Rapport final de la commission Dupont, *Doc. Parl.*, Ch. Repr., sess. Ord. 2000-2001, n°50-1076/1, p. 166. On peut parler à cet égard d'une santé "statistiquement moins bonne que celle de la majorité des citoyens" (S. BERBUTO et J. SIMON, « Droit et prison: avec foi et loi », *Rev. dr. pén. crim.*, 2003, p.273). C'est du moins ce que révèlent les études internationales, car il existe peu de données générales disponibles en Belgique sur la santé des entrants en prison (M. VANDERVEKEN, *op. cit.*, pp. 185-186).

²⁰ C. CAPRON, *op. cit.*, 133.

²¹ *Ibidem*.

²² M. VANDERVEKEN, *op.cit.*, p. 187.

²³ Interview, Docteur Paul Massion, 19 juillet 2016 (annexe I).

problématiques à ses yeux, à savoir, les détenus internés, les détenus toxicomanes et ceux atteints de pathologies chroniques qui ne bénéficient pas, d'un suivi assez rapproché²⁴.

« Dans la grande majorité des cas, les soins sont bien donnés avec les moyens octroyés, mais il faut souligner d'emblée la surcharge des demandes de détenus à rencontrer le médecin. Les demandes dépassent largement les possibilités de soins pour lesquels le personnel fait vraiment le maximum avec les ressources mises à sa disposition. Il est néanmoins certain qu'il y a des frustrations et des insuffisances »²⁵.

Les soins de santé en prison peuvent être caractérisés par un manque de moyens humains, un manque de moyens matériels²⁶ ainsi qu'une qualité de soins insuffisante. En effet, le personnel est en manque d'effectifs faute de bonnes conditions de travail ainsi que d'un faible salaire²⁷. Le docteur Paul Massion nous apprend également que de nombreux médecins ne sont pas disposés à travailler en prison, considérant que leur place n'est pas là ou encore par peur de travailler dans un tel milieu. Ceux qui trouvent encore le courage de s'y engager ne disposent pas du temps nécessaire pour examiner les détenus²⁸, une consultation se déroulant en l'espace de dix minutes à peine²⁹.

Le personnel infirmier qualifié, n'est pas en nombre suffisant³⁰ et devrait être renforcé de manière significative comme cela a déjà été recommandé par le CPT³¹. En outre, au-delà du manque criant de personnel³², la vétusté et l'insalubrité des locaux³³ ne rendent pas les lieux propices à une administration des soins de manière hygiénique et adéquate. De part ces différents facteurs, la qualité des soins en prison est fréquemment pointée du doigt³⁴. Qu'il s'agisse de la lenteur des soins donnés, de la surcharge des demandes à traiter ou encore de l'inadaptation de certains

²⁴ *Ibidem*.

²⁵ Trait d'union n° 5 de l'association des visiteurs francophones de prison de Belgique, *op. cit.*, p. 2.

²⁶ Observatoire International de Prisons – Section Belge, *op. cit.*, p. 103.

²⁷ Trait d'union n°5 de l'association des visiteurs francophones de prison de Belgique, *op.cit.*, p. 33.

²⁸ Observatoire International de Prisons – Section Belge, *op.cit.*, p. 102.

²⁹ Interview, Docteur Paul Massion, 19 juillet 2016 (annexe I).

³⁰ Observatoire International de Prisons – Section Belge, *op.cit.*, p. 102.

³¹ Com. prév. tort., *Rapport au Gouvernement de la Belgique relatif à la visite effectuée en Belgique par le Comité européen pour la prévention de la torture et des peines ou traitements inhumains ou dégradants (CPT) du 14 au 23 novembre 1993*, 14 octobre 1994, CPT/Inf (94) 15, p. 57, §151.

³² Trait d'union n° 5 de l'association des visiteurs francophones de prison de Belgique, *op. cit.*, p. 33.

³³ Observatoire International de Prisons – Section Belge, *op. cit.*, p. 103.

³⁴ Observatoire International de Prisons – Section Belge, *op. cit.*, p. 104.

traitements à la santé du détenu³⁵, l'accès aux soins de santé en milieu carcéral est loin de répondre au principe d'équivalence de la loi de principes.

Sans parler de la situation catastrophique et scandaleuse que l'on connaît lors des grèves des agents pénitentiaires³⁶, rendant toute possibilité de soins adéquats quasiment impossible. S'il est vrai qu'il est légitime pour ces personnes de lutter pour des conditions de travail dignes, il reste cependant qu'un service minimum se doit d'être instauré au nom de la dignité humaine et des droits fondamentaux.

Section II – Bases juridiques

§1 - L'Etat doit fournir des soins de qualité

L'article 5 de la loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient garantit à tout patient le « *droit, de la part du praticien professionnel, à des prestations de qualité répondant à ses besoins et ce, dans le respect de sa dignité humaine et de son autonomie et sans qu'une distinction d'aucune sorte ne soit faite*³⁷ », comme par exemple la classe sociale, l'orientation sexuelle, une conviction philosophique³⁸ ...

De plus, l'article 88 de la loi de principes consacre un principe d'équivalence entre les soins dispensés au sein de la société libre³⁹ et ceux prodigués en prison ainsi que l'obligation étatique d'offrir au détenu des soins « adaptés à ses besoins spécifiques ».

Le principe de continuité des soins est quant à lui exposé au sein de l'article 89 de la loi de principes :

³⁵ *Ibidem*.

³⁶ Observatoire International de Prisons – Section Belge, *op. cit.*, p. 105.

³⁷ Article 5 de la loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient.

³⁸ Com. prév. tort, *3ème rapport général d'activités du CPT couvrant la période du 1er janvier au 31 décembre 1992*, 4 juin 1993, CPT/Inf (93) 12, §38.

³⁹ Sur ce droit à l'équivalence des soins et les limites à sa mise en oeuvre, voy. F. BARTHOLEYNS, J. BEGHIN, P. BELLIS, et Ph. MARY, "Le droit pénitentiaire en Belgique: limites aux contraintes carcérales?", in *L'institution du droit pénitentiaire. Enjeux de la reconnaissance de droits aux détenus*, Bruxelles, Bruylant, L.G.D.J., 2002, pp. 175-178.

« 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. Il est conduit auprès du médecin attaché à la prison le plus rapidement possible après son incarcération, puis chaque fois qu'il le demande »⁴⁰.

Et le droit à des soins adaptés, garanti par l'article 90 de cette même loi :

« Le détenu a droit aux services de prestataires de soins disposant des qualifications nécessaires pour répondre à ses besoins spécifiques »⁴¹.

Enfin, l'article 97§1 énonce que les soins doivent être prodigués dans des conditions optimales :

« § 1er. Les soins de santé dans les prisons sont structurés et organisés et intégrés dans l'activité de la prison de telle manière qu'ils puissent être dispensés dans des conditions optimales »⁴².

§2 - L'organisation des soins de santé

a) L'examen médical à l'admission⁴³

Les détenus entrant sont visités par le médecin « dans le plus bref délai, le jour même de l'admission ou, au plus tard, le lendemain »⁴⁴. Cet examen médical à l'admission a pour objectif de réaliser un premier bilan de santé individuel et de s'assurer que la personne ne souffre pas déjà de troubles psychiatriques ou d'addictions⁴⁵. Cependant, la réalité révèle que la consultation est la plupart du temps réalisée de manière superficielle, hors délai, voire inexistante ou encore effectuée par un infirmier^{46,47}.

⁴⁰ Article 89 de la loi de principes.

⁴¹ Article 90 de la loi de principes.

⁴² Article 97§1 de la loi de principes.

⁴³ M-A. BEERNAERT, *Manuel de droit pénitentiaire, op.cit.*, p. 116.

⁴⁴ Articles 2 et 5 de l'arrêté royal du 8 avril 2011 déterminant la date d'entrée en vigueur et d'exécution de diverses dispositions des titres III et V de la loi de principes, du 12 janvier 2005 concernant l'administration pénitentiaire ainsi que le statut juridique des détenus, *M.B.*, 4 mai 2011.

⁴⁵ M-A. BEERNAERT, *Manuel de droit pénitentiaire, op. cit.*, p. 116.

⁴⁶ Rapport annuel 2005 du Conseil central de surveillance pénitentiaire, p.18.

⁴⁷ Com. prév. tort, *3ème rapport général d'activités du CPT couvrant la période du 1er janvier au 31 décembre 1992*, 4 juin 1993, CPT/Inf (93) 12, §33.

b) Les examens médicaux et paramédicaux en cours de détention⁴⁸

Tout détenu a le droit de requérir, de manière écrite, une visite médicale pour raisons de santé⁴⁹. S'il ne le requiert pas, il reste de la responsabilité du personnel de surveillance de le demander lui-même en cas de constat de maladie d'un détenu⁵⁰. L'intervention de spécialistes peut également être organisée au sein de l'établissement même ou d'établissements extérieurs⁵¹. Cependant, la plupart de ces examens ont souvent lieu dans l'urgence, de manière extrêmement rapide. En raison d'un manque d'effectifs⁵², seuls les cas les plus graves pourront être traités en priorité⁵³, le reste des détenus devant attendre leur tour patiemment⁵⁴.

c) Le recours du détenu au médecin de son choix

L'article 6 de la loi du 22 août 2002 énonce que « *Le patient a droit au libre choix du praticien professionnel et il a le droit de modifier son choix sauf limites imposées dans ces deux cas en vertu de la loi* »⁵⁵. En matière pénitentiaire son équivalent se trouve dans l'article 91 de la loi de principes, qui apporte une certaine clarification quant à la distinction entre la liberté de choix entre un médecin conseil et un médecin traitant :⁵⁶

« §1er. Le détenu a le droit de recevoir la visite d'un médecin de son choix. Le médecin librement choisi est habilité à conseiller le détenu. Après avoir examiné le détenu, le médecin librement choisi communique par écrit au médecin attaché à la prison son avis sur le diagnostic ainsi que sur les examens diagnostiqués et le traitement proposés. Si les médecins, après s'être concertés, restent en désaccord, ils demandent, avec l'accord du détenu, l'avis d'un troisième médecin qu'ils

⁴⁸ M-A. BEERNAERT, *Manuel de droit pénitentiaire, op.cit.*, p. 117.

⁴⁹ M-A. BEERNAERT, *Manuel de droit pénitentiaire, op.cit.*, p. 117.

⁵⁰ A peine, s'ils ne le font pas et que l'état du détenu est suffisamment critique, de se rendre coupable de non-assistance à personne en danger (art. 422 bis C. Pén.).

⁵¹ M-A. BEERNAERT, *Manuel de droit pénitentiaire, op.cit.*, p. 117.

⁵² Com. prév. tort., *Rapport au Gouvernement de la Belgique relatif à la visite effectuée en Belgique par le Comité européen pour la prévention de la torture et des peines ou traitements inhumains ou dégradants (CPT) du 14 au 23 novembre 1993, op.cit.*, p. 61, §171.

⁵³ Observatoire International de Prisons –Section Belge, *op.cit.* p. 102.

⁵⁴ Com. prév. tort., *Rapport au Gouvernement de la Belgique relatif à la visite effectuée en Belgique par le Comité européen pour la prévention de la torture et des peines ou traitements inhumains ou dégradants (CPT) du 14 au 23 novembre 1993, op. cit.*, p. 61, §171.

⁵⁵ Article 6 de la loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient.

⁵⁶ P. CHARLIER, Ph. MARY, M. NEVE, et P. REYNART, *Le guide du prisonnier*, Bruxelles, Labor, 2002.

auront désigné d'un commun accord.

§ 2. Si des motifs raisonnables le justifient, le détenu peut, à sa demande, se faire traiter dans la prison par un médecin librement choisi, moyennant l'autorisation du chef de service du service des soins de santé de l'administration pénitentiaire.

Dans les sept jours de l'introduction de la demande, le chef de service avise le demandeur par écrit de sa décision motivée. En cas de rejet de la demande, le chef de service l'informe de la possibilité de recours auprès de la Commission d'appel du Conseil central ainsi que des modalités et des délais de recours.

Les articles 165 et 166 s'appliquent par analogie.

§ 3. Le Roi règle par arrêté délibéré en Conseil des ministres, les modalités de la visite et la prise en charge des frais afférents à l'avis, au traitement proposé par le médecin librement choisi ainsi qu'au traitement dispensé par un médecin librement choisi. Il fixe la procédure à suivre en cas de désaccord entre les médecins »⁵⁷.

Cette disposition permet au détenu, sans devoir y être préalablement autorisé, de recourir à un médecin de son choix afin de lui demander conseil. Une fois le détenu examiné, une communication écrite, des observations du médecin conseil, concernant le diagnostic, les examens ou le traitement à suivre, est alors émise⁵⁸. Au niveau des soins à proprement parler, ce sera de la compétence du médecin traitant, pouvant être appelé par le détenu après autorisation du chef de service des soins de santé de l'administration pénitentiaire et sous réserve de motifs raisonnables le justifiant⁵⁹.

⁵⁷ Article 91 de la loi de principes.

⁵⁸ Article 91, §1 de la loi de principes.

⁵⁹ Article 91, §2 de la loi de principes.

d) Le transfert vers un centre médical pénitentiaire ou un hôpital

L'article 93, §1 de la loi de principes prévoit que « *lorsqu'un détenu a besoin d'un examen diagnostique ou d'un traitement spécialisé médicalement recommandé pour lequel la prison n'est pas, ou pas suffisamment, équipée, il est transféré⁶⁰, à la demande du médecin attaché à la prison et, le cas échéant, après que ce dernier se soit concerté avec le médecin librement choisi, au besoin avec encadrement médical, vers une prison spécialisée, un hôpital ou un établissement de soins* »⁶¹.

Un des problèmes relevés à ce niveau là, notamment à la prison de Lantin, est, selon le docteur Paul Massion, qu'au niveau médical il n'existe pas de garde médicale, mais uniquement une garde infirmière. Le personnel infirmier a la possibilité de contacter un médecin en cas d'urgence, mais celui-ci ne fera pas le déplacement durant la nuit. En cas de crainte plus sérieuse concernant l'état de santé du détenu. L'infirmier peut requérir que celui-ci soit transféré afin d'être hospitalisé. Cependant, pour extradier un détenu vers l'hôpital cela nécessite toute une infrastructure. Il faut, en effet, deux policiers, deux agents, une ambulance. Cela reste un grand frein à la prise en charge à l'hôpital⁶³.

e) Médiation

Que faire en cas de non-respect de nos différents droits du patient (manque d'information sur son état de santé, difficultés d'accès au dossier du patient, soins de qualité insuffisante etc...) par un praticien professionnel du secteur ambulatoire travaillant hors d'un hôpital, comme un médecin de prison par exemple⁶⁴ ?

⁶⁰ R. DE BECO, "Le transfèrement des détenus", in *Le nouveau droit des peines: statuts juridiques des condamnés et tribunaux de l'application des peines*, Bruxelles, Bruylant, 2007, pp. 209-210.

⁶¹ Article 93§1 de la loi de principes.

⁶² Actuellement, il existe deux centres médicaux pénitentiaires: le centre médical de la prison de Bruges (pour les néerlandophones et pour les femmes) et le centre médico-chirurgical de la prison de Saint-Gilles.

⁶³ Interview, Docteur Paul Massion, 19 juillet 2006 (annexe I)

⁶⁴ <http://www.health.belgium.be/fr/le-service-de-mediation-federal-droits-du-patient>

Il est possible pour tout un chacun de s'adresser au service de médiation⁶⁵ fédéral. En aval, le médiateur tentera de créer ou d'améliorer la communication entre le patient et le praticien professionnel afin d'éviter le dépôt d'une plainte. Ensuite, si une plainte est tout de même introduite auprès de la fonction de médiation compétente, le service de médiation tentera de résoudre le problème dans un cadre de coopération entre le patient et le praticien⁶⁶. S'il n'y a pas de solution au désaccord, le plaignant est alors informé des différentes possibilités qui existent afin que sa demande soit entendue et prise en charge⁶⁷.

Par ailleurs, le médiateur rédige chaque année un rapport de recommandations afin d'éviter que certaines insuffisance liées aux droits des patients ne se reproduisent⁶⁸.

⁶⁵ Médiation a été insérée dans le Code judiciaire par la loi du 21 février 2005 modifiant le Code judiciaire en ce qui concerne la médiation.

⁶⁶ <http://www.health.belgium.be/fr/le-service-de-mediation-federal-droits-du-patient>

⁶⁷ *Ibidem.*

⁶⁸ *Ibidem.*

CHAPITRE II – L’ARTICLE 3 DE LA CONVENTION EUROPEENNE DES DROITS DE L’HOMME

INTRODUCTION

Par le fait même de son incarcération, le détenu doit-il également subir des traitements qualifiés d’inhumains ou dégradants ? Doit-il être soumis à des actes pouvant être qualifiés de torture ? Le droit à la santé constitue-t-il encore un droit au sein du milieu carcéral ? L’insuffisance de ces soins ne peut-elle pas être dans certains cas, considérée comme contraire à l’article 3 de la Convention européenne des droits de l’homme (CEDH) ? Nous analyserons au sein de ce présent titre la portée de l’article 3 de la Convention européenne des droits de l’homme consacrant le droit à la dignité humaine avant de le mettre en lien avec la problématique des soins de santé en prison.

« Consacrant l’une des valeurs fondamentales⁶⁹ des sociétés démocratiques, l’article 3 de la CEDH, qui prohibe la torture et les peines ou traitements inhumains et dégradants, ne souffre aucune exception. Cette prohibition est absolue, quels que soient les agissements de la personne concernée »⁷⁰.

Aussi, « dans la mesure où il se réfère distinctement à la « torture », aux « traitements inhumains » et aux « traitements dégradants », l’article 3 implique une certaine gradation des actes prohibés »⁷¹.

⁶⁹ Cour. eur. dr. h., arrêt *Soering c. Royaume Uni*, 7 juillet 1989, §88; F. SUDRE, “L’article 3”, in L.-E. PETITI, E. DECAUX, P.-H. IMBERT, *La Convention européenne des droits de l’homme, commentaire article par article*, Economica, 1995, p. 155.

⁷⁰ Cour. eur. dr. h., arrêt *Ocalan c. Turquie*, 12 mai 2005, §179; Cour. eur. dr. h., arrêt *Ramirez Sanchez c. France*, 4 juillet 2006, §115-116.

⁷¹ F. KRENC, S. Et VAN DROOGHENBROECK, *Le nouveau droit des peines, statuts juridiques des condamnés et tribunaux de l’application des peines*, Bruylant, 2007, pp. 47-48.

Section I – Définitions des termes clefs contenus dans l’article 3 de la CEDH

Nous examinerons au sein de cette section, la signification que recouvrent les termes de « torture », de « traitement inhumain » et « traitement dégradant » émanant de la jurisprudence de la Cour européenne des droits de l’homme.

§1 - Torture

La torture a été définie par la Cour en 1978 comme « des traitements inhumains délibérés provoquant de fort graves et cruelles souffrances »⁷².

La torture désigne « tout acte par lequel une douleur ou des souffrances aiguës, physiques ou mentales, sont intentionnellement infligées à une personne »⁷³.

§2 - Traitement inhumain

Un traitement inhumain a été défini comme « un traitement qui provoque volontairement des souffrances mentales ou physiques d’une intensité particulière »⁷⁴.

§3 - Traitement dégradant

Un traitement dégradant est constitué par « des mesures de nature à créer chez des individus des sentiments de peur, d’angoisse et d’infériorité propres à les humilier, à les avilir et à briser éventuellement leur résistance physique ou morale»⁷⁵.

⁷² Cour. eur. dr. h., arrêt *Irlande c. Royaume-Uni*, 19 janvier 1978, §167.

⁷³ Cour. eur. dr. h., arrêt *Selmouni c. France*, 28 juillet 1999, §97.

⁷⁴ Cour. eur. dr. h., arrêt *Tyrer c. Royaume-Uni*, 25 avril 1978, A n°28 §29.

⁷⁵ Cour eur. dr. h., arrêt *Irlande c. Royaume-Uni*, *op. cit.* , § 167.

Section II - Le seuil minimal de gravité et le critère de l'appréciation relative

Selon une jurisprudence constante, un mauvais traitement doit, pour tomber sous le coup de l'article 3, atteindre un minimum de gravité. « L'appréciation de ce minimum est relative par essence et dépend de l'ensemble des données de la cause, de la durée du traitement et de ses effets physiques et mentaux, ainsi que, parfois, du sexe, de l'âge et de l'état de santé de la victime »⁷⁶.

Section III - Les obligations découlant de l'article 3 de la CEDH⁷⁷

« Tout état partie à la Convention européenne des droits de l'homme se doit de rencontrer l'obligation négative lui incombant, à savoir ne pas pratiquer la torture, ni infliger de traitements inhumains ou dégradants. Mais est également sujet à une double obligation positive. Premièrement, l'obligation de prévention et de protection, impose aux Etats de « protéger toute personne relevant de leur juridiction contre une situation irrémédiable de danger objectif de mauvais traitement, même si cette situation s'accomplit en dehors de leur juridiction »⁷⁸. Ensuite, l'obligation d'enquête et de sanction exige qu'une enquête effective soit menée par les parties contractantes en cas d'allégations de mauvais traitements en vue de sanctionner les coupables »⁷⁹⁸⁰.

⁷⁶ Cour. eur. dr.h., arrêt *Irlande c. Royaume-Uni*, 18 janvier 1978, §162; Cour. eur. dr. h., arrêt *Peers c. Grèce*, 19 avril 2001, §67; Cour. eur. dr. h., arrêt *Gelfmann c. France*, 14 décembre 2004, §48; Cour. eur. dr. h., arrêt *Serifis c. Grèce*, 2 novembre 2006, §32.

