

RECOvery in PRISon *bis* (RECO-PRIS *bis*)

Evaluatie van het pilootproject in drie Belgische gevangenissen

Uitbreiding van het RECO-PRIS onderzoek

Onderzoeksrapport

Onderzoekers / Chercheurs

El-Amine Zerrouk & Elodie Schils

Promotoren / Promoteurs

Stijn Vandevelde, Freya Vander Laenen, Wouter Vanderplasschen, Charlotte Colman, Eric Maes & Benjamin Mine

Universiteit Gent

Nationaal Instituut voor Criminalistiek en Criminologie

Onderzoekers :

El-Amine Zerrouk, Vakgroep Orthopedagogiek, UGent

Elodie Schils, Vakgroep Orthopedagogiek, UGent

Promotoren :

Prof. dr. Stijn Vandeveld, Vakgroep Orthopedagogiek, UGent (coördinator)

Prof. dr. Freya Vander Laenen, Vakgroep Criminologie, Strafrecht en Sociaal Recht, UGent

Prof. dr. Wouter Vanderplasschen, Vakgroep Orthopedagogiek, UGent

Prof. dr. Charlotte Colman, Vakgroep Criminologie, Strafrecht en Sociaal Recht, UGent

dr. Eric Maes, Nationaal Instituut voor Criminalistiek en Criminologie (NICC)

dr. Benjamin Mine, Nationaal Instituut voor Criminalistiek en Criminologie (NICC)

Avant-propos / Woord vooraf

Le présent rapport décrit les résultats du projet de recherche 'RECOvery in PRISon *bis*' (RECO-PRIS *bis*). Cette recherche est l'extension d'une étude récemment achevée (RECO-PRIS) visant à évaluer un modèle de prise en charge des détenus consommateurs de drogues. Ces projets pilotes ont été mis en œuvre depuis décembre 2017 dans les prisons de Hasselt, Lantin et le complexe pénitentiaire de Bruxelles (Saint-Gilles et Berkendael) et sont actuellement prolongés jusqu'en fin juillet 2022. Par le biais d'une méthode mixte, le premier projet de recherche (RECO-PRIS) s'est intéressé, entre autres, à des problématiques diverses telles que l'efficacité et utilisation d'instruments de screening en milieu pénitentiaire, l'éventuelle synergie et possibilité d'implémentation des instruments BelRAI mais également à l'identification des conditions préalables nécessaires au développement de ces instruments de screening et des modèles de traitement. L'étude a abouti à des recommandations politiques et pratiques à l'attention des projets pilotes mais également des prisons dans lesquelles les projets exercent leurs missions. La présente recherche a été commanditée par le SPF Santé publique, Sécurité de la chaîne alimentaire et Environnement (SPF SPSCAE). L'étude s'est déroulée du 15 janvier 2021 au 30 septembre 2021 et a été réalisée par une équipe de chercheurs affiliés à l'Université de Gand (Ugent), plus précisément aux départements d'Orthopédagogie et de Criminologie, Droit pénal et Social, ainsi qu'à l'Institut National de Criminalistique et de Criminologie (INCC). Les objectifs de cette dernière furent d'investiguer plus avant la sélection et la mise en œuvre d'un instrument de screening et d'obtenir une définition claire d'un parcours de soins optimal (y compris après la détention) pour les détenus consommateur de drogues. En outre, un guide de bonnes pratiques a également été rédigé et rassemble les lignes directrices/préconditions essentielles à la mise en œuvre d'un tel projet pilote dans d'autres prisons du pays.

Le présent rapport se compose de trois parties. La première partie contextualise la recherche et précise les questions de recherche, la planification de l'étude et la méthodologie utilisée. La deuxième partie se concentre sur les résultats de recherche et se divise en quatre chapitres répondant respectivement à une ou plusieurs questions de recherche. Enfin, la troisième partie du rapport présente les conclusions et recommandations issues de la recherche. Étant donné la nature du terrain de recherche et la provenance des projets (deux projets francophones et un projet néerlandophone), le rapport de recherche a été alternativement rédigé en français et en néerlandais (version mixte).

L'équipe de recherche tient à remercier les membres du comité de guidance 'Drogues et Détention' pour leurs commentaires et suggestions constructives tout au long de notre projet de recherche.

L'équipe de recherche tient également à remercier chaleureusement tous les membres des projets pilotes pour leur collaboration et investissement durant cette étude ainsi que pour leur participation aux diverses activités de recherche. Nous sommes conscients du travail supplémentaire engendré dans le cadre de cette collaboration et nous leur adressons nos plus chaleureux remerciements.

Nous tenons également à remercier toutes les personnes ayant participé de près ou de loin à notre étude par le biais de nos diverses activités de recherche : personnel de l'administration pénitentiaire, personnel des services médicaux, acteurs politiques. Merci pour vos idées, commentaires éclairés et partage d'expériences.

Enfin, nous tenons à remercier nos collègues de l'Ugent et de l'INCC ayant pris part à notre recherche pour leur soutien scientifique et leurs précieux apports et contributions.

INHOUDSTAFEL / TABLE DES MATIERES

DEEL I – CONTEXT VAN HET ONDERZOEK	9
1. ACHTERGROND VAN DE STUDIE	1
1.1 <i>Pilootprojecten in drie Belgische gevangenissen</i>	1
2. HET RECO-PRIS _{BIS} ONDERZOEKSPROJECT	2
2.1 <i>Onderzoeksvragen</i>	2
2.2 <i>Onderzoeksdesign en planning</i>	3
3. APERÇU GÉNÉRAL DE LA MÉTHODOLOGIE EMPLOYÉE	6
3.1 <i>Collecte des données</i>	6
3.2 <i>Analyse des données</i>	7
4. FONCTIONNEMENT ACTUEL DES PROJETS PILOTES (SITUATION ENTRE JUIN ET AOÛT 2021)	9
4.1 <i>Drugs&Detentie (D&D) (Hasselt)</i>	9
4.2 <i>MACADAM (Lantin)</i>	11
4.3 <i>Drugs Lab (Saint-Gilles)</i>	12
PARTIE II – RESULTATS DE RECHERCHE	14
1. LITERATUURSTUDIE	15
1.1 <i>Overzicht van de literatuur omtrent de screening, assessment en behandeling van gedetineerden met een middelenproblematiek in de gevangeniscontext</i>	15
1.1.1 Overzicht van de literatuur omtrent screeningsinstrumenten voor stoornissen in het middelengebruik in gevangenissen	16
1.1.2 Overzicht van de literatuur omtrent assessment voor stoornissen in het middelengebruik in gevangenissen	21
1.1.3 Overzicht van de literatuur omtrent de meest doeltreffende behandelingsmodellen	23
1.1.3.1 <i>Therapeutische gemeenschappen</i>	23
1.1.3.2 <i>Substitutiebehandelingen</i>	24
1.1.3.3 <i>Cognitieve gedragstherapie (CGT)</i>	26
1.2 <i>Interculturele aspecten in de Belgische gevangenissen</i>	27
2. SCREENING: QUEL EST L'OUTIL DE DÉPISTAGE LE PLUS EFFICACE EN MILIEU CARCÉRAL ?	33
2.1 <i>Méthode</i>	33
2.1.1 Collecte des données	33
2.1.2 Analyse des données	34
2.2 <i>Développement d'une procédure et d'un instrument de screening uniformes pour les services médicaux et pour les projets pilotes (RECO-PRIS)</i>	34
2.3 <i>Modification du questionnaire commun aux projets pilotes : version 9 (février-avril 2021)</i>	35
2.4 <i>Faisabilité et intégration des instruments BelRAI/InterRAI</i>	36
2.4.1 Brief Mental Health Screener (BMHS InterRAI)	37

2.4.2 InterRAI Correctional Facilities (InterRAI CF)	39
<i>2.5 Quel est le moment optimal pour détecter les détenus grâce à l'outil de dépistage ?</i>	41
3. ENREGISTREMENT : QUELS SONT LES PROFILS DES UTILISATEURS ET QUELLE EST LEUR PROPORTION PAR RAPPORT À L'ENSEMBLE DE LA POPULATION CARCÉRALE ?	44
3.1 Méthode	44
3.1.1 Collecte des données	44
3.1.2 Analyse des données	47
3.2 Résultat du screening au sein des projets pilotes	47
3.2.1 MACADAM (Lantin)	48
3.2.2. Drugs Lab (Saint-Gilles)	53
3.2.3 D&D (Hasselt)	59
3.2.4 Conclusie	64
3.3 Feedback des projets pilotes sur l'utilisation du questionnaire	66
4. PRISE EN CHARGE	71
4.1 Methode	71
4.1.1 Dataverzameling	71
4.1.2 Data-analyse	72
4.2 Over welke profielen voor drughulpverlening in detentie moet een zorgteam beschikken met oog voor de inherente interculturele aspecten van de penitentiaire context?	72
4.3 Définition d'un parcours de soins optimal	74
4.4 Répartition des tâches entre services internes et services externes	78
PARTIE III - CONCLUSION	84
1. CONCLUSION GÉNÉRALE	85
RÉFÉRENCES	105
ANNEXES	I
ANNEXE 1 : PLANNING DES INTERVISIONS	II
ANNEXE 2 – ALTERNATIVES PROPOSÉES AUX SUGGESTIONS DES PROJETS	III
ANNEXE 3 – GUIDE D'UTILISATION DU QUESTIONNAIRE (PROJETS PILOTES)	XVI
ANNEXE 4 – QUESTIONNAIRE COMMUN AUX PROJETS PILOTES	XVIII
ANNEXE 5 – QUESTIONNAIRE À DESTINATION DES SERVICES MÉDICAUX	XXXIII
ANNEXE 6 – GUIDE D'UTILISATION DU QUESTIONNAIRE (SERVICES MÉDICAUX)	XXXIV
ANNEXE 7 – DOCUMENT DE CONSENTEMENT POUR LES PARTICIPANTS À L'ÉTUDE D'ENREGISTREMENT	XXXV

Lijst met gebruikte afkortingen / Liste des abréviations utilisées

BMHS	Brief Mental Health Screener
CAP	Clinical Assesment Protocols
DEBA A/D	Dépistage/Évaluation du Besoin d'Aide – Alcool/Drogues
DSM-IV	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
ECCD	Échelle des Conséquences de la Consommation de Drogues
ESD	Échelle de Sévérité de la Dépendance
EQDP	European Questionnaire on Drug use among Prisoners
FOD	Federale Overheidsdienst
InterRAI CF	InterRAI Correctional Facilities
JWW	Justitieel Welzijnswerk
KCE	Belgian Health Care Knowledge Centre – Centre fédéral d'expertise des soins de santé – Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg
MASS	Maison d'Accueil Socio-Sanitaire
NICC	Nationaal Instituut voor Criminalistiek en Criminologie
PSD	Psychosociale dienst
RDR	Réduction Des Risques
RGPD	Règlement Général sur la Protection des Données
SPF	Service Public Fédéral
SPS	Service Psycho-Social
TDI	Treatment Demand Indicator
VGGZ	Vereniging Geestelijke Gezondheidszorg
VHC	Virus de l'Hépatite C
VIH	Virus de l'Immunodéficience Humaine

DEEL I – CONTEXT VAN HET ONDERZOEK

1. Achtergrond van de studie

1.1 Pilootprojecten in drie Belgische gevangenissen

De FOD Volksgezondheid werkt, in samenwerking met FOD Justitie en het RIZIV, aan het verder ontwikkelen van een algemeen gezondheidsbeleid alsook een multidisciplinaire behandeling voor gedetineerden met een middelengebruikproblematiek (Vander Laenen, 2019). Om de kwaliteit van de zorg voor middelengebruikers in de gevangenissen te optimaliseren (Mistiaen et al., 2017), heeft de federale Minister van de Volksgezondheid in december 2017 een **pilootproject** gestart in drie Belgische gevangenissen: Hasselt, Lantim en het Brussels Penitentiair Complex (Sint-Gillis en Berkendael). Het pilootproject heeft tot doel om een drughulpverleningsprogramma voor personen in detentie te ontwikkelen, uit te werken en te testen in de drie gevangenissen. Conform haar bevoegdheid wordt de nadruk gelegd op de versterking van de medische diensten in de gevangenissen. De projecten hadden een initiële looptijd van december 2017 tot eind juli 2020. In augustus 2020 werd beslist tot een bijkomende verlenging van een jaar, tot eind juli 2021 (vierde fase van de pilootprojecten).

De **pilootprojecten hebben volgende doelstellingen** die focussen op het versterken van de medische diensten in de gevangenissen:

- Creëren van een groter draagvlak, en meer betrokkenheid van gedetineerden en (bewakings)personeel (sensibilisering en vorming)
- Snellere en betere identificatie van gedetineerden met een middelengerelateerde problematiek door het gebruik van screeningsinstrumenten
- Tussentijdse evaluatie van deze screeningsinstrumenten
- Een evidence-based en realistisch behandelingsmodel in de vorm van een zorgtraject dat een globale en geïntegreerde aanpak beoogt van het drugsgebruik van de gedetineerde, inclusief de post-detentieperiode
- Vorming van projectmedewerkers en van het personeel van de medische dienst inzake het gebruik van de screeningsinstrumenten
- De begeleiding van/zorg voor gedetineerden met een middelengerelateerde problematiek en inzake de specificiteit van de (drughulpverleningscontext in de) gevangenis
- Stimuleren van een vlotte samenwerking en betere uitwisseling van informatie en kennis tussen de betrokken (interne en externe) hulpverleners van de gedetineerde met het oog op een betere continuïteit van zorg

2. Het RECO-PRIS*bis* onderzoeksproject

2.1 Onderzoeksvragen

RECOPRIS-bis bouwt verder op het RECOPRIS onderzoek dat als doel had pilootprojecten te evalueren die erop gericht zijn om een drughulpverleningsprogramma voor personen in detentie uit te werken in drie Belgische gevangenissen (Hasselt, Lantin en in het Brussels Penitentiair Complex (Sint-Gillis en Berkendael)). Het onderzoeksproject liep van januari 2019 tot en met 31 augustus 2020.

De centrale doelstelling van RECOPRIS-bis bestaat uit het verlenen van wetenschappelijk advies aan de FOD VVVL met betrekking tot de uitrol van het pilootproject 'drughulpverleningsmodel in drie gevangenissen' (Hasselt, Lantin en Brussels Penitentiaire complex (Berkendael en Sint-Gillis)). Deze adviesverlening heeft betrekking op:

- a. De selectie en invoering van een screeningsinstrument dat rekening houdt met de mogelijke synergiën/de haalbaarheid i.v.m. het BELRAI-instrument.
- b. De definitie van een optimaal zorgtraject (inclusief post-detentie) voor gedetineerden met een drugproblematiek in de gevangenis.
- c. De uitwerking van een gids voor de invoering in andere gevangenissen van de geteste activiteiten en/of het geteste systeem, waarvan de efficiëntie werd aangetoond in het pilootproject.

Deze doelstelling kan vertaald worden in de volgende onderzoeksvragen:

1. Wat is het meest adequate behandelingsmodel voor de middelengerelateerde problematieken in de Belgische gevangenissen?

In dat verband stellen zich de volgende deelvragen:

- Wat is het optimale tijdstip om de gedetineerde op te sporen via het screeningsinstrument?
- Welke activiteiten, uitgewerkt via het pilootproject, zouden deel moeten uitmaken van de medische dienstverlening van de gevangenis? Voor welke activiteiten geniet een beroep doen op externe diensten de voorkeur?
- Over welke profielen moet een zorgteam voor drughulpverlening in detentie beschikken met aandacht voor de inherente interculturele aspecten van de penitentiaire context?
 - 1) Welke profielen van gebruikers bestaan er?
 - 2) Wat is hun aandeel ten opzichte van het geheel van de gevangenispopulatie?

- Wat is het meest efficiënte screeningsinstrument voor de middelengerelateerde verslavingsproblematiek in de gevangenissen?
2. Wat is het meest adequate opvolgings- en evaluatie-instrument voor (a) de professionals op het terrein en (b) de overheid in functie van het garanderen van beleid voor een kwaliteitsvolle behandeling van middelengerelateerde problematieken in een gevangenissetting?
 3. Wat zijn de vereiste voorwaarden en acties om de goede praktijken en de geteste activiteiten en/of het geteste systeem, waarvan de efficiëntie werd aangetoond in het pilootproject, in te voeren in de andere gevangenissen van het land?

2.2 Onderzoeksdesign en planning

Om de vragen te beantwoorden werd gebruik gemaakt van een **multi-methodisch onderzoeksdesign** bestaande uit een literatuurstudie, kwalitatieve en kwantitatieve onderzoeksmethoden opgesplitst in **3 werkpakketten (WP)**. In onderstaande tabel worden de onderzoeksvragen, de gehanteerde gegevensbronnen, de methode en de timing voor elk van deze werkpakketten schematisch voorgesteld. Voor een gedetailleerde overzicht van de methoden verwijzen we u naar ‘Chapitre 3: Aperçu général de la méthodologie employée’.

Overkoepelend werden **maandelijkse intervisiebijeenkomsten** georganiseerd waaraan zowel de onderzoekers, medewerkers van de pilootprojecten en vertegenwoordigers van de medische diensten van de gevangenissen participeerden (zie Bijlage 1 voor de agenda en de inhoudelijke thema’s). Actieve uitwisseling van kennis, discussie en overleg tijdens deze intervisiegroepen leverde extra informatie en knowhow op voor de verschillende werkpakketten en is ondersteunend geweest voor de projectmedewerkers.

Het onderzoeksproject werd opgevolgd door een begeleidingscomité onder voorzitterschap van de FOD VVVL. Het begeleidingscomité heeft vergaderd in aanwezigheid van het onderzoeksteam op 24/02/2021, op 16/06/2021 en op 24/08/2021.

Het onderzoeksopzet werd ter goedkeuring voorgelegd aan de Ethische Commissie van de Faculteit Psychologie en Pedagogische Wetenschappen van de Universiteit Gent.

WP	Onderzoeksvragen (cf. 1.2)	Methode	Timing
WP 1	Wat is het meest efficiënte behandelingsmodel voor de middelengerelateerde problematieken in de Belgische gevangenissen? In dat verband stellen zich (minimaal) volgende deelvragen:	<i>Algemeen:</i> Literatuuronderzoek Intervisiebijeenkomsten Focusgroep(en) Hieronder wordt kort aangegeven <i>welke specifieke methode per onderzoeksvraag</i> wordt gebruikt.	
	1.1. Wat is het optimale tijdstip om de gedetineerde op te sporen via het screeningsinstrument bedoeld in punt 1. a.?	Aanbevelingen op basis van literatuur Intervisiegesprekken	01/21–02/21
	1.2. Welke activiteiten die werden uitgewerkt via het pilootproject zouden deel moeten uitmaken van de medische dienstverlening van de gevangenis? Voor welke activiteiten geniet een beroep doen op externe diensten de voorkeur?	Focusgroep Bespreking begeleidingscomité	03/21–05/21
	1.3. Over welke profielen voor drughulpverlening in detentie moet een zorgteam beschikken met oog voor de inherente interculturele aspecten van de penitentiaire context?	Literatuur Intervisiebijeenkomsten Focusgroep	01/21–05/21
	1.4. Welke profielen van gebruikers zijn er en wat is hun aandeel ten opzichte van het geheel van de gevangenispopulatie? Die inschatting zal dienen voor de programmatie van dit type zorgaanbod in andere gevangenissen.	Registratieonderzoek	03/21–07/21
	1.5. Wat is het meest efficiënte screeningsinstrument voor de middelengerelateerde verslavingsproblematiek in de gevangenissen? Er dient een screenings-instrument uitgewerkt en getest te worden dat rekening houdt met reeds gevalideerde instrumenten zoals BELRAI en de huidige ontwikkelingen in het kader van de hervorming van de (mentale) gezondheidszorg in het gevangeniswezen. Dit instrument moet eenvormig zijn voor alle gevangenissen.	Bespreken en aftoetsen voorstellen tijdens de intervisiebijeenkomsten Finaliseren instrument (Verdere) afname van dit instrument / registratieonderzoek	01/21–02/21
WP 2	Wat zijn de vereiste voorwaarden en acties om de goede praktijken en de geteste activiteiten en/of het geteste systeem, waarvan de efficiëntie werd aangetoond in het pilootproject, in te voeren in de andere gevangenissen van het land?	Intervisiebijeenkomsten Focusgroep (met deelnemers breder dan de projecten/gevangenissen waar de projecten plaatsvinden)	06/21–09/21

WP 3	Valorisatie en aanbevelingen	Rapportage / verdere valorisatie	07/21–09/21

Figuur 1. Schematische voorstelling van de samenhang tussen de onderzoeksvragen, gegevensbronnen en onderzoeksmethoden en timing van 3 werkpakketten

3. Aperçu général de la méthodologie employée

Dans cette section, nous décrirons tout d'abord brièvement les différentes méthodes de recueil des données utilisées afin de récolter les informations souhaitées dans le cadre de notre recherche. Nous y détaillons les objectifs inhérents à chaque méthode employée. Ensuite, nous expliciterons la manière dont les données recueillies ont été analysées. Avant de passer en revue les résultats propres à chaque thématique, la méthode de collecte des données ainsi que la méthode d'analyse de celles-ci seront détaillées dans le but de clairement identifier les étapes préalables ayant mené aux résultats présentés.

3.1 Collecte des données

Dans l'optique de répondre aux questions de recherche énoncées dans la première partie de ce rapport, plusieurs méthodes de recueil de données ont été utilisées :

- Une **revue de la littérature** axée sur la question de recherche 1 (voir *supra*), laquelle est notamment consacrée aux thématiques de dépistage et de prise en charge des détenus consommateurs de drogues avec un focus particulier sur les aspects interculturels liés à ces problématiques ;
- Une **étude d'enregistrement** (ou période de screening test), axée sur la question de recherche 1 et visant à identifier les profils des consommateurs de drogues. Il s'agit, plus précisément, de mieux cerner les caractéristiques spécifiques relatives à la population demandeuse d'aide (en lien avec sa consommation de drogues), lors de l'admission dans le projet pilote. Dans le cadre des questions des recherches 1 et 3, un instrument de screening développé lors de la recherche RECO-PRIS a été modifié en étroite collaboration avec les représentants des projets (voir *infra*). Certaines réunions d'intervision ont d'ailleurs été menées à cet effet. Cet instrument a été développé dans le but d'organiser le screening et l'évaluation dans les projets, de manière uniforme. Ainsi, les caractéristiques des personnes demandeuses d'aide en lien avec leur consommation de drogues et entrant dans les projets pilotes ont été sondées grâce à cet outil. Les tendances prédominantes (aperçus généraux) des populations interrogées ont été analysées de manière globale et non individuelle. Cette **étude d'enregistrement** a pris cours pour une durée de 4 semaines. Par la suite, les représentants des projets pilotes ont été brièvement interrogés sur l'utilisation du questionnaire et ses différents items. L'objectif de cette étude d'enregistrement fut donc double : tester son utilisation/sa faisabilité sur le terrain (voir 3.3) et recueillir des informations sur le profil des détenus consommateurs de drogues entrant dans les projets (voir 3.2) ;

- Des **focus groupes** axés sur les questions de recherche 1 et 2 et consacrés aux instruments de suivi et d'évaluation les plus efficaces pour les professionnels de terrain et le gouvernement en vue de garantir une politique de traitement de qualité des problèmes liés aux substances en milieu carcéral. Plus précisément, les attitudes, l'expertise et l'expérience des membres des projets ainsi que de leurs partenaires internes et externes constituent une source importante d'information. C'est dans cette optique-là qu'ont été organisés deux **focus groupes**. Le premier, ayant rassemblé des acteurs impliqués de près dans les projets, a permis de cartographier les compétences, caractéristiques et expériences du terrain concernant les thématiques de dépistage et de prise en charge des détenus consommateurs mais également d'aborder la problématique des aspects interculturels exemplifiée par le nombre de détenus non belges faisant partie de la population carcérale générale. Par l'implication d'acteurs politiques et de l'administration pénitentiaire, le second focus groupe a visé l'exploration des perspectives du gouvernement en vue de garantir une politique de traitement de haute qualité des problèmes liés aux substances en milieu carcéral. De plus, la participation d'acteurs d'autres prisons que celles dans lesquelles la présence des projets est déjà effective, a permis de mieux comprendre les éléments/conditions pratiques et de contenu qui doivent être pris en compte lors de la mise en place de ces projets dans d'autres prisons du pays. Les deux focus groupes ont été réalisés *online* au vu des mesures sanitaires prises pour limiter la propagation du COVID-19 ;
- Des **réunions d'intervision** mensuelles, principalement axées sur la question de recherche 3, visant à préciser les conditions et actions requises pour mettre en œuvre les bonnes pratiques d'implémentation du projet pilote dans d'autres prisons du pays. Par le biais de ces réunions organisées mensuellement, les membres des projets ainsi que les experts des services médicaux ont été impliqués dans divers aspects de l'élaboration d'un guide de bonnes pratiques visant l'accompagnement et le soutien des détenus consommateurs de drogues. Ces réflexions ont servi à l'identification des compétences et conditions préalables nécessaires afin de parer aux challenges inhérents à l'implémentation de programmes de soins en milieu pénitentiaire. Les réunions d'intervision ont également été effectuées en distanciel afin de respecter les mesures sanitaires prises pour limiter la propagation du COVID-19.

3.2 Analyse des données

La plupart des données recueillies ont fait l'objet d'une **analyse qualitative**, le but étant de mieux comprendre des phénomènes sociaux se déroulant en contexte naturel, tout en prenant en compte l'expérience et le point de vue des participants (Mays & Pope, 1995, p.43). Ainsi, l'analyse qualitative

permet avant tout d'avoir un regard sur une certaine réalité sociale ancrée dans le terrain et dans ses pratiques. Cette méthode d'analyse permet au chercheur de bénéficier d'une richesse de données dont la compréhension se veut approfondie (Kohn & Christiaens, 2014). De même, les données collectées lors de la passation du questionnaire développé ont fait l'objet d'une brève analyse quantitative dans l'optique d'en extraire des informations utiles relatives au profil des détenus usagers de drogues. Ainsi, les informations recueillies par le biais des interviews ainsi que des focus groupes ont donné lieu à une analyse thématique telle que décrite par Braun et Clarke (2006). La procédure d'analyse employée pour analyser les informations récoltées sur chaque thématique sera présentée en détail en début de chapitre.

4. Fonctionnement actuel des projets pilotes (situation entre juin et août 2021)

4.1 Drugs&Detentie (D&D) (Hasselt)

De hieronder gepresenteerde informatie omtrent de werking van het D&D-project is ontleend aan de PowerPoint-presentatie die het project heeft gegeven tijdens de vergadering van het Begeleidingscomité op 16 juni 2021 en de vijfde verlengingsaanvraag van het project ingediend in maart 2021. In augustus 2021 werden ook e-mails uitgewisseld om extra informatie te verkrijgen.

Teamsamenstelling Het D&D-team is samengesteld vanuit een stuurgroep die in 2017 werd opgericht waarin de D&D-coördinator, de beleidscoördinator van de gevangenis, de gevangenisdirecteur en de directeur van het Centrum voor Alcohol en andere Drugsproblemen (CAD) Limburg vertegenwoordigd zijn. In de gevangenis van Hasselt is reeds sinds 2015 een drugsvrije afdeling (DVA) werkzaam, waardoor de werking van D&D kan steunen op een reeds bestaand draagvlak voor drughulpverlening en steun vanuit de directie. Bovendien was de coördinator van D&D ook betrokken bij de opstart van de DVA en is zij werkzaam in de verslavingszorg. Vanuit de directie is er een grote gedragenheid van het D&D aanbod. Ze zijn goed op de hoogte van de doelstelling van het project en dragen deze ook uit. De medewerking van de directie wordt door het D&D-team als essentieel ervaren in het uitbouwen van een zorgaanbod binnen de gevangenismuren. Daarnaast is ook de beleidscoördinator een belangrijke facilitator in de samenwerking met de hulp- en dienstverlening. De werking van het project wordt opgevolgd in de maandelijkse stuurgroepvergaderingen.

Het D&D-team bestaat uit 2 psychologen (50% en 60%), 4 verpleegkundigen (20%, 50%, 50% en 70%), 2 artsen (elk 6u/week), 1 psychiater (4u/week) en 1 coördinator (5u/week) (stand van zaken in augustus 2021). De vraag van zowel (bewakend) personeel, externe partners als gedetineerden zelf, is afgelopen jaar veel toegenomen. Zeker op de secties met beklaagden was en is de nood hoog, waardoor het met dezelfde middelen niet meer haalbaar was om alle beklaagden een aanbod te geven. Vandaar werd er gestreefd naar een opsplitsing binnen de groep beklaagden waarbij verslaving een hoofdcriterium werd. Dit zorgt ervoor dat de groep die nood heeft aan opvolging door D&D meer zichtbaar werd en dus kan het team gerichter en efficiënter werken. Concreet betekent dit dat de sectie 11 wegviel en dat het werkterrein van D&D nu de sectie “21” en “31” (beklaagden), sectie “23” en “33” (veroordeelden) en sectie 13 (drugvrije afdeling).

D&D visie/aanpak De hoofdfocus bij de opstart in 2017 was het creëren van een ruim draagvlak, het maken van verbinding met en tussen alle gevangenisbetrokkenen en het informeren van deze actoren. Ontmoetings- en infomomenten werden georganiseerd voor penitentiair beambten, medewerkers van JWW, PSD, VGGZ, directie, ... Ook relevante externe diensten (e.g. daklozenopvang, de AA, ...) worden bij de werking betrokken.

Het drugbeleid in de gevangenis van Hasselt is gebaseerd op drie pijlers, nl. preventie, regelgeving en behandeling. Vooral het aspect behandeling bleef tot voor de start van het project zeer beperkt. D&D is op deze pijler gericht. Verder is de visie van het project gebaseerd op het bio-psycho-sociaal model en staat hierbij ook het 'hersteldenken' centraal. Ze focussen zich op de vier dimensies van herstel (Vanderstel, 2013): klinisch herstel ('bio'), functioneel ('psycho'), maatschappelijk ('sociaal') en persoonlijk herstel. Het betreft zo een integrale behandeling van stoornissen in het gebruik van middelen die zich richt op de uitlokkende en 'instandhoudende' factoren binnen deze 4 dimensies.

In hun werking naar gedetineerden met een verslavingsproblematiek beoogt D&D een behandelingsaanbod op maat aan te bieden dat naargelang de fase van het traject een andere invulling kan hebben. Het plan van aanpak van de gedetineerden wordt van nabij opgevolgd en bijgestuurd tijdens de detentie, steeds in overleg tussen arts, psycholoog en verpleegkundigen en in afstemming met andere diensten. Centraal staat ook het aanklampend en motivationeel werken. D&D is aanwezig op de secties en nodigt de gedetineerden uit om in te gaan op individuele behandel mogelijkheden en hun gedifferentieerd groepsaanbod. Beide kunnen naargelang de fase van het te doorlopen traject, apart of gecombineerd ingezet worden. Ook de sociale omgeving kan hierin betrokken worden. Daarnaast wordt het zorgtraject van de gedetineerden ook ondersteund via coaching van bewakend personeel.

Ten slotte zet D&D ook in op het creëren van 'bruggen' naar de hulpverlening na detentie in functie van continuïteit van zorg. Deze bruggen situeren zich zowel op medische vlak (bv. contact met artsen in geval van substitutietherapie) als op psychologisch (bv. afspraken met zorggroep Zin) en op sociaal (bv. afspraken maken met CAW) vlak. In dat opzicht zet D&D ook in op het aantrekken van 'brugfuncties', namelijk teamleden die deeltijds in de gevangenis en deeltijds in drughulpverlening buiten de gevangenis tewerkgesteld zijn.

4.2 MACADAM (Lantin)

Les informations présentées ci-dessous relatives au fonctionnement actuel du projet MACADAM ont été reprises à la suite de la présentation PowerPoint effectuée par le projet lors du comité de guidance du 16 juin 2021.

Composition de l'équipe. En juin 2021, l'équipe du projet MACADAM se composait comme suit : une infirmière (1 ETP), trois psychologues (1 ETP et 2X 0,5 ETP) et une coordinatrice (0,5 ETP). Dans les mois qui viennent, le projet prévoit l'engagement d'un(e) psychologue en plus. Depuis octobre 2020, l'équipe effectue ses suivis individuels en parloir-avocat uniquement, la polyclinique n'étant plus accessible en raison du COVID-19.

Approche/vision de MACADAM. L'approche du projet MACADAM consiste en une imbrication de plusieurs axes de travail : renforcement des collaborations avec les acteurs clés de la prison (services internes et externes), travail d'information et de sensibilisation aux problématiques d'assuétudes envers le personnel en interne afin de lutter contre la stigmatisation de ce public, suivis psychologiques individuels avec démarche thérapeutique adaptée à la situation et aux demandes du patient, orientations vers les services internes (infirmier, médecin, addictologue, psychiatre...) et externes (services spécialisés). À ce titre, les bonnes collaborations avec les services internes se poursuivent notamment par le biais de la récolte des anamnèses d'entrée réalisées par le service médical, de réunions régulières avec la personne référente de la Direction de l'établissement pénitentiaire (en vue par exemple d'obtenir l'accès à un local d'entretien en maison d'arrêt et en maison de peine pour y mener les rencontres avec les bénéficiaires) mais également par le biais de collaborations constructives avec la nouvelle médecin 'addictologue' dans le cadre de ses consultations puisque l'infirmière MACADAM y participe activement. De même, l'équipe collabore avec le service psycho-social dans leur mission d'orientation et de suivi. Le développement et l'entretien des collaborations avec les services externes sont soutenus grâce aux orientations post-carcérales à nouveau possibles suite à la reprise des permissions de sortie et congés pénitentiaires (mis en pause pendant quelques mois en raison du COVID-19). Après le mois de juin 2021, l'équipe MACADAM prévoit également quelques visites des associations et structures externes avec lesquelles ils collaborent régulièrement.

En ce qui concerne les missions de sensibilisation afférentes aux objectifs du projet MACADAM, les démarches formelles et informelles entreprises par l'équipe auprès des agents pénitentiaires sur niveaux ont dû être momentanément suspendues sur demande de la Direction de l'établissement pénitentiaire en raison de diverses tensions présentes au sein de la prison. L'équipe a donc dû réagir

et a ainsi mis en place deux nouvelles actions de sensibilisation : la distribution d'un courrier à destination des détenus bénéficiant d'un traitement de substitution, les informant de la possibilité d'obtenir celui-ci pour 72h après la sortie (pour favoriser la complémentarité des suivis MACADAM et médical) ainsi que la création d'affiches informatives pour détenus et agents pénitentiaires afin d'augmenter la visibilité du projet.

Chiffres récents. Le 16 juin 2021, les suivis MACADAM en cours concernent 45 personnes (40 hommes et 5 femmes). 15 personnes restent pour l'instant sur liste d'attente mais celle-ci semble se résorber relativement rapidement grâce à l'arrivée de la nouvelle infirmière (depuis son entrée en fonction en mars 2021). Enfin, depuis le début du projet en décembre 2017, le projet MACADAM a reçu 571 demandes de suivis au total (Présentation PowerPoint MACADAM du 16 juin 2021).

4.3 Drugs Lab (Saint-Gilles)

Les informations présentées ci-dessous relatives au fonctionnement actuel du projet Drugs Lab ont été reprises à la suite de la présentation PowerPoint effectuée par le projet lors du comité de guidance du 16 juin 2021. Des précisions concernant certains aspects actuels du projet ont également été communiquées par mail au mois d'août 2021.

Composition de l'équipe. En août 2021, l'équipe du projet Drugs Lab était composée de deux psychologues (tous deux 0,5 ETP), d'une médecin généraliste (9h par semaine), d'un coordinateur équipe et de projet (0,40 ETP), d'une directrice (0,25 ETP) et d'une assistante ressources humaines (0,25 ETP). En septembre 2021, le projet prévoit l'engagement d'une infirmière (1 ETP) et d'une psychologue (0,5 ETP).