⁷⁷ M-A. BEERNAERT, *Manuel de droit pénitentiaire*, *op.cit.*, p. 124.

⁷⁸ F. SUDRE, *op.cit.*, p. 156.

⁷⁹ *Ibidem*.

⁸⁰ Cour eur. dr. h., arrêt *Aksoy c. Turquie*, 18 décembre 1996, §98 ; Cour eur. dr. h., arrêt *Ilhan c. Turquie*, 27 juin 2000, §§ 91 et 92 ; Cour eur. dr. h., arrêt *Poltoratskiy c. Ukraine*, 29 avril 2003, §§ 127 et 128.

CHAPITRE III – LE DROIT BELGE

Section I – La Constitution

L'article 23 de la Constitution s'appliquant à toute personne détenue, énonce que « *chacun a le droit de mener une vie conforme à la dignité humaine* »⁸¹. Cette disposition consacre le droit au respect de la dignité humaine de chacun.

Section II – Le Code pénal

Les articles 417 *bis* et 417 *quinquies* du Code pénal belge viennent sanctionner la torture, les traitements inhumains et dégradants.

La torture est définie par l'article 417 *bis* du Code pénal comme « *tout traitement inhumain délibéré qui provoque une douleur aiguë ou de très graves et cruelles souffrances, physiques ou mentales* »⁸²; le traitement inhumain comme « *tout traitement par lequel de graves souffrances mentales ou physiques sont intentionnellement infligées à une personne, notamment dans le but d'obtenir d'elle des renseignements ou des aveux, de la punir, de faire pression sur elle ou d'intimider cette personne ou des tiers* »⁸³; et le traitement dégradant comme « *tout traitement qui cause à celui qui y est soumis, aux yeux d'autrui ou aux siens, une humiliation ou un avilissement graves* »⁸⁴.

⁸¹ Article 23 de la Constitution.

⁸² Article 417 *bis* du Code pénal.

⁸³ *Ibidem*.

⁸⁴ *Ibidem*.

Section III – La loi de principes du 12 janvier 2005

« Ces dernières années, le droit pénitentiaire, longtemps négligé par notre législateur⁸⁵, s’est retrouvé au centre des préoccupations politiques et parlementaires avec l’adoption de la loi de principes du 12 janvier 2005 « concernant l’administration pénitentiaire ainsi que le statut juridique interne des détenus »⁸⁶. Malgré les recommandations du CPT faites aux autorités belges de prendre les mesures nécessaires afin de faire rentrer en vigueur les dispositions de la loi de principes⁸⁷, seule une partie de la loi est à ce jour entrée en vigueur⁸⁸.

La loi de principes se consacre de manière générale au statut juridique interne du détenu⁸⁹ et vise « l’exécution de condamnations à des peines privatives de liberté coulées en force de chose jugée ainsi que l’exécution de mesures privatives de liberté »⁹⁰.

Les articles 5 et 9 de la loi de principes sont consacrés au respect de la dignité humaine ainsi qu’à la prohibition des traitements inhumains et dégradants.

L’article 5 dispose comme suit : « *l’exécution de la peine ou mesure privative de liberté s’effectue dans des conditions psychosociales, physiques et matérielles qui respectent la dignité humaine, permettent de préserver ou d’accroître chez le détenu le respect de soi et sollicitent son sens des responsabilités personnelles et sociales* »

En outre l’article 9 prévoit que « *le caractère punitif de la peine privative de liberté se traduit exclusivement par la perte totale ou partielle de la liberté de mouvement et les restrictions à la*

⁸⁵ Sur l’histoire de la réglementation pénitentiaire belge, voy. E. MAES, *Van gevangenisstraf naar vrijheidstraf. 200 jaar Belgisch gevangeniswezen*, Anvers, Maklu, 2009.

⁸⁶ *Mon. b.*, 1 février 2005. L’intitulé de la loi a été modifié par l’art. 8 de la loi du 23 décembre 2005 portant des dispositions diverses (*Mon. b.*, 30 décembre 2005), entrée en vigueur le 15 janvier 2007 conformément à l’art. 4 de l’A.R. du 28 décembre 2006 concernant l’administration pénitentiaire ainsi que le statut juridique des détenus (*Mon. b.*, 4 janvier 2007).

⁸⁷ Com. prév. tort., *Rapport au Gouvernement de la Belgique relatif à la visite effectuée en Belgique par le Comité européen pour la prévention de la torture et des peines ou traitements inhumains ou dégradants (CTP) du 23 au 27 avril 2012*, 13 décembre 2012, CPT/Inf (2012) 36, §87.

⁸⁸ Concernant les dispositions de la loi de principes qui ne sont pas encore applicables, il faut se référer à l’arrêté royal du 21 mai 1965 portant règlement général des établissements pénitentiaires, ainsi qu’à l’arrêté ministériel du 12 juillet 1971 portant instructions générales pour les établissements pénitentiaires.

⁸⁹ V. SERON, “La loi de principes concernant l’administration pénitentiaire et le statut juridique des détenus: vers la fin d’un non droit?”, *J.T.*, 2006, p. 555.

⁹⁰ Article 3 de la loi de principes.

liberté qui y sont liées de manière indissociable. L'exécution de la peine privative de liberté est axée sur la réparation du tort causé aux victimes par l'infraction, sur la réhabilitation du condamné et sur la préparation, de manière personnalisée, de sa réinsertion dans la société libre
».

Chapitre IV – LA SANTE EN PRISON AU REGARD DE L’ARTICLE 3 DE LA CONVENTION EUROPEENNE DES DROITS DE L’HOMME

Section I - Principes généraux

Il ressort de l’arrêt de la Cour européenne des droits de l’homme, *Kudla contre Pologne* que l’article 3 de la CEDH impose à l’Etat de s’assurer « que tout prisonnier soit détenu dans des conditions qui sont compatibles avec le respect de la dignité humaine, que les modalités d’exécution de la mesure ne soumettent pas l’intéressé à une détresse ou à une épreuve d’une intensité qui excède le niveau inévitable de souffrance inhérente à la détention et que, eu égard aux exigences pratiques de l’emprisonnement, la santé et le bien-être du prisonnier sont assurés de manière adéquate, notamment par l’administration des soins médicaux requis »⁹¹.

La question des soins de santé en prison a déjà fait l’objet de nombreux recours devant la Cour européenne des droits de l’homme⁹². Nous présenterons dans un premier temps les principes généraux établis par la jurisprudence européenne. Nous nous concentrerons ensuite sur trois problématiques plus spécifiques, à savoir le droit à une consultation par un médecin de son choix, la problématique des traitements médicamenteux administrés de force aux détenus, pour terminer par la question de la prévention du suicide des détenus.

⁹¹ Cour. eur. dr. h., *arrêt Kudla c. Pologne*, *op. cit.*, §94.

⁹² Y. HAECK, “De bescherming van gedetineerden in het kader van artikel 3 van het Europees Verdrag voor de Rechten van de Mens”, in *Vrijheden en vrijheidsbeneming. Mesnrechten van gedetineerden*, Anvers, Intersentia, 2005, pp. 40-47, ainsi que F. TULKENS, et P. VOYATZIS, “Le droit à la santé en prison. Les développements de l’article 3 de la Convention européenne des droits de l’homme”, *Rev. dr. pén. crim.*, 2009, pp. 364-391.

Section II - L'obligation de soins

Il ressort de la jurisprudence de la Cour européenne qu'en termes de soins de santé, l'article 3 met à charge des Etats trois obligations principales :⁹³

- « Celle de veiller à ce que le détenu soit capable de purger sa peine.
- De lui administrer les soins médicaux nécessaires.
- D'adapter, le cas échéant, les conditions générales de détention à la situation particulière de son état de santé »⁹⁴.

§1 - S'assurer que l'état de santé du détenu est compatible avec la détention

Suite aux arrêts *Kotsafis contre Grèce* et *Xiros contre Grèce*, il a été établi que pour qu'une peine puisse être exécutée, il fallait que la personne détenue ait la capacité de subir cette peine. Un motif de santé ne justifie pas l'obligation de libérer un détenu mais il se peut qu'exceptionnellement l'article 3 de la CEDH exige la libération d'un certain détenu lorsque la santé de ce dernier s'avère être absolument incompatible avec la détention.

Les personnes atteintes de maladies physiques⁹⁵ ou mentales⁹⁶ ainsi que les personnes âgées, présentant souvent un état de santé précaire⁹⁷ peuvent donc poser question quant à leur compatibilité avec la détention.

§2 - Offrir des soins médicaux appropriés

L'obligation d'offrir des soins médicaux appropriés signifie que l'Etat doit offrir à tout détenu malade les soins médicaux requis. Il ressort de l'arrêt *Rivière contre France*, «*qu'un manque de soins médicaux appropriés, et plus généralement la détention d'une personne malade dans des conditions inadéquates, peuvent constituer un traitement contraire à l'article 3* »⁹⁸.

⁹³ F. TULKENS, P. VOYATZIS, *op. cit.*, p. 317.

⁹⁴ F. TULKENS, P. VOYATZIS, *op. cit.*, p. 317; dans le même sens, voy. Cour. eur. dr. h., arrêt *Xiros c. Grèce* du 9 septembre 2010, § 73.

⁹⁵ Cour. eur. dr. h., arrêt *Moussel c. France*, *op. cit.*

⁹⁶ Cour. eur. dr. h., arrêt *Rivière c. France*, *op. cit.*, §64.

⁹⁷ F. TULKENS, et P. VOYATZIS, *op.cit.*, p. 372.

⁹⁸ Cour eur. dr. h., arrêt *Rivière c. France*, *op. cit.*, § 74.

§3 - Adapter les conditions générales de la détention à ce que réclame l'état de santé des détenus

Cette obligation comprend deux aspect distingués en jurisprudence, à savoir premièrement « l'obligation d'adapter l'environnement carcéral aux besoins plus spécifiques du détenu et deuxièmement que les mesures coercitives imposées à un détenu soient compatibles avec son état de santé »⁹⁹.

Section III - La consultation par un médecin de son choix

« La possibilité de consulter un médecin n'ayant pas de lien avec la direction est selon la Cour européenne des droits de l'homme, une garantie contre de mauvais traitements physiques ou mentaux. Si une telle consultation ne peut se justifier par des motifs médicaux légitimes¹⁰⁰, ce droit doit toutefois toujours être garanti à la condition que le détenu en assume le coût ».

Section IV - Les traitements sous contrainte

Si certains traitements peuvent être administrés sous la contrainte, cela dépendra toutefois « de l'appréciation du médecin quant aux moyens thérapeutiques à utiliser en fonction de l'état de la science et sous réserve d'un respect permanent de l'article 3 de la CEDH. Un tel traitement comme par exemple une prise forcée de médicaments, d'aliments ou une injection, n'est pas contraire à l'article 3 de la CEDH si cela s'avère être nécessaire d'un point de vue médical et que la contrainte est utilisée tout en respectant la dignité humaine »¹⁰¹.

⁹⁹ F. TULKENS, et P. VOYATZIS, *op. cit.*, p. 373.

¹⁰⁰ Cour. eur. dr. h., arrêt *Matthew c. Pays-Bas*, *op. cit.*, §187.

¹⁰¹ M.-A. BEERNAERT, *Manuel de droit pénitentiaire*, *op. cit.*, p. 128.

Section V - La prévention du suicide

L'incarcération peut engendrer « un stress psychologique susceptible de provoquer des états anxiodépressifs aigus accompagnés de troubles du sommeil et des actes autodestructeurs », écrit Catherine Detry, dans son rapport annuel de l'Observatoire international des prisons.

Des actes autodestructeurs pouvant mener jusqu'au suicide, qui atteint un taux sept à onze fois¹⁰² plus élevé que la moyenne nationale¹⁰³. De plus, les données statistiques ne révèlent qu'une partie de la réalité puisqu'en cas de doute on attribue la mort à un accident et que l'on ne comptabilise pas dans ces chiffres les tentatives de suicide¹⁰⁴.

L'une des causes principales de ce taux élevé de suicides pourrait être la surpopulation carcérale, générant des souffrances insupportables au détenu¹⁰⁵. Nous pouvons également relever que les conditions de détention difficiles, l'isolement affectif et social, la violence du milieu ainsi que l'éloignement familial sont autant de facteurs pouvant pousser à poser un acte désespéré¹⁰⁶.

Lorsqu'un détenu pose ce geste ultime, « la Cour européenne des droits de l'homme vérifie si les autorités savaient ou auraient dû savoir qu'il y avait un risque réel et immédiat de voir le détenu attenter à ses jours. Si c'est le cas, elle vérifie si les autorités ont fait tout ce qu'on pouvait raisonnablement attendre d'elles pour prévenir ce risque »¹⁰⁷.

Comment prévenir ces actes désespérés au quotidien ?

Mikaël Byl, agent pénitentiaire nous précise comment les choses se déroulent en pratique : « Dans un premier temps, le dossier médical du détenu arrivant est examiné. Sur cette base, nous pouvons être informés d'un quelconque problème du détenu, du suivi d'un traitement spécifique

¹⁰² https://www.rtbf.be/info/societe/detail_le-taux-de-suicide-sept-a-onze-fois-plus-eleve-en-prison?id=9015220

¹⁰³ <http://www.lameuse.be/1576229/article/2016-05-19/seize-suicides-enregistres-dans-les-prisons-belges-en-2015>

¹⁰⁴ *Ibidem*.

¹⁰⁵ *Ibidem*.

¹⁰⁶ <http://www.sireas.be/publications/analyse2012/2012-16int.pdf>

¹⁰⁷ Cour eur. dr. h., arrêt *Keenan c. Royaume-Uni*, 3 avril 2001, § 93.

ou encore de son vécu. Ensuite, il se peut que dans certains cas, le détenu, emprisonné entre quatre murs, ne puisse gérer certains événements difficiles se déroulant à l'extérieur.

Face à cette impuissance, ce dernier pourrait penser à commettre un acte désespéré, principalement lorsqu'il est en isolement ou durant la nuit. Pour éviter toute tentative de ce genre, les agents procèdent à des rondes de cellules, où ils lèvent le guichet de chacune d'elle.

Est-ce suffisant pour empêcher un suicide ? La réponse est non. En effet, celui qui désire réellement mettre fin à ses jours y parviendra, peu important les mesures préventives mises en œuvre. Il y a également énormément de tentatives qui sont en réalité plus des appels à l'aide, des gestes de provocation ou de révolte.

Dans ce cas, un suivi psychologique est alors mis en place et les assistants sociaux peuvent également venir en aide au détenu en contactant des services externes à même d'apporter certaines solutions à des situations de leur vie extérieure.

Y a-t-il d'autres moyens qui pourraient être mis en œuvre afin d'éviter ce genre de situations dramatiques ?

Une des idées proposées par Mikael Byl, serait de permettre un contact direct entre les détenus et le directeur qui aurait plus de possibilité d'agir qu'un agent de section »¹⁰⁸.

¹⁰⁸ Interview, Mykaël Byl, agent pénitentiaire, 24 juillet 2016 (annexe II).

CONCLUSION

Une équivalence d'accès aux soins et de qualité des soins entre le milieu carcéral et le monde extérieur¹⁰⁹, voilà ce que prévoyait avec ambition la loi de principes, dépassant même les exigences de la jurisprudence européenne.

Qu'en est-il de son application effective sur le terrain ?

Comme nous avons pu l'observer, un manque de moyens humains, matériels et financiers entoure le monde médical en prison.

Professionnel et de bonne volonté, le corps médical au sens large peut difficilement faire mieux que ce qu'il ne fait déjà.

Sans aide politique, budgétaire et matérielle, l'accès aux soins de santé en prison ne peut que difficilement s'améliorer. Le personnel soignant, les médecins, les psychologues, les assistants sociaux ainsi que tous les autres intervenants sont confrontés au quotidien aux difficultés de ce métier et risquent de perdre patience et courage.

Pourtant, il semblerait que la santé de tout individu dans ou hors des murs soit à la base des questions à traiter.

En effet, comment peut-on espérer atteindre les objectifs visés par l'exécution d'une peine si le détenu malade n'a en tête que sa souffrance en attente d'être soulagée ?

S'il est vrai que la loi de principes apporte au sein de diverses dispositions certains remèdes à ce qui pouvait poser problème auparavant, il n'empêche que l'application effective de ces dites dispositions contribuerait grandement à une meilleure qualité de soins et par conséquent à une meilleure qualité de vie du détenu. Ainsi qu'à une meilleure réponse aux obligations découlant de la jurisprudence européenne.

Par ailleurs, il serait également nécessaire de transférer les compétences des soins de santé des détenus vers les SPF Santé publique et Sécurité sociale, comme cela a été réclamé par la Concertation Assuétudes-Prisons de Bruxelles (CAPTB). Une véritable politique de santé doit être menée par les autorités au sein des établissements pénitentiaires belge, or il semblerait que le SPF justice n'en ait pas les moyens.

¹⁰⁹ Article 88 de la loi de principes.

« Contrairement aux recommandations internationales, le principe d'équivalence de soins entre les services fournis en milieu carcéral et ceux dispensés au sein de la société libre, n'est pas respecté.

Les médecins sont tiraillés entre le devoir de soins à offrir à leurs patients et les comptes à rendre à leur employeur, leur indépendance et le secret médical est mis à mal. Cela fait naître certaines craintes chez les détenus à se le livrer au personnel soignant, surtout en ce qui concerne des problèmes liés à l'usage de drogue »¹¹⁰. Si les médecins et le personnel médical pouvaient être engagés par le SPF Santé cela les rendrait plus libres et indépendants.

La coordinatrice de l'ASBL qui oeuvre à la réduction des risques liés à l'usage de drogues pointe aussi « l'absence de travail de prévention et de dépistage au sein des prisons, ce qui peut conduire à des problèmes de santé publique une fois les détenus libérés »¹¹¹.

« Il semblerait donc qu'à condition que les moyens suivent, la prise en charge de la santé des détenus par les SPF Santé et Sécurité sociale permettrait aux professionnels de la santé d'exercer enfin correctement leur métier en milieu carcéral »¹¹².

Si les discussions sont à ce jour encore en cours, il n'y a encore rien d'officiel ni de concret quant à cet éventuel transfert.

¹¹⁰ <http://www.7sur7.be/7s7/fr/1502/Belgique/article/detail/1896477/2014/05/23/Le-SPF-Justice-n-assure-pas-la-sante-des-detenus.dhtml>

¹¹¹ *Ibidem.*

¹¹² *Ibidem.*

TITRE II – La toxicomanie en milieu carcéral

CHAPITRE I – Présentation de la problématique à traiter

Section I – Notions introductives

« L'apparition du phénomène de la toxicomanie n'a pas été facile à accepter au niveau de la culture carcérale. Le toxicomane n'était pas facile à gérer pour le personnel de surveillance et le personnel de santé en ce qu'il exigeait davantage d'interventions.

Ces dernières années le nombre de détenus toxicomanes n'a cessé d'augmenter engendrant une transformation de la culture carcérale qui est passée d'un système d'exclusion à un système de contrôle à l'intérieur même des prisons¹¹³.

§1 – Définition de la toxicomanie

L'Organisation Mondiale de la Santé définit la toxicomanie comme « *un état de dépendance physique et/ou psychique vis-à-vis d'un produit, s'établissant chez un sujet à la suite de l'utilisation périodique ou continue de celui-ci* »¹¹⁴.

¹¹³ BENDETTINI, M., *L'entrée du phénomène de la toxicomanie dans les prisons*, 20002.

¹¹⁴

http://www.medecine.unige.ch/enseignement/apprentissage/module4/immersion/archives/2009_2010/travaux/10_r_t_oxicomanie_a.pdf

« Le phénomène de la toxicomanie comprend un ensemble de trois facteurs :

- la substance (aspect pharmacologique).
- Le consommateur (aspect psychologique).
- L'environnement social dans lequel la rencontre entre substance et consommateur se réalise, englobant toutes les expressions relationnelles (aspect sociologique)¹¹⁵.

§2 - Cadre légal en vigueur en Belgique`

La loi du 24 février 1921 sur le trafic de stupéfiants, réformée successivement en 1975, en 2003 et en 2014 régit en grande partie la matière des drogues.

Cette loi a pour objectif la répression de la production, la détention et la vente de drogues illicites.

La loi du 7 février 2014 modifie la loi belge du 24 février 1921 sur les stupéfiants en définissant « une classification générique pour contrôler les substances psychoactives, criminaliser les actes préparatoires et permettre la destruction instantanée des drogues et du matériel de production saisis »¹¹⁶.

Les arrêtés royaux du 31 décembre 1930 et du 22 janvier 1998 listent les drogues illicites et établissent la manière dont cela doit être réprimé¹¹⁷.

§3 - Le phénomène de la toxicomanie au sein de la société libre

C'est grâce à une enquête de santé, réalisée par interview (Health Interview Survey) par l'Institut scientifique de la santé publique que nous pouvons trouver quelques données à propos de la consommation de drogues dans la population générale¹¹⁸.

Il ressort de cette enquête que près d'un Belge sur quatre fume (vingt-trois pour cent), seize pour cent de la population consomme des médicaments psychotropes et quatorze pour cent consomme

¹¹⁵ BENDETTINI, M., *L'entrée du phénomène de la toxicomanie en prison, op.cit.*, p. 2.

¹¹⁶ https://drugs.wiv-isp.be/docs/Documents/Rapport_DROGUES_2014_tma.pdf

¹¹⁷ http://justice.belgium.be/fr/themes_et_dossiers/securite_et_criminalite/drogues/base_legale

¹¹⁸ http://eurotox.org/wp/wp-content/uploads/Eurotox2015_Usage_drogues.pdf p.68.

de l'alcool au quotidien. De plus cinq pour cent des citoyens consomment du cannabis et 0,8% consomme d'autres drogues illégales¹¹⁹.

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé, il apparaît qu'au niveau mondial il y ait environ vingt-sept millions de personnes toxicomanes dont 400 000 qui en succombent chaque année. Les consommateurs de drogue par injection contribuent à trente pour cent des nouvelles infections par le virus du sida en dehors de l'Afrique et propagent les hépatites B et C¹²⁰.

Quelle différence peut-on faire entre la toxicomanie au sein de la société libre et en milieu carcéral ?

Selon Joëlle Lizin, « l'accès au produit est tout à fait différent. En milieu carcéral nous rencontrons des personnes ayant soit une histoire de vie, soit une personnalité bien particulière et qui sont dans une non gestion complète de la consommation de produits.

Tandis qu'au sein de la société libre, il y a la plupart du temps une gestion minimum de la consommation qui fait qu'en dehors du milieu carcéral, les consommateurs n'en arrivent pas à un comportement délinquant. Contrairement à ceux qui ont été incarcérés et qui présentent souvent d'autres problèmes sociaux et ou psychologiques qui y sont associés. La prison est caractérisée par la présence d'une comorbidité assez importante »¹²¹.

§4 - Le phénomène de la toxicomanie en milieu carcéral

En Belgique, « nous pouvons compter à peu près 11 000 détenus pour ses dix millions d'habitants. La plupart d'entre eux vont purger des peines de plus de trois ans, les peines inférieures étant fréquemment remplacées par des peines alternatives telles que le bracelet électronique (excepté pour les délinquants sexuels sur mineurs) ou la peine de travail »¹²².

¹¹⁹ https://www.rtbef.be/info/societe/detail_les-drogues-coutent-au-moins-4-6-milliards-d-euros-a-la-societe?id=9279515

¹²⁰ *Ibidem*.

¹²¹ Interview, Joëlle Lizin, psychologue, 27 juillet 2016 (annexe III).

¹²² S. TODTS, P. GLIBER, S. VAN MALDEREN, C. VAN HUYCK, V. SALIEZ, et M. HOGGE, *Druggebruik in Belgische gevangnissen. Monitoring van gezondheidsrisico's*, Brussel, 2008, p. 73.

Parmi cette population carcérale, « un tiers s’y trouve pour avoir commis un délit lié à la drogue. Depuis de nombreuses années, un fléau s’est abattu sur les prisons et ne cesse d’augmenter, il s’agit de la consommation de stupéfiants intra-muros. Face à ce phénomène, aucune politique concrète en la matière n’est mise en place »¹²³.

Si les chiffres varient d’un ¹²⁴établissement pénitentiaire à l’autre, le phénomène n’épargne pour autant aucun d’entre eux. Le problème de la drogue « sévit tel un cancer dans les couloirs et les cellules des prisons belges »¹²⁵.

Une enquête du SPF Justice relève qu’en moyenne, « un tiers des détenus consommerait du cannabis en cellule, un dixième consommerait de l’héroïne par injection et un tiers à nouveau est initié à la drogue en arrivant en prison »¹²⁶.

De façon inquiétante, nous pouvons également constater « l’augmentation de la poly-toxicomanie et les changements comportementaux qui en découlent comme la schizophrénie, la psychose, l’agressivité, la nervosité »¹²⁷...

« L’univers carcéral et la situation de détresse de certains détenus expliquent que le passage aux drogues dures se fait beaucoup plus rapidement qu’à l’extérieur »¹²⁸.

Le docteur Paul Massion a pu le constater également « Pour un toxicomane, en prison sa toxicomanie ne va faire que décupler, il est sollicité en permanence, s’ennuie à mourir et la drogue reste un échappatoire »¹²⁹.

« D’après de nombreuses études menées à l’étranger nous pouvons affirmer qu’aucun établissement pénitentiaire n’a réussi à maintenir la drogue hors des murs de la prison. Elle s’infiltré dans l’enceinte de celle-ci pouvant même aller jusque dans l’aile des condamnés à mort pourtant sous haute surveillance comme cela est arrivé dans une prison du Texas. Seules des

¹²³ *Ibidem.*

¹²⁴ *Ibidem.*

¹²⁵ *Ibidem.*

¹²⁶ *Ibidem.*

¹²⁷ *Ibidem.*

¹²⁸ A. BOYZ, M. FARRELL, P. BEBBINGTON, T. BRUGHA, J. COID, R. JENKINS, G. LEWIS, J. MARSDEN, H. MELTZER, N. SINGLETO, and C. TAYLOR, *Drug use and initiation in prison: results from a national survey in England and Wales*, *Addiction*, 2002, p. 1551.

¹²⁹ Interview, Docteur Paul Massion, 19 juillet 2016 (annexe I).

prisons comme il y en a Hong Kong parviennent à éradiquer la drogue en recourant à des contrôles intensifs et à des fouilles invasives sur les détenus et les visiteurs. Mais de tels procédés ne sont pas admis dans les prisons belges »¹³⁰.

En effet, la législation en vigueur ne permet pas de tels contrôles, empêchant par là d'atteindre une tolérance zéro en matière de drogue, qui selon certains serait le scénario idéal. Mais qui pour d'autres poserait un véritable problème car les prisons ont besoin de la drogue pour fonctionner au risque d'exploser véritablement¹³¹.

Quelles sont donc les alternatives qui pourraient être mises en œuvre ? Quid des ailes sans drogues inspirées du modèle suédois qui ont été créées afin de protéger les personnes non toxicomanes contre toute influence pouvant les embarquer dans les dangers de l'addiction et d'offrir aux détenus une chance de réhabilitation ».

Une aile propre a été tentée à Verviers mais les résultats de cette expérience ne se sont pas avérés positifs. En effet, à la sortie la vie n'est pas une aile propre. Face à la tentation il est très facile de repasser du côté obscur. En outre, certains ont trouvé ce système stigmatisant pour les détenus¹³².

Il faut également noter que de tels systèmes ne peuvent fonctionner que sur base volontaire du détenu que l'on peut seulement inciter à participer et à collaborer avec des professionnels mais qui ne pourrait être contraint d'y entrer sans quoi il retomberait dans son assuétude après un certain laps de temps¹³³.

« Le nombre de détenus faisant l'objet d'une incarcération pour délits corrélatifs à la drogue explose et il est primordial de protéger les non-consommateurs contre l'offre des stupéfiants en prison. Ces derniers, face à l'économie de la drogue, au risque de maladies infectieuses et au comportement à risque des détenus toxicomanes pourraient facilement rentrer dans l'engrenage. En particulier, les détenus plus faibles, susceptibles d'être manipulés, terrorisés, intimidés ou

¹³⁰ https://www.rtbf.be/info/societe/detail_drogue-l-onu-appelle-a-mettre-l-accent-sur-la-prevention-et-le-traitement?id=9274387

¹³¹ *Ibidem.*

¹³² Interview, Docteur Paul Massion, 19 juillet 2016 (annexe I).

¹³³ https://www.rtbf.be/info/societe/detail_drogue-l-onu-appelle-a-mettre-l-accent-sur-la-prevention-et-le-traitement?id=9274387

encore rackettés »¹³⁴.

Il existe en effet une hiérarchie dans le marché de la drogue. La drogue est distribuée par le dealer vers tous les consommateurs. Ce trafic est lucratif pour le dealer qui n'en consomme pas lui-même mais qui acquiert un pouvoir énorme et un certain statut lui permettant d'exercer une forte influence sur les détenus les plus faibles ou d'initier les détenus non-consommateurs¹³⁵.

¹³⁴ *Ibidem.*

¹³⁵ *Ibidem.*

CHAPITRE II – La toxicomanie en détention

Section I – La poursuite de la consommation en prison¹³⁶

§1 - Les entrées clandestines de drogues illicites

« La drogue circule en prison et s’y trouve même plus aisément qu’à l’extérieur. Comment est-ce possible ?

Selon divers témoignages recueillis par Clair Capron, « toutes les personnes entrantes sont suspectes : les familles, le personnel, les avocats et les visiteurs, les agents pénitentiaires, les détenus qui rentrent de congé. Tous les moyens sont bons et les plus inattendus viennent du ciel, via des balles de tennis remplies de drogue lancées au préau depuis l’extérieur ou encore via des drones. Il est également connu que ceux qui ont les moyens financiers peuvent tout se procurer »¹³⁷.

Les produits principalement disponibles sont le cannabis, l’héroïne et les substances médicamenteuses (benzodiazépines). La monnaie d’échange peut aussi bien être de l’argent, que l’échange de services (prostitution, nettoyage de cellule) ou de biens (cartes de téléphone, tabac) et/ou participation au trafic de drogues¹³⁸.

Tout contact avec le monde extérieur est un risque d’entrée de drogue en prison : durant les visites cachée dans les vêtements, les cavités corporelles, la nourriture ou lors des transferts ou passages au tribunal. La contrebande se fait aussi par l’intermédiaire du personnel pénitentiaire¹³⁹.

¹³⁶ W. DE MAERE, F. HARIGA, F. BARTHOLEYNS, et M. VANDERVEKEN, *Gezondheid en druggebruik in het penitentiair milieu. Ontwikkeling van een epidemiologisch onderzoeksinstrument*, Brussel, 2000, p. 43. (Onderzoeksrapport van DWTC).

¹³⁷ C. CAPRON, “Ce monde hors du monde. Echos d’une visiteuse de prison”, *op.cit.*, p. 37.

¹³⁸ Les stupéfiants en prison 2008/n°09 Analyses et études.

¹³⁹ Prison-Ban Public, Disponibilité et offre de drogues en prison, <http://ar2002.emcdda.eu.int/fr/page72-fr.html>, mercredi 20 avril 2005.

« Concernant la distribution et le trafic de drogues, la Belgique fait état d'un trafic au niveau individuel et au niveau des réseaux pyramidaux au sein desquels les dealers au sommet de la hiérarchie organisent le marché mais n'en consomment pas eux-mêmes »¹⁴⁰.

Bien que tous les procédés soient bons pour faire passer de la drogue en prison, il semblerait que ce sont principalement les visiteurs et fournisseurs de services (sous-traitants, employés de services de blanchisserie etc..) qui font pénétrer la majorité des substances prohibées.

Les moyens les plus originaux sont utilisés tels que le camouflage de drogue dans une dent creuse, dans un faux doigt, l'oreille, dans toutes les cavités du corps humain en somme¹⁴¹.

Ces nombreuses cachettes ne peuvent être décelées même par une fouille intime.

§2 - Moyens de contrôle

Il n'y a jusqu'à présent aucun moyen concret de détecter ces entrées de drogue.¹⁴² Les fouilles corporelles¹⁴³ spontanées des visiteurs sont prohibées par la loi.

La Cour constitutionnelle a annulé l'article 108, § 2, alinéa 1er, de la loi de principes du 12 janvier 2005 tel qu'il a été modifié par l'article 5 de la loi du 1er juillet 2013. C'est uniquement le directeur qui peut, par une décision individuelle motivée par des indices particuliers, ordonner la fouille à corps du détenu. Par respect pour les droits de l'homme (et notamment l'article 3 de la CEDH), la fouille à corps systématique est donc interdite.

La fouille corporelle nécessite l'accord du juge d'instruction et ne peut être effectuées que par un médecin légiste. Une fois l'aval du juge d'instruction donné, un certain laps de temps ce sera écoulé et les preuves du trafic ou de la consommation auront de grande chance d'avoir disparu. Ce système n'est donc pas efficace.¹⁴⁴

Il n'est également pas permis selon la législation belge et contrairement à celle de pays tels que la Suède ou les Pays-Bas d'effectuer des tests urinaires sous contrainte. Par cette interdiction, il n'y a aucun moyen de certifier la consommation de drogue, à moins que le délinquant ne consente à faire le test lui même.

¹⁴⁰ *Ibidem*.

¹⁴¹ *Ibidem*.

¹⁴² T. SEDDON, *Drug Control in Prisons*, The Howard Journal, 1996, p. 327.

¹⁴³ Article 198, §2, alinéa 3 de la loi de principes.

¹⁴⁴ Interview, Docteur Paul Massion, 19 juillet 2016 (annexe I).

D'un point de vue légal, « les seules mesures de prévention pouvant être réalisées en prison sont les raids mensuels de policiers accompagnés de chiens renifleurs. Mais comme le docteur Paul Massion a pu le faire remarquer « Les chiens anti-stupéfiants ne sont efficaces que quelques minutes et nécessitent un certain budget »¹⁴⁵.

§3 - La drogue licite – consommation de médicaments psychotropes

« Nous avons déjà relevé à plusieurs reprises que l'enfermement reste une expérience existentielle assez difficile. A la sanction qui se veut être uniquement une privation de liberté se rajoutent les sanctions en terme de santé, notamment de santé mentale¹⁴⁶. De ce point de vue nous pouvons affirmer que les médicaments psychotropes contribuent à la réduction de la douleur psychique des détenus. De plus, ces produits occupent une fonction institutionnelle visant à maintenir le calme au sein de l'établissement pénitentiaire et à améliorer la sécurité du personnel de surveillance¹⁴⁷. Il n'est pas évident de trouver des données fiables par rapport à la surconsommation de tels produits fréquemment dénoncée. En outre, la quantité de médicaments délivrés varie fortement d'un établissement à l'autre¹⁴⁸. Mais nous pouvons dès à présent nous inquiéter de cette forte consommation de psychotropes en ce qu'elle fait apparaître la souffrance éprouvée en milieu carcéral, qui va au-delà de sa mission d'enfermement, de protection de la société »¹⁴⁹.

En quoi la consommation ou plutôt la surconsommation de tels produits peut-elle poser problème ? Selon Joëlle Lizin, « la consommation de médicaments psychotropes peut s'avérer problématique, premièrement, parce que certains détenus ne suivent pas leur traitement correctement. Ensuite, parce que certains utilisent les médicaments qu'on leur prescrit pour entamer un marché noir.

Dans le marché noir ces médicaments font partie des produits les plus revendus et les plus utilisés »¹⁵⁰.

¹⁴⁵ Interview, Docteur Paul Massion, 19 juillet 2016 (annexe I).

¹⁴⁶ M. JAEGER, et M. MONCEAU, *La consommation de médicaments psychotropes*, Eres, 1996.

¹⁴⁷ *Ibidem*.

¹⁴⁸ *Ibidem*.

¹⁴⁹ *Ibidem*.

¹⁵⁰ Interview, Joëlle Lizin, psychologue, 27 juillet 2016 (annexe III).

Section II - Politique et programmes en matière de drogue

§1- Formation du personnel pénitentiaire

« La formation de base dure trois mois et prépare les membres du personnel à exercer leurs fonctions. Ils apprennent en outre la manière d'aider les détenus pendant leur préparation à la réintégration¹⁵¹. Au cours de ces trois mois, les agents pénitentiaires suivent alternativement leur formation dans le centre de formation et dans différents établissements pénitentiaires. Pendant leurs 'semaines sur le terrain', ils sont encadrés par un accompagnateur individuel : le mentor. Après ce stage, ils entrent en service »¹⁵².

Concernant la formation plus spécifiquement axée sur la toxicomanie *« le personnel de surveillance reçoit une formation sur la drogue et la politique en la matière. Ils apprennent à identifier les différents types de drogues et leurs effets, ainsi qu'à gérer les détenus toxicomanes. A cette formation de base s'ajoute la possibilité de poursuivre une formation continue. Cette dernière est organisée sur base volontaire afin d'aborder des questions spécifiques et d'être ainsi plus apte à gérer des besoins particuliers »¹⁵³.*

§2 - Information et prévention

a) A destination des détenus

« L'information et la prévention sont deux notions clés dans la politique en matière de drogue au sein des prisons. Des campagnes d'information et de prévention visent à la sensibilisation des détenus aux dangers de la drogue. Dans les vingt-quatre heures suivant leur arrivée, ces derniers

¹⁵¹ http://justice.belgium.be/fr/themes_et_dossiers/prisons/centres_de_formation

¹⁵² *Ibidem.*

¹⁵³

<http://justice.belgium.be/fr/themesetdossiers/prisons/vivreenprison/politiqueetprogrammesenmatierededrogue/formationdupersonnelpenitentiaire/>

font une première visite chez le médecin. Dans le cas d'un détenu toxicomane, un traitement¹⁵⁴ peut être proposé par le médecin, le suivi du détenu étant géré par le personnel soignant »¹⁵⁵.

b) Actions de prévention

Au niveau préventif, Joëlle Lizin nous fait remarquer que « chaque établissement pénitentiaire a son mode de fonctionnement particulier. Il existe différents services internes et externes par rapport aux problèmes de toxicomanie.

Apporter une aide sociale et ou psychologique à un détenu peut lui permettre de faire face à sa situation et cela peut diminuer le risque de consommation.

Il y a au sein de chaque prison des services psycho sociaux composés de deux équipes, l'équipe soin et l'équipe expertise. La première est très attentive au problème de la toxicomanie sans compter que dans un certain nombre de prisons il existe également un groupe local de pilotage drogues qui s'occupe exclusivement de ces problèmes de consommation. Dans ce groupe pilote on retrouve des professionnels de toutes sortes qui interviennent en milieu carcéral ; assistants sociaux internes ou externes, gardiens, médecins, tous ceux qui s'intéressent et sont prêts à être attentifs à ce type de problème.

A Forest par exemple, la huitième gauche a été créée afin de regrouper tous les détenus toxicomanes moyennant leur accord. De même une prise en charge spécifique est mise en œuvre »¹⁵⁶.

Il est nécessaire d'insister sur la prévention afin d'alerter la population des dangers de la drogue.

§3 - Programme pour détenu toxicomane

a) Traitement de substitution

« Afin d'aider les héroïnomanes à décrocher progressivement, un médecin de la prison peut prescrire un traitement de substitution à la méthadone ou au Subutex. Ces médicaments réduisent

¹⁵⁴ C.C., LO, et R.C. STEPHENS, *Drugs and Prisoners: Treatment Needs on Entering Prison, American journal drug alcohol abuse*, 2000, p. 232.

¹⁵⁵ *Ibidem*.

¹⁵⁶ Interview, Joëlle Lizin, psychologue, 27 juillet 2016 (annexe III).

les phénomènes liés à la désaccoutumance et la propension à consommer de la drogue. Ainsi, la toxicomanie peut cesser progressivement et le fonctionnement personnel et social peut être à nouveau renforcé »¹⁵⁷.

Les détenus dépendants aux opiacés peuvent se voir prescrire de tels traitements. Ceux-ci permettent une diminution de la consommation des opiacés illicites améliorant de ce fait leur santé et leur qualité de vie.

Trois molécules peuvent être prescrites dans ce genre de traitements : la méthadone, la buprénorphine haut dosage et la suboxone (association mêlant buprénorphine et naloxone)¹⁵⁸.

Ce type de traitement doit faire l'objet d'une concertation entre le détenu et le professionnel qui le suit¹⁵⁹.

Il convient dans un premier temps de définir le bon dosage pouvant faire l'objet d'une adaptation progressive en fonction de l'état du patient et de sa consommation¹⁶⁰. L'objectif est de faire disparaître les signes du manque sans pour autant se retrouver dans un état végétatif (léthargie, somnolences excessives). La posologie variera en fonction du patient. En plus de diminuer la souffrance liée au manque ou de stabiliser la consommation, ce type de traitement permet au toxicomane une certaine évolution vers un nouveau mode de vie¹⁶¹. Un mode de vie légal, où l'on n'est plus à la recherche permanente du produit et des moyens financiers pour s'en procurer. Entouré d'une équipe médicale, le détenu peut également se voir offrir une aide psychologique et/ou sociale.

Les objectifs de la substitution sont multiples, mais ces traitements permettent principalement d'améliorer les conditions de vie des consommateurs et offrent également une opportunité de réinsertion¹⁶².

¹⁵⁷

http://justice.belgium.be/fr/themes/etdossiers/prisons/vivre_en_prison/politique_et_programmes_en_matiere_de_drogue/programmes_pour_detenus_toxicomanes

¹⁵⁸ M. WAUTHIER, *Buprénorphine et méthadone: comparaison des balances, bénéfiques, risques, dans le cadre du sevrage à l'héroïne*, Bruxelles, UCL, 2013.

¹⁵⁹ <http://www.drogues-info-service.fr/Tout-savoir-sur-les-drogues/L-aide-a-l-arret/La-substitution#.V3-JKLORnot>

¹⁶⁰ *Ibidem*.

¹⁶¹ *Ibidem*.

¹⁶² *Ibidem*.

b) Point de contact central pour les toxicomanes

Nous voyons de plus en plus apparaître une collaboration entre le milieu carcéral et les dispositifs externes d'aide aux toxicomanes. Nous pouvons retrouver en milieu carcéral plusieurs groupes pilotes de lutte active contre la consommation de drogue tant à l'intérieur qu'à l'extérieur des murs¹⁶³.

Ces groupes ont été mis en place afin d'assurer un suivi tant au niveau de la santé mentale qu'en ce qui concerne l'usage de produits de désintoxication.

« Bien que ces groupes puissent être d'une grande aide aux détenus, il s'avère que seul un faible nombre d'entre eux font appel à eux pour vaincre leur assuétude. Certains ne sont pas assez informés, d'autres ne trouvent pas la motivation suffisante pour mettre fin à leur addiction. C'est souvent dans le cadre de leur dossier en vue d'une libération conditionnelle par exemple qu'ils décident de recourir à ce type d'aide mais même si c'est déjà un pas dans la bonne direction, il reste difficile de vaincre la dépendance. La plupart des prisons belges étant dépourvue d'aide sans drogue, il est donc facile de retomber »¹⁶⁴.