Approche/vision de Drugs Lab. L'objectif d'accompagnement visé par Drugs Lab s'inscrit dans une logique de continuité des soins en encourageant un meilleur accès à une prise en charge psycho-médico-sociale pour toute personne incarcérée demandeuse. Pour ce faire, ils s'attèlent à un travail quotidien de collaboration avec les services internes et externes de la prison qui permet également de favoriser l'orientation des détenus vers tout autre service compétent. De plus, un travail d'information et de sensibilisation aux questions de consommation en milieu carcéral permet de nuancer la vision qu'ont les acteurs internes envers ce public cible. Actuellement, le projet semble faire face à quelques difficultés dans leurs collaborations avec le service médical. Lors du comité de guidance du 16 juin 2021, il a été mentionné par le projet qu'en raison d'un manque d'effectifs, d'un faible taux de collaboration des médecins généralistes, d'un turnover important et d'un épuisement général du staff

infirmier (notamment en raison du COVID-19), il semble que le service médical ne soit pas totalement disposé à collaborer avec le projet pilote et qu'une certaine méfiance envers les services externes se renforce également. Pour cette même période, le projet fait toujours face à un manque (voire même une absence) de locaux au sein de la prison pour effectuer les rencontres avec les bénéficiaires. En outre, la crise du COVID-19 et les mesures prises à cet égard (notamment les quarantaines à l'entrée en détention) compliquent le travail quotidien du projet pilote et imposent une réorganisation et une adaptation de travail de tout intervenant. Les orientations des différents services internes vers le projet pilote posent également problème en termes de renvoi automatique des personnes demandeuses d'un suivi vers Drugs Lab. Seule une directrice transmet régulièrement au projet des noms de personnes demandeuses d'un suivi (directrice référente du projet pilote) et occasionnellement le service infirmier, quand celui-ci est sollicité directement par les membres du projet. Néanmoins, les réunions d'orientation à l'initiative de Drugs Lab semblent se pérenniser et rassemblent toujours services externes (Capiti Ambu Forest, I.Care) et service interne (D-Consult principalement). Ces réunions sont l'occasion, pour Drugs Lab, d'entretenir les bonnes collaborations avec les services externes ainsi que d'agrandir quelque peu son public cible en rencontrant désormais des patients sous traitement de substitution lesquels sont également suivis par la D-Consult.

Chiffres récents. Durant la période du 01 août 2020 au 31 juillet 2021, l'équipe Drugs Lab a accompagné 94 détenus consommateurs dans le cadre du projet pilote. Parmi ceux-ci, seuls 18 ont été orientés vers le projet par le service médical de la prison. Le 13 août 2021, 69 personnes étaient actuellement suivies par Drugs Lab (chiffre à nuancer car ne prenant pas en compte les prévenus libérés depuis). De même, depuis le début du projet pilote (mars 2018), 699 bénéficiaires ont été rencontrés par le projet pilote. Sur les 699 personnes au total, 120 ont été orientées vers le projet pilote par le service médical de la prison (Document envoyé par le projet, par mail, le 10 août 2021 reprenant la situation actuelle du projet Drugs Lab à Saint-Gilles).

PARTIE II – RESULTATS DE RECHERCHE

1. Literatuurstudie

Gezien de korte looptijd van het project en de focus op de empirische en praktijkgerichte elementen van de studie betreft dit hoofdstuk een korte samenvatting van een aantal belangrijke inzichten uit de literatuur met betrekking tot de behandeling van druggebruikers in de gevangenis. Onderstaande literatuurstudie zal trachten een antwoord te formuleren op vragen omtrent de screening van gedetineerden met een middelenproblematiek in de gevangeniscontext, behandelingsmodellen voor de verslavingsproblematiek in Belgische gevangenissen en interculturele aspecten die een rol spelen bij screening en behandeling.

Zoals eerder aangegeven (cfr. Hoofdstuk 1: *Aperçu général de la méthodologie employée*), is dit hoofdstuk gebaseerd op een gerichte selectie van wetenschappelijke literatuur. Deze bronnen omvatten tijdschriftartikelen, hoofdstukken van monografieën, meta-analyses, systematische reviews en rapporten. Voor de literatuurstudie werd gebruik gemaakt van de volgende databanken: Psycinfo, Pubmed, Web of Science, Google Scholar and ProQuest. De studies werden beperkt tot deze uitgevoerd in Europa, VS, Canada en Australië, gepubliceerd tussen 2000 tot 2021. Gebruikte trefwoorden zijn: ‘substance abuse’, ‘drugs’, ‘alcohol’, ‘treatment’, ‘therapy’, ‘intervention’, ‘brief intervention’, ‘prison’, ‘detainees’, ‘jail’, ‘evaluation’, ‘screening’, ‘assessment’, ‘foreign’ en combinaties van deze verschillende zoektermen.

1.1 Overzicht van de literatuur omtrent de screening, assessment en behandeling van gedetineerden met een middelenproblematiek in de gevangeniscontext

Mensen met psychische aandoeningen en stoornissen in het gebruik van middelen zijn oververtegenwoordigd in gevangenissen. Verschillende studies wereldwijd rapporteren een hogere prevalentie van uiteenlopende psychische stoornissen, waaronder stoornissen in het gebruik van middelen, in vergelijking met de algemene populatie (Brink, Doherty, & Boer, 2001; Butler, Indig, Allnutt, & Mamoon, 2011; Fazel & Danesh, 2002; Fazel & Seewald, 2012). In dat opzicht heeft naar schatting één op drie gedetineerden wereldwijd al illegale drugs gebruikt tijdens de detentie (UNODC, 2019; World Drug Report, 2017). Deze tendens wordt ook weerspiegeld in Vlaamse gevangenissen. Uit een onderzoek van Favril & Vander Laenen (2017) met 1326 gedetineerden in Vlaanderen is gebleken dat één op drie illegaal drugsgebruik in detentie rapporteert. Verder meldt een vierde van de participanten een langdurige stoornis in het middelengebruik en een vierde rapporteert eerdere behandelingen in de verslavingszorg, voorafgaand aan de detentie. Het belang van het opsporen en behandelen van deze drugsproblematiek blijkt uit het feit dat deze gerelateerd

is aan verschillende negatieve outcomes waaronder het onder druk zetten van het penitentiair samenlevingsklimaat (Stöver, 2017), ernstige gezondheidsrisico's voor de gebruiker, het verhogen van mortaliteit na de invrijheidsstelling (Chang et al., 2015; Merrall et al., 2010) en het verhogen van het risico op criminele recidive (Hakansson & Berglund, 2012). De periode van detentie biedt een uitgelezen kans om met deze problematiek aan de slag te gaan (Farvrl & Vander Laenen, 2017). In dat opzicht vormen screening en assessment in de gevangenis een belangrijke basis voor identificatie van psychische problematieken en het kiezen van aangepaste behandelingsinterventies (SAMSHA, 2015).

Dit onderdeel bevat een aantal kernbevindingen met betrekking tot screeningsinstrumenten voor stoornissen in het middelengebruik in gevangenissen, het optimale tijdstip om de gedetineerde op te sporen via deze screeningsinstrumenten en behandelingsmodellen voor de middelenproblematiek in de Belgische gevangenissen.

1.1.1 Overzicht van de literatuur omtrent screeningsinstrumenten voor stoornissen in het middelengebruik in gevangenissen

Screenings en assessments zijn centrale componenten bij de identificatie van stoornissen in het middelengebruik en andere psychische stoornissen. Deze stellen de hulpverlener in staat om de aard van een probleem te definiëren, een diagnostische basis vast te stellen en advies te verlenen omtrent het opzetten van een geschikt behandelprogramma (SAMHSA, 2015). Volgens de 'Substance Abuse and Mental Health Services Administration' (SAMHSA) is het primair doel van een screeningsprocedure het bieden van een kort overzicht van symptomen, gedragingen en andere opvallende achtergrondinformatie die kunnen wijzen op de aanwezigheid van een bepaalde stoornis of psychosociale problematiek. De resultaten van een screening worden meestal gebruikt om de noodzaak van een verdere assessment te bepalen. Assessments bieden een langere en meer diepgaande overzicht van stoornissen en psychosociale problematieken die kunnen leiden tot diagnoses (SAMHSA, 2015). In een gevangeniscontext laten deze indicaties toe om gedetineerden te behandelen, door te verwijzen of in een geschikte gevangenissectie te plaatsen. Wat de verslavingsproblematiek betreft, kunnen comorbide psychische en emotionele stoornis een negatieve invloed hebben op de outcome van de behandeling (NIDA, 2014). Het identificeren van deze comorbiditeiten kan daarom een eerste stap zijn in een behandelingstraject. In het algemeen blijkt het gebruik van screenings en assessments de outcomes te verbeteren bij gedetineerden met psychische stoornissen of stoornissen in het middelengebruik (Shaffer, 2011).

Er is een breed scala aan gestandaardiseerde instrumenten voorhanden waarmee de aard en de omvang van specifieke stoornissen en bijbehorende comorbiditeiten betrouwbaar en valide kunnen worden beoordeeld. Met betrekking tot middelengebruik in gevangenis is het essentieel om een beeld te krijgen van de gezondheidstoestand en zorgbehoeften van elke binnenkomende gedetineerde. Zodoende is het van cruciaal belang om stoornissen in het gebruik van middelen te identificeren om gebruikers te identificeren die het meeste risico lopen en om in een latere fase een gepaste zorg te kunnen aanbieden (Fédération addiction, 2014). In kader van voorliggend onderzoek is het belangrijk om bij de gebruikte screeningsinstrumenten en -procedures rekening te houden met het feit dat deze screening kadert binnen een justitiële context i.e. gevangeniscontext waarbij het belangrijk is om ook de kosten, het gebruiksgemak en de tijd die nodig is om deze screening af te nemen in rekening te brengen (UNODC, 2018).

De 'Substance Abuse and Mental Health Services Administration' (SAMHSA ; 2015) heeft aan de hand van een kritische analyse van de literatuur en van vergelijkingen op basis van verschillende aspecten gerelateerd aan het gebruik van de instrumenten (voordelen, nadelen, beschikbaarheid, kosten,...) een reeks aanbevelingen geformuleerd (SAMHSA, 2015; Politique scientifique fédérale, 2007). Eén van deze aanbevelingen heeft betrekking op adequate screeningsinstrumenten voor het opsporen van stoornissen in het middelengebruik in de gevangeniscontext. De aanbevolen screeningsinstrumenten zijn de "Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test" (ASSIST) (World Health Organization, 2000), de "Texas Christian University Drug dependence Screen V" (TCUDS V) (Knight, Holcom, & Simpson, 1994), de "Simple Screening Instrument for Substance Abuse" (SSI-SA) (Center for Substance Abuse Treatment, 1994) en de "Alcohol Use Disorders Identification Test" (AUDIT) (Reinert & Allen, 2002). Verder, adviseert de SAMHSA (2015), gezien de specifieke kenmerken van de doelgroep, om eventuele comorbiditeiten op te sporen door middel van vragenlijsten zoals de "Mini International Neuropsychiatric Interview" (Sheehan et al., 1998), de "Brief Jail Mental Health Screen" (Steadman et al., 2005), de "Correctional Mental Health Concurrent Disorders Screener" (CAMH-CDS) (Negrete and al., 2004) en de "Correctional Mental Health Screen" (CMHS) (Peters & Osher, 2004 ; Ford & Trestman, 2005)¹.

Ondanks het feit dat de meeste van deze screeningsinstrumenten relatief eenvoudig af te nemen zijn, zijn er een aantal belangrijke kanttekeningen waarmee rekening moet gehouden worden bij het gebruik ervan in de gevangeniscontext. Ten eerste zijn slechts enkele van deze vragenlijsten gevalideerd in een gevangeniscontext. Bijgevolg is het dus mogelijk dat sommige items niet

¹ Voor meer gedetailleerde info verwijzen we u naar het rapport van RECO-PRIS I en naar de adviezen van SAMHSA (2015)

toepasbaar zijn in deze omgeving (Fazel et al., 2016). Zo kan het gebruik van de MINI-vragenlijst, die regelmatig in detentie wordt gebruikt, leiden tot een overschatting van de mate van manie of obsessief-compulsieve stoornis (Fazel et al., 2016). Ten tweede blijken sommige van de instrumenten gevoelig te zijn voor vals positieve, misleiding en/of manipulatie wanneer zij worden afgenomen bij personen die hun druggebruik wensen geheim te houden. In dat opzicht is het niet rapporteren van druggebruik verklaarbaar gezien het feit dat een groot deel van de gedetineerden veroordeeld zijn voor feiten die verband houden met hun druggebruik (Landry & Desmarais, 2000; Born & Glowacz, 2017; UNODC, 2018). Sommige auteurs suggereren dat deze biases kunnen worden tegengegaan door het gezamenlijk gebruik van verschillende screeningsinstrumenten, zodat de verzamelde informatie de werkelijkheid zo goed mogelijk zou weerspiegelen (Richards & Pai, 2003; SAMHSA, 2015). Daarnaast zorgt een therapeutische alliantie tussen de patiënt en de behandelaar ervoor dat deze biases worden beperkt (Fédération Addictions, 2014).

Om aan deze kanttekeningen tegemoet te komen heeft de “European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction” (EMCDDA) een vragenlijst ontwikkeld die aangepast is aan de gevangeniscontext, met name de « European Questionnaire on Drug Use among People living in prison » (EQDP) (EMCDDA, 2007). Deze vragenlijst is ontworpen voor een populatie van gedetineerden en beoordeelt middelengebruik voor en tijdens de detentie, het daarmee gepaard gaande risicogedrag, de medische status van de betrokkene en het gebruik van gezondheidsdiensten zie Montanari et al., 2017). Hierbij valt op te merken dat de vragenlijst ontworpen is met het oog op de verzameling van epidemiologische gegevens en de standaardisatie die nodig is voor de vergelijkbaarheid van data tussen Europese landen. In dat opzicht kadert het gebruik van de EQDP eerder binnen het verzamelen van data voor onderzoek en beleid en blijkt de toegevoegde waarde van het gebruik van dit instrument binnen de klinische realiteit eerder beperkt (Montanari et al., 2017).

Verder, zijn er ook de InterRAI instrumenten die ontwikkeld werden op basis van internationale samenwerking. Deze instrumenten zijn generieke, internationaal gevalideerde instrumenten waarmee zorgverleners binnen alle gezondheidssectoren op een gestandaardiseerde manier het functioneren en de noden van zorgbehoevende personen in kaart kunnen brengen. De ontwikkeling van een alomvattend beoordelingssysteem maakt het mogelijk de fysieke, cognitieve, psychologische en sociale behoeften van patiënten te evalueren om zo een zorgtraject te ontwikkelen dat gebaseerd is op de verzamelde gegevens. De registratie van deze gegevens gebeurt elektronisch, met behulp van een daartoe ontworpen platform (interRAI.org). De interRAI instrumenten worden in meer dan 35 landen gebruikt, waarbij de Belgische versie de BelRAI is (Van

Horebeek et al., 2021). De InterRAI Mental Health for Correctional Facilities (CF; interRAI.org) is een beoordelingssysteem specifiek ontwikkeld voor populaties in penitentiaire settings. Het bevat onder andere items gerelateerd aan geestelijke gezondheid en middelengebruik. De InterRAI CF is ontworpen om gebruikt te worden door onder andere psychologen, psychiaters, verpleegkundigen en maatschappelijke werkers (nedrai.org).

Wat betreft de implementatie van screeningsinstrumenten in een gevangeniscontext bestaat er een breed scala aan evidence-based praktijken die kunnen ingezet worden om nauwkeurigere inschattingen te maken en betere behandelingsresultaten te verkrijgen (Shaffer, 2011). Een belangrijk aspect bij het implementeren van evidence-based praktijken heeft betrekking op het tijdstip waarop van de screeningsinstrumenten best afgenomen worden. Hierbij valt op te merken dat er in de praktijk verschillende contactmomenten bestaan binnen het strafrechtelijk traject waarop gedetineerden gescreend kunnen worden (SAMHSA, 2015).

Eerst en vooral is zo vroeg mogelijke identificatie van cruciaal belang voor gedetineerden met stoornissen in het middelengebruik en/of andere psychische problematiek om zicht te krijgen op behoeften en noden tijdens de initiële periode van detentie, voorlopige hechtenis of na de veroordeling (SAMHSA, 2015). Het vroegtijdig screenen kan zo in rekening gebracht worden bij het nemen van beslissingen omtrent vrijlating, veroordeling, plaatsing en doorverwijzing naar interne of externe diensten (Hiller et al., 2011; SAMHSA, 2015). Verschillende studies hebben aangetoond dat te late(re) screening en assessment een succesvolle behandeling in een latere fase kan verhinderen en negatieve gevolgen kan hebben, zoals terugval in middelengebruik, een terugkeer van psychische symptomen, recidive, een verhoogd gebruik van dure gezondheidszorg (bv. crisiszorg en ziekenhuisbedden), laattijdige of niet adequate plaatsing in gespecialiseerde programma's, (Lurigio, 2011; Mueser, Noordsy, Drake, & Fox, 2003; Peters et al., 2012; Peterson, Skeem, Kennealy, Bray & Zvonkovic, 2014; SAMHSA, 2015).

Een cruciaal moment om gedetineerden te screenen is onmiddellijk na de initiële binnenkomst in de gevangenis (Maloney et al., 2015; National Institute for Health Care Excellence (NICE), 2017; Nicholls et al., 2018). Binnenkomst in de gevangenis is een risicovolle periode wat betreft het ontstaan van mentale gezondheidsproblemen. Het risico op zelfmoord blijkt bijvoorbeeld het hoogst te zijn in de eerste maand van de detentie. Meer nog, meer dan de helft van zelfmoorden in de gevangenis gebeuren binnen de eerste 2 weken van de opsluiting. (SAMHSA, 2015). Gedetineerden kunnen in het begin van hun detentie kampen met afkickverschijnselen of onopgemerkte psychische gezondheidsproblemen. Om het risico op onveilige situaties te beperken,

wordt het gebruik van een screening bij binnenkomst internationaal als goede praktijk beschouwd (Forrester et al., 2018). De literatuur beveelt aan dat deze initiële screening moet worden uitgevoerd door de gezondheidsdiensten van de gevangenis (medische diensten) en dat er een kort onderzoek moet worden uitgevoerd, waaronder een screening van problemen gerelateerd aan middelengebruik (Nicholls et al., 2018; SAMHSA, 2015; Shaw et al., 2008) om te bepalen of een verdere, diepgaande assessment nodig is (SAMHSA, 2015). Ruimer dan screening in functie van een middelenproblematiek, wordt in internationaal onderzoek ook aanbevolen om tijdens de initiële screening door medewerkers van de medische diensten van de gevangenissen vooral te focussen op de meest ernstige (psychische) gezondheidsproblemen, op suïcidaliteit, en op andere problemen die een onmiddellijke interventie vereisen (Shaw et al., 2008).