« Les détenus sont informés de l'existence des ASBL extérieures par les services internes. La réalité est qu'il y a de moins en moins d'ASBL qui ont accès à l'intérieur des murs donc l'offre d'aide se réduit pour des questions de budget, de politique carcérale, de politique au sens large. Mais ils sont informés et ont la possibilité de rencontrer quelqu'un, soit de l'équipe soin, soit par le biais de rapport, soit de prendre contact avec une ASBL pour être entendu ou pour recevoir une visite et on envisage au cas par cas ce qu'il est possible de réaliser avec le détenu »¹⁶⁵.

¹⁶³ Interview, Joëlle Lizin, psychologue, 27 juillet 2016 (annexe III).

¹⁶⁴ *Ibidem*.

¹⁶⁵ *Ibidem*.

Section IV – Organisation de la prise en charge des addictions en prisons

« Compte tenu des enjeux de santé publique, non seulement en terme de maladies transmissibles (VIH et hépatites), mais aussi en terme de mortalité immédiate (overdoses) ou différée, une prise en charge spécialisée des toxicomanes en milieu pénitentiaire est apparue comme indispensable. Pourtant l'on peut déjà noter « un manque d'uniformité dans la politique de prise en charge, de collaboration pluridisciplinaire, et de formation des médecins généralistes pour faire face au problème »¹⁶⁶.

§1 - Comment doit être réalisé le repérage des addictions ?

L'examen médical à l'admission peut permettre de repérer si le détenu entrant est déjà un consommateur de drogue voire un toxicomane, « le type de produit consommé, depuis combien de temps il est dépendant, ainsi que les troubles somatiques et psychiques que cette prise toxique régulière a pu entraîner, les conséquences sur son mode de vie, l'environnement social et les liens sociaux. Il permet aussi de prévoir ou de prévenir le risque de complication dont la première manifestation est le syndrome de manque »¹⁶⁷.

Au-delà de ça, Joëlle Lizin nous informe de la « mise en place de contrôles organisés dans un but sécuritaire. La consommation de stupéfiants reste prohibée bien que personne ne puisse nier son existence. Tous les professionnels et agents pénitentiaires vous diront que s'il n'y avait pas ne fut-ce que le cannabis, la prison serait ingérable. Ceci n'empêche pas qu'il y a des contrôles réguliers, tels que des fouilles au corps ou des fouilles de cellule. Il peut y avoir une brigade canine chargée de repérer à l'odeur qui est porteur d'un produit illicite et qui est organisée de manière aléatoire. Concernant les contrôles médicaux, si il n'y a pas de motivation judiciaire, l'accord de la personne est obligatoire »¹⁶⁸.

¹⁶⁶ <http://m.levif.be/actualite/belgique/drogue-en-prison-les-guerir-on-s-en-fout-les-prendre-en-charge-c-est-deja-bien/article-normal-400793.html>

¹⁶⁷ D. GONIN, *La santé incarcérée. Médecine et conditions de vie en détention*, L'Archipel, Paris.

¹⁶⁸ Interview, Joëlle Lizin, psychologue, 27 juillet 2016 (annexe III).

§2 - La consommation de tabac et d'alcool est-elle autorisée en prison ?

« Le nombre de fumeurs en prison représente en moyenne quatre-vingt pour cent de la population carcérale tant au niveau international qu'au niveau belge¹⁶⁹.

Le tabagisme est donc environ quatre fois plus présent qu'au sein de la société libre qui compte plus ou moins vingt-cinq pour cent de fumeurs.

Certains facteurs permettent d'expliquer cet écart entre le monde carcéral et la population en général¹⁷⁰.

Pour certains fumer est une manière d'être considéré comme les autres, de gérer ses émotions, d'atténuer le stress ambiant, les tensions, de faire passer la solitude¹⁷¹. Pour de nombreux détenus, le tabac est l'une des principales monnaies d'échange nécessaire à tout commerce¹⁷².

Pourtant, il semblerait que malgré cette consommation massive de tabac, il y aurait tout autant de détenus qui souhaiteraient se débarrasser de ce vice, que ce soit pour des raisons économiques, des raisons de santé ou de qualité de vie¹⁷³.

Le sevrage est possible en prison, cela a été prouvé par diverses études menées à ce sujet. Des suivis individuels ou groupés sont proposés, avec ou sans substitution de nicotine. Il reste évident que le facteur de réussite principal reste la détermination de la personne, encore plus nécessaire qu'à l'extérieur¹⁷⁴.

Nous pouvons citer à titre d'exemple le Service d'Etudes et de Prévention du Tabagisme (SEPT) qui a initié un projet tabac au sein d'une prison, dans le cadre de *l'égalisation des chances* et de la *loi de principes sur les prisons et le statut administratif des détenus* stipulant le droit à l'équivalence des soins de santé (article 88), qui œuvre depuis cinq ans déjà à la réalisation de projets en rapport avec le tabac auprès de détenus et d'internés recourant à différents procédés d'interventions, tels que des ateliers de groupes, des petites formations du personnel, ou encore

¹⁶⁹ <http://sept.be/etablisementspenitentiaires.html>

¹⁷⁰ *Ibidem*.

¹⁷¹ J. NURSE, P. WOODCOCK, et J. ORMSB, *Influence of environmental factors on mental health within prisons: focus group study*, British Medical Journal, 2003, p. 329.

¹⁷² R, RICHMOND, T, BUTLER., K. WILHEM, K. WODAK, A. CUNNINGHAM, M and I. ANDERSON, *Tobacco in prisons: a focus group study*, Tobacco Control, 18, 2009, p. 177.

¹⁷³ <http://sept.be/etablisementspenitentiaires.html>

¹⁷⁴ *Ibidem*.

des ateliers d'informations à destination des détenus arrivants »¹⁷⁵.

Concernant la consommation d'alcool¹⁷⁶, elle serait selon le témoignage du docteur Paul Massion, très faible. Il n'y a en effet à la cantine aucune vente de billet d'alcool et l'entrée de ce type de produit semble plus difficile à dissimuler¹⁷⁷.

Pourtant, certains ne manquent pas de créativité. Selon un autre point de vue donné par Joëlle Lizin, il y aurait étonnamment une consommation d'alcool non négligeable au sein des murs¹⁷⁸. Cela proviendrait de l'extérieur, par le biais de visiteurs, par des détenus rentrant de congés pénitentiaires ou de sorties spéciales.

Puis il y a des chimistes, qui parviennent à créer leur propre alcool avec un fruit fermenté mélangé à du sucre¹⁷⁹.

§ 3- Quel suivi médical doit être proposé aux personnes dépendantes à la drogue ?

« Lorsque les détenus sont en crise, la prise en charge consiste principalement en une prescription de valium, de méthadone, ou de suboxone.

D'un point de vue punitif, lorsque de la drogue est trouvée en prison, les détenus peuvent être enmenés au cachot ou dans certains cas se voir allonger leur peine.

Nous nous trouvons donc surtout dans un cadre répressif plus que dans un cadre de soin.

Il existe au niveau de la prise en charge des personnes dépendantes, des associations telles que « Step by step » qui rencontrent les détenus une fois avant leur sortie afin de leur donner divers renseignements et d'essayer d'améliorer leur prise en charge une fois dehors.

Par ailleurs il existe dans certains établissements, comme à Lantin, des groupes de réflexion par rapport à la toxicomanie, composés de médecins toxicologues, addictologues, ainsi que d'autres

¹⁷⁵ *Ibidem*.

¹⁷⁶ U. HAGGARD-GRANN, J. HALLQVIST, N. LANGSTROM, et J. MOLLER, *The role of alcohol and drugs in triggering criminal violence : a case-crossover study*, Addiction, 2006, p. 106.

¹⁷⁷ Interview, Docteur Paul Massion, 19 juillet 2016 (annexe I).

¹⁷⁸ L. BEGUE, *Drogues, alcool et agression: l'équation chimique et sociale de la violence*, Paris, Dunod, 2014.

¹⁷⁹ Interview, Joëlle Lizin, 27 juillet 2016 (annexe III).

intervenants qui sont des infirmières psychiatriques. Mais ils ont peu de moyen de pression et peu de solutions à apporter »¹⁸⁰.

Cependant il ne faut pas sous-estimer le suivi médical apporté à cette catégorie de détenus car si certains se plaignent d'être mal soignés, il se peut aussi qu'ils soient tout simplement dans un jeu de manipulation visant à obtenir plus de médicaments ou de calmants¹⁸¹.

§4 - Quelle est la place du support médicamenteux dans le déroulement de l'incarcération ?

Concernant la place du support médicamenteux nous retrouvons des divergences entre le discours du personnel médical et le discours du personnel pénitentiaire, de plus cela varie en fonction des établissements pénitentiaires.

Dans certains établissements, les médecins tentent de prescrire un minimum de médicaments. Par exemple si le détenu prétend prendre telle dose de méthadone mais qu'il n'en a pas la preuve les médecins ne prescrivent rien. Certains détenus ont tendance à réclamer plus de médicaments qu'il n'en faut mais cela ne leur est pas toujours accordé facilement, si ce n'est du valium ou des neuroleptiques pour dormir¹⁸².

Dans d'autres établissements pourtant, certains témoignent que les détenus se voient prescrire un grand nombre de médicaments.

Tout dépend de la politique en la matière, du médecin ou encore du détenu.

¹⁸⁰ Interview, Docteur Paul Massion, 19 juillet 2016 (annexe I).

¹⁸¹ *Ibidem.*

¹⁸² *Ibidem.*

Chapitre III – Pratiques à risque en milieu carcéral

Section I – Maladies infectieuses dans les prisons belges

Nous décrirons au sein de cette section, certaines conséquences pour la santé découlant de l'usage de drogue illicite et plus particulièrement les maladies infectieuses liées à l'usage de drogue comme le VIH et la tuberculose. Il faut cependant garder à l'esprit qu'il existe toutes sortes d'autres conséquences telles que l'overdose mortelle ou non-mortelle, la comorbidité psychiatrique, les problèmes de santé mentale ou encore tout simplement la dépendance...

« La prévalence de l'infection par VIH est estimée dix à quinze fois supérieure à celle de la population générale. Comment expliquer cette sur contamination en milieu carcéral ?

§1 - Echange de seringues

L'une des pratiques à risque présentes en prison est l'échange du matériel usagé. Un des modes de transmission du virus VIH et de l'hépatite serait l'usage de drogue injectable¹⁸³. Seringues artisanales créées à l'aide de stylos ou d'aiguilles, introduites par les visiteurs ou les détenus ou encore volées à l'infirmerie, sont ensuite partagées dans une salubrité discutable. Ce genre de pratique constitue un grand danger d'être contaminé¹⁸⁴ par des maladies telles que le sida¹⁸⁵ ou l'hépatite B ou C¹⁸⁶¹⁸⁷.

¹⁸³ https://drugs.wiv-isp.be/docs/Documents/Rapport_DROGUES_2014_tma.pdf

¹⁸⁴ J. VAN WELDEN, *De gevangenis als broeihaard voor infectieziekten?*, Gent, UGent – Faculteit Rechtsgeleerdheid, 2003.

¹⁸⁵ K.G. POWER, I. MARKOVA, A. ROWLANDS, K.J. McKEE, P.J. ANSLOW, and C. KILFEDDER, *Intravenous drug use and HIV transmission amongst inmates in Scottish prisons*, British Journal of Addiction, 1992, p. 42.

¹⁸⁶ W. DE MAERE, F. HARIGA, F. BARTHOLEYN en M. VANDERVEKEN, *Gezondheid en druggebruik in het penitentiair milieu. Ontwikkeling van een epidemiologisch onderzoeksinstrument*, Brussel, 2000, p. 33. (Onderzoeksrapport van DWTC).

¹⁸⁷ J. STRANG, *Drugs, HIV, and prisons: time to rethink current policy*, British Medical Journal, 1991, p. 1477.

Les dispositifs de réduction des risques liés à l'usage de drogues sont-ils accessibles en prison ? En prison toute consommation est prohibée, les seuls traitements disponibles sont des traitements de substitution au suboxone, sinon à la méthadone¹⁸⁸, au valium ou bien encore des prescriptions de neuroleptiques afin d'essayer de maintenir les détenus plus calmes¹⁸⁹.

Ces derniers ont tout de même la possibilité d'avoir accès à des produits tels que des seringues stériles, de l'eau de javel etc... Cela reste pourtant délicat de commander ce type de produits à la cantine ou aux services médicaux.

Il reste cependant que d'un point de vue sanitaire, ce genre de produits devrait être beaucoup plus accessible en ce que leur non usage peut représenter un réel danger pour la population carcérale. Si telles sont les mesures à prendre afin d'éviter aux détenus de contracter une maladie grave et éventuellement de la transmettre par la suite, il semblerait que l'on ne doive pas hésiter à les mettre en œuvre »¹⁹⁰.

Dans un reportage¹⁹¹ réalisé par l'association des intervenants en toxicomanie au Québec, nous pouvons constater qu'un programme d'échange de seringues en prison est possible. Au Québec une étude réalisée dans les établissements provinciaux en 2003 démontre que trois pour cent des personnes incarcérées seraient infectées par le VIH et dix-neuf pour cent par l'hépatite C.

Les résultats de cette étude ont démontré que ces taux touchaient davantage les utilisateurs de drogue par injection. Malgré l'interdiction de consommation de drogues en prison, plus de quatre pour cent des hommes et un pour cent des femmes au Québec se sont injectés de la drogue en prison et deux tiers de ceux-ci se partagent le matériel.

Au niveau de la prévention, des préservatifs, de l'eau de javel, des dépliants et des seringues stériles sont distribués.

Nous sommes confrontés à un dilemme éthique, à un problème de santé publique mais comment y répondre ?

Au Québec ces programmes d'échange de seringues ont été mis en place depuis 1989 dans plus de 1000 établissements.

¹⁸⁸ C. LOUESSE, *Les risques liés aux traitements de substitution aux opiacés par l'usage de la méthadone*, Bruxelles, UCL, 2010.

¹⁸⁹ Interview, Docteur Paul Massion, 19 juillet 2016 (annexe I).

¹⁹⁰ Interview, Joelle Lizin, 27 juillet 2016 (annexe III).

¹⁹¹ <https://www.youtube.com/watch?v=Ov2Zs0m2mGk>

Cette politique de réduction des risques s'est montrée efficace pour réduire de façon substantielle le partage de matériel et pour diminuer les contaminations d'infection par le sang. Une soixantaine de programmes similaires ont été relevés dans différents établissements de détention de divers pays. Cela peut être réalisé par les services de santé, les groupes communautaires ou encore les pairs aidants.

Selon les données scientifiques et l'expérience de ces pays, ce type de programme n'a augmenté ni l'utilisation de seringues, ni l'injection de drogue mais a réduit le nombre d'overdoses et d'abcès. Cela a également diminué le partage de matériel et le nombre de cas d'infections transmises par le sang. De plus, cela favorise la référence des usagers à des programmes de traitements de la toxicomanie et aucun cas d'utilisation de seringues comme armes n'a été relevé.

Malgré ces résultats positifs cela reste un défi pour de nombreux pays dont le nôtre d'accepter ce genre de programmes au vu de la prohibition de la drogue en prison. Pourtant, la conciliation de la sécurité publique avec la santé publique est possible, la Suisse en est également un bon exemple.

Nous sommes face à une réalité contredisant la loi, face un dilemme éthique. Devrions-nous nous inspirer de ces programmes¹⁹² ?

§2 - Salles de consommation ?

Faudrait-il adoucir la loi, légaliser et créer des salles de consommation pour que les usagers de drogues puissent consommer en sécurité ?

L'ouverture de salle de « shoot » est une alternative qui a été mise en place dans une dizaine de villes dans le monde où des salles légales sont disponibles présentant le matériel d'injection, de sniff ou d'inhalation adéquat encadré par un personnel accueillant et professionnel. Cela a pour effet de responsabiliser les personnes mais également d'améliorer la tranquillité publique¹⁹³.

¹⁹² <https://www.youtube.com/watch?v=Ov2Zs0m2mGk>

¹⁹³ <https://www.youtube.com/watch?v=LonyfmKasLA>

Quels types de produits pourrait-on consommer ? Nous pouvons citer l'héroïne¹⁹⁴ mais les produits ne sont pas limités. Des résultats satisfaisants peuvent être observés dans des villes telles que Bilbao en Espagne, Genève en Suisse ou encore Vancouver au Canada. Dans cette dernière ville une étude a démontré que cette méthode avait engendré une diminution des pratiques à risques ainsi qu'un meilleur accès aux soins. En effet pour ceux qui fréquentent ce type de salle, trente pour cent démarrent un traitement de la dépendance aux opiacés et plus spécifiquement un sevrage¹⁹⁵.

Certains opposants à cette idée préfèrent alors créer des centres de désintoxication, pour éviter de faire passer un message politique négatif qui générerait peu de réponses sanitaires.

L'expérimentation en milieu carcéral pourrait être intéressante à faire à titre de test et permettrait sur base des résultats de prendre une décision éclairée.

§3 - Les détenus séropositifs ou malades

a) La marginalisation des détenus séropositifs, sidéens ou malades

« Alors que les détenus toxicomanes étaient, comme nous l'avons déjà mentionné, passés d'un système d'exclusion à un système de contrôle, le sida a cependant contribué à réactiver le conflit car le détenu toxicomane et séropositif est perçu comme une menace directe pour la santé.

Les individus sidéens peuvent faire l'objet d'une certaine stigmatisation et d'une perception négative au sein de la société et cette mauvaise image est intériorisée par les usagers de drogues qui ont alors tendance à se dévaloriser et selon un phénomène connu et reconnu en psychologie sociale peuvent finir par changer leur comportement de manière à répondre aux stéréotypes.

« L'INPUD (International Network of People Who Use Drugs) parle de «stigmaté intériorisé» qui «vient impacter négativement l'estime de soi, la santé mentale et le bien-être» de l'usager. Ce

¹⁹⁴ J. STRANG, M. GOSSOP, J. HEUSTON, J. GREEN, C. WHITELEY and A. MADEN, *Persistence of drug use during imprisonment: relationship of drug type, recency of use and severity of dependence to use of heroin, cocaine and amphetamine in prison*, *Addiction*, 2006, p. 1129.

¹⁹⁵ <http://youtube.com/watch?v=LonyfmKasLA>

mécanisme renforce la marginalisation des usagers qui subissent déjà une stigmatisation sociale »¹⁹⁶.

b) Les surveillants face au sida

Cette peur et rejet envers ce type de détenu se traduit par des refus de cohabitation dans la même cellule, une précaution excessive de la part des agents habités de croyances erronées sur le sujet, le refus de certains postes de travail au sein de la prison (par exemple la cuisine), une discrimination en général¹⁹⁷.

Les surveillants craignent parfois de pouvoir être contaminés par le VIH. Cette peur est alimentée par leurs conditions de travail et par les mauvaises conditions sanitaires connues en milieu carcéral.

En effet, les membres du personnel pénitentiaire se voient amener, dans le cadre de leur travail, à fréquenter les détenus de près, lorsqu'ils leur prodiguent des soins légers par exemple ou lors de situation de tension pouvant amener à un contact physique, que ce soit lorsqu'ils doivent venir en aide à un détenu en danger ou encore lors d'une potentielle agression. Les surveillants doivent faire face à des contraintes souvent contradictoires au cours de l'exercice de leur profession¹⁹⁸ :

« Désir de se préserver face au risque de contamination et nécessité de porter secours aux détenus, uniformité de traitement de tous les détenus et attitudes de discrimination, respect du secret médical et désir d'identifier les détenus porteurs du sida ou d'autres maladies contagieuses »¹⁹⁹.

Une des conséquences de cette crainte potentielle d'être contaminé par le VIH est d'entraîner éventuellement une adhésion de la part de la population à adopter des attitudes discriminatoires à l'égard des détenus séropositifs ou à risque²⁰⁰.

Cette discrimination peut provenir d'un manque de connaissance du sujet. Il ne faut néanmoins

¹⁹⁶ http://eurotox.org/wp/wp-content/uploads/Eurotox2015_Usage_drogues.pdf p67

¹⁹⁷ BENDETTINI, M., *L'entrée du phénomène de la toxicomanie en prison, op. cit.*

¹⁹⁸ http://eurotox.org/wp/wp-content/uploads/Eurotox2015_Usage_drogues.pdf

¹⁹⁹ *Ibidem.*

²⁰⁰ *Ibidem.*

pas généraliser dans le sens où nous pouvons également observer un souhait de la part du personnel pénitentiaire de développer des mesures encadrant cette catégorie de détenus²⁰¹.

« Certains soutiennent qu’il faut les informer du statut sérologique des détenus contaminés par le sida. Il reste cependant que ce type de mesure n’est pas sans risque. Cela pourrait en effet mener les détenus séropositifs à dissimuler leur état afin d’éviter toute discrimination, refusant alors toute aide médicale. Du côté des surveillants une meilleure information pourrait mener à une amélioration de la prise en charge de ces détenus.

Si l’on ne peut trancher sur ce genre de mesure nous pouvons néanmoins dès à présent attirer l’attention sur le fait que des politiques de prévention et de réduction des risques restent des priorités sur lesquelles il faut se concentrer tant pour le bien des détenus que pour celui du personnel.

De nouvelles mesures procureraient de meilleures conditions de travail et contribueraient à améliorer la gestion du stress lié globalement à leurs fonctions et plus spécifiquement celui généré par la crainte d’une potentielle contamination professionnelle au VIH dans cette population à risque »²⁰².

En pratique Mikaël Byl, agent pénitentiaire nous dévoile que « la politique en la matière varie d’un établissement à l’autre. Certains annoncent que le détenu est malade en informant des précautions à prendre. D’autres jouent la carte du secret médical et là tout est basé sur les échos. Qu’il s’agisse du VIH, de la tuberculose, de la gale, cela peut prendre de l’ampleur parce que les gens ne sont pas bien informés. Lorsque ça dérape la direction doit prendre des mesures pour ré-informer le personnel. A Ittre on est censés ne rien savoir sur les détenus. Là il faudrait s’accorder sur quelque chose d’homogène au niveau de la loi »²⁰³.

²⁰¹ *Ibidem*

²⁰² <https://www.cairn.info/revue-sante-publique-2001-4-page-325.htm>

²⁰³ Interview, Mikaël Byl, agent pénitentiaire, ? juillet 2016 (annexe II).

CHAPITRE V – Toxicomanie : répression ou soins ?

Section I- Le système répressif et prohibitif dans la gestion des usagers de drogues illicites

Existe t-il un lien entre la toxicomanie et la délinquance ? Ce lien présumé ou établi est en tout cas source de légitimation pour instaurer la répression²⁰⁴.

§1 - Répression²⁰⁵ ou soins ?

« Certaines études ont suggéré de revoir les modèles législatifs et pénaux concernant la consommation et la production de drogues illicites au sein de la société en général et du cannabis plus particulièrement²⁰⁶.

Les politiques en cette matière, sont en Belgique, axées sur la répression. Mais cela fonctionne t-il? Il existe une forte prohibition dans ce domaine. Les prix des drogues baissent, la prévalence de l'usage de drogues et la disponibilité de celles-ci ne cessent d'augmenter²⁰⁷.

Nous pouvons établir un lien certain entre la violence, la criminalité²⁰⁸ et le trafic de drogue²⁰⁹. Des études scientifiques anglophones et américaines l'ont encore démontré²¹⁰.

²⁰⁴ I. VAN ROBAEYS, *Toxicomanie et répression : la prison est-elle une solution ?*, Louvain-La-Neuve, UCL, 1989.

²⁰⁵ I. VAN ROBAEYS, *op.cit.*

²⁰⁶ http://eurotox.org/wp/wp-content/uploads/Eurotox2015_Usage_drogues.pdf, p.49.

²⁰⁷ *Ibidem.*

²⁰⁸ C.C. LO, and R.C. Stephens, *The role of drugs in crime: Insights from a group of incoming prisoners, substance use and misuse*, 2002, p. 129.

Les mêmes constats peuvent être faits en Belgique. Une politique répressive ne réduit pas les violences liées au commerce de drogue bien au contraire. Certains diront que cette corrélation découle des effets psychoactifs de l'usage de stupéfiants²¹¹ ou encore de la délinquance résultant de la recherche de moyens financiers pour se procurer le produit²¹².

Cependant il semblerait que la majeure partie des violences et de la délinquance provienne plutôt de la rude concurrence entre ceux qui se partagent le marché très rentable de la drogue²¹³. Une concurrence qui se veut d'autant plus accrue que les lois luttant contre la drogue s'avèrent être fort répressives »²¹⁴.

Nous pouvons observer sur le plan économique, un développement des mafias, sur le plan social, un développement de la délinquance, au niveau juridique un recul des libertés individuelles et enfin sur le plan sanitaire²¹⁵ une augmentation des overdoses et du sida. En résumé, c'est un échec de la guerre contre la drogue.

Au niveau européen, les nouvelles recommandations encadrant la lutte contre la drogue présentées lors d'une Assemblée générale de l'ONU penchent pour plus de prévention et de traitement plutôt que pour une politique répressive.

La directrice de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) Margaret Chan a préconisé "*d'élargir les politiques de lutte contre la drogue qui se concentrent presque exclusivement sur l'application de la justice criminelle, en adoptant une approche de santé publique*".

Il a en effet été démontré que l'emprisonnement ne dissuadait pas de commettre des infractions. Le cas échéant, la détention risque non seulement d'augmenter la consommation de drogues et la

²⁰⁹ M. SETBON, « Drogue, facteur de délinquance? D'une image à son usage », *Revue française de sciences politiques*, vol. 45, n°5, 1995, pp. 747-774.

²¹⁰ K. EDGAR, I. O'DONNELL and C. MARTIN, *Prison violence: The dynamics of conflict, fear and power*, Cullompton, Willan Publishing, 2003, p. 50.

²¹¹ B.S. ELGER, *Prison Life: television, sports, work, stress and insomnia in a remand prison*, International Journal of Law and Psychiatry, 2009, P. 79.

²¹² http://eurotox.org/wp/wp-content/uploads/Eurotox2015_Usage_drogues.pdf, p.49.

²¹³ C. PENFOLD, P.J. TURNBULL and R. WEBSTER (27/10/2005) Tackling prison drug markets: an exploratory qualitative study (WWW). Home Office: <http://rds.homeoffice.gov.uk/rds/pdfs05/rdsolr3905.pdf> (07/10/2010).

²¹⁴ http://eurotox.org/wp/wp-content/uploads/Eurotox2015_Usage_drogues.pdf, p.49.

²¹⁵ S. TODTS, P. GLIBERT, S. VAN MALDEREN, C. VAN HUYCK, V. SALIEZ en M. HOGGE, *Druggebruik in Belgische gevangnissen. Monitoring van gezondheidsrisico's*, Brussel, 2008, p. 17. (Onderzoeksrapport van Modus Vivendi en de Dienst Gezondheidszorg Gevangnissen).

criminalité, mais peut également induire des effets négatifs sur les aspects sociaux, physiques et psychiques de la vie²¹⁶. Il serait donc intéressant de multiplier les peines de substitution et les sanctions alternatives qui sembleraient apporter une solution plus adéquate aux infractions que l'emprisonnement²¹⁷. De plus, de telles mesures permettraient de mieux prendre en charge les besoins individuels de chaque délinquant. Concernant les usagers de drogue, un traitement spécifique devrait pouvoir être mis en place en parallèle avec la peine de substitution²¹⁸.

§2 - Enjeux politiques

« La prison et la société à laquelle elle appartient s'ignorent. Un monde d'ignorance, voire de préjugés, sépare le milieu carcéral de la vie en liberté. Cette méconnaissance du milieu est néfaste. En effet, tout citoyen devrait être un minimum informé de la manière dont notre société punit ses délinquants. L'indifférence de la population permet à nos politiciens de se désintéresser de la question et de ne prendre en matière pénitentiaire que les choix les plus sécuritaires »²¹⁹.

Par ailleurs, le climat actuel de terreur par rapport aux problèmes de terrorisme rend la société encore plus répressive. Cela ne contribuera pas à rendre les conditions de prison plus douces et à faire fleurir de nouvelles alternatives²²⁰.

Il serait intéressant de conscientiser les hommes politiques au problème de la toxicomanie, de pouvoir récolter des données transparentes et de prendre les mesures adéquates.

« Si le phénomène de la toxicomanie en prison représente à ce jour un problème croissant et non résolu, il reste qu'avec un peu de bonne volonté de la part de nos décideurs politiques, de nouveaux budgets, une politique préventive en dehors du milieu carcéral et une meilleure collaboration entre le ministre de la Justice et les services de l'ordre, il serait possible d'améliorer la situation dans une certaine mesure »²²¹.

²¹⁶ https://drugs.wiv-isp.be/docs/Documents/Rapport_DROGUES_2014_tma.pdf, p.155.

²¹⁷ *Ibidem.*

²¹⁸ *Ibidem.*

²¹⁹ *Ibidem.*

²²⁰ Interview, Joëlle Lizin,

²²¹ https://drugs.wiv-isp.be/docs/Documents/Rapport_DROGUES_2014_tma.pdf, p.155.

Section II – réinsertion : retour à la liberté et à la drogue

Les trois rôles majeurs de la prison sont : de protéger la société, d'assurer la sanction du condamné et de permettre sa réinsertion.

D'après l'article 9 § 2 de la loi Dupont de 2005, « l'exécution de la peine privative de liberté est axée sur la réparation du tort causé aux victimes par l'infraction, sur la réhabilitation du condamné et sur la préparation, de manière personnalisée, de sa réinsertion dans la société libre »²²².

Si l'on dresse un bilan du système pénitentiaire belge, « on ne peut que lui attribuer une note d'échec, étant donné les conditions de détention et le taux de récidive, qui concernerait plus de la moitié des détenus en Belgique »²²³.

La Ligue des droits de l'homme observe que « la prison est en effet un facteur supplémentaire de désocialisation. Elle aggrave la marginalisation des détenus : les relations familiales ou autres sont difficilement maintenues, le détenu perd son logement faute de pouvoir payer son loyer, perd même son emploi. La prison elle-même peut donc constituer l'une des causes directes de la récidive »²²⁴.

Ce système n'est donc pas efficace, tant d'un point de vue de la prévention, puisque la criminalité et la délinquance ne diminuent pas, qu'en matière de réinsertion, au vu du nombre de récidivistes²²⁵.

Se pose donc la question de la détention en tant que telle. De nombreux spécialistes s'accordent à dire que la privation de liberté ne devrait être qu'un ultime recours.

« Tout détenu qui entre en prison sera un jour amené à en sortir. Il est dans l'intérêt de la société qu'il ne récidive pas et qu'il puisse se réinsérer, notamment par le logement et l'emploi. Une telle

²²² Art. 9§2 de la loi de principes du 12 janvier 2005 concernant l'administration pénitentiaire ainsi que le statut juridique des détenus, *M.B.*, 1er février 2005.

²²³ R. PINTO, *Sortie de prison, difficile réinsertion*, mis en ligne en mai 2012 (disponible sur <http://vivre-ensemble.be>, p. 6.

²²⁴ A. PIRET, *Analyse de la composition de la population carcérale*, mis en ligne en janvier 2010 (disponible sur www.liguedh.be).

²²⁵ S. SNACKEN, *Prisons en Europe. Pour une pénologie critique et humaniste*, Bruxelles, Larquier, 2011, p. 19.

réinsertion ne se fait pas du jour au lendemain. Elle doit être préparée et accompagnée. Préparée pendant la détention, accompagnée à la sortie. Et, pour éviter qu'il doive y avoir réinsertion, on devrait aussi se préoccuper de l'insertion des jeunes dans la société, avant qu'ils ne dérapent.

Il est nécessaire d'assurer le suivi post-incarcération. L'accroissement de la mortalité liée aux drogues est de vingt à cinquante fois plus élevé au cours de la première semaine après la libération. Accorder une attention particulière aux consommations de substances psychoactives et à la santé mentale est indispensable. Ce sont les facteurs qui pèsent le plus sur les chances de réinsertion et sur les risques de récidive²²⁶.

L'article 18 de la Recommandation du Conseil de l'Europe stipule :

- « Qu'aucun détenu ne devrait être transféré sans un dossier médical complet ». A cet égard il faut reconnaître que des efforts considérables ont été réalisés et que l'informatique aidant, cette question de communication entre établissements est résolue.
- « Qu'il convient de remettre par écrit aux sortants toute information médicale utile ». La plupart du temps, ils reçoivent simplement quelques médicaments.

Le constat du CCSP est sans appel, la plupart des libérations ont lieu sans que le service médical ne soit prévenu »²²⁷.

Les usagers de drogue sont encore plus exposés que les autres détenus à l'exclusion sociale. Celle-ci peut se caractériser entre autres par des problèmes de logement, d'éducation, d'emploi et d'isolement social²²⁸.

Une fois sevré ou traité par des produits de substitution, comment le toxicomane sera-t-il aidé à une fois dehors ?

Certaines ASBL extérieures spécialement créées à cet effet restent une piste pour ce type de détenu, encore faut-il de la volonté. Il apparaît plus judicieux et propice en vue de leur réinsertion d'accueillir les détenus toxicomanes dans des institutions telles que celles créées par le projet

²²⁶ M. VANDERVEKEN, *op.cit.*, p. 204.

²²⁷ *Ibidem*.

²²⁸ https://drugs.wiv-isp.be/docs/Documents/Rapport_DROGUES_2014_tma.pdf

pilote de Gand²²⁹ dont le but « n'est pas de les emprisonner mais de les aider à guérir ».

Qu'attend t-on pour étendre et multiplier de tels centres qui permettraient une meilleure réintégration ?

²²⁹ M. DE PAUW, S. DE VALCK en F. VANDER LAENEN, *Drugs in de gevangenis. Kwalitatief onderzoek bij gedetineerden in de gevangenis van Gent*, Fatik, Tijdschrift voor strafbeleid en gevangeniswezen, 124, 2009, p. 21.

CONCLUSION

Faut-il toujours incarcérer les toxicomanes ?

Comme le dirait le docteur Paul Massion et nous pouvons le rejoindre sur ce point, les détenus toxicomanes n'ont rien à faire en prison.

« Formaté par la prison, apprentissage de promiscuité, de paresse, plus grand banditisme, marchandise disponible, enrichissement des contacts de dealer, la prison fait fleurir de nouvelles idées.

L'institution pénitentiaire n'est pas à même de faire face à une problématique aussi complexe que celle de la toxicomanie. Seuls des centres de soins spécialisés permettraient d'obtenir de meilleurs résultats et c'est vers ce type d'alternative qu'il semblerait falloir se tourner »²³⁰.

En revanche, si l'on peut penser que la place des toxicomanes n'est pas en prison, il faut tout de même considérer la chose au cas par cas.

Il y a lieu de voir quel est le problème de base. Est-ce que le comportement délinquant découle de manière directe du problème toxicomaniaque ou est-ce l'inverse ?

Si on a un malade en face de soi il faut d'abord le soigner, ensuite nous pouvons envisager le type de punition. L'incarcération n'est pas forcément la meilleure solution.

Dans l'absolu y a-t-il lieu de ne pas sanctionner? On devrait imaginer, sans faire de ghettos, une structure intermédiaire où on met l'accent sur le soin face à ce type de problème avec une politique punitive également mais qui ne désinsère pas la personne de la société, qui permettrait que cette personne ne soit pas en contact avec d'autres types de détenus, car la prison reste l'école du crime²³¹.

²³⁰ R. BADINTER, C. CAPRON, F. DUFAUX, M. DUFÉY, M. GRAINDORGE, M. NEVE, E. RUCHAT, D. VANDERMEERSCH, et L. VERVAET, *La condition pénitentiaire, regards belges, français et européens*, MGER, Bruxelles, 2010, pp. 62-64.

²³¹ Cette idée a été retenue il y a quelques années. Une aile primaire avait été créée par le directeur de la prison de Saint Gilles, où toute personne incarcérée pour la première fois, l'était dans une aile spécifique, avec un régime carcéral un peu différent mais surtout pas de contact avec d'autres détenus. Le projet consistait à voir si ça changeait la donne quant à la récidive et à la rechute. Et les résultats se sont avérés positifs mais cela n'a pas pu continuer faute de budget, surpopulation carcérale.

CONCLUSION GENERALE

« Notre société en recherche de sécurité maximale ne veut rien voir de la souffrance de ceux qui ont pourtant été incarcérés en raison d'un trop plein de souffrance mentale ou de misère affective et sociale »²³².

Dans la société actuelle, la prison est désignée comme la sanction pénale de référence. Elle est le résultat punitif de tout acte répréhensible dans le but, d'une part, de dissuader et punir le délinquant et, d'autre part, de protéger la société.

« La prison serait un remède qui permettrait de mettre hors d'état de nuire celui qui a commis une infraction. Un remède simple à accepter, auquel tout un chacun souhaite croire »²³³.

Il semble qu'il en soit ainsi, sans que l'on s'interroge en réalité sur le bien-fondé de ce postulat²³⁴. Mais la prison permet-elle réellement de dissuader, sanctionner et protéger ?

Il est important de réfléchir à l'impact qu'a réellement la prison sur ses condamnés et de penser à d'autres sanctions utiles qui seraient davantage axées vers la réinsertion²³⁵. Afin de pouvoir agir sur « les causes profondes qui ont conduit l'auteur à commettre l'infraction et empêcher la récurrence »²³⁶.

Les défis restent considérables : « Comment adapter un système fondé sur la liberté individuelle à

²³² Comité Consultatif National d'Ethique pour les Sciences de la Vie et de la Santé, France – Avis n°94, octobre 2006 – La santé et la médecine en prison.

²³³ A. DAILLÈRE, « Réforme pénale : et si la prison n'était pas toujours la solution ? », mis en ligne le 25 mai 2014 (disponible sur <http://www.huffingtonpost.fr>).

²³⁴ *Ibidem*.

²³⁵ «Sortie de prison. Difficile réinsertion», disponible sur <http://www.vivre-ensemble.be>

²³⁶ ACAT, «Et si la prison n'était pas toujours la solution», mis en ligne en juin 2014 (disponible sur www.anvp.org)

un univers dont le principe même est le contrôle des personnes ? Il convient de substituer à la question de l'égalité de droits celle de l'adaptation du système de soins publics à une situation d'exception »²³⁷.

La prison est une peine parmi d'autres et non pas la peine de référence comme nous pouvons trop souvent le croire²³⁸.

Osons donc une prison centrée sur l'humain, respectueuse des droits de l'homme. Osons une peine judiciaire avec un plan de détention individualisé en fonction des détenus et concernant les détenus toxicomanes, le plus possible hors des prisons. « Il faut briser l'image selon laquelle la toxicomanie est un problème strictement criminel. La toxicomanie est une maladie chronique, reconnue par l'Organisation Mondiale de la Santé »²³⁹. La prison ne semble pas adaptée aux toxicomanes (manque de moyens médicaux, sociaux et sanitaires, trafic de stupéfiants, impossibilité d'assurer le suivi des traitements²⁴⁰...). Il nous paraît légitime de poser la question de savoir si la place des toxicomanes est réellement en prison.

Il en va de leur santé mentale et physique d'élaborer un programme de soins adapté à leur situation. C'est à ce jour une question politique, budgétaire, médicale et humaine qui se pose.

Tâchons de mettre en place des formations qualifiantes obligées, un suivi psychosocial et médical adéquat afin de soigner et désintoxiquer les détenus fragilisés.

Ne nous concentrons pas uniquement sur une politique sécuritaire qui ne convient en réalité qu'à une faible proportion de détenus.

Cessons les restrictions budgétaires et investissons dans les prisons²⁴¹, engageons plus d'agents

²³⁷ M.K. BEN DIANE *et al.*, in "Précarisation, risque et santé", INSERM, 2001.

²³⁸ "Suède: un système carcéral exemplaire?", disponible sur <http://www.france24.com/fr/20140122-suede-prisons-fermeture-surpopulation-carcérale-réinsertion-prisonniers-justice>

²³⁹ <http://m.levif.be/actualite/belgique/drogue-en-prison-les-guerir-on-s-en-fout-les-prendre-en-charge-c-est-deja-bien/article-normal-400793.html>

²⁴⁰ Observatoire International de Prisons – Section Belge, *op. cit.*, p. 106.

²⁴¹ « Osons le débat sur le rôle de la prison », 20 février 2015, disponible sur <http://www.lalibre.be>

pénitentiaires, de psychologues, de médecins...

En tant que citoyens, soyons indignés, créatifs, sensibles et défenseurs des droits de l'homme. Réinsérons tous ces ex-prisonniers, mais avant tout, améliorons la prévention dans les écoles et les familles. L'éducation n'est-elle pas l'un des fondements d'une société démocratique et juste ?

BIBLIOGRAPHIE

LEGISLATION

Droit européen

- Convention de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales, telle qu'amendée par les protocoles n°11 et n°14, Rome, le 4 novembre 1950.
- Convention européenne pour la prévention de la torture et des peines ou traitements inhumains ou dégradants, Strasbourg, le 26 novembre 1987.

Droit belge

- Article 23 de la Constitution.
- Articles 417*bis* à 417*quinquies* du Code pénal.
- Loi du 24 février 1921 Loi concernant le trafic des substances vénéneuses, soporifiques, stupéfiantes, psychotropes, désinfectantes ou antiseptiques et des substances pouvant servir à la fabrication illicite de substances stupéfiantes et psychotropes, *M.B.*, 6 mars 1921.
- Loi de principes du 12 janvier 2005 concernant l'administration pénitentiaire ainsi que le statut juridique des détenus, *M.B.*, 23 décembre 2005.

- Arrêté Royal du 31 décembre 1930 concernant le trafic des substances soporifiques et stupéfiantes, *M.B.*, 10 janvier 1931.
- Arrêté royal du 21 mai 1965 portant règlement général des établissements pénitentiaires *M.B.*, 25 mai 1965.
- Arrêté ministériel du 12 juillet 1971 portant instructions générales pour les établissements pénitentiaires, *M.B.*, 10 août 1971.
- Arrêté Royal du 22 janvier 1998 réglementant certaines substances psychotropes, *M.B.*, 14 janvier 1999.
- Arrêté royal du 8 avril 2011 déterminant la date d'entrée en vigueur et d'exécution de diverses dispositions des titres III et V de la loi de principes du 12 janvier 2005 concernant l'administration pénitentiaire ainsi que le statut juridique des détenus, *M.B.*, 4 mai 2011.