Het is van belang dat de eerste (beperkte) screening omtrent middelenproblematiek en hieraan gerelateerde hulpvraag ook op latere momenten tijdens detentie herhaald wordt, gezien voor sommige gedetineerden de aankomst in de gevangenis niet steeds het meest geschikte moment is voor deze bevraging. Sommige gedetineerden beginnen immers pas met hun gebruik tijdens hun detentie, anderen verzwijgen hun druggebruik (bv. als gevolg van het ontbreken van een vertrouwensrelatie) (Nicholls et al., 2018) of zijn nog onder invloed op het moment van de screening (SAMHSA, 2015). Daarnaast is voortdurende monitoring gedurende de hele detentie, en vooral op kritieke momenten (zoals overplaatsing, afzondering en andere belangrijke gebeurtenissen (bv. juridische veranderingen, nieuwe informatie over de zaak)) een essentieel onderdeel van een goed uitgewerkte behandelingstraject (NICE, 2017; Nicholls et al., 2005; Nicholls et al., 2018; Ogloff et al., 2007). Het belang van herhaalde screening blijkt ook uit het feit dat uit verschillende internationale studies naar voren komt dat bij aankomst in de gevangenis slechts een klein deel van de gedetineerden een hulpvraag stelt (Martin et al., 2013; NICE, 2017; Nicholls et al., 2018; Senior et al. 2013). Gedetineerden blijken vaak pas later in hun detentietraject aan te geven dat ze een middelenproblematiek hebben. Aankomst in de gevangenis lijkt dus niet voor iedereen het gepaste tijdstip om ondersteuning of behandeling te vragen. Het is dus van belang dat de screening ook op latere tijdstippen in detentie herhaald wordt, ook omdat sommige gedetineerden pas beginnen met druggebruik in de gevangenis (Nicholls et al., 2018). In dat kader is het ook aangewezen om gedetineerden actief te informeren (o.a. door de medische dienst- waar ze terecht kunnen als ze op een later tijdstip - toch - zelf hulp willen zoeken).

Ten slotte is de periode voor de vrijlating een laatste belangrijke screeningsmoment. Dit maakt het mogelijk om aan het einde van de behandeling eventuele vooruitgang/verbetering te beoordelen en de behoeften van de persoon op dat moment te concretiseren om zo passende

begeleiding na detentie aan te bieden (UNODC, 2018). De Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA) adviseert om ongeveer 90 dagen voor de vrijlating een screening uit te voeren om de zorg na het verblijf in de gevangenis en de re-integratie van de persoon in de samenleving voor te bereiden (2015). Wanneer de gedetineerden onder voorwaarde worden vrijgelaten is periodieke screening ook aangewezen (Nicholls et al., 2018). Voornamelijk omdat de hernieuwde vrijheid na detentie een risicofactor kan zijn voor herval of een stijging van gebruik in de hand werken (SAMHSA, 2015). Het monitoren van geestelijke gezondheidsbehoeften en -risico's kan (ex-)gedetineerden helpen bij toegang tot de geestelijke gezondheidszorg na vrijlating en kan achteruitgang van de geestelijke gezondheid helpen monitoren (Ogloff et al., 2007; Simpson et al., 2017). Er moet echter opgemerkt worden dat er momenteel onvoldoende evidence-based aanbevelingen zijn met betrekking tot de implementatie van deze screeningsprocedure na detentie (frequentie van afname, door wie af te nemen,...).

1.1.2 Overzicht van de literatuur omtrent assessment voor stoornissen in het middelengebruik in gevangenen

Wanneer de resultaten van een screening wijzen op een mogelijke stoornis in het middelengebruik of andere psychologische problematieken, dient een uitgebreidere assessment plaats te vinden om een adequate follow-up te kunnen garanderen. Een vroegtijdige assessment en daaropvolgende gezondheidsinterventies laat toe om onnodige pijnlijke en in sommige gevallen gevaarlijke ontwenningprocessen bij mensen met een stoornis in middelengebruik te voorkomen. Verder dient het behandelplan voor een gedetineerde gebaseerd te zijn op deze gedetailleerde assessment. Daar waar screening kan worden uitgevoerd door een niet-gespecialiseerde hulpverleners, wordt aangeraden assessment uit te voeren door een opgeleide gezondheidsmedewerker (UNODC, 2018).

Er is een breed scala van gestandaardiseerde assessment instrumenten waarmee de aard en de omvang van specifieke stoornissen en bijbehorende comorbiditeiten betrouwbaar en valide kunnen worden beoordeeld. Net zoals bij de screening, is het belangrijk om bij de gebruikte assessment instrumenten en procedure rekening te houden met het feit dat deze assessments kaderen binnen een justitiële context i.e. gevangeniscontext waarbij het belangrijk is om ook de kosten, het gebruiksgemak en de tijd die nodig is om deze screening af te nemen in rekening te brengen (UNODC, 2018).

De SAMHSA (2015) heeft aan de hand van een kritische analyse van de literatuur en van vergelijkingen op basis van verschillende aspecten gerelateerd aan het gebruik van de instrumenten

(voordelen, nadelen, beschikbaarheid, kosten,...) een reeks aanbevelingen geformuleerd (SAMHSA, 2015; Politique scientifique fédérale, 2007). Eén van deze aanbevelingen heeft betrekking op adequate assessment instrumenten voor het opsporen van stoornissen in het middelengebruik in de gevangeniscontext. De SAMHSA beveelt om gebruik te maken van de “Texas Christian University” (TCU; Simpson & Knight, 1998) assessment instrumenten. Deze instrumenten bevatten verschillende versies specifiek voor gebruik binnen de justitiële context en beoordelen een breed scala aan psychosociale problemen, waaronder stoornissen in het middelengebruik en geestelijke gezondheidsproblemen, evenals sociale en beroepsgelateerde problemen. De SAMHSA (2015) raadt aan om de “TCU Drug Screen V” (TCUDS V) te combineren met onder andere de “TCU Criminal Justice Comprehensive Intake” (TCU CJ CI). Verder, adviseert de SAMHSA (2015), gezien de specifieke kenmerken van de doelgroep, om eventuele comorbiditeiten te beoordelen door middel van vragenlijsten zoals de “Alcohol Use Disorders and Associated Disabilities Interview Schedule-IV” (AUDADIS-IV; Grant & Dawson, 2000), de “Mini International Neuropsychiatric Interview” (MINI; Sheehan et al., 1998) en de “Structured Clinical Interview for DSM” (SCID; First, Williams, Karg, & Spitzer, 2015). Gezien de uiteenlopende symptomen die personen met comorbiditeiten kunnen ervaren, is het onwaarschijnlijk dat één enkel instrument voldoende zal zijn om het volledige scala aan samen voorkomende problemen te beoordelen. Daarom is het belangrijk om verschillende soorten assessmentinstrumenten te combineren om een uitgebreid beeld te krijgen van het psychosociaal functioneren van de gedetineerde en om een eventuele behandeling op te starten (SAMHSA, 2015; Steadman et al., 2013).

Zoals eerder gemeld, laat een vroegtijdige assessment en daaropvolgende gezondheidsinterventies toe om onnodige pijnlijke en in sommige gevallen gevaarlijke ontwenningprocessen bij mensen met een stoornis in middelengebruik te voorkomen (UNODC, 2018). Verder dient op alle contactpunten binnen het justitieel systeem een mogelijkheid te bestaan om een assessment uit te voeren van psychische problematieken, waaronder stoornissen in middelengebruik. Voorbeelden zijn onder meer contact met ordehandhavers, aanhouding en eerste detentie, rechtszittingen, probaties of bij een voorwaardelijke vrijlating. Actoren op elk contactpunt hebben een kans om indicatoren van een mogelijke (stoornis in) middelengebruik vast te stellen en ervoor te zorgen dat een verdere assessment zo snel mogelijk wordt uitgevoerd (UNODC, 2018).

Net zoals voor de screenings geldt dat assessment een continue proces is en herhaald moet worden, bijvoorbeeld in de periode voor het proces of nadat de gedetineerde veroordeeld is. Andere redenen om assessments op latere momenten opnieuw af te nemen, zijn veranderingen in motivatie of behoefte om een behandeling te volgen bij de gedetineerden (UNODC, 2018). Ook de evaluatie of

aanpassing van een behandelplan kan een belangrijke reden zijn om assessments opnieuw uit te voeren (SAMHSA, 2015).

1.1.3 Overzicht van de literatuur omtrent de meest doeltreffende behandelingsmodellen

Er is veel wetenschappelijke literatuur voorhanden m.b.t. behandelingsmodellen voor gedetineerden met een drugsproblematiek in de gevangenis. Deze modellen, die gebaseerd zijn op uiteenlopende benaderingen en theorieën, verschillen wat betreft de visie op een verslavingsproblematiek. Verschillende onderzoeken hebben gepoogd om de doeltreffendheid van deze behandelingsmodellen te meten. In wat volgt zullen we focussen op de meest bestudeerde benaderingen, waarvoor inmiddels wetenschappelijke evidentie bestaat: therapeutische gemeenschappen, de cognitief-gedragsmatige aanpak en substitutiebehandelingen.²

1.1.3.1 *Therapeutische gemeenschappen*

Therapeutische Gemeenschappen (TG's) voor mensen met verslavingsproblematieken hebben als doel de identiteit van gebruikers te herdefiniëren, waarbij men uitgaat van een drugvrij leven (De Leon, 2000). De wens van gebruikers om te streven naar totale onthouding is dan ook een belangrijke drijvende kracht achter deze TG-beweging. In België zijn er sinds het einde van de jaren zeventig en het begin van de jaren tachtig therapeutische gemeenschappen die specifiek zijn voor druggerelateerde problematieken (TG De Sleutel (Merelbeke), TGG De Sleutel (dubbele diagnose, Gent), TG De Spiegel (Kessel-Lo), TG Katarsis (Genk), CT Trampoline (Châtelet)).

Wat uniek is aan de visie en aanpak van therapeutische gemeenschappen, is dat geestelijk lijden en verslaving niet worden benaderd vanuit een medische visie op gezondheid en ziekte, d.w.z. als medische aandoeningen die een diagnose en genezing vereisen. In dat opzicht wordt het toedienen van medicatie of opioïdenvervangers niet gezien als de behandeling van het probleem in kwestie (De Leon, 2013; Nye, 2003). Het zijn de interpersoonlijke relaties en groepsdynamiek die gebruikt worden als instrument voor sociale en psychologische verandering (Bion & Rickman, 1943). De rol van de peers is dan ook van cruciaal belang in de TG-aanpak: een aanzienlijk deel van het personeel bestaat immers uit voormalige gebruikers.

Therapeutische gemeenschappen hebben al jaren hun plaats in verschillende gevangenissen (Stöver et al., 2008; de Andrade et al., 2018; Vandeveldt et al., 2004). De gebruikelijke TG-aanpak

² Voor meer gedetailleerde info verwijzen we u naar het rapport van RECO-PRIS I en naar de adviezen van SAMHSA (2015)

wordt hierbij aangepast aan de gevangeniscontext. Zo worden gedetineerden die aan deze programma's wensen deel te nemen, bijvoorbeeld afgezonderd van de algemene gevangenispopulatie. Verder combineert deze aanpak individuele begeleiding, groepsbenadering en deelname aan een verscheidenheid aan dagelijkse activiteiten. Cliënten dienen regelmatig urinetests te ondergaan om hun onthouding te controleren en krijgen hiertoe in ruil vaak extra voordelen zoals meer vrijetijdsactiviteiten en een betere accommodatie. Echter, indien het resultaat van de test positief blijkt te zijn, kan de betrokkene tijdelijk bepaalde voorrechten verliezen, een sanctie krijgen of van het programma worden uitgesloten (NICE, 2017).

Verschillende studies omtrent TG's in gevangenissen hebben bemoedigende resultaten opgeleverd, zoals een daling in druggebruik en recidive, zeker als deze vorm van behandeling gevolgd wordt door nazorg (Belenko, Hiller & Hamilton, 2013; Dolan et al., 2018; Fazel et al., 2016; Field, 1998; Galassi, Mpofu & Athanasou, 2015; Kouyoumdjian and al., 2015; Mitchell et al., 2007; Wexler & Prendergast, 2010). Deze resultaten werden bevestigd door verschillende meta-analyses. Zo bleek uit een meta-analyse waarin therapeutische gemeenschappen in een gevangeniscontext werden onderzocht, dat deelname aan het programma en motivatie een positieve invloed hadden op het succes van de behandeling (Mitchell et al., 2007; Fazel et al., 2016). Bovendien waren de herval- en recidivecijfers significant lager voor deelnemer die zorg na vrijlating verderzetten (Mitchell et al., 2007; Fazel et al., 2016). Andere studies vonden dan weer geen significant verschil in outcomes tussen de algemene gevangenispopulatie en de gedetineerden die deel hadden genomen aan het programma van een therapeutische gemeenschap (Schippers et al., 1998).

Uit verschillende studies blijkt de TG een effectief zorgmodel te zijn dat een zekere invloed heeft op variabelen die samenhangen met drugsgebruik, delinquentie, geestelijke gezondheid en het gebruik van gespecialiseerde diensten na de vrijlating (NICE, 2017). Er moet echter opgemerkt worden dat resultaten van de studies uiteenlopend zijn en deze studies verschillen wat betreft methodologie en context waarin deze afgenomen zijn. Zodus is er verdere onderzoek nodig om verder inzicht in de effectiviteit te krijgen.

1.1.3.2 Substitutiebehandelingen

Een tweede behandelvorm betreft de substitutiebehandeling. Deze vorm van behandeling is veelal aangewezen als een belangrijke behandelvorm voor patiënten met een stoornis in het gebruik van opiaten. Een substitutiebehandeling bestaat uit het voorschrijven van opioïdmedicatie die functioneren als een alternatief voor het opioïd waarvan de gedetineerde afhankelijk is. In de meeste gevallen wordt methadon of buprenorfine voorgeschreven en deze blijken effectief te zijn in het

verminderen van opiaatgebruik en bijgevolg ook in het verminderen van infecties en andere risico's die samenhangen met injecterend drugsgebruik (Amato et al., 2013; de Andrade et al., 2018; NIDA, 2014). Daarnaast vergroot continuïteit van substitutiebehandelingen de kans op therapietrouw bij vrijlating uit de gevangenis en vergemakkelijkt het de sociale re-integratie van ex-gedetineerde (Dolan et al., 2018; Magura et al., 1993).

In verschillende Europese landen, wordt methadon voorgeschreven voor gedetineerden met een stoornis in het gebruik van opiaten. De wijze waarop substitutiemedicatie wordt voorgeschreven aan gedetineerden die verslaafd zijn aan opioïden varieert sterk van land tot land. Terwijl sommige gevangenissen dit als onderhoudsbehandeling aanbieden, wordt het in andere gevangenissen gebruikt om te ontwennen (Vander Laenen et al., 2013). Bij een detoxificatiebehandeling krijgen de gedetineerden methadon of buprenorfine toegediend met als doel om hun druggebruik stapsgewijs af te bouwen en ontwenningsverschijnselen zoveel als mogelijk te beperken (Vander Laenen et al., 2013). In veel landen blijkt methadon enkel al detoxificatiemiddel gebruikt te worden en niet in het kader van een onderhoudsbehandeling (EMCDDA, 2012). Hierbij wordt vaak nagelaten een meeromvattende herstel-geöriënteerde aanpak aan te bieden om de fysiek ontwende personen te leren omgaan met emotionele / psychologische moeilijkheden en andere problemen in vele levensdomeinen (Vandeveldt et al., 2016). Een onderhoudsbehandeling heeft daarentegen voordelen zowel op individueel als op maatschappelijk vlak (Debehets, 2011; Favril, Vander Laenen, & Decorte, 2015; Vander Laenen et al., 2008). Het wordt gelinkt aan een vermindering in opiaatgebruik en (HIV-) risicogedrag dat samenhangt met injecterend drugsgebruik (Stallwitz & Stöver, 2007; Stevens, Stover & Brentari, 2010), een verminderde kans op heropsluiting (Farrell-MacDonald, MacSwain, Cheverie, Tiesmaki & Fischer, 2014) en een daling van sterftes ten gevolge van druggebruik zowel tijdens als na detentie (Hedrich et al., 2012).

Hoewel onderzoek aantoont dat het voorzien van substitutiebehandelingen tijdens detentie in vergelijking met enkel drughulpverlening gelinkt is aan een grotere daling van herval in druggebruik en een verminderde kans op heropsluiting (Kinlock et al., 2009), vormt het geen langdurige doeltreffende behandeling als het op zichzelf staat (De Andrade, Ritchie, Rowlands, Mann, & Hides, 2018; De Leon, 2013; Nye, 2003). Het is essentieel om naast het druggebruik, de onderliggende psychologische, sociale en gedragsproblematieken die gepaard gaan met (ernstige) stoornissen in middelengebruik aan te pakken zodat er duurzame gedragsveranderingen kunnen worden teweeggebracht die noodzakelijk zijn voor herstel (De Andrade, Ritchie, Rowlands, Mann, & Hides, 2018). Psychosociale interventies, waaronder cognitieve gedragstherapie (zie verder), kunnen bijdragen aan de effectiviteit, wanneer deze gecombineerd worden met een substitutiebehandeling

(Fazel, Hayes, Bartellas, Clerici, & Trestman, 2016). Verschillende evaluatiestudies die gebruik maken van RCT's suggereren dat behandelprogramma's die psychosociale interventies combineren met onderhoudsbehandelingen effectiever zijn dan programma's die slechts één van deze componenten bevatten (De Andrade, Ritchie, Rowlands, Mann, & Hides, 2018). Psychosociale interventies blijken in combinatie met farmacologische hulp effectief te zijn in het verhogen van de kans om een behandeling te voltooien, het verminderen van de kans op herval bij follow-up (Fazel, Hayes, Bartellas, Clerici, & Trestman, 2016) en het verminderen van de risico op een fatale druggerelateerde vergiftiging (De Andrade, Ritchie, Rowlands, Mann, & Hides, 2018; Dolan et al., 2005; Larney et al., 2012) in vergelijking met een op zichzelf staande psychologische interventie.

1.1.3.3 Cognitieve gedragstherapie (CGT)

Cognitieve gedragstherapie (CGT) is een psychotherapeutische behandelingsvorm waarbij men patiënten helpt om inzicht te verkrijgen in gedachten en gevoelens die het gedrag beïnvloeden. Deze gestructureerde en persoonsgerichte benadering is erop gericht om cognities die problematisch gedrag in stand houden te identificeren en te aan te passen. CGT gaat ervan uit dat personen met een stoornis in middelengebruik bepaalde druggerelateerde patronen en processen hebben aangeleerd en het doel is om deze te veranderen (Vanderplasschen, Meulewaeter, & Vandeveld, 2017). Cliënten leren nieuwe copingvaardigheden en cognitieve strategieën aan om disfunctionele denkpatronen en gedragingen (zoals middelengebruik) te vervangen, waarbij ook andere, daarmee gepaard gaande problematieken worden aangepakt. CGT zou een positief effect hebben op druggebruik door onder meer zelfcontrole te versterken, irrationele overtuigingen te vervangen door meer passende denkpatronen en door de motivatie te versterken (Dolan et al. 2018).