DOCTRINE

- ANG, A., « Het recht van gedetineerden op gezondheid », in *Vrijheden en vrijheidsbeneming. Mensenrechten van gedetineerden*, Anvers, Intersentia, 2005.
- BADINTER, R., CAPRON, C., NEVE, M., *La condition pénitentiaire, Regards belges, français et européens*, Bruxelles, MGER, 2010.
- BARTHOLEYNS, F., BEGUIN, P., BELLIS, P., et MARY, P., « Le droit pénitentiaire en Belgique : limites aux contraintes carcérales », in *L'institution du droit pénitentiaire. Enjeux de la reconnaissance des droits aux détenus*, Bruxelles, Bruylant, L.G.D.J., 2002.
- BEERNAERT, M.-A., *Manuel de droit pénitentiaire*, Limal, Anthémis, 2012.
- BEERNAERT, M.-A., « La Cour constitutionnelle suspend les fouilles au corps systématiques de détenus », 19 décembre 2013, disponible sur <http://www.justice-en-ligne.be/>
- BEGUE, L., *Drogues, alcool et agression : l'équation chimique et sociale de la violence*, Paris, Dunod, 2014.
- BEN DIANE, M.K., *et al.*, in « Précarisation, risque et santé », INSERM 2001.
- BERBUTO, S., et SIMON, J., « Droit et prison: avec foi et loi », *Rev. dr. pén. crim.*, 2003.
- BOYS, A., FARRELL, M., BEBBINGTON, P., BRUGHA, T., COID, J., JENKINS, R., LEWIS, G., MARSDEN, J., MELTZER, H., SINGLETON, N., et TAYLOR, C., *Drug use and initiation in prison: results from a national survey in England and Wales*, Addiction, 2002.
- CAPRON, C., *Ce monde hors du monde. Echos d'une visiteuse de prison*, Charleroi, Couleur Livres, 2007.
- CERE, J.-P., *Les systèmes pénitentiaires dans les mondes*, Paris, Dalloz, 2007.
- CHARLIER, P., MARY Ph., NEVE, M., et REYNAERT, P., *Le guide du prisonnier [Belgique]*, Bruxelles, Labor, 2000.
- DE BECO, R., « Le transfèrement des détenus », in *Le nouveau droit des peines : statuts juridiques des condamnés et tribunaux d'application des peines*, Bruxelles, Bruylant, 2007.

- DE BECO, R., « L'interdiction de traitement inhumain et dégradant est absolue et demeure quels que soient les circonstances et les agissements de la victime : ainsi en a jugé la Cour d'appel », 27 janvier 2014, disponible sur <http://www.justice-en-ligne.be/>
- DEJEMEPPE, B., et DE BECO, R., « les détenus ne sont pas des sous-hommes », *J.T.*, 2009.
- DE MAERE, W., HARIGA, F., BARTHOLEYNS, F., et VANDERVEKEN, M., *Gezondheid en druggebruik in het penitentiair milieu. Ontwikkeling van een epidemiologisch onderzoeksinstrument*, Brussel, 2000.
- DE GENDT, V., *De verstandelijke gehandicapte in de Vlaamse gevangenis*, Gent, UGent, Faculteit Rechtsgeleerdheid, 2002.
- DE PAUW, M., DE VALCK, S., et VANDER LAENEN, F., *Drugs in de gevangenis. Kwalitatief onderzoek bij gedetineerden in de gevangenis van Gent*, Fatik, tijdschrift voor strafbeleid en gevangeniswezen, 2009.
- DE SCHUTTER, O., et KAMINSKI, D., (dir), *L'institution du droit pénitentiaire : Enjeux de la reconnaissance de droits aux détenus*, Paris, Librairie générale de droit et de jurisprudence, 2002.
- DE SMEDT, P., *De organisatorische gevolgen van de overbevolking van gevangnissen*, Gent, UGent - Faculteit Rechtsgeleerdheid, 2007.
- DETIENNE, J., « Détention et soins de santé aux détenus », *J.T.*, 1999.
- DEVRESSE, M-S., *Usagers de drogues et justice pénale. Constructions et expériences*, De Boeck- Larcier, 2006.
- EDGAR, K., O'DONNELL, I., et MARTIN, C., *Prison violence: The dynamics of conflict, fear and power*, Cullompton, Willan Publishing, 2003.
- ELGER, B.S., *Prison Life: television, sports, work, stress and insomnia in a remand prison*, International Journal of Law and Psychiatry, 2009.
- FERNANDEZ, F., et DRULHE, M., *Emprises : drogues, errance, prison : figure d'une expérience totale*, Bruxelles, Larcier, 2010.
- GONIN, D., *La santé incarcérée. Médecine et conditions de vie en détention*, L'Archipel, Paris.
- HACHET, A., et HACHET, P., « Les toxicomanes sur le divan : nouvelles pratiques, nouveaux défis », Paris, in *Press*, 2013.

- HAECK, Y., « De bescherming van gedetineerden in het kader van artikel 3 van het Europees Verdrag voor de Rechten van de Mens », in *Vrijheidsbeneming. Mensrechten van gedetineerden*, Anvers, Intersentia, 2005.
- HAGGARD-GRANN, U., HALLQVIST, J., LANGSTROM, N. et MOLLER, J., *The role of alcohol and drugs in triggering criminal violence: a case-crossover study*, Addiction, 2006.
- JACQUES, J-P., *Pour en finir avec les toxicomanies, psychanalyse et pourvoyance légalisée des drogues*, Bruxelles, De Boeck, 1999.
- JAEGER, M., et MONCEAU, M., *La consommation de médicaments psychotropes*, Eres, 1996.
- KAMINSKI, D., et MARY, Ph., « Politiques (criminelles) en matière de drogues : évolutions et tendances en Belgique », *Déviance et Société*, 1999.
- KAMINSKI, D., *L'usage pénal des drogues*, Larcier, 2003.
- KRENC, F., et VAN DROOGHENBROECK, S., *Le nouveau droit des peines, statuts juridiques des condamnés et tribunaux de l'application des peines*, Bruylant, 2007.
- LANDENNE, Ph., *Peines en prison, l'addition cachée*, Bruxelles, Larcier, 2008.
- LO, C.C., et STEPHENS, R.C., *Drugs and Prisoners: Treatment Needs on Entering Prison*, American journal drug alcohol abuse, 2000.
- LOUESSE. C., *Les risques liés aux traitements de substitution aux opiacés par l'usage de la méthadone*, Bruxelles, UCL, 2010.
- MAES, E., *Van gevangenisstraf naar vrijheidstraf. 200 jaar Belgisch gevangeniswezen*, Anvers, Maklu, 2009.
- MARY, Ph., *Enjeux contemporains de la prison*, Bruxelles, FUSL, 2013.
- MOREL, A., HERVE, F., et FONTAINE, B., *Soigner les toxicomanes*, Paris, Dunod, 1997.
- MURDOCH, J., *Le traitement des détenus : critères européens*, Strasbourg, éd. du Conseil de l'Europe, 2007.
- NEVE, M., « Sens et non sens de la prison : un état des lieux du droit pénitentiaire en Belgique » in *Lettre « Actualités Droits-Libertés »* du CREDOF, 26 mars 2013.
- NIVEAU, G., « Relevance and limits of the principle of "equivalence of care » in *prison medicine*, J.Med Ethics, 2007.

- NURSE, J., WOODCOCK, P., et ORMSBY, J., *Influence of environmental factors on mental health within prisons: focus group study*, British Medical Journal, 2003.
- POURVEUR, S., « La prison nuit à la santé : un dossier, « La Santé en prison », de l'association des visiteurs francophones de prison de Belgique », 9 avril 2015, disponible sur <http://www.justice-en-ligne.be/>
- POWER, K.G., MARKOVA, I., ROWLANDS, A., McKEE, K.J., ANSLOW, et P.J., KILFEDDER, C., *Intravenous drug use and HIV transmission amongst inmates in Scottish prisons*, British journal of Addiction, 1992.
- RICHMOND, R., BUTLER, T., WILHELM, K., WODAK, A., CUNNINGHAM, et M., ANDERSON, I., *Tobacco in prisons: a focus group study*, Tobacco Control, 18, 2009.
- ROELANDS, A., *Forensisch welzijnswerk in de gevangenis van Brugge*, Gent, UGent - Faculteit Rechtsgeleerdheid, 2006.
- SAX, H., « La surpopulation carcérale : un problème structurel en Belgique comme en Italie, dénoncé comme tel par la Cour européenne des droits de l'homme », 5 décembre 2014, disponible sur <http://www.justice-en-ligne.be/>
- SCHIPPERS, E., *De gevangenisarts: zijn positie doorgelicht*, Gent, UGent - Faculteit Rechtsgeleerdheid, 2005.
- SEDDON, T., *Drug Control in Prisons*, The Howard Journal, 1996.
- SETBON, M., « Drogue, facteur de délinquance? D'une image à son usage », *Revue française de sciences politiques*, vol. 45, n°5, 1995.
- SERON, V., « La loi de principes concernant l'administration pénitentiaire et le statut juridique des détenus : vers la fin d'un non droit ? », *J.T.*, 2006.
- SNACKEN, S., *Prisons en Europe : Pour une pénologie critique et humaniste*, Bruxelles, Larcier, 2011.
- SNACKEN, N., « Normalisation dans les prisons : concepts et défis. L'exemple de l'Avant projet de loi pénitentiaire belge » in *L'institution du droit pénitentiaire. Enjeux de la reconnaissance de droits aux détenus*, Bruxelles, Bruylant, L.G.D.J., 2002.
- STRANG, J., *Drugs, HIV, and prisons: time to rethink current policy*, British medical journal, 1991.

- SUDRE, F., « La notion de « peines et traitements inhumains ou dégradants » dans la jurisprudence de la commission et de la Cour européenne des droits de l’homme », *R.G.D.I.*, 1984.
- SUDRE, F., « L’article 3 », in L.-E. PETITI, E. DECAUX, P.-H. IMBERT, *La Convention européenne des droits de l’homme, commentaire article par article*, Economica, 1995.
- SUDRE, F., « A propos du dynamisme interprétatif de la Cour européenne des droits de l’homme », *La semaine juridique*, 2001, n°28.
- SUDRE, F., « L’article 3bis de la Cour européenne des droits de l’homme : le droit à des conditions de détention conformes au respect de la dignité humaine », in *Libertés, justice, tolérance*, Mélanges en hommage au Doyen Gérard Cohen-Jonathan, Bruxelles, Bruylant, 2004.
- TAELEMAN, A., et DEVRESSE. M-S., *La méthodologie du récit de vie et son application à la toxicomanie*, Louvain-La-Neuve, UCL, 2001.
- TOAN-PANH. D., *Prédispositions génétiques à la toxicomanie, illustration par l’alcoolisme et la cocaïnomanie*, Bruxelles, UCL, 2010.
- TODTS, S., GLIBERT, P., VAN MALDEREN, S., VAN HUYCK, C., SALIEZ, V., et HOGGE, M., *Druggebruik in Belgische gevangenissen. Monitoring van gezondheidsrisico’s*, Brussel, 2008.
- TULKENS, F., et VOYATZIS, P., « Le droit à la santé en prison. Les développements de l’article 3 de la Convention européenne des droits de l’homme », *Rev. dr. pén. crim.*, 2009.
- TURLLOT, V., *La criminalisation des drogues : construction politique du crime*, Louvain-La-Neuve, UCL, 2001.
- VANDERVEKEN. M., “La santé en prison en regard du nouveau droit des peines. Plus de loi, ... plus de santé?”, in *Le nouveau droit des peines: statuts juridiques des condamnés et tribunaux de l’application des peines*, Bruxelles, Bruylant, 2007.
- VAN ROBÆYS, I., *Toxicomanie et répression : la prison est-elle une solution ?*, Louvain-La-Neuve, UCL, 1989.
- VAN WELDEN, J., *De gevangenis als broeihaard voor infectieziekten ?*, Gent, UGent - Faculteit Rechtsgeleerdheid, 2003.

- VANDEWALLE, S., *Een evaluatie van de kwaliteit van de vormingen rond drugs in de gevangenissen. Hoe kunnen deze vormingen verbeterd worden?*, Gent, UGent - Faculteit Rechtsgeleerdheid, 2005.
- VAN DROOGENBROEK, S., *La proportionnalité dans le droit de la Convention européenne des droits de l'Homme. Prendre l'idée simple au sérieux*, Bruxelles, Bruylant, 2001.
- VAN ROBAEYS, I., *Toxicomanie et répression : la prison est-elle une solution ?*, Louvain-La-Neuve, UCL, 1989.
- VERSTRAETEN, R., *Drogues illégales et droits de l'homme*, Ligue des droits de l'homme, Bruxelles, 1994.
- WAUTHIER, M., *Buprénorphine et méthadone : comparaison des balances, bénéfiques, risques, dans le cadre du sevrage à l'héroïne*, Bruxelles, UCL, 2013.

Rapports du CPT

- Com. prév. tort., *Rapport au Gouvernement de la Belgique relatif à la visite effectuée en Belgique par le Comité européen pour la prévention de la torture et des peines ou traitements inhumains ou dégradants (CPT) du 23 au 27 avril 2012*, 13 décembre 2012, CPT/Inf (2012).
- Com. prév. tort., *Rapport au Gouvernement de la Belgique relatif à la visite effectuée en Belgique par le Comité européen pour la prévention de la torture et des peines ou traitements inhumains ou dégradants (CPT) du 14 au 23 novembre 1993*, 14 octobre 1994, CPT/Inf (94).
- Com. prév. tort., *3ème rapport général d'activités du CPT couvrant la période du 1er janvier au 31 décembre 1992*, 4 juin 1993, CPT/Inf (93) 12.

Documents divers

- Observatoire International de Prisons – Section Belge, *De l'état du système carcéral belge*, Notice 2008.
- Communiqué de presse du 23 décembre 2008 « Masterplan 2008-2012 pour une infrastructure carcérale plus humaine. Situation et projets complémentaires jusqu'en 2016

- »
- SERVICE PUBLIC FEDERAL JUSTICE, « Direction générale des Etablissements pénitentiaires », avril 2011, disponible sur <http://justice.belgium.be/>
 - « Les arrêts pilotes », fiche thématique, disponible sur <http://www.echr.coe.int/>
 - Trait d'union n° 5 de l'association des visiteurs francophones de prison de Belgique, « La Santé en prison ».
 - Les stupéfiants en prison 2008/n°09 Analyses et études.
 - Prison-Ban Public, Disponibilité et offre de drogues en prison, <http://ar2002.emcdda.eu.int/fr/page72-fr.html>, mercredi 20 avril 2005.
 - « Suède: un système carcéral exemplaire ? », disponible sur <http://www.france24.com/fr/20140122-suede-prisons-fermeture-surpopulation-carcerale-reinsertion-prisonniers-justice>
 - R. PINTO, «Sortie de prison, difficile réinsertion», mis en ligne en mai 2012 (disponible sur <http://vivre-ensemble.be>, p. 6., consulté le 1^{er} mai 2016).
 - A. PIRET, «Analyse de la composition de la population carcérale», mis en ligne en janvier 2010 (disponible sur www.liguedh.be, consulté le 25 mai 2016). A. Daillère, «Réforme pénale : et si la prison n'était pas toujours la solution ? », mis en ligne le 25 mai 2014 (disponible sur <http://www.huffingtonpost.fr>, consulté le 30 mai 2016).
 - ACAT, «Et si la prison n'était pas toujours la solution», mis en ligne en juin 2014 (disponible sur www.anvp.org, consulté le 1^{er} mai 2016).

Articles de presse

- « Disponibilité et offre de drogues en prison », 20 avril 2005 disponible sur <http://ar2002.emcdda.eu.int/fr/page72-fr.html>
- « Prisons : on a perdu la guerre contre la drogue », 5 octobre 2011, disponible sur <http://www.levif.be/actualite/belgique/prisons-on-a-perdu-la-guerre-de-la-drogue/article-normal-156823.html>

- « La prison, un lieu ouvert à tous les trafics ? », 13 septembre 2012, disponible sur http://www.rtf.be/info/belgique/detail_la-prison-un-lieu-ferme-ouvert-a-tous-les-trafics?id=7837902
- « Conditions de détention dégradantes des prisons : la Belgique condamnée par la CEDH », 25 novembre 2014, disponible sur <http://www.liguedh.be/>
- « Amnesty International pointe les mauvaises conditions de détention en Belgique », 25 février 2015, disponible sur <http://www.lalibre.be/>

Interviews

- Interview, Paul Massion, médecin à la Commission de Surveillance de la prison de Lantin, 19 juillet, 2016 (annexe I).
- Interview, Mykaël Byl, agent pénitentiaire à la prison de Ittre, 24 juillet, 2016 (annexe II).
- Interview, Joëlle Lizin, psychologue en prison, 27 juillet 2016 (annexe III).

JURISPRUDENCE

Jurisprudence européenne

- Cour eur dr. h., arrêt *Irlande c. Royaume-Uni*, 19 janvier 1978.
- Cour eur. dr. h., arrêt *Tyver c. Royaume Uni*, 25 avril 1978.
- Cour eur dr. h., arrêt *Soering c. Royaume-Uni*, 7 juillet 1989.
- Cour eur dr. h., arrêt *Aksoy c. Turquie*, 18 décembre 1996.
- Cour eur dr. h., arrêt *Selmouni c. France*, 28 juillet 1999.
- Cour eur dr. h., arrêt *Ihan c. Turquie*, 27 juin 2000.
- Cour eur. dr. h., arrêt *Kudla c. Pologne*, 26 octobre 2000.
- Cour eur. dr. h., arrêt *Keenan c. Royaume-Uni*, 3 avril 2001.
- Cour eur dr. h., arrêt *Peers c. Grèce*, 19 avril 2001.
- Cour eur. dr.h., arrêt *Mouisel c. France*, 14 novembre 2002.
- Cour eur. dr. h., arrêt *McGlinchey et autres c. Royaume Uni*, 29 avril 2003.
- Cour eur dr.h., arrêt *Poltoratskiy c. Ukraine*, 29 avril 2003.
- Cour eur. dr. h., arrêt *Matencio c. France*, 15 janvier 2004.
- Cour eur dr. h., arrêt *Gelfmann c. France*, 14 décembre 2004.
- Cour eur. dr. h., arrêt *Matthew c. Pays-Bas*, 29 septembre 2005.
- Cour eur dr h. arrêt *Ocalan c. Turquie*, 12 mai 2005.
- Cour eur dr. h., arrêt *Ramirez Sanchez c. France*, 4 juillet 2006.
- Cour eur dr. h., arrêt *Serifis c. Grèce*, 2 novembre 2006.
- Cour eur. dr. h., arrêt *Rivière c. France*, 11 juillet 2006.
- Cour eur. dr. h., arrêt *Xiros c. Grèce*, 9 septembre 2010.

Jurisprudence belge

- C.C., n° 49/ 2009, 13 mars 2009.

Sites internet

- <http://www.health.belgium.be/fr/le-service-de-mediation-federal-droits-du-patient>
- <http://www.lameuse.be/1576229/article/2016-05-19/seize-suicides-enregistres-dans-les-prisons-belges-en-2015>
- http://www.medecine.unige.ch/enseignement/apprentissage/module4/immersion/archives/2009_2010/travaux/10_r_toxicomanie_a.pdf
- http://justice.belgium.be/fr/themes_et_dossiers/securite_et_criminalite/drogues/base_legale
- http://eurotox.org/wp/wp-content/uploads/Eurotox2015_Usage_drogues.pdf
- https://www.rtb.be/info/societe/detail_les-drogues-coutent-au-moins-4-6-milliards-d-euros-a-la-societe?id=9279515
- https://www.rtb.be/info/societe/detail_drogue-l-onu-appelle-a-mettre-l-accent-sur-la-prevention-et-le-traitement?id=9274387
- http://justice.belgium.be/fr/themes_et_dossiers/prisons/centres_de_formation
- <http://justice.belgium.be/fr/themesetdossiers/prisons/vivreenprison/politiqueetprogrammesenmatierededrogu/formationdupersonnelpenitentiaire/>
- http://justice.belgium.be/fr/themes_et_dossiers/prisons/vivre_en_prison/politique_et_programmes_en_matiere_de_drogu/programmes_pour_detenus_toxicomanes
- <http://www.drogues-info-service.fr/Tout-savoir-sur-les-drogues/L-aide-a-l-arret/La-substitution#.V3-JKLQRnot>
- <http://m.levif.be/actualite/belgique/drogu-en-prison-les-guerir-on-s-en-fout-les-prendre-en-charge-c-est-deja-bien/article-normal-400793.html>
- <http://sept.be/etablissemementspenitentiaires.html>
- <https://www.cairn.info/revue-sante-publique-2001-4-page-325.htm>
- <http://www.7sur7.be/7s7/fr/1502/Belgique/article/detail/1896477/2014/05/23/Le-SPF-Justice-n-assure-pas-la-sante-des-detenus.dhtml>
- <http://m.levif.be/actualite/belgique/drogu-en-prison-les-guerir-on-s-en-fout-les-prendre-en-charge-c-est-deja-bien/article-normal-400793.html>
- <http://www.health.belgium.be/fr/le-service-de-mediation-federal-droits-du-patient>

Reportage

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

**ANNEXE I – INTERVIEW PAUL MASSION, MEDECIN A LA
COMMISSION DE SURVEILLANCE DE LANTIN,
19 JUILLET 2016**

1) En quoi consiste votre travail ?

La Commission de surveillance stipule depuis la loi de 2004 que toutes les prisons sont obligées d'en avoir une. Moi en tant que médecin je vois de manière privilégiée les détenus qui souffrent d'un problème médical. Ainsi, les détenus envoient des fiches messages à l'adresse de la Commission de surveillance s'il s'agit d'un problème médical important je m'y rends, sinon c'est une autre commissaire qui va les voir et si les choses ne sont pas résolues elle m'en parle et je vais les voir.

Ils ont 36 sortes de problèmes. Pour vous faire une idée, l'année passée j'en ai vu 60 sur un an. Il s'agissait principalement de demandes d'adaptation de traitement, de demandes de résultats d'examens ou d'absence de résultats qu'ils réclament, de toxicomanie et des pathologies chroniques. Pour moi il y a 3 grands types de pathologies problématiques en prison :

- La première concerne les internés souffrant d'un problème psychiatrique et qui n'ont rien à faire en prison. Ils devraient se trouver en hôpital psychiatrique mais restent derrière les barreaux faute de place. C'est un réel problème d'autant que le suivi psychiatrique reste très limité et qu'il n'y a pas de prise en charge comme ils devraient y en avoir dans un hôpital psychiatrique. A ce niveau là le système belge est tout à fait en tort par rapport aux internés.
- Le deuxième groupe de patients qui posent problème au niveau médical ce sont tous les toxicomanes. Ils sont très nombreux. Dès leur sortie ils font l'objet de menaces s'ils ne ramènent pas de drogue à leur retour de permission de sortie ou de congés pénitentiaires. La drogue est introduite par les familles, il y a déjà eu des cas décrits par les agents mais personnellement je crois que c'est surtout le racketage et la pression sur ceux qui sortent qui posent le plus gros problème.

Certains détenus ramènent pour leur propre consommation. Une femme ramenait tout dans ses parties génitales et vu qu'il y a peu de fouilles à nu à l'entrée elle avait tout ce qu'elle voulait.

Tout ce qui est hashish est plus ou moins toléré entre guillemets. Il y a une escalade, un cercle vicieux parce que tous ceux qui ne sont pas toxicomanes lourds (héroïne, cocaïne) le deviennent tôt ou tard.

- Le troisième groupe de patients qui posent problèmes sont tous ceux souffrant d'une pathologie chronique (les diabétiques, les épileptiques, les décompensés cardiaques, les emphysémateux, les insuffisants renaux, ceux souffrant d'un cancer etc...) toutes sortes de gens ayant un problème médical lourd et qui ne bénéficient pas d'un suivi adéquat.

Les demandes concernent souvent ces patients là. Notamment les emphysémateux qui font des crises d'étouffement. Ca m'est arrivé d'en retrouver un qui était à moitié mourant dans sa cellule et alerté par le gardien j'ai pu intervenir. Si le gardien n'avait pas été vigilant et bienveillant, le détenu serait mort dans sa cellule. Il n'y a pas un suivi comme on peut avoir à l'hôpital avec des saturomètres, des prises de paramètres fréquents. Il y a des gardes infirmières mais uniquement pour préparer au plus grave.

2) Comment la toxicomanie est-elle prise en charge en prison?

Au niveau médicamenteux, on essaye de plus en plus de privilégier la suboxone plutôt que la méthadone parce qu'elle contient un antidote dans sa formulation. La majorité des détenus toxicomanes reçoivent leur dose de suboxone ou de méthadone sauf quand ils entrent car à ce moment-là, ils doivent donner la preuve de la dose de médicaments qu'ils prennent. Le problème c'est qu'ils n'ont plus de téléphone pour appeler et prouver sous quelle dose ils sont. Dès lors, très souvent ils ne reçoivent pas tout de suite leur méthadone et le médecin à l'admission doit juger plus ou moins de leur sincérité et essayer de se faire une idée. Il arrive fréquemment qu'il y ait des soucis à ce niveau là.

Il n'existe aucune prise en charge spécifique des toxicomanes. Simplement quand ils sont en crise on leur donne du valium, de la méthadone, ou du suboxone.

Quand un détenu est surpris en possession de drogue, il se voit allonger sa peine ou envoyer au cachot. Ce sont surtout des mesures de répression qui sont prises. Au niveau du suivi il n'y en a pas. La seule chose qui existe est une association « Step by step » qui voit les gens une fois avant leur sortie pour essayer de leur donner une série de renseignements, essayer d'améliorer leur prise en charge quand ils sortent. En dehors de ça il y a un groupe de réflexion dans la prison de Lantin, avec deux médecins toxicologues, addictologues, ainsi que d'autres intervenants qui sont des infirmières psychiatriques et un groupe de réflexion par rapport à la toxicomanie qui est fait avec ces deux médecins en question. Mais ils ont peu de moyens de pression et peu de solution à apporter.

C'est un problème majeur en prison, ils ont essayé des ailes sans drogues dans certaines prisons. Personnellement je trouve que ce n'est pas une mauvaise idée, mais apparemment cela ne fonctionne pas très bien, ça stigmatise les autres, les résultats ne sont pas très positifs.

Un autre problème c'est que les fouilles à nu sont interdites sauf sur injonction du directeur de la prison et cela doit être fait par un médecin, mais vu qu'il n'y a pas de médecin il y a très peu de fouilles à nu et du coup la drogue peut rentrer en prison sans trop de difficultés.

Certains agents préfèrent autant qu'ils fument du cannabis en cachette car cela garde les détenus plus ou moins calmes, ce qui engendre moins de problèmes.

Il y a aussi beaucoup de détenus toxicomanes très manipulateurs notamment vis à vis de la commission de surveillance, ils sont très pleurnichards et larmoyants et prétendent qu'ils sont mal soignés mais uniquement dans le but d'avoir plus de médicaments, de calmants.

Il y a aussi une réflexion de fond concernant le fait qu'on met trop de gens en prison et que la prison n'est pas la solution pour tout le monde. Les détenus toxicomanes seraient mieux dehors car là on pourrait les aider alors qu'à l'intérieur, à part apprendre à faire les quatre-cent coups et utiliser des drogues plus dures, ils n'y font rien de bon.

3) *Prévention pour les toxicomanes en prison qu'est-ce qui est mis en place afin de réduire les risques ? Echanges de seringues ?*

A Lantin il n'y a aucune consommation qui est autorisée, c'est d'office une substitution suboxone, sinon méthadone plus valium ou des neuroleptiques pour essayer de les calmer. C'est très important pour ceux qui consomment hors de la prison mais dans la prison cela reste formellement interdit.

4) *Avez-vous pu constater des changements concrets avec l'adoption de la loi de principes dans l'accès aux soins de santé en prison ?*

Je trouve que la loi de principes est une très bonne loi. Si elle était respectée ce serait vraiment bien. Dans la loi de principes les détenus ont droit à des soins de qualité et doivent en théorie recevoir les mêmes soins que ceux qu'ils auraient s'ils étaient à l'extérieur. Mais la réalité est tout autre surtout dans les trois catégories problématiques citées plus haut.

Les internés c'est un vrai scandale, les toxicomanes c'est le foutoir complet et du point de vue des pathologies chroniques, le suivi n'est pas assez rapproché.

Pour les autres patients, ça va encore, en tout cas à la prison de Lantin.

5) *Auriez-vous des idées d'alternatives pour ces personnes ?*

Ma première alternative est de mettre beaucoup moins de gens en prison. Ne mettre en prison que les gens qui sont soit vraiment dangereux, soit ceux qui ont mis en danger la vie d'autres personnes mais il faut arrêter de mettre en prison ceux qui commettent des vols par exemple. Les voleurs n'ont rien à faire en prison pour moi. Cela vaut également pour les fraudeurs, les banquiers, ceux qui font des trafics en tout genre.

Il faudrait une politique plus extra-carcérale qu'intra-carcérale.

La deuxième chose c'est qu'au niveau médical il n'y a pas de garde médicale à Lantin, il y a juste une garde infirmières. Celles-ci peuvent appeler les médecins mais ils ne reviennent pas la nuit. Si l'infirmière a peur, elle transfère alors à la Citadelle pour que le détenu soit hospitalisé. Mais

pour extraditer un détenu vers l'hôpital cela nécessite toute une infrastructure. Il faut deux policiers, deux agents, une ambulance. Cela reste un grand frein à la prise en charge à l'hôpital. Et donc il faudrait au niveau communal obliger les médecins généralistes de la commune à participer au rôle de garde dans la prison parce qu'en fait les médecins généralistes qui habitent par exemple à côté de Lantin ont un rôle de garde qui est obligatoire. Mais ils refusent de se rendre en prison, alors qu'elle se trouve sur le territoire de la commune, parce qu'ils ont peur, estiment que ce n'est pas leur rôle etc...Le problème est que du coup il n'y a pas assez de médecins.

6) Qu'est-ce qui pose problème au niveau de l'administration des soins en milieu pénitentiaire ? Le manque de budget ? Le manque de personnel ?

Oui et le manque de volonté politique. Pour moi, si on libérait ceux qui ont commis des délits sur des biens matériels, si on essayait plutôt de les réinsérer avec toutes les possibilités de peines alternatives tels que les bracelets électroniques, les maisons de soins,...

Il y a beaucoup d'alternatives à la prison qui sont très intéressantes.

- Dix pour cent de la population carcérale est composée de terroristes, de psychopathes, de criminels, de génocidaires, de coupables de traite d'êtres humains. Ce sont vraiment les grands dangereux pour lesquels il n'y a pas d'autres solutions que de les enfermer.
- Vingt-cinq pour cent sont condamnés pour avoir porté atteinte aux personnes. La plupart du temps ce sont des personnes prises dans un mauvais groupe ayant fait une erreur, regrettant leur acte, étant sous l'influence de l'alcool.

La prison est-elle vraiment le bon système pour les réinsérer ? Ces gens là ne pourraient pas plutôt purger leur peine en dehors de la prison ?

- Vingt-cinq pour cent de personnes se retrouvent derrière les barreaux pour atteinte à des biens (violence matérielle, vols répétés, corruption, fraude financière, trafic etc...) , ces gens là n'ont rien à faire en prison.

- Trente pour cent des prisonniers ont encore le statut de prévenus, toujours censés être supposés être innocents. Là aussi il faut faire une différence entre ceux présentant une grande dangerosité et les autres. L'argument des juges d'instruction est qu'ils vont dissimuler leurs preuves, sauf que souvent se sont des gens qui ne sont pas des fins stratèges, qui manquent d'éducation.
- Dix pour cent sont des internés qui eux n'ont strictement rien à faire en prison.

Si on enlève les dix pour cent d'internés, c'est à dire la majorité des prévenus, les vingt-cinq pour cent pour atteinte de biens, une bonne partie des condamnés qu'il faut essayer de réinsérer, il ne resterait qu'un tiers des gens en prison. A ce moment-là, tout l'argent que l'on gagnerait pourrait être réinjecté pour des prises en charge extra-prison.

Parmi les alternatives il existe des maisons pénitentiaires à petite échelle (maison avec une dizaine de prisonniers par exemple vivant en compagnie d'éducateurs tenus de loger là tous les soirs, c'est un système intégré), des habitats accompagnés, des maisons de transition, des centres psychiatriques. Je pense que ce serait beaucoup mieux d'investir l'argent dans ce type de mesures.

Pour les toxicomanes, leur toxicomanie ne va faire que décupler en prison, ils vont tout le temps être sollicités, s'ennuyer à mourir et la drogue reste un échappatoire. Ils ne devraient pas être enfermés, à moins de faire partie de la catégorie des détenus dangereux.

Voici un exemple assez significatif, celui d'une dame d'une soixantaine d'année conduisait la voiture de son fils en ignorant qu'elle transportait un paquet rempli d'héroïne. Elle s'est retrouvée en prison sans comprendre ce qu'elle y faisait. En réalité, elle était au mauvais endroit au mauvais moment et est tout à fait inoffensive.

On pourrait également sortir tous les malades chroniques. La prison n'est pas le lieu adéquat pour les soigner. La prison n'est pas la solution.

7) *Les médecins prescrivent-ils trop de médicaments?*

A Lantin, les médecins donnent le minimum. Si le détenu prétend prendre telle dose de méthadone mais n'en a pas la preuve, on ne lui donne rien. S'il commence une crise on lui donnera une petite dose. Les détenus réclament tout le temps des médicaments mais on ne leur en accorde pas facilement. S'ils en font la demande ils reçoivent du valium ou des neuroleptiques pour dormir.

8) *Discussion*

La Suboxone est composée de buprénorphine et de naloxone. Buprénorphine est le médicament (l'équivalent de la morphine) et le naloxone est un antagoniste (cela provoque l'effet contraire). Ainsi, si le toxicomane prend trop de suboxone, il ne peut plus faire de surdosages, d'overdoses et de mort par overdose. En revanche, s'il prend trop de méthadone d'un coup il peut mourir d'un arrêt respiratoire. La suboxone offre donc une sécurité bien meilleure.

Drogues principalement consommées :

- 1) héroïne
- 2) médicaments type benzodiazépine
- 3) cocaïne
- 4) cannabis

Quelles solutions ?

- La fouille à nu est interdite excepté en présence d'un médecin légiste sinon c'est considéré comme un viol. C'est humiliant pour les gens.
- Les chiens anti-stupéfiants sont efficaces quelques minutes et nécessitent un certain budget.
- Une aile propre a été tentée à Verviers mais le problème c'est qu'à la sortie la vie n'est pas une aile propre. Ils seront de nouveau face à la tentation et c'est pour ça qu'ils n'étaient pas favorables à ce type de système.

- Au niveau du cannabis, les médecins de Lantin pensent que sa dépénalisation serait une catastrophe parce que si cela réduit le nombre d'agressions mineures, en revanche une consommation chronique de cannabis altère fortement les fonctions cérébrales. Les gens deviennent bêtes et brutes. Ils perdent des neurones avec le cannabis, cela mène à l'échec scolaire, la perte d'emploi et la dégringolade sociale.
- Ce qui avait fonctionné c'était la mise en place d'une pancarte sur laquelle on pouvait lire « attention fouilles aujourd'hui » devant l'entrée de la prison et le personnel avait pu observer que plusieurs personnes descendaient du bus avant d'y remonter. C'était dissuasif.
- Ce qui est très important c'est la prévention dans les écoles. Plusieurs groupes tentent de le faire, notamment l'association des visiteurs de Belgique. Ils font des visites dans les écoles en 5^{ème} et 6^{ème} secondaires. Ils rencontrent les jeunes, leur expliquent ce qu'est la prison et ses difficultés et les mettent en garde.
- Il existe un groupe de pilotage drogue à Lantin, dirigé par trois, quatre personnes, intervenant de près ou de loin ; le directeur de prison, deux médecins toxicologues et un psychiatre. L'association « Step by step » est un groupe de réflexion. Ils ont lancé l'idée que la suboxone soit distribuée par les agents à Lantin au lieu d'être distribuée à l'infirmierie.
- Les médecins de Lantin estiment que le rôle n'est pas d'être répressifs. Si un détenu toxicomane vient les trouver ils ne sont pas là pour les dénoncer auprès du directeur ou des agents. Les médecins sont là dans un rôle de soignant et dans un rôle éducatif mais pas répressif. Un détenu peut leur avouer qu'il est en possession de quarante sachets d'héroïne dans sa cellule, les médecins ne diront rien. (S'il y a une expertise pour une décision de libération cela peut être différent).

L'alcool et tabac sont ils autorisés/tolérés en prison ?

Le tabac tant qu'ils en veulent, l'alcool il n'y en a pas ou très peu. A la cantine il n'y a pas de billets d'alcool à vendre et cela ne peut être apporté durant les visites et reste difficile à dissimuler.

**ANNEXE II – INTERVIEW MIKAEL BYL, AGENT PENITENTIAIRE A
LA PRISON DE ITTRE,**

24 JUILLET 2016

1) Pouvez-vous m'expliquer en quoi consiste votre travail ?

Moi je travaille dans le cellulaire, ce qu'on appelle communément un gardien de prison.

2) Pouvez-vous me décrire une journée typique ?

Au lever, on réveille le détenu pour s'assurer qu'il est vivant. A Ittre il n'y a que des condamnés, pas de prévenus. Après un certain laps de temps, le détenu peut accéder au travail. C'est le système par lequel on tient un peu le détenu au niveau disciplinaire. Le détenu travaille ou accomplit ses tâches. Il y a aussi les activités, les repas.

Le détenu doit mener la vie la plus normale possible.

3) Comment pouvez-vous décrire la relation que vous entretenez avec les détenus ?

Je travaille depuis 15 ans en prison. Au début c'est un peu une découverte. Il y a un long apprentissage de contact social, une fois qu'on est rôdé à ce climat quotidien il faut le gérer. Et là tout le monde apporte un petit peu sa touche personnelle. Il y a un règlement mais suivant le vécu que l'on a, l'éducation qu'on a reçue, on se comportera différemment. Il y a toute une période qui se passe relativement bien et ensuite on est confronté aux réalités du système, qui ne fonctionne pas en Belgique. C'est un gaspillage d'argent, un système dont on doit revoir toutes les fondations. Pour les jeunes qui rentrent en prison aujourd'hui la prison c'est du bluff, on met en place pour eux un rapport de bluff, on fait en sorte de prouver au système qu'on va apporter ce

qu'il demande sans y croire. Nous on n'a rien à apporter, tout ce qu'on pourrait essayer, l'Etat n'en veut pas.

4) *Qu'auriez-vous comme idées d'alternatives pour améliorer cela ?*

Il faut de l'argent, les prisons suffoquent. Le ministère de la justice est en faillite totale. On ne va donc pas injecter en prison un nouveau système titanesque, donc on fait semblant.

5) *Que pensez vous de l'idée de créer de nouvelles prisons ?*

Je serais plutôt favorable à un système où on réduirait la durée des peines mais où elles serviraient vraiment à quelque chose. Il faudrait une éducation claire et nette. En prison il y a une certaine population issue de certains quartiers, d'une certaine origine. Il y a un cadre à remettre en place. Je me réfère à un système canadien basé davantage sur le redressement. Dans une prison, on rassemble les détenus, on leur apporte de l'argent, ils en profitent et en ressortent pire. Le service médical est dépassé, ce sont des pharmacies ambulantes. La drogue reste présente.

6) *Au niveau de la toxicomanie en prison, comment pourrait-on éradiquer la drogue ?*

On met trois chiens devant la prison et c'est fini. Sauf que c'est important qu'une prison tourne avec de la drogue. La drogue est tolérée pour maintenir le calme. Durant les grèves ça n'a pas explosé parce que le système a octroyé des congés et des permissions qui permettent de faire rentrer de la drogue. Au niveau des fouilles on a reçu des directives nous rappelant qu'on ne devait pas trop en faire. Dans l'état actuel des choses, les directeurs seraient complètement dépassés s'il fallait faire face à une pénurie totale de drogue. Ce serait l'implosion directe et il n'y a pas moyen de gérer ça. Les fouilles des visiteurs sont faites, il y a une surveillance mais elle n'est pas optimale.

7) *Avez-vous une idée du nombre de toxicomanes en prison ?*

Je différencie drogues dures et drogues douces. Je pense qu'il doit y avoir 75 pour cent de détenus qui fument et au niveau de la drogue dure cela reste moindre mais conséquent tout de même.

8) *Qu'est-ce qui est mis en place pour soigner la toxicomanie en prison ?*

Le toxicomane profond reçoit sa méthadone le matin mais à un moment donné il faudrait aller chercher à l'origine. Ici on met des rustines sur des roues en bois. Le système ne fonctionne pas. Il y a des psychologues à qui on demande de manipuler leur rapport d'expertise. On demande de ne pas trop souligner certains aspects de la personnalité du détenu afin qu'il obtienne une libération conditionnelle. Alors qu'on pourrait imaginer qu'il y a encore une mise en danger réelle de remettre le détenu dehors.

Tous les services dysfonctionnent.

9) *Avez-vous pu constater des changements concrets avec l'adoption loi de principes ?*

Moi j'ai connu les prisons avant et après et je dirais que je préférais avant. Cette loi a voulu statuer l'état du détenu dans les prisons. On lui a donné des droits puis on a oublié le sens des devoirs, le sens éducatif. Aujourd'hui la loi de principes n'apporte rien, il faudrait la revoir complètement. Il y avait aussi des dérapages chez les agents pénitentiaires qui géraient le détenu un peu en dehors des limites. La loi a mis un cadre, un contrôle à ce niveau là mais ça n'a rien apporté au niveau de la réinsertion. Et au niveau de la gestion on n'a plus rien à dire aux détenus. La loi n'a pas envisagé toutes ces dérives, elle aurait du aussi penser au statut de l'agent.

10) *Qu'est-ce qui est mis en place pour prévenir le suicide en prison ?*

Quand un détenu arrive, son dossier médical suit. Sur base des informations qu'il contient on sait si la personne a un problème ou suit un traitement. Le détenu coincé dans ses murs ne peut pas gérer certains événements qui se passent à l'extérieur et il pourrait songer à agir surtout quand il

est isolé ou la nuit. La nuit les agents lèvent le guichet de chaque cellule. Est-ce que ça peut empêcher un suicide ? Non. Dans les prisons il y a énormément d'appels à l'aide ou de provocation. Celui qui veut en finir y arrive. Mais celui qui se coupe c'est dans la plupart des cas un appel de détresse ou de révolte. Un suivi psychologique est mis en place, les assistants sociaux peuvent aider le détenu en contactant des services externes.

Quelle autre solution pourrait-on envisager? Je pense que les directeurs ont un rôle important, quand un détenu va mal il ne va peut être pas directement se confier à un agent de section. Il aura peut être tendance à se confier au directeur si le contact est bon et il aura des possibilités d'agir.

11) Comment le personnel pénitentiaire est-il formé en matière de drogues ?

Il y a une formation de base et une formation continue sur base volontaire.
L'agent pénitentiaire est relativement bien au courant.

12) Les détenus toxicomanes et/ou sidéens sont-ils marginalisés?