Verschillende cognitief-gedragstherapeutische benaderingen worden toegepast als behandelingsmodel voor stoornissen in middelengebruik (Vanderplasschen, Meulewaeter, & Vandeveld, 2017). Ten eerste, is er de motivationele gespreksvoering (Miller & Rollnick, 1991; 2002), die gericht is op het verhogen van de motivatie om te veranderen. Dit tracht men te verwezenlijken door het verkennen en oplossen van ambivalentie die gelinkt is aan het veranderingsproces en door het verhelderen van doelstellingen (Vanderplasschen, Meulewaeter, & Vandeveld, 2017). Een tweede voorbeeld is terugvalpreventie (Marlatt & Gordon, 1985). Deze behandelvorm is gericht op het herkennen van vroege signalen van terugval en het leren van strategieën om tussen te komen in het terugvalproces (Vanderplasschen, Meulewaeter, & Vandeveld, 2017). Een derde voorbeeld is gedragsmodificatie en contingency management

(Skinner, 1953; Bandura, 1969). Beiden zijn onder andere gericht op contingente positieve bekrachtiging van adequate gedragspatronen (Vanderplasschen, Meulewaeter, & Vandeveld, 2017).

De resultaten van verschillende studies lijken de doeltreffendheid van cognitieve gedragstherapie voor gedetineerden te ondersteunen (Aydin et al., 2013; Irvin et al., 1999; Milkman & Wanberg, 2007). Echter maken de Andrade en collega's (2018) de kanttekening dat om effectief te zijn en tot significante resultaten te leiden, CGT niet als een op zichzelf staande aanpak moet worden toegepast, maar eerder gecombineerd moet worden met andere behandelmodaliteiten. Bovendien suggereert een andere studie van Bowen en collega's (2014) dat de positieve effecten van mindfulness beoefening langer aanhouden dan die van cognitieve gedragsinterventies.

1.2 Interculturele aspecten in de Belgische gevangenen

Studies tonen aan dat de noden van bepaalde doelgroepen (vrouwen, buitenlandse gedetineerden, mensen met leermoeilijkheden,...) kunnen verschillen en dat deze over het algemeen niet adequaat worden vervuld door de bestaande gevangensystemen (Forrester, Till & Simpson, 2018; Jones & Talbot, 2010; Sen, Exworthy & Forrester, 2014). Uit verschillende studies blijkt bijvoorbeeld dat screeningsinstrumenten aangepast moeten worden aan de specifieke doelgroep waarvoor ze zijn bestemd (Desmarais & Singh, 2013; SAMHSA, 2015). Ook wat betreft effectiviteit van psychologische interventies tijdens detentie blijken verschillen te bestaan tussen verschillende doelgroepen (bv. Messina et al., 2006; Peters, 1997; Staton et al., 2003). Deze bevindingen zetten aan tot een heroverweging van screening- en behandelingsmodellen om zo te kunnen inspelen op de behoeften en kenmerken van specifieke bevolkingsgroepen. In dit onderdeel zullen we focussen op de interculturele diversiteit die een rol speelt bij de integratie in de gevangenis, de screening en de behandeling van gedetineerden.

Door de toegenomen geografische mobiliteit wordt de gevangenispopulatie in veel regio's van de wereld gekenmerkt door een grote (etnisch-)culturele diversiteit (Coyle, Fair, Jacobson, & Walmsley, 2016; Croux, 2020; Derluyn, Van Nuffel, Lion, Verberckmoes, De Ridder, & De Smet, 2015). In België is dit niet anders. Uit de SIDIS Suite Database blijkt bijvoorbeeld dat in 2018 44.6% van de gedetineerden een niet-Belgische nationaliteit had. Hiervan had 10.5% een Aziatische nationaliteit, 44.2% een Europese nationaliteit en 42.5% had een Afrikaanse nationaliteit (Croux, Brosens, Donder, Claes, & Vandeveld, 2020). In totaal zijn er meer dan 130 verschillende nationaliteiten vertegenwoordigd in Belgische gevangenen (Federale Overheidsdienst Justitie, 2018). Binnen deze grote culturele verscheidenheid representeren gedetineerden met een Noord-Afrikaanse en Oost-

Europese culturele achtergrond de grootste culturele subgroepen in de Belgische gevangenen (Croux, 2020; Federale Overheidsdienst Justitie, 2018; Snacken, 2007).

Etnische minderheidsgroepen en buitenlandse gedetineerden kunnen verschillen wat betreft de plaats waar hun familie zich bevindt (Croux, 2020). Sommige hebben familiebanden in het land van detentie (Snacken, 2007), bijvoorbeeld omdat ze er geboren zijn of omdat ze er al langere tijd met hun familie wonen (Atabay, 2009). Daarnaast zijn er ook gedetineerden die geïsoleerd zijn omdat ze alleen familiebanden hebben in het land van herkomst (Snacken, 2007). Er bestaat verder ook een verschil onder buitenlandse gedetineerden wat betreft de landen waar ze willen wonen na vrijlating (Croux, 2020). Enerzijds zijn er gedetineerden die in het land van detentie willen blijven wonen en anderzijds willen sommige gedetineerden na hun vrijlating terug naar hun land van herkomst (Martynowicz, 2016). Tenslotte is er ook diversiteit wat betreft verblijfsstatus (Croux, 2020; Yildiz & Bartlett, 2011). Buitenlandse gedetineerden kunnen (1) het recht hebben om in het land van detentie te blijven na vrijlating uit de gevangenis, (2) geen recht hebben om in het land van detentie te blijven en geconfronteerd worden met de mogelijkheid van uitzetting tijdens of na hun gevangenisstraf of (3) een onzekere verblijfsstatus, wat inhoudt dat ze nog in afwachting zijn van de beslissing over hun verblijfsstatus (Croux, 2020; Croux, Brosens, Donder, Claes, & Vandevelde, 2020). Op basis van gegevens uit de nationale databank SIDIS Suite (2018), had 29.1% van de buitenlandse gedetineerden het recht op verblijf in België, 67.6% had geen verblijfsrecht, en 3.3% had een onzekere verblijfsstatus.

Naast verblijfsstatus en land van woonst van de nabije familie, is taalbeheersing ook een factor die de heterogeniteit van deze populatie kenmerkt (Croux, 2020). In dit opzicht zijn taal en nationaliteit niet noodzakelijk gelinkt aan elkaar. Binnen Belgische gevangenen kan men zowel gedetineerden vinden met een Belgische nationaliteit die moeilijkheden ondervinden met het spreken van Nederlands als niet-Belgische gevangenen die de Nederlandse taal beheersen (Brosens et al., 2016; Croux, 2020). Verder zijn er ook gedetineerden die een officiële landstaal van de gevangenis spreken maar die niet kunnen lezen en schrijven. Een studie die gedaan werd in vijf Scandinavische landen toonde aan dat gemiddeld gezien een kwart tot een derde van de algemene gevangenispopulatie schrijf- en leesmoeilijkheden ervaart (Eikeland, 2009). Daarnaast is uit ander onderzoek gebleken dat buitenlandse gedetineerden vaak bekwaamder zijn in het spreken van een officiële landstaal dan in het schrijven ervan (Westrheim & Manger, 2013). Buitenlandse gedetineerden kunnen bovendien niet alleen schrijf- en leesmoeilijkheden ervaren in de officiële landstaal van de gevangenis, sommige zijn niet in staat om te lezen en te schrijven in hun moedertaal (Westrheim & Manger, 2013).

Hoewel etnische minderheden en buitenlandse gedetineerden dus beschouwd worden als een heterogene groep (Ugelvik, 2015; Yildiz & Bartlett, 2011), blijkt uit diverse studies dat ze een aantal gemeenschappelijke behoeften en ervaringen delen (Barnoux & Wood 2013; Bhui 2009; Bosworth 2011; Ugelvik 2014), die verschillend zijn van de andere gevangenen (Bosworth 2011; Ugelvik 2014). Buitenlandse gedetineerden kampen bijvoorbeeld vaker met taalproblemen, onzekerheid over hun immigratiestatus, en ondervinden vaker moeilijkheden bij het onderhouden van familiale contacten (Barnoux & Wood, 2013, Bhui, 2009; Croux, 2020; Yildiz & Bartlett, 2011). Verder suggereren verschillende studies dat de behoeftes van etnische minderheden en buitenlandse gedetineerden niet voldoende worden vervuld door de bestaande systemen (Jones & Talbot, 2010; Sen, Exworthy, & Forrester, 2014). De activiteiten in gevangenissen blijken hierbij vaak niet aangepast te zijn aan de niet-Belgische gedetineerden en gedetineerden met een andere etnisch en/of culturele achtergrond. Om dit gebrek aan maatwerk tegen te gaan werden verschillende wettelijke kaders in het leven geroepen. Een centraal uitgangspunt hierbij is dat gedetineerden hun mensenrechten behouden in de gevangenis, met uitzondering van de rechten die verband houden met hun vrijheid. Dit geldt ook voor gedetineerden die de nationaliteit van het land van detentie niet bezitten (Coyle, 2009).

Op internationaal vlak bestaan diverse standaarden, zoals de Standard Minimum Rules for the Treatment of Prisoners (United Nations, 2016) en de European Prison Rules (Council of Europe, 2006). Deze standaarden kunnen geïntegreerd worden binnen de bestaande gevangeniswetgeving en -beleid om zo minderheidsgroepen (bv. buitenlandse gedetineerden en etnische minderheden) gelijke toegang te bieden tot diverse activiteiten binnen het gevangenisleven. Deze internationale standaarden wijzen op het recht van alle gedetineerden om deel te nemen aan gevangenisactiviteiten, waaronder behandelprogramma's. Op het Europese niveau is er de 'Recommendation concerning Foreign Prisoners' (2012). Deze stipuleert onder andere dat gezondheidszorg en behandelprogramma's in gelijke mate beschikbaar moeten zijn voor iedereen, en dat daarbij rekening moet gehouden worden met de culturele gevoeligheden van buitenlandse gedetineerden (Raad van Europa, 2012). In België is er op federaal niveau de 'Basiswet betreffende het gevangeniswezen en de rechtspositie van de gedetineerden' die bepaalt dat alle gedetineerden recht hebben op de psychosociale zorg van de gevangenis (Federale Overheidsdienst Justitie, 2005).

Ondanks de inspanningen, de gelijke rechten voor alle gedetineerden en de andere regelgevingen die zijn ingevoerd op nationaal en internationaal niveau, blijkt uit eerdere studies dat gedetineerden eerder worden gezien als een homogene groep en dat hulp- en dienstverlening niet afgestemd is op de multiculturele realiteit (Barnoux & Wood, 2013; Westrheim & Manger, 2014). Dit

zou verklaren waarom etnisch en/of culturele minderheden weinig gebruik maken van deze diensten (Chamberlain, 2011; Weistrheim & Manger, 2014).

Screening

Hoewel sommige studies lijken aan te tonen dat de prevalentie van drugs- en alcoholgebruik lager ligt bij sommige etnische minderheden en buitenlandse populaties (bv. Planije et al., 2000; van Eijdsen et al., 2004), zijn er aanwijzingen dat onderrapportage hierin een rol speelt. Uit onderzoek komt namelijk naar voor dat cultuur of religie het risico op onderrapportage van middelengebruik kan verhogen (Dotinga, Van den Eijnden, Bosveld, & Garretsen, 2005; Oliemeulen, Vuijk, Rovers, & Eijnden, 2007). Binnen sommige culturen en religies is alcohol en druggebruik een taboe, waardoor personen met bepaalde culturele of religieuze achtergronden meer geneigd zijn om niet bevraagd te willen worden over middelengebruik of om dit gebruik niet te rapporteren (Dotinga, Van den Eijnden, Bosveld, & Garretsen, 2005). Verder zijn sommige gedetineerden die psychologische problemen ervaren mogelijk niet volledig transparant tijdens screening en assessment gesprekken, omdat hun culturele achtergrond hen verhindert om problemen te delen met personen buiten de naaste familie (SAMHSA, 2015) of omdat het delen van psychologische moeilijkheden (evenals het zoeken naar psychische hulp) eerder wordt beschouwd als een teken van zwakte (Chowdhury, 2016; El-Islam, 2008). Bovendien kan zelfonthulling ook belemmerd worden door wantrouwen, bijvoorbeeld omdat iemand gediscrimineerd werd door mensen die de etniciteit of cultuur delen van de persoon die de screening- of assessmentgesprekken uitvoert (SAMHSA, 2015). In het geval dat symptomen gerapporteerd worden, is het belangrijk om bewust te zijn dat in bepaalde culturen psychologische problemen geëxternaliseerd (bv. demonen als verklaring voor psychologische problemen) of gesomatiseerd worden (Andary et al., 2003; van der Meer, 1984; Vermet, 2020). Het uiten van psychische symptomen als lichamelijke klachten kan in verband gebracht worden met het taboe dat rust op psychologische problemen binnen bepaalde culturen of gemeenschappen en het feit dat er minder stigma rust op lichamelijke klachten (El-Islam & Campbell, 2014; Vermet, 2020). Deze lichamelijke klachten kunnen zich uiten in de vorm van uitval van functies, verlies van eetlust, vermoeidheid, maagpijn, slapeloosheid,... (Abu-Ras et al., 2008; El-Islam, 2008). De patiënt zal in dat geval eerder fysieke klachten vermelden en verwachten dat de behandeling in lijn zal liggen met een medische behandeling voor somatische aandoeningen. Bijgevolg is de verwachting dan ook dat ze genezen zullen worden van hun klachten zonder al te veel informatie te moeten delen over hun persoonlijk leven (Al-Krenawi & Graham, 2000).

Taalbarrières kunnen ook een invloed hebben op de uitkomst van een screening of assessment van gedetineerden met stoornissen in middelengebruik en co-morbide psychologische stoornissen (SAMHSA, 2015). Waar mogelijk moeten screening en assessments worden uitgevoerd in de taal die de gedetineerde verkiest en door een professional met een vergelijkbare culturele achtergrond of door een professional met kennis van bovengenoemde culturele en religieuze factoren. Sommige screeningsinstrumenten zijn beschikbaar in meerdere talen en waar mogelijk moet een tweetalige professional de screenings- en assessmentgesprekken voeren (SAMHSA, 2015).

Behandeling

Uit de literatuur komt naar voor dat etnisch-culturele minderheden in detentie minder geneigd zijn om behandeling te zoeken voor stoornissen in middelengebruik en psychologische problematieken (Hatzenbuehler et al., 2008; SAMHSA, 2015). Daarnaast hebben ze ook een lagere kans op succesvolle behandelingen en een hogere kans op recidive (Belenko, 2001; Marlowe, 2013; NADCP, 2014; SAMHSA, 2015). Het delen van psychologische moeilijkheden evenals het zoeken naar psychische hulp wordt binnen sommige culturen of gemeenschappen eerder geïnternaliseerd als een teken van zwakte (Chowdhury, 2016; El-Islam, 2008; Zariouh, 2017). Sommige etnische minderheden en buitenlandse gedetineerden worden sterk beïnvloed door familie en sociale netwerken, waardoor ook veel schaamte en schuld heerst met betrekking tot middelengebruik en psychologische problemen (SAMHSA, 2015). Daarnaast kunnen personen die behoren tot minderheidsgroepen en die schaamte en sociale uitsluiting hebben ervaren (ten gevolge van discriminatie of familiale omstandigheden), een lagere zelfeffectiviteit vertonen wat betreft herstel en kunnen verwachten dat hulpverleners hen negatief zullen beoordelen (SAMHSA, 2015).

Zoals hierboven vermeld kunnen symptomen van psychische stoornissen heel verschillend tot uiting komen bij etnische minderheden en buitenlandse gedetineerden. Het is essentieel dat culturele normen goed worden begrepen en dat er voldoende tijd wordt voorzien om deze zelfgerapporteerde symptomen te begrijpen, zodat een adequate behandeling voorzien kan worden (SAMHSA, 2015). In dat opzicht is het ook belangrijk dat hulpverleners die werken met gedetineerden actief overtuigingen en verwachtingen onderzoeken die gevormd kunnen worden ten gevolge van racisme en discriminatie (SAMHSA, 2015). Onderzoek toont aan dat het trainen van hulpverleners om rekening te houden met culturele overtuigingen de behandeling van stoornissen in middelengebruik verbetert (Guerrero & Andrews, 2011; Northeast Addiction Technology Transfer Center [ATTC], 2008; NADCP, 2014; SAMHSA, 2015). Behandelprogramma's die cultuursensitief zijn

en aangepast zijn aan etnische en culturele minderheden blijken ook betere behandeloutcomes te vertonen dan gestandaardiseerde programma's (Marlowe, 2013; Northeast ATTC, 2008; SAMHSA, 2015). Er moet echter opgemerkt worden dat er weinig evidence-based gespecialiseerde behandelinterventies zijn die ontwikkeld zijn voor etnische minderheden en buitenlandse gedetineerden met stoornissen in middelengebruik en co-morbide psychische stoornissen (SAMHSA, 2015).

Hulpverleners met verschillende etnische of culturele achtergronden kunnen een belangrijke rol spelen in het bevorderen van effectieve deelname aan screening, assessment en behandelinterventies. Indien dit niet mogelijk is, kan het ook zijn nuttig om regelmatig de culturele sensitiviteit te beoordelen van behandelprogramma's voor gedetineerden met stoornissen in het gebruik van middelen en co-morbide psychische stoornissen. Een mogelijke benadering is het gebruiken van semi-gestructureerde zelfbeoordelingsprotocollen (Osborne, 2008), waarbij gegevens worden verzameld omtrent de opleiding van de hulpverleners, de culturele en etnische diversiteit en de meertaligheid binnen het team, de beschikbaarheid van cultureel sensitieve screenings- en assessmentinstrumenten en het gebruiken van cultuur sensitieve behandelinterventies. De resultaten van deze zelfbeoordeling kunnen gebruikt worden om de opleidingen, dienstverlening en teamsamenstelling aan te passen (SAMHSA, 2015).

2. Screening: Quel est l'outil de dépistage le plus efficace en milieu carcéral ?

Ce chapitre se concentre sur le développement d'une procédure et d'un outil de screening uniformes, tant pour les services médicaux que pour les projets pilotes. Les modifications apportées à l'instrument de screening développé dans le cadre du projet de recherche RECO-PRIS y seront détaillées de même qu'une réflexion autour de la faisabilité et l'intégration des instruments BelRAI/InterRAI. Enfin, ce chapitre se clôture sur un questionnaire relatif à la période la plus adéquate pour dépister la population cible.