Ca varie d'un établissement à l'autre. Certains annoncent que le détenu est malade en informant des précautions à prendre. D'autres jouent la carte du secret médical et là tout est basé sur les échos. Qu'il s'agisse du VIH, de la tuberculose, de la gale, cela peut prendre de l'ampleur parce que les gens ne sont pas bien informés. Quand ça dérape la direction doit prendre des mesures pour ré-informer le personnel. L'information donnée dépend des établissements. A Ittre on est censés ne rien savoir sur les détenus. Là il faudrait quelque chose d'homogène au niveau de la loi.

13) Faut-il toujours incarcérer les toxicomanes ?

On pourrait imaginer que les détenus soient soignés avant de purger leur peine. Mais cela demanderait un cadre spécifique et donc investir de l'argent. Il ne faut pas les mélanger avec les autres détenus. Le toxicomane est en dépendance ou en manque et donc à la merci des autres pour se procurer de la drogue.

14) Que se passe-t-il quand vous trouvez de la drogue en cellule ?

Elle est saisie, pesée, transmise à la police qui rédige le procès verbal. Si la quantité est insuffisante, il y a le passage rapport directeur qui voit le détenu et peut lui infliger une sanction au niveau de la vie interne mais le détenu peut refuser et demander la présence de son avocat. Si les quantités sont suffisantes on peut imaginer un nouveau jugement...

15) Comment se passe l'accès aux soins de santé en milieu carcéral ?

Les détenus sont bourrés de médicaments. On fait intervenir des spécialistes qui viennent sur le temps de midi. Il n'y a pas un domaine en prison qui est encourageant. Heureusement que le système existe malgré tout mais ça ne fonctionne pas et la récurrence est complète. Un détenu coûte deux-cent euros par jour, ne pourrait-on pas réorienter l'argent ? Ici tout ce qui est proposé pour l'avenir c'est n'importe quoi, faire plus de prisons avec moins d'argent et moins de moyens tout en maintenant les acquis du détenu...

16) Etes-vous favorable à la dépénalisation du cannabis ?

Ce qui me dérange n'est pas celui qui fume son joint mais toute l'atmosphère qui l'entoure, toute l'image qui y est associée. Je fais le caïd pour rentrer dans un trafic, j'arnaque le surveillant. C'est à nouveau un problème éducatif.

17) Faut-il accorder plus de droits aux détenus ?

Ils sont nécessaires pour apporter un contexte digne mais il faudrait aussi en parallèle une institution qui leur rappelle leurs devoirs. Ces droits donnent l'image que c'est une protection aux détenus derrière laquelle ils peuvent se cacher. Il faut un cadre pour les détenus. Le modèle canadien est assez intéressant à ce niveau là : ils ont le choix entre quinze ans de prison ou deux ans dans un camp de redressement. Chez ceux qui restent dans le camp le taux de récurrence est très faible par rapport au taux à la sortie de prison.

18) Dans votre profession quels changements faudrait-il envisager ?

Revoir le statut de l'agent, arrêter d'envoyer tout et n'importe qui en prison. Il doit être une image qui reflète quelque chose de positif. Il faut revaloriser la fonction apportant une image positive par la société et par le détenu. On brasse trop de différences, de nombreux agents trafiquent, eux aussi profitent du système. L'agent a un statut de fonctionnaire bien souvent statutaire, ce qui fait qu'on peut s'en foutre du système. Il n'y a déjà pas de cadre au niveau de la profession, comment le détenu peut-il avoir une référence dans ce cas ?

**ANNEXE III – INTERVIEW JOELLE LIZIN, PSYCHOLOGUE A L ASBL
« CAPITI » ET AUX PRISONS DE FOREST, ITTRE, SAINT-GILLES ET
BERKENDAEL,
27 JUILLET 2016**

1) Quel est votre métier et en quoi consiste t-il ?

Je suis psychologue, psychothérapeute, hypnothérapeute et tabacologue. Je suis engagée par une ASBL « Capiti » subsidiée par la Communauté française. Cette ASBL intervient en milieu carcéral et après la détention et il y a une spécialisation de dépendance en lien avec le milieu carcéral et la justice. On ne travaille que sur demande, je vais à la rencontre des gens incarcérés et qui font la demande d'un suivi psychologique de manière personnelle ou orientée.

2) Quelle différence pouvez vous établir entre la toxicomanie dans la société libre et en milieu carcéral ?

L'accès au produit est tout à fait différent. En milieu carcéral on a affaire à des personnes ayant soit une histoire de vie, soit une personnalité, bien particulière et qui sont du coup dans une non gestion complète de la consommation de produits. En revanche, au sein de la population générale il y a la plupart du temps une gestion minimum qui fait qu'en dehors du milieu carcéral les gens qui consomment n'en arrivent pas à un comportement délinquant. Ceux qui sont incarcérés puisqu'ils le sont, ont d'office un comportement délinquant et donc d'autres problèmes sociaux et ou psychologiques associés, une comorbidité quand même importante.

3) La consommation de médicaments psychotropes peut-elle considérée comme problématique ?

Oui bien sûr. Il y a déjà tous ceux à qui on prescrit des médicaments et qui ne les prennent pas forcément comme on leur a prescrits. Il y a aussi ceux qui thésaurisent pour pouvoir à un moment

se faire un shoot ou qui utilisent ces médicaments pour entamer un marché noir. Dans le marché noir ces médicaments font partie des produits les plus revendus et les plus utilisés et cela engendre des problèmes. Mais comme on a affaire à des personnalités particulières, en cellule, en règle générale, à plusieurs, l'enfermement est difficile à supporter. Ces médicaments sont utilisés pour qu'ils puissent faire face à cette réalité là. Plus particulièrement, en maison d'arrêt. C'est un moment particulier du parcours judiciaire, puisque le dossier est à l'instruction ils ne sont pas encore condamnés. C'est une période particulièrement tendue pour eux, donc à un moment donné, il faut les aider pour qu'ils ne pètent pas un câble.

4) *Qu'est-il mis en place au niveau des actions de prévention par rapport à la toxicomanie en prison?*

Plein de choses et pas grand chose. Il y a un tas de service internes et externes par rapport à ça. Apporter une aide sociale et ou psychologique à quelqu'un, l'aider à faire face à sa situation, ça diminue le risque de consommation même si il n'y a pas de miracle. Il y a les services psycho sociaux internes à chaque prison composés de deux équipes : l'équipe soin et l'équipe expertise. La première est très attentive au problème de la toxicomanie sans compter que dans un certain nombre de prisons il y a le groupe local de pilotage drogues qui s'occupe exclusivement de ces problèmes de consommation. Là on retrouve des professionnels de toutes sortes qui interviennent en milieu carcéral ; assistants sociaux internes ou externes, gardiens, médecins, tous ceux qui s'intéressent et sont prêts à s'intéresser à ce type de problème là. Par ailleurs, chaque prison a son mode de fonctionnement particulier. A Forest par exemple il y a la huitième gauche où tous les toxicomanes sont regroupés avec leur accord et où il y a tout un travail et une prise en charge spécifique à ce problème-là.

5) *Quel est le point de contact central pour les toxicomanes ?*

Les détenus sont informés de l'existence des ASBL extérieures par les services internes. La réalité est qu'il y a de moins en moins d'ASBL qui ont accès à l'intérieur des murs donc l'offre d'aide se réduit pour des questions de budget, de politique carcérale et de politique au sens large. Mais ils sont informés et ont la possibilité de rencontrer quelqu'un, soit de l'équipe soin, soit

d'une ASBL comme Capiti pour être entendu, pour avoir une visite et là on voit au cas par cas ce qu'on peut faire.

6) *Comment est réalisé le repérage des addictions ?*

Il y a d'office des contrôles mis en place ne fut-ce que d'un point de vue sécuritaire. Cela reste illégal de consommer de la drogue même si l'on sait que cela existe. Tous les professionnels et agents pénitentiaires vous diront que s'il n'y avait pas ne fut-ce que le cannabis, ça serait ingérable. Mais ça n'empêche qu'il y a des contrôles réguliers, des fouilles au corps et de cellule. Il peut y avoir une brigade canine chargée de repérer à l'odeur qui est porteur d'un produit illicite. Concernant les contrôles médicaux, s'il n'y a pas de motivation judiciaire, l'accord de la personne est obligatoire.

7) *Est-il donc souhaitable d'éradiquer totalement la drogue de prisons sachant que ça exploserait ?*

Etant donné les conditions carcérales, non. Actuellement elles sont beaucoup trop dures, il n'y a pas les budgets pour rendre les choses vivables. Quand ils sont à trois, quatre par cellule, qu'ils n'ont pas de visite il faut quand même qu'ils aient un échappatoire. A Saint-Gilles, ça fait de longs mois qu'ils n'ont plus accès à la bibliothèque etc... parce qu'ils sont en manque de personnel. C'est encore plus difficile, ils n'ont pas accès de façon correcte aux installations sanitaires à cause la surpopulation carcérale et un manque d'effectifs. Comme ça c'est une poudrière.

8) *Qu'en est t-il de la consommation de tabac et alcool ?*

Etonnamment il y a pas mal de consommation d'alcool. Ca vient de l'extérieur par les visiteurs, par ceux qui rentrent de congés pénitentiaires ou de sorties spéciales. Puis il y a des chimistes qui en créent avec un fruit qu'ils font fermenter, du sucre et ça se transforme en alcool.

9) *Les dispositifs de réductions des risques liés à l'usage de drogue sont-ils accessibles ?*

Ils ont la possibilité d'avoir accès à des produits tels que des seringues stériles, de l'eau de javel etc... Cela reste délicat de commander ce type de produits à la cantine ou aux services médicaux. D'un point de vue sanitaire cela devrait être beaucoup plus accessible car c'est un risque important. Si on peut éviter aux gens de contracter une maladie grave et éventuellement de la transmettre par la suite ça serait ça de gagné.

10) *Comment se passe le suivi psychologique du toxicomane ?*

Les voir régulièrement est fonction des possibilités, il se peut qu'on soit surchargé de travail. Trois fois sur quatre on parvient à les voir une fois par semaine. Cela se passe comme un entretien classique, sauf le cadre qui est différent.

11) *Pouvez-vous constater des changements concrets suite à l'adoption de la loi de principes ?*

Peu, car si elle est très intéressante elle reste très difficile à appliquer dans la réalité à cause des conditions carcérales et des limites de ce que chacun peut faire avec le matériel dont il dispose, de sa disponibilité. C'est un beau projet mais difficilement applicable.

12) *Qu'attendez-vous comme changements concrets pour améliorer vos conditions de travail au sein des prisons ?*

La difficulté est quand on vient s'entrechoquer entre l'aspect sécuritaire et ce qu'on voudrait offrir aux gens. Par exemple, à Saint-Gilles les consultations se font dans les couloirs, à table. Au niveau du secret professionnel c'est compliqué car tout s'entend. Si seulement on pouvait avoir accès à un parloir ou une cellule cela changerait déjà beaucoup de choses. Pour moi cela rencontre un des principes importants de la loi de principes dans l'idée du respect des droits de l'homme de base, en tant qu'être humain.

13) Faut il toujours incarcérer les toxicomanes ? Quelles sont les alternatives ?

C'est une question qui fait débat. Pour moi non ils n'ont pas leur place en prison mais c'est du cas par cas. Il y a lieu de voir quel est le problème de base. Est-ce que le comportement délinquant découle de manière directe du problème toxicomaniaque ou est-ce l'inverse ? Si on a un malade en face soi il faut d'abord le soigner ensuite on peut discuter de la manière de le punir puis voir quelle type de punition envisager. L'incarcération n'est pas forcément la meilleure solution. Il y a aussi le type de fait qui a été perpétré qu'il faut prendre en compte. Quand on voit qu'un comportement sur deux en Belgique est lié à la consommation d'alcool cela pose question. Sous alcool il se passe des chose extrêmement graves où il y a parfois mort d'homme. Dans l'absolu est ce qu'il y a lieu de ne pas punir ? On devrait imaginer, sans faire des ghettos, une structure intermédiaire où on met l'accent sur le soin face à ce type de problème avec une politique punitive également mais qui ne désinsère pas la personne de la société et qui permettrait que cette personne n'entre pas en contact avec d'autres types de détenus. Car la prison reste l'école du crime. C'était l'idée il y a quelques années, une aile primaire avait été créée à Saint-Gilles par le directeur. Ainsi, toute personne incarcérée pour la première fois, donc tout primaire incarcéré dans une aile spécifique et avait un régime carcéral un peu différent mais surtout où il n'avait pas de contact avec d'autres détenus. Le projet était de voir si ça changeait la donne quant à la récidive et à la rechute. Et les résultats se sont avérés positifs mais cela n'a pas pu continué faute de budget et de surpopulation carcérale.

14) La loi sur les stupéfiants est-elle encore cohérente ?

Ce que je regrette c'est que dans la réalité des faits pour les plus petits délits, on attende qu'il y ait un certain nombre de petits délits avant d'en arriver à une position punitive. A ce moment là toutes les petites condamnations précédentes s'additionnent et on se retrouve avec des gens condamnés à des trois, quatre ans de prison alors qu'au niveau du type de faits il n'y a eu que des petits délits. Mais comme le système ne les a jamais réellement arrêtés avant d'en arriver là, ils n'ont jamais saisi la gravité de ce qu'ils faisaient et ont continué avant qu'une plus grosse

condamnation leur tombe dessus. Le système n'est donc pas du tout adapté à ce type de profils et il y en a un certain nombre.

15) Des mesures de préventions sont-elles mises en place?

On recourt de plus en plus à la médiation pénale. C'est une belle idée et ça donne la possibilité aux gens de réaliser qu'ils sont mal partis. Le suivi psychologique fait souvent partie des obligations dans le cadre de la médiation pénale. C'est un bon intermédiaire, mais là on est déjà dans le cadre judiciaire et répressif.

Il devrait y avoir des actions de prévention et d'information au niveau du public par rapport aux dangers de la consommation et de ses conséquences. Dans les écoles, la prévention primaire n'est pas la plus efficace. Les parents devraient-ils être mieux informés ?

16) Les détenus toxicomanes sont-ils marginalisés ?

Je n'en ai pas l'impression. Ils représentent une grande partie de la population carcérale à Bruxelles et en tout cas il est donc difficile de les exclure. Là où on rencontre de la discrimination c'est par rapport à un profil héroïnomanie pur et dur que l'on retrouve de moins en moins. Eux effectivement sont un tableau clinique très impressionnant, ont une mauvaise hygiène. Ils sont forts abimés, dégagent une odeur désagréable et sont souvent porteurs de maladie. Là on a tendance à s'en éloigner et à s'en protéger.

17) Les détenus toxicomanes sont-ils accompagnés d'un suivi psychologique à la sortie ?

Oui, dans nonante-cinq pour cent des cas dans la population que nous rencontrons, ils ont une obligation de suivi psychologique. Car rares sont ceux qui sont allés à fond de peine. Ces derniers, en revanche, n'ont plus de compte à rendre. Mais dans la majorité des cas ils sortent en conditionnelle ou avec un bracelet et là c'est quasiment systématique, ils ont une injonction de soins, ça fait partie des conditions. La plupart du temps les gens sont demandeurs de continuer à l'extérieur le travail qui avait débuté intra muros, qu'ils aient l'obligation ou non. On s'efforce de maintenir ce lien et de voir la personne régulièrement.

Je travaille pour Capiti depuis 1996 et je peux constater qu'il y en a qui s'en sortent même si statistiquement ce n'est pas la majorité. C'est essentiel de maintenir toutes ces mesures et offres d'aide pour eux, que ce soit dans l'intérêt de la personne libérée ou dans celui de la société.

Aider quelqu'un à sortir du comportement délinquant ou toxicomane va aussi protéger la société, il faut avoir les deux regards.

17) Que dire à la population en général pour la sensibiliser à la question des droits des détenus, à leurs conditions de détention et qu'est-ce qui bloque au niveau politique ?

Il faudrait informer la population, les gens ne réalisent pas ce qu'est d'être incarcérés. Il y a beaucoup de fantasmatique autour de la question de la prison. Il y a beaucoup de gens qui pensent qu'ils sont là nourris, logés, blanchis. Si les gens savaient comme c'est dur, peut-être auraient-ils un regard différent ? Au niveau politique ça ne fait pas partie des priorités du moment, il faudrait une politique à long terme qui n'est pas compatible avec une politique qui change tous les cinq ans. En plus, le climat actuel est un climat de terreur par rapport aux problèmes de terrorisme qui rend la société encore plus répressive. Ceci ne rendra pas les conditions d'emprisonnement plus douces. Plus les gens ont peur, plus le discours sera répressif même si c'est contreproductif. Les gens sortant de là sont tellement révoltés. S'ils ont été privés de leurs droits fondamentaux, s'ils ont été violentés d'une manière ou d'une autre ils vont être révoltés contre le système ce qui ne va pas les aider à se remettre en question. Au lieu de pouvoir réaliser qu'ils sont auteurs de faits graves, ils se définissent en victimes du système parce qu'il est trop dur. Ce n'est pas compatible avec un regard répressif.

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION GENERALE	3
TITRE I – LES SOINS DE SANTE EN PRISON	5
CHAPITRE I – LES SOINS DE SANTE EN PRISON : NOTIONS INTRODUCTIVES ET BASES JURIDIQUES	7
<u>Section I – Notions introductives</u>	7
§1. La fragilité des détenus.....	7
§2. Les carences de soins de santé en prison.....	8
<u>Section II – Bases juridiques</u>	10
§1. L'état doit fournir des soins de qualité.....	10
§2. L'organisation des soins de santé en prison.....	11
a) L'examen médical à l'admission.....	11
b) Les examens médicaux et paramédicaux en détention.....	12

c) Le recours du détenu au médecin de son choix.....	12
d) Le transfert vers un centre médical pénitentiaire ou un hôpital.....	14
e) Médiation.....	14

**CHAPITRE II – L’ARTICLE 3 DE LA CONVENTION
EUROPEENNE DES DROITS DE L HOMME.....16**

INTRODUCTION.....16

Section I – Définitions des termes clefs contenus au sein de l’article 3 de la
CEDH.....17

§1. Torture.....17

§2. Traitement inhumain.....17

§3. Traitement dégradant.....17

Section II – Le seuil minimal de gravité et le critère de l’appréciation relative.....18

Section III – Les obligations découlant de l’article 3 de la CEDH.....18

CHAPITRE III – LE DROIT BELGE.....19

Section I – La Constitution.....19

Section II – Le Code pénal.....19

Section III – La loi de principes du 12 janvier 2005.....20

**CHAPITRE IV – LES SOINS DE SANTE EN PRISON AU
REGARD DE L ARTICLE 3 DE LA CONVENTION
EUROPEENNE DES DROITS DE L
HOMME**.....22

Section I – Principes généraux.....22

Section II – L’obligation de soins.....23

§1. S’assurer que l’état de santé du détenu est compatible avec la détention.....23

§2. Offrir des soins médicaux appropriés.....23

§3. Adapter les conditions générales de la détention à ce que réclame l’état de santé des
détenus.....24

Section III – La consultation par un médecin de son choix.....24

Section IV – Les traitements sous contrainte.....24

<u>Section V – La prévention du suicide</u>	25
CONCLUSION.....	27
TITRE II – LA TOXICOMANIE EN MILIEU CARCERAL	29
CHAPITRE I – PRESENTATION DE LA PROBLEMATIQUE A TRAITER	29
<u>Section I – Notions introductives</u>	29
§1. Définition de la toxicomanie.....	29
§2. Cadre légal en vigueur en Belgique.....	30
§3. Le phénomène de la toxicomanie au sein de la société libre.....	30
§4. Le phénomène de la toxicomanie en milieu carcéral.....	31
CHAPITRE II – La toxicomanie en détention	35
<u>Section I – La poursuite de la consommation en prison</u>	35
§1. Les entrées clandestines de drogue illicite.....	35
§2. Moyens de contrôle.....	36

§3. La drogue licite – consommation de médicaments psychotropes.....37

Section II - Politique et programmes en matière de drogue.....38

§1. Formation du personnel pénitentiaire.....38

§2. Information et prévention.....38

a) A destination des détenus.....38

b) Actions de prévention.....39

§3. Programme pour détenu toxicomane.....39

a) Traitement de substitution39

b) Point de contact central pour les toxicomanes.....41

Section IV – Organisation de la prise en charge des addictions en prisons.....42

§1. Comment doit être réalisé le repérage des addictions ?.....42

§2. La consommation de tabac et d'alcool est-elle autorisée en prison ?43

§3. Quel suivi médical doit être proposé aux personnes dépendantes à la drogue ?.....44

§4. Quelle est la place du support médicamenteux dans le déroulement de l'incarcération ?.....45

CHAPITRE III – PRISON ET PRATIQUES A RISQUES	46
<u>Section I – Pathologies carcérales</u>	46
§1. Echange de seringues.....	46
§2. Salles de consommation.....	48
§3. Détenus séropositifs, sidéens ou malades.....	49
a) La marginalisation des détenus séropositifs et sidéens.....	49
b) Les surveillants face au sida.....	50
CHAPITRE IV – REPRESSION OU SOINS ?	52
<u>Section I - Le système répressif et prohibitif dans la gestion des usagers de drogues illicites</u>	52
§1 - Répression ou soins ?.....	52
§ 2- Enjeux politiques.....	54
<u>Section II – Réinsertion : le retour à la liberté et à la drogue</u>	55
CONCLUSION GENERALE	59
<u>BIBLIOGRAPHIE</u>	62

ANNEXE I.....	74
ANNEXE II.....	82
ANNEXEIII.....	88
<u>TABLE DES MATIERES</u>	95