2.1 Méthode

Les informations recueillies dans le cadre de ce chapitre l'ont été par le biais de diverses méthodes de recueil de données. Un aperçu de celles-ci est présenté ci-dessous, la méthode d'analyse des données y est également discutée.

2.1.1 Collecte des données

Les deux premières réunions d'intervision, animées par l'équipe de recherche et rassemblant les coordinatrices des projets pilotes ainsi que des experts des services médicaux, ont été effectuées dans le but d'approfondir la thématique du screening et plus précisément, les modifications nécessaires à apporter à l'instrument de screening développé (voir planning des interventions, annexe 1). Rappelons que dans le cadre de la recherche RECO-PRIS, un instrument de screening a été créé en collaboration étroite avec les projets et pour lequel ceux-ci ont jugé 80% des items indispensables. Les autres items ont fait l'objet de suggestions et commentaires grâce à une évaluation détaillée de l'instrument réalisée précédemment par les projets pilotes et détaillée dans le rapport final de la recherche RECO-PRIS. A la suite de cette évaluation, les chercheurs ont analysé les remarques formulées pour chaque item et ont créé un document reprenant le feedback des trois projets sur chaque question, tout en proposant des alternatives en lien avec les commentaires effectués (voir annexe 2). Ces modifications ont alors été discutées lors des deux premières interventions. Lors de ces réunions d'intervision, la question relative au moment idéal pour dépister les détenus a également été abordée. Des réflexions concernant l'intégration et la faisabilité des instruments BelRAI/InterRAI ont également été initiée par l'équipe de recherche après avoir pris contact avec les personnes référentes en la matière : Madame Liza Van Eenoo, coordinatrice BelRAI au SPF Santé publique, sécurité de la chaîne alimentaire et

environnement et le Professeur Anja Declercq, membre du conseil d'administration d'InterRAI et chef de projet à LUCAS, un institut de recherche interdisciplinaire de la KU Leuven.

2.1.2 Analyse des données

Des notes ont été prises par les chercheurs lors des réunions d'interview. Celles-ci ont été consultées et ont aidé à la description et la contextualisation des résultats présentés ci-dessous. L'analyse des différentes sources de données qualitatives nous a ainsi permis d'adapter les items du questionnaire développé en collaboration avec les projets pilotes. Ceux-ci nous ont fait part de leurs remarques et/ou accord avec les items alternatifs proposés et le questionnaire a alors été modifié en conséquence. Même si les modifications ont été discutées lors des interviews, le document créé par les chercheurs proposant les items alternatifs a été envoyé par mail aux trois projets afin qu'ils puissent les valider en équipe.

Les instruments InterRAI envoyés par le Professeur Anja Declercq ont fait l'objet d'une analyse réalisée par les chercheurs, reposant sur les caractéristiques des instruments consultés tant en termes de procédure de passation qu'en termes d'informations à récolter. Cette analyse préliminaire est également présentée ci-dessous.

2.2 Développement d'une procédure et d'un instrument de screening uniformes pour les services médicaux et pour les projets pilotes (RECO-PRIS)

Dans le cadre de notre précédente recherche (RECO-PRIS) (Vandeveldt et al., 2020), nous avons constaté de nombreuses divergences dans les procédures et instruments de screening utilisés depuis le début au sein des trois projets pilotes. Le flou entourant cette procédure et l'hétérogénéité des pratiques afférentes a laissé place à une recherche de sens des trois équipes quant à l'objectif principal poursuivi par cette procédure de screening. C'est dans ce contexte que les chercheurs ont, dans un premier temps, décidé d'initier des réflexions autour du développement d'un instrument de screening commun aux trois projets dans le but d'harmoniser leurs pratiques d'enregistrement et de rendre la comparabilité plus aisée.

Après de nombreuses modifications réalisées en étroite collaboration avec les membres des projets pilotes et détaillées dans le rapport final de RECO-PRIS, le questionnaire définitif a été approuvé avant que sa faisabilité soit testée sur le terrain pour une durée totale de 6 semaines (pour rappel, du 2 mars 2020 au 12 avril 2020). L'instrument était divisé en 10 catégories principales. Certaines questions proviennent de divers instruments standardisés tels que le *Treatment Demand Indicator* (TDI)

(EMCDDA, 2012), *l'European Questionnaire on Drug use among People living in prison* (EQDP) (EMCDDA, 2017) ou encore le BelRAI. D'autres questions ont été ajoutées en relation avec le contexte d'exercice propre aux projets pilotes. Deux versions du questionnaire ont été créées intégrant questions obligatoires et questions optionnelles. Les items du CAP Consommation de Substances (BelRAI) y ont également été ajoutés, sur demande des autorités requérantes, dans le but d'étudier sa faisabilité auprès des projets pilotes.

A la fin de la période de test relative à l'utilisation du questionnaire sur le terrain, les projets pilotes ont été invités à évaluer chaque item de l'instrument comme "nécessaire", "à supprimer", "je peux faire avec" ou encore à émettre des suggestions. Cette évaluation détaillée du questionnaire a montré que les trois projets ont jugé la majorité des questions comme étant nécessaires et ont également fourni des nombreuses suggestions dans le but d'optimiser l'instrument par la suite. Ces remarques concernaient principalement l'ajout ou la suppression d'une question jugée non pertinente, la reformulation d'une question ou l'élargissement des options de réponse etc. (pour plus de précision, voir Vandeveld et al., 2020). Cette évaluation approfondie et réalisée par les projets s'avère particulièrement précieuse pour optimiser l'utilisation du questionnaire tout en prenant en compte l'expérience et les réalités du terrain. C'est dans ce cadre qu'intervient la modification du questionnaire commun aux projets pilotes laquelle sera discutée dans la partie suivante.

2.3 Modification du questionnaire commun aux projets pilotes : version 9 (février-avril 2021)

La modification du questionnaire a débuté avec l'analyse approfondie des commentaires formulés par les projets à propos des différents items. Les items jugés nécessaires par les trois projets n'ont subi aucune modification et ont été indiqués comme questions obligatoires.

La catégorie "santé mentale" opposant de nombreuses résistances de la part des projets relatives à la précocité de l'administration de l'instrument et à l'intimité des questions posées, nous avons décidé de la supprimer, estimant que ces questions pourraient être abordées plus tard dans le suivi, lorsqu'une relation de confiance sera établie entre soignant et soigné.

De plus, certaines suggestions de reformulation ou d'élargissement des items de réponse ont été formulées pour des questions provenant d'instruments standardisés (TDI, EQDP, BelRAI). Toutefois, dans le but de respecter la validation de ces questions, nous n'avons procédé à aucune modification. Néanmoins, a été ajoutée, dans le guide d'utilisation du questionnaire (voir annexe 3) ainsi que dans son introduction (voir annexe 4), la possibilité de reformuler oralement les questions afin de s'adapter à la compréhension de la personne interviewée.

De même, pour faciliter la récolte des données, nous avons laissé la possibilité aux projets de répondre aux questions pendant un entretien avec l'interviewé et/ou grâce à d'autres sources d'information – telles que des informations recueillies dans le cadre d'entretiens précédents, présentes dans un dossier médical ou recueillies en réunion d'équipe etc.

Pour les questions provenant d'instruments standardisés ainsi que pour certaines autres ajoutées et spécifiques au contexte carcéral ainsi qu'au travail des projets, nous avons étendu la possibilité de recourir à des questions optionnelles. L'utilisation de ces dernières reste à l'appréciation de chaque professionnel, en fonction de la pertinence perçue de ces items et de la situation spécifique de chaque personne rencontrée. Ainsi, sur 73 questions au total, 21 ont été indiquées comme étant optionnelles et, par conséquent, leur utilisation a été laissée à l'appréciation de chaque intervieweur.

Sur base des suggestions des projets et dans le but d'avoir une meilleure vue sur le profil des personnes admises dans ceux-ci, certaines questions ont également été ajoutées. Celles-ci concernent par exemple la langue de passation du questionnaire, le pays de naissance et la nationalité des interviewés ou encore des questions relatives à l'adéquation du traitement de substitution (si applicable).

De même, les questions du CAP Consommation de Substances (BelRAI), préalablement placées en fin de questionnaire, ont été intégrées aux catégories "Consommation" et "Comportements à risque et dépistage".

Enfin, les questions alternatives discutées lors des interventions avec les projets, concernent donc les questions réfléchies initialement avec les projets afin d'intégrer certaines questions spécifiques à leur travail de terrain et au contexte carcéral. Ces questions sont au nombre de 14 et les alternatives proposées peuvent être passées en revue grâce au document présent à l'annexe 2.

A la suite de ces modifications, l'introduction ainsi que le guide d'utilisation du questionnaire ont été adaptés, tout comme la numérotation des items et la mise en page du document global.

La dernière version du questionnaire (version 9) peut être consultée à l'annexe 4.

2.4 Faisabilité et intégration des instruments BelRAI/InterRAI

Une des missions de l'équipe de recherche dans le cadre du projet RECO-PRIS ainsi que de la présente recherche (RECO-PRIS *bis*), consistait en l'étude de la faisabilité/l'adéquation des instruments BelRAI/InterRAI à l'occasion des projets pilotes. L'utilisation du CAP Consommation de Substances (BelRAI) a été investiguée au sein des projets et intégrée au questionnaire développé par l'équipe de recherche. Une première évaluation de cet outil BelRAI s'est avérée non concluante, les items n'étant que peu adaptés à la population cible et au contexte carcéral afférent.

Sur base de ces constats, nous avons effectué une recherche sur les instruments BelRAI/InterRAI disponibles et potentiellement pertinents pour notre recherche. Notre choix s'est, dans un premier temps, porté sur le BMHS (*Brief Mental Health Screener*) d'InterRAI potentiellement utilisable dans le but d'intégrer quelques questions relatives à la santé mentale dans notre questionnaire. Dans un second temps, notre choix s'est également porté sur l'InterRAI CF (*Correctional Facilities*) en raison de son évidente adaptation au contexte carcéral. A cette fin, nous avons donc pris contact avec Mesdames Van Eenoo et Declercq afin d'accéder à ces deux instruments. La prise de connaissance de ceux-ci ainsi que leur utilisation nécessitant la signature d'une convention/licence de recherche précisant les aspects auxquels nous devrions nous soumettre lors de leur emploi, nous avons fait les démarches nécessaires pour y avoir accès.

Dès réception des instruments demandés, les chercheurs ont procédé à une analyse critique de ceux-ci en tenant compte de leurs conditions de passation et de leurs items spécifiques. Ci-dessous sont présentées les réflexions initiées en équipe au regard de la faisabilité d'utilisation de ces instruments au sein des projets pilotes et au sein d'un contexte carcéral.

2.4.1 Brief Mental Health Screener (BMHS InterRAI)

Lors de la prise de connaissance du BMHS d'InterRAI³, voici les réflexions que nous avons formulées en lien avec son utilisation dans le cadre des projets pilotes :

- L'outil est traduit en français canadien mais pas en néerlandais et ne semble pas adapté au contexte belge (aucun instrument BelRAI s'y rapportant).
- De nombreux items posent problème en termes de règlement général relatif à la protection des données (RGPD) et notamment le nom, le prénom, la date de naissance, le code postal du lieu de résidence etc.
- Certains items semblent spécifiques au pays dans lequel a été développé et testé l'instrument (Canada).
- La manuel d'utilisation précise que les indicateurs doivent être objectivés après 24h d'observation, ce qui n'est pas possible à effectuer pour les membres des projets pilotes en raison du fait qu'aucune réelle observation n'est possible en contexte carcéral, d'autant plus durant le premier (ou deuxième) entretien.
- De plus, l'intervieweur est en charge de noter si la présence d'indicateurs de l'état mental et de comportements précis ont été présents les 24 dernière heures or, encore une fois, les membres

³ L'instrument est disponible sur demande et contact auprès de l'équipe BelRAI/InterRAI.

des projets n'ont pas l'occasion de pouvoir observer les détenus suivis. Nous pourrions penser qu'une collaboration avec les agents pénitentiaire serait ici favorable pour récolter ce type d'information. Toutefois, cela supposerait que les agents aient le temps d'observer particulièrement chaque détenu et poserait également des questions en termes d'anonymat relatif aux personnes suivies par les projets.

- Certaines possibilités de réponse mériteraient davantage de nuance : par exemple, section B, item 2: "degré de perception de la personne quant à son état de santé mentale" -> 0. Pleine, 1. Limitée, 2. Aucune -> et si la personne ne présente pas de problème de santé mentale ? La question semble quelque peu réductrice...
- Certaines récoltes d'information sont parfois encouragées par le biais de questions ouvertes or, cela demande davantage de temps de passation comparé aux questions fermées utilisées dans notre questionnaire. L'utilisation de questions ouvertes n'est pas forcément adaptée à la conduction d'une évaluation à l'entrée des projets.
- L'item évaluant les "capacités cognitives concernant les décisions de tous les jours" et plus précisément les prises de décision concernant les tâches de la vie quotidienne, n'est pas adapté au contexte carcéral qui restreint fortement les capacités de décision des détenus et qui sera alors interprété comme étant fortement déficitaire alors que la personne n'a aucun contrôle sur cet aspect en raison du contexte dans lequel elle vit.
- Les items de la section C ne sont pas non plus adaptés au contexte carcéral : ils font état d'un "contact antérieur avec la police durant les 30 derniers jours", de l'utilisation d'armes ou encore de violence, non pertinents pour les projets au regard du contexte dans lequel ils se déroulent.
- L'item visant à évaluer les conditions de salubrité du milieu de vie n'est pas non plus pertinent puisque l'environnement de vie de la personne est la prison.
- L'item "refus de prendre une partie ou la totalité d'un médicament d'ordonnance au cours des trois derniers jours" n'offre que deux possibilités de réponse : oui ou non. Or, ici, la réponse peut être spécifique à la récente entrée en prison de la personne et l'effectivité ou ineffectivité de la continuité des soins entre l'extérieur et l'intérieur de la prison. Il arrive qu'à l'entrée en détention, les personnes n'aient pas directement accès à leurs médicaments pendant plusieurs jours jusqu'à ce qu'ils rencontrent le service médical. Ce n'est donc pas qu'ils refusent de prendre leur traitement mais plutôt que la continuité des soins n'est pas assurée dès l'entrée en détention et que par conséquent, la personne n'a pas directement accès à son traitement/ses médicaments.
- Les sections D et G ne sont pas pertinentes pour les projets puisque réservées aux agents de police et à la décision qu'ils prennent face à la personne interviewée (orientation vers un hôpital, vers un service social/de santé mentale, contact d'une personne de soutien à la personne...).

- De manière générale, le manuel précise que les réponses aux items doivent être réalisées par le biais d'une communication directe avec la personne concernée, d'observations de la personne ou encore d'informations recueillies de toutes personnes connaissant l'interviewé. Évidemment, ceci reste difficile voire impossible pour les projets à mettre en place par manque de temps et par manque d'accès à certaines données ou personnes (famille, proches des détenus...).
- Il n'y a pas de possibilité de laisser un item vide (non répondu) ou une absence d'information.
- Il est précisé que "toute question médicale sérieuse doit être portée immédiatement à l'attention de la personne et celle-ci doit être aidée en vue d'obtenir les soins médicaux appropriés. Comme on peut s'y attendre dans la pratique courante." Cette préoccupation ne semble pas non plus tenir compte du contexte carcéral dans lequel la prise en charge des détenus s'effectue, laquelle s'opère souvent dans un contexte de crise aiguë et d'urgence par manque de temps et de sous-effectivité du service médical. De plus, l'offre de soins en prison est restreinte comparée à l'offre présente dans la société même si l'équivalence des soins y est prônée.
- Différentes périodes de temps sont également utilisées selon les items (dernière 24h, année précédente, 7 derniers jours, 30 derniers jours, 3 derniers jours). Dans le cas de personnes détenues, ces différents délais ne reflètent peut-être pas le même environnement de vie ni les mêmes dispositions (détention vs. liberté) et risqueront de biaiser les réponses données et du moins, de manquer d'informations supplémentaires visant à contextualiser les différentes réponses.
- De manière globale, l'instrument est trop long, non spécifique au contexte carcéral, demande trop de temps et d'investissement de la part des équipes et nécessite une formation spécifique à son utilisation.

2.4.2 InterRAI Correctional Facilities (InterRAI CF)

De même, après la réception de l'InterRAI Correctional Facilities⁴, voici les remarques que nous avons émises dans le cadre de son éventuelle utilisation au sein des projets pilotes :

- L'instrument nous semble trop long (12 pages) et n'est ni traduit en français ni en néerlandais.
- L'outil n'a pas encore été adapté au contexte belge.
- Il nous a été rapporté par le Professeur Declercq que l'instrument était toujours en cours de développement et qu'il n'existait, à ce jour, pas de manuel d'utilisation de l'instrument, ce qui le rend parfois difficile à coder.

⁴ L'instrument est disponible sur demande et contact auprès de l'équipe BelRAI/InterRAI.

- La section B, relative à l'historique criminel ne semble pas pertinent pour les projets pilotes dans le cadre d'une prise en charge santé.
- La section C, relative à l'historique de prise en charge fait écho à nos questions concernant les suivis antérieurs de la personne et la redondance serait alors trop marquée.
- Différentes temporalités sont également utilisées selon les items (année précédente, 90 derniers jours, 2 dernières années, 30 derniers jours, 3 derniers jours). Dans le cas de personnes détenues, ces différents délais ne reflèteront peut être pas le même environnement de vie ni les mêmes dispositions (détention vs. liberté) et risqueront de biaiser les réponses données et du moins, de manquer d'informations supplémentaires visant à contextualiser les différentes réponses.
- Les réponses aux items de la section D (indicateurs de santé mentale) sont difficiles à évaluer lors de la première (ou seconde) rencontre et nécessitent la possibilité de pouvoir observer la personne et d'avoir recours à d'autres sources d'information pour obtenir un tableau global de l'état de la personne.
- Les items des sections F (comportements), G (cognition), I (communication et vision), J (conditions médicales), N (contrôle, procédure et observation) et O (statut nutritionnel) ne semblent pas vraiment pertinents pour les projets. Ce sont des informations qui pourraient être récoltées et utilisées par d'autres services de la prison, notamment par les agents pénitentiaires ou par le service médical mais, informations auxquelles les projets n'ont pas toujours accès en fonction du secret professionnel lié aux activités inhérentes aux missions de chacun.
- La section S, quant à elle, relative aux informations diagnostiques, est axée sur les critères du DSM-IV, ce qui privilégierait potentiellement une approche diagnostique au sens plus médical du terme avec le risque d'étiquetage souvent reproché à ce manuel. L'objectif de l'évaluation au sein des projets ne serait donc plus le même qu'actuellement – l'identification des facteurs de risque, de protection, les ressources et besoins de la personne pour la construction d'un plan de soins sur mesure.
- De manière générale, la passation de l'instrument semble requérir du temps et de bonnes collaborations dans le partage d'informations avec différents services de la prison afin de récolter toutes les informations souhaitées (service médical, agents pénitentiaires, SPS, services externes...). Cette collaboration peut être effective dans certains établissements mais demande du temps et de l'investissement à chaque service qui sont, pour la plupart, actuellement surchargés et en sous-effectif.
- Enfin, il nous semble important qu'une formation soit proposée dans le cadre de l'utilisation de cet instrument qui se veut long et parfois difficile à coder.

L'inadéquation estimée de ces deux instruments InterRAI nous a poussé à conserver l'utilisation du CAP Consommation de Substances (BelRAI) et à l'intégrer dans notre version finale du questionnaire à destination des projets pilotes. Une évaluation brève de ces items par les projets sera présentée dans le chapitre suivant.

2.5 Quel est le moment optimal pour détecter les détenus grâce à l'outil de dépistage ?

Lors de l'intervision du 9 mars 2021, des réflexions ont été initiées concernant le(s) moment(s) idéal(aux) afin de dépister les détenus grâce à l'instrument de screening. Lors de cette réunion, les trois projets se sont accordés sur le fait que l'entrée en détention doit coïncider avec un premier dépistage de tous les nouveaux entrants afin de pouvoir rassembler le plus d'informations possible. La littérature recommande d'ailleurs que ce screening d'entrée soit mené par les services de soins de la prison (services médicaux) et qu'il fasse l'objet d'une enquête brève interrogeant notamment les problématiques de consommation (Nicholls, 2018; SAMHSA, 2015; Shaw, 2008) afin de déterminer si une évaluation ultérieure et approfondie est requise (SAMHSA, 2015). De même, selon les projets, il est souhaitable de renouveler cette étape une fois que les détenus prennent leurs marques et commencent à savoir comment fonctionne la prison. Cette deuxième étape étant également fonction du régime de détention dans lequel s'inscrivent les différents détenus (prévenus, condamnés). Enfin, une dernière étape de dépistage semble indispensable à leur yeux et concorde avec la préparation à la sortie dans l'optique d'évaluer l'évolution de la personne avant sa libération. De manière générale, les projets insistent toutefois sur le fait qu'il est parfois complexe d'obtenir les informations souhaitées car celles-ci dépendent évidemment de ce que la personne veut bien déposer, de la communication et le partage/la transmission d'information entre les différents services (internes et externes) afin d'avoir accès à certains éléments tels que la date de sortie de la personne, par exemple. Dans le cas où la personne est également suivie par les projets, cette récolte d'information peut devenir plus aisée dans le sens où les projets effectuent eux-mêmes un dépistage dans l'optique d'accéder aux informations dont il ont besoin pour mener à bien le suivi. Ainsi, dans la pratique, effectuer un dépistage en fin de détention en vue de préparer la sortie est, pour l'instant, illusoire. En effet, pour ce faire, les projets devraient avoir accès à la date de sortie de chaque détenu suivi (comme précédemment mentionné), ce qui n'est néanmoins pas le cas actuellement. La libération des détenus (prévenus principalement) s'effectue en général sans que les projets ne soient au courant, ce qui complique la réalisation de cette dernière étape de dépistage pourtant indispensable pour identifier et orienter les détenus sortants vers les services appropriés (SAMHSA, 2015). Une période de 90 jours avant la libération est préconisée par le Substance Abuse and Mental Health Services Administration

(SAMHSA) afin d'anticiper la continuité des soins vers l'extérieur de la prison et d'ainsi préparer la réintégration de la personne au sein de la société (2015). Dans l'idéal donc et en fonction du régime de détention, les projets proposent de pouvoir réaliser un premier dépistage dès l'arrivée en détention, après trois mois (lorsque la personne commence à prendre ses marques), puis après un an (afin de réévaluer les besoins et attentes en fonction de l'évolution du suivi et de la personne) et enfin, avant la libération dans le but d'avoir un retour global sur la prise en charge effectuée, l'évolution générale de la personne et de pouvoir l'orienter adéquatement à sa sortie afin de faciliter la continuité et l'équivalence des soins entre l'intérieur et l'extérieur de la prison. Ainsi, un dépistage et un suivi continus au cours de la détention, renouvelés et tenant compte de certains moments clés de l'incarcération (entrée en détention, transfert, sortie...) participent à l'établissement d'un programme de soins basé sur une approche globale et compréhensive (NICE, 2017, Nicholls, 2018). Cependant, les projets insistent également sur le fait qu'une des préconditions à la collecte des informations souhaitées lors de ces différents moments de dépistage est la relation de confiance qui doit se construire entre intervenants professionnels et détenus. Cette relation de confiance ou alliance thérapeutique permettra de pallier aux mensonges et omissions formulés par le bénéficiaire (et d'éviter le drop-out) si celui-ci ne se sent pas en sécurité pour déposer la réalité de ses expériences de vie. De plus, la mise en place du scénario idéal présenté ci-dessus suppose également la mobilisation d'effectifs humains suffisants aussi bien au sein des projets qu'au sein des autres services réalisant ce dépistage (service médical par exemple), ce qui n'est actuellement pas le cas. De même, ce scénario idéal nécessite un éclaircissement précis sur les informations désirées lors de ces différents moments de récolte des données ainsi que la définition d'un public cible (veut-on uniquement appliquer ce scénario aux personnes qui sont suivies par les projets ou cette méthode de dépistage doit-elle exister pour tout détenu ?). En outre, l'approche privilégiée par les intervenants peut également favoriser la collecte des informations souhaitées : un cadre informel dans lequel les intervenants peuvent approcher les bénéficiaires de manière plus naturelle/spontanée, participe au partage des informations de même qu'à la création d'un lien de confiance. Selon les projets, cette approche pourrait être favorisée par l'engagement de différents profils de fonction (éducateurs par exemple) étant spécifiquement formés à tisser des relations informelles avec des publics bien souvent vulnérables/complexes (public précarisé, public souffrant de troubles psychologiques, détenus). A Hasselt, la philosophie communautaire du projet pilote (activités de groupe, soutien par les pairs) favorise cette approche informelle des bénéficiaires. Cette philosophie d'approche étant également soutenue par la direction de la prison, ils réfléchissent conjointement à un ajustement du régime de détention afin de mettre en place une section d'accueil et d'observation dans le but de créer du lien avec chaque nouvel arrivant et d'étudier ses besoins avant de transférer celui-ci vers une section

adaptée par la suite (section où intervient le projet pilote par exemple si le détenu entrant est demandeur). Une collaboration constructive avec les directions des différentes prisons est ici soulignée par les projets tant elle est indispensable dans la mise en place d'initiatives comme celle-ci tout comme dans la réflexion qui peut être initiée dans le cadre d'adaptations pouvant favoriser un meilleur climat carcéral.

3. Enregistrement : Quels sont les profils des utilisateurs et quelle est leur proportion par rapport à l'ensemble de la population carcérale ?

Le chapitre précédent a contextualisé et détaillé la procédure ainsi que les modifications apportées à l'instrument de screening développé en étroite collaboration avec les projets pilotes. Il a également envisagé l'utilisation de plusieurs instruments BelRAI/InterRAI ayant fait l'objet d'une réflexion critique de la part des chercheurs.

Ce chapitre détaille la procédure de screening mise en place au sein des services médicaux et des projets pilotes et les résultats afférents. En raison des mesures sanitaires prises pour limiter la propagation du COVID-19, toutes les données n'ont pas pu être collectées comme ce fut initialement prévu. L'impact de ces mesures sur les services médicaux et les projets pilotes est expliqué ci-dessous. Enfin, des informations seront également fournies quant à l'évaluation de l'instrument développé pour les projets pilotes. Ces résultats seront présentés à la suite des constats recueillis au sein des projets pilotes.

3.1 Méthode

Dans cette section est présentée la méthode de collecte des données utilisée pour récolter les informations souhaitées par le biais de la mise en place d'une étude d'enregistrement au sein des services médicaux et des projets pilotes. L'analyse des données y est ensuite discutée avant de procéder à la présentation des résultats obtenus.

3.1.1 Collecte des données

Les chercheurs se sont mis d'accord sur les aspects pratiques de la réalisation de l'étude d'enregistrement avec les projets et les services médicaux lors de l'intervision du 20 avril 2021. Lors de cette réunion, la période adéquate pour mener cette étude d'enregistrement ainsi que le public cible visé ont été discutés en concertation avec les projets et les services médicaux. Ainsi, il a été approuvé par tous que la collecte des données prenne cours du lundi 3 mai 2021 au dimanche 30 mai 2021.

Pour rappel, lors de la recherche RECO-PRIS, l'équipe de recherche avait proposé une procédure de screening en deux phases : une première brève enquête au sein des services médicaux et une évaluation plus détaillée au sein des projets pilotes dans un deuxième temps.

La première phase de screening au sein des services médicaux consistait en l'administration d'un bref questionnaire constitué de 5 questions au total, interrogeant la consommation de substances durant les 30 derniers jours (tabac, alcool, autres drogues) et la demande d'aide lors de l'entrée en détention. Le questionnaire n'a subi aucune modification par rapport à l'année dernière. Le public cible concerné par l'administration de ce bref questionnaire était composé de tous les détenus entrants bénéficiant d'une anamnèse d'entrée effectuée par le service médical dans les 24 à 48h après leur arrivée en détention. Les mêmes critères ont été utilisés pour cette nouvelle étude d'enregistrement. Le questionnaire ainsi que le manuel d'utilisation (voir annexes 5 et 6) ont été envoyés par mail aux experts des services médicaux présents aux interventions, une semaine avant la date de démarrage de la période de screening test. L'objectif de cette première phase de screening vise à évaluer la proportion de détenus se déclarant consommateurs de drogues et demandeurs d'aide en lien avec leur consommation, à l'entrée en détention.

La deuxième phase de screening au sein des projets pilotes consistait en une évaluation approfondie des nouveaux entrants dans les projets. Le questionnaire final comporte plusieurs catégories rassemblant des informations utiles aux projets dans la construction d'un plan de soins individualisé à chaque bénéficiaire. Le public cible concerné par l'administration de ce questionnaire détaillé a dû être adapté aux réalités et possibilités de terrain en pleine crise sanitaire. Pour exemple, à Hasselt, le démarrage de l'étude d'enregistrement a coïncidé avec une recrudescence des cas de COVID-19 tandis que des quarantaines se sont vues imposées aux nouveaux entrants à Lantin et à Saint-Gilles. Ces mesures compliquent donc l'accès aux détenus. L'équipe de recherche, en collaboration avec les projets, a donc décidé que 15 bénéficiaires seraient screenés par projet et pour qui l'équipe a déjà pu mener deux entretiens (afin de faciliter l'accès aux informations demandées). Le questionnaire (voir annexe 4), le manuel d'utilisation (voir annexe 3) ainsi qu'un document de consentement à destination de chaque participant (voir annexe 7) ont été envoyés par mail aux coordinatrices des projets avant le démarrage de l'étude d'enregistrement. L'objectif de cette deuxième phase de screening est de pouvoir dresser un tableau des caractéristiques spécifiques des nouveaux entrants dans les projets.

Quelques jour après le démarrage de l'étude d'enregistrement au sein des services médicaux, nous avons reçu plusieurs réactions de la part d'une infirmière en chef et d'un médecin.

- A Lantin, l'infirmière en chef nous a notifié qu'en raison de la campagne de vaccination des détenus, tous ses effectifs et leurs efforts étaient concentrés sur cette tâche prioritaire et qu'ils n'auraient, par conséquent, pas le temps ni les effectifs de mener à bien notre période de screening test. Nous lui avons donc demandé de revenir vers l'équipe de recherche une fois que la situation serait normalisée en vue d'éventuellement re-planifier notre période de screening test ultérieurement, à Lantin. A ce jour, nous n'avons toujours pas eu de nouvelles de sa part.
- Un médecin responsable de la D-Consult (consultations relatives au suivi des traitements de substitution) à Saint-Gilles nous a également contacté par mail pour nous faire part de ses interrogations en lien avec le RGPD et le fait que notre collecte des données s'effectuant sur papier, elle ne prévoyait aucune trace d'encodage de ces informations dans le système d'enregistrement existant utilisé par le service médical (Epicure). Selon lui, l'administration de notre questionnaire consistait plus en un acte interventionnel nécessitant des autorisations spécifiques. Rappelons que toutes les activités liées à notre projet de recherche ont par ailleurs fait l'objet d'une évaluation et d'un accord auprès de la Commission d'Ethique de l'Université de Gand.
- Enfin, à Hasselt, la période de screening test a pris fin prématurément en raison d'une recrudescence des cas de COVID-19 au sein de la prison et du lancement de la campagne de vaccination des détenus, ayant mobilisé tous les effectifs et les efforts du service médical.

Ces imprévus liés à la crise sanitaire nous ont empêchés de récolter toutes les données souhaitées au sein des services médicaux. Il ne nous a donc pas été possible de tirer des conclusions sur la proportion de détenus nouveaux entrants se déclarant consommateurs de drogues et demandeurs d'aide dès leur arrivée en prison. Par ailleurs, nous avons alors demandé aux services médicaux d'identifier les conditions préalables nécessaires pour mettre en place et mener à bien ce screening test au sein des services médicaux. Comme déjà mentionné, des effectifs humains suffisants, une réglementation claire en matière de RGPD et un système d'encodage coïncidant avec le système d'enregistrement existant sont les préconditions que nous pouvons déjà souligner. Ces conditions seront davantage discutées dans le guide de bonnes pratiques joint à ce rapport final.

A la fin de la période de screening test, les versions papier des questionnaires anonymes administrés dans le cadre des projets pilotes ont été récupérées par les chercheurs à la prison de Lantin (le 20 mai 2021), au bureau d'I.Care à Saint-Gilles (le 03 juin 2021) et à la prison de Hasselt (le 21 juin 2021).

3.1.2 Analyse des données

Une base de données a été créée à l'aide du logiciel Excel pour analyser les données récoltées. Chaque variable/question a été encodée dans une colonne et chaque sujet est représenté par une ligne, ayant un code spécifique. Aucune information concernant l'identité des participants ne nous a été fournie. Chaque participant s'est donc vu attribuer un code spécifique en fonction de l'établissement duquel il provient (Lantin : L1, L2, L3... Saint-Gilles : SG1, SG2, SG3... Hasselt : H1, H2, H3...). Les données collectées et encodées ont donc été analysées de manière agrégée et totalement anonyme. Les résultats principaux de chaque catégorie du questionnaire ont été exploités dans le but de dresser un profil 'type' des bénéficiaires demandeurs d'aide dans chaque projet pilote. Les données quantitatives, à la base, ont donc été exploitées de manière qualitative afin d'en retirer des caractéristiques de population précises.

A la fin de la période de screening test, les chercheurs ont demandé à chaque projet de leur envoyer par mail un document d'évaluation du questionnaire reprenant les avantages et inconvénients afférents à la procédure et à l'instrument de screening utilisé. L'opinion des projets quant à l'utilisation du questionnaire a été prise en compte et les conclusions générales font l'objet d'une section spécifique (voir 2.3.3).

Les résultats tirés de cette étude d'enregistrement au sein des trois projets pilotes ainsi que leur évaluation sont présentés dans la partie suivante.

3.2 Résultat du screening au sein des projets pilotes

Cette section présente les conclusions relatives à l'étude d'enregistrement qui s'est déroulée du 3 mai 2021 au 30 mai 2021 (période totale de 4 semaines). Chaque projet a rempli 15 questionnaires relatifs à des bénéficiaires nouvellement intégrés dans les projets et ayant déjà bénéficié de deux rencontres avec les membres de ceux-ci. Les principaux résultats sont présentés selon chaque catégorie du questionnaire et selon chaque projet et les tendances prédominantes se retrouvent dans un paragraphe récapitulatif en fin de section.

3.2.1 MACADAM (Lantin)

Données démographiques

L'échantillon de MACADAM se compose de 14 hommes et 1 femme. La moyenne d'âge des personnes interrogées est de 42,7 ans avec une étendue de 20 à 59 ans. Tous sont de nationalité belge mais un d'entre eux est né sur le continent africain tandis qu'un autre est né en Amérique du Sud. 11 sont condamnés et 4 bénéficient du statut de prévenu. Parmi ces 15 personnes, deux d'entre elles sont des primo-incarcérés. 4 interviewés ont indiqué avoir leur diplôme d'enseignement primaire, 9 leur diplôme d'enseignement secondaire et 2 ont indiqué avoir un diplôme de l'enseignement supérieur (Baccalauréat universitaire ou équivalent). Avant incarcération, 4 personnes ont mentionné avoir un emploi régulier tandis que 5 étaient sans emploi, 1 était étudiant et 5 bénéficiaient de prestations sociales (retraité ou en invalidité). 2 participants ont également indiqué travailler au noir en plus de leurs indemnités sociales. Enfin, 11 personnes se déclarent être elles-mêmes à l'origine de leur demande de suivi par MACADAM (1 s'est vu conseillé par un autre service psycho-médico-social et 3 autres se sont vus incités par un Juge, une assistante sociale et un codétenu).

Conditions de vie

Avant leur incarcération, 10 répondants ont indiqué vivre dans un logement stable, 1 dans un logement précaire tandis que 4 ont avoué être à la rue (ou dormir chez des amis, à droite à gauche, pour 2 d'entre eux). 4 vivaient seuls, 2 vivaient avec leur famille d'origine (parents par exemple), 6 avec leur compagne et/ou leurs enfants et 3 avec des amis.

Consommation

Sur les 15 détenus interrogés, tous ont reconnus avoir consommé un ou des drogues au cours de leur vie. Le tableau ci-dessous reprend les consommations décrites au cours de l'année précédant leur incarcération (voir tableau 1).

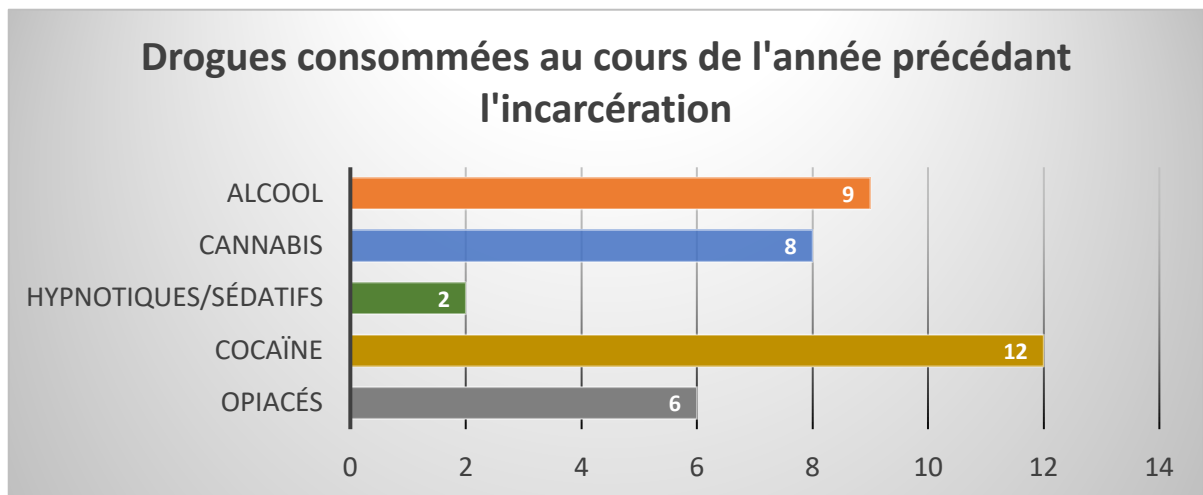


Tableau 1 : Consommations de drogues décrites au cours de l'année précédant l'incarcération (MACADAM, N=15)

La cocaïne, l'alcool, le cannabis et les opiacés semblent être les produits les plus consommés par les 15 sujets interviewés. 13 participants se déclarent poly-consommateurs et 7 d'entre eux considèrent cette consommation avant incarcération comme étant "très problématique". Sur ces 15 personnes, 8 mentionnent avoir consommé des drogues pendant leur détention actuelle. Le tableau 2 ci-dessous, reprend les consommations décrites pendant la détention actuelle des répondants.

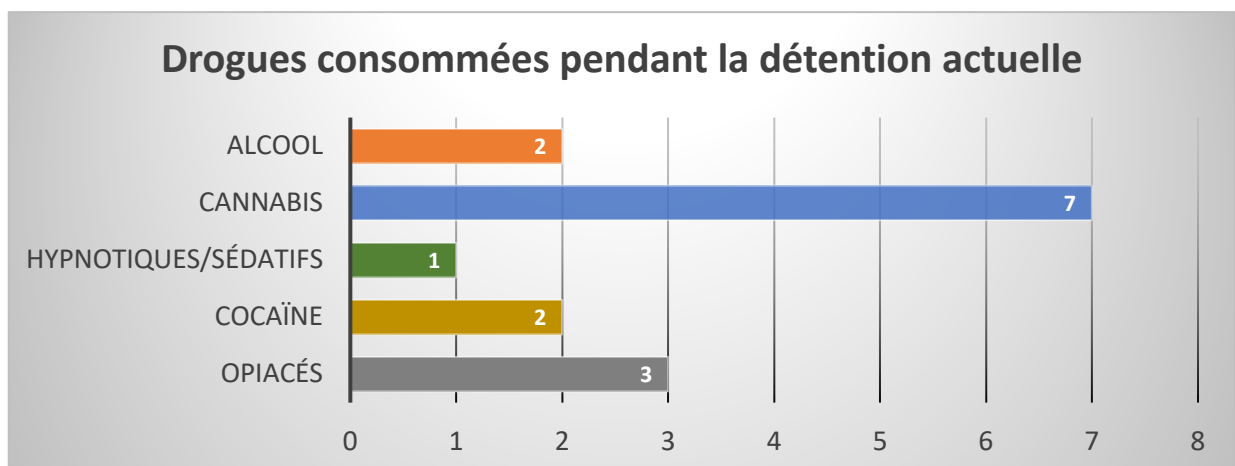


Tableau 2 : Consommations de drogues décrites au cours de la détention actuelle (MACADAM, N=15)

Ainsi, 7 personnes déclarent consommer du cannabis en prison, 3 des opiacés, 2 de l'alcool, 2 autres de la cocaïne et 1 des hypnotiques/sédatifs. Toutefois, tous considèrent leur consommation actuelle comme n'étant "pas problématique" même si 3 d'entre eux se sont déclarés poly-consommateurs à un moment donné de leur détention. De même, les consommations intra-muros

ayant été jugées comme étant non problématiques font référence à la consommation de cannabis, principalement.

4 personnes sur 15 affirment avoir consommé, pour la première fois, un certain type de drogue ou des médicaments non prescrits en prison : 2 ont commencé à prendre des opiacés pour la première fois en prison, 1 a commencé à fumer du cannabis et 1 autre a commencé à prendre des médicaments détournés pour la première fois en détention.

Traitement de substitution

3 participants sur 15 déclarent suivre actuellement un traitement de substitution aux opiacés. La molécule prescrite est la même pour ces trois personnes et concerne la Buprénorphine/le Suboxone. Un répondant suit ce traitement de substitution depuis 6 mois ou moins, un autre depuis 7 mois à un an et le dernier depuis 6 ans ou plus. Pour une de ces personnes, l'entrée en détention a coïncidé avec le début de son traitement tandis que la molécule prescrite à l'extérieur a été changée pour les deux autres lors de leur entrée en détention. Ces trois personnes estiment que leur traitement de substitution est adapté à leurs besoins.

Comportements à risque et dépistage

6 détenus sur 15 déclarent avoir effectué un test de dépistage du VIH il y a plus de 12 mois et 6, il y a moins de 12 mois (2 autres n'en ont jamais fait et nous manquons de données pour la dernière personne). Il semble que 9 détenus aient été testés à leur arrivée en prison alors que 3 autres déclarent avoir effectué le test en dehors de la prison. De même, 13 personnes sur 15 mentionnent avoir effectué un test de dépistage du VHC (6 il y a plus de 12 mois, 5 il y a moins de 12 mois et 2 n'ont pas apporté de précision quant au délai de passation de leur test). 10 personnes ont été testées à leur entrée en détention tandis que 3 autres l'ont effectué en dehors de la prison. En ce qui concerne les comportements à risque, 9 participants sur 15 déclarent avoir partagé du matériel de consommation (cuiller, seringue, aiguille, paille, tube à priser...). 4 précisent que cela s'est passé il y a plus de 12 mois et 4 il y a moins de 12 mois (la dernière personne n'a pas apporté davantage de précision). De plus, 5 personnes sur 15 confient avoir pratiqué un usage intraveineux de drogues il y a plus de 30 jours (7 personnes ne rapportent aucun usage intraveineux de drogues et les données sont manquantes pour 3 autres personnes). En outre, 3 répondants sur 15 déclarent avoir déjà fait une overdose ayant nécessité l'intervention d'un professionnel (médecin, infirmière), l'appel d'une ambulance et/ou un passage à l'hôpital. Enfin, durant les 90 derniers jours, 3 participants au total rapportent avoir ressenti le besoin de ou avoir été incité par d'autres

personnes à boire ou se droguer moins ou encore d'autres personnes se sont inquiétées de la consommation de substances de la personne. Durant les 90 derniers jours, ces mêmes trois personnes indiquent également s'être senties indignées des critiques d'autres personnes concernant leur consommation d'alcool ou de drogues. De plus, durant les 90 derniers jours, 7 répondants sur 15 ont rapporté des sentiments de culpabilité à propos de leur consommation de drogues ou d'alcool. Dans le même délai, 2 personnes sur 15 ont rapporté avoir eu besoin d'alcool ou de drogues au réveil pour se calmer les nerfs et 4 personnes sur 15 estiment que leur entourage encourage ou facilite l'abus d'alcool ou de drogues.

Suivis antérieurs

11 répondants sur 15 ont indiqué avoir déjà bénéficié d'un suivi en lien avec des difficultés psychologiques. Le tableau 3 présente la répartition des types de centres de soins fréquentés par ces personnes.

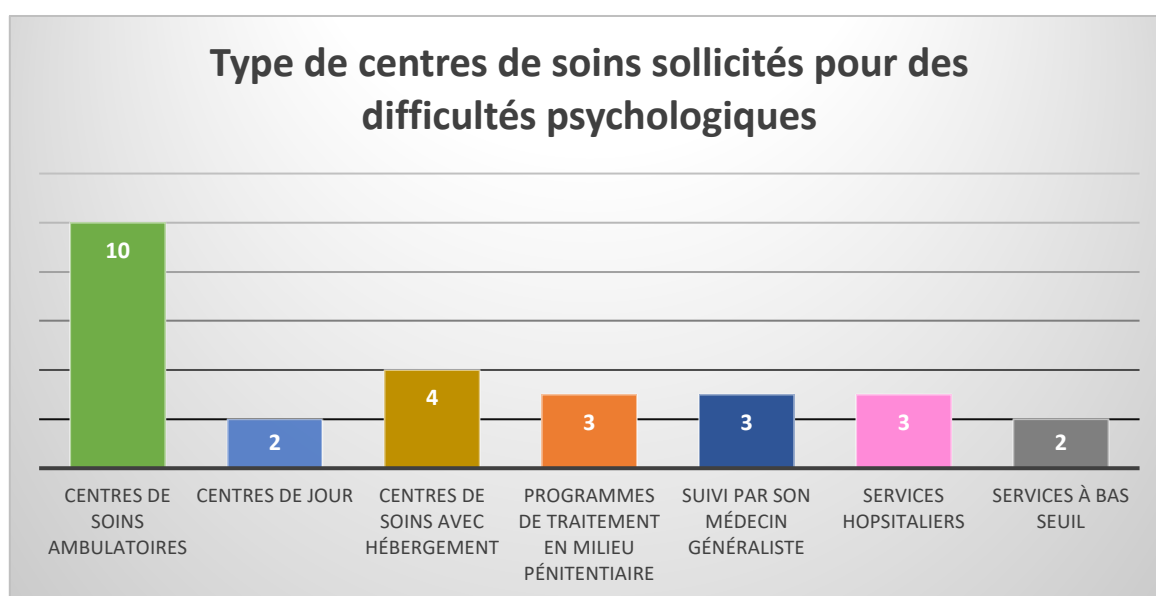


Tableau 3 : Répartition des types de centres de soins fréquentés pour des difficultés psychologiques (MACADAM, N=15)

10 personnes sur les 11 indiquent avoir déjà fréquenté des centres de soins ambulatoires en lien avec des difficultés psychologiques. 6 personnes sur les 11, ayant déjà été suivies auparavant pour des difficultés psychologiques, font état d'un parcours de soins déjà bien engagé avec la fréquentation de différents types d'établissement/de prises en charge au cours de leur vie. De plus, 14 participants sur 15 avouent déjà avoir été suivis pour des difficultés en lien avec leur consommation de drogues (tableau 4).

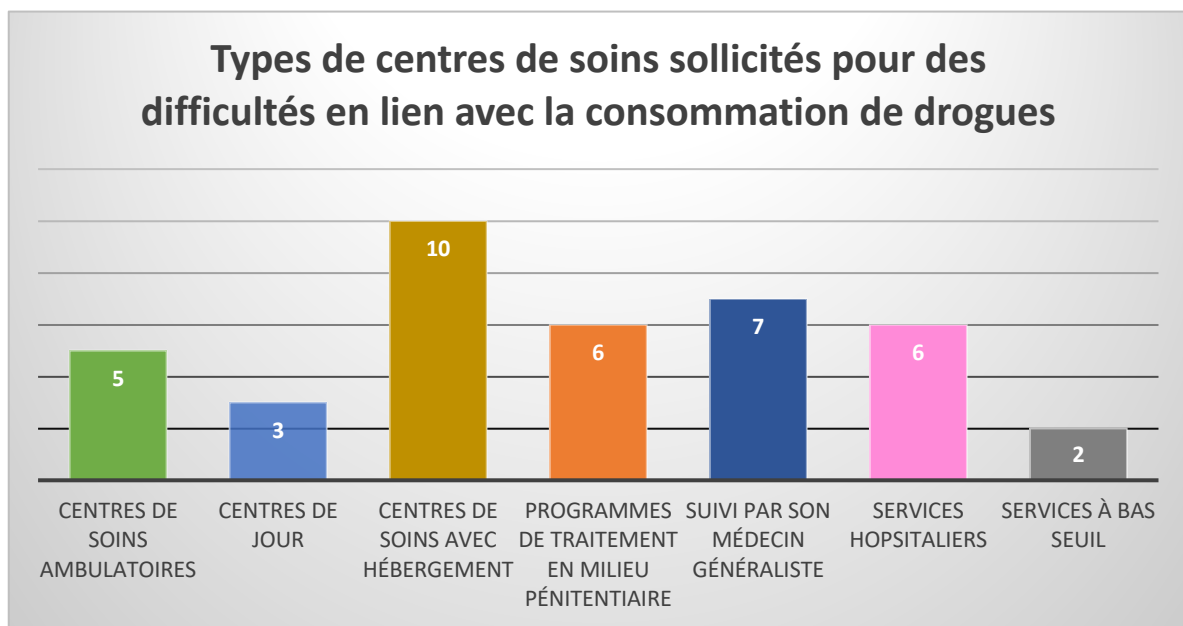


Tableau 4 : Répartition des types de centres de soins fréquentés pour des difficultés en lien avec la consommation de drogues (MACADAM, N=15)

La répartition de fréquentation selon les types de centres est ici plus hétérogène : 10 personnes sur 14 ont déjà bénéficié d'un accompagnement dans un centre de soins avec hébergement (cure, post-cure), 7 ont été conseillées et suivies par leur médecin généraliste, tandis que 6 ont été suivies au sein de services hospitaliers (hôpital psychiatrique ou service spécifique d'un hôpital) et 6 autres ont bénéficié d'un accompagnement en lien avec leur consommation durant leur détention (accompagnement proposé par MACADAM). Ici encore, 8 personnes sur 14 font état d'un parcours de soins bien engagé, ayant déjà recouru à divers suivis et accompagnements en lien avec leur consommation de drogues.

Personnes ressources

11 interviewés sur 15 ont mentionné avoir des personnes ressources dans leur entourage. Parmi ces 11 interviewés, 10 estiment que ces personnes peuvent les aider, les soutenir dans leur trajet de réinsertion/de prise en charge. La famille est identifiée comme personne ressource pour 9 personnes sur 11 tandis que les proches et les amis sont identifiés comme personnes ressources pour 6 personnes sur 11. De plus, 2 personnes sur 11 mentionnent un codétenu en tant que personne de l'entourage sur qui elles peuvent compter. 4 participants sur 11 semblent bien entourés et identifient plusieurs catégories de personnes ressources (par exemple, famille, amis et codétenu). Par ailleurs, toutes les personnes interrogées connaissent des professionnels qui peuvent les aider et les accompagner. 13 répondants sur 15 estiment même que ces

professionnels peuvent également les aider et les soutenir dans leur trajet de réintégration, de prise en charge tandis que les données sont manquantes pour les 2 personnes restantes. Les intervenants externes travaillant au sein de la prison (par exemple, MACADAM) sont considérés comme des personnes ressources pour la totalité des interviewés. 5 autres identifient les intervenants internes à la prison (service médical, agent pénitentiaire, direction...) comme personnes ressources alors que 8 indiquent que leurs personnes ressources font référence à des professionnels externes à la prison (médecin généraliste, assistante sociale, psychologue...).

Activités/travail au sein de la prison

En ce qui concerne l'occupation des personnes interviewées, 10 sur 15 déclarent être actuellement investies dans les activités au sein de la prison. Parmi celles-ci, 5 pratiquent régulièrement des activités physiques (sport, danse, yoga), 5 sont impliquées dans des activités intellectuelles (bibliothèque, enseignement, cours de maths/français...), 1 est investie dans des activités d'expression personnelle (musique, théâtre, peinture) et 6 travaillent au sein de la prison. Parmi ces 10 personnes, 6 personnes relatent cumuler deux ou plusieurs activités (par exemple, activités sportives et/ou intellectuelles et travail au sein de la prison).

Préparation à la sortie

Pour finir, en ce qui concerne la préparation à la libération, 11 personnes sur 15 indiquent déjà savoir où ils dormiront à leur sortie (données manquantes pour 2 personnes et 2 personnes ne savent pas encore où dormir à leur sortie de détention). De plus, 10 participants sur 15 formulent avoir des craintes par rapport à leur consommation une fois libérés, alors que tous admettent envisager/continuer un suivi/un accompagnement après leur libération.

3.2.2. Drugs Lab (Saint-Gilles)

Données démographiques

Les 15 personnes interviewées sont des hommes. Leur moyenne d'âge est de 37 ans avec une étendue de 26 à 55 ans (donnée manquante pour une personne). Parmi ceux-ci, 8 sont de nationalité belge, 1 est néerlandais, 1 est algérien, 4 sont marocains et 1 autre italien. Les pays de naissance varient également : 7 sont nés sur le continent européen et 8 sont nés sur le continent africain. Parmi ces 15 répondants, seulement 2 sont des primo-incarcérés ; 7 sont prévenus, 7 condamnés et une personne est internée. 7 personnes sur 15 ont obtenu leur diplôme d'enseignement primaire, 4 leur diplôme d'enseignement secondaire, 1 a obtenu un diplôme d'enseignement post-secondaire non supérieur et 2 autres ont effectué d'autres formations

(armée par exemple) (donnée manquante pour une personne). Avant leur incarcération, 3 personnes sur 15 étaient sans emploi. 4 bénéficiaient de prestations sociales (retraité, en invalidité), 1 était chômeur et 8 admettent avoir travaillé au noir (dont un en plus de ses prestations sociales). Enfin, 8 personnes sur les 15 sont à l'origine de leur demande de suivi par Drugs Lab (1 autre a été orientée par un service psycho-médico-social et 1 autre par sa famille/ses amis). Nous ne bénéficions d'aucune donnée sur cette question pour 5 personnes sur les 15.

Conditions de vie

Avant leur arrivée en détention, 8 participants sur 15 vivaient dans un logement stable contre 2 dans un logement précaire. Par ailleurs, 5 autres personnes se sont déclarées sans-abri. La plupart du temps, les répondants vivaient seuls (6 sur 15), avec leur compagne/enfants (5 sur 15), avec leur famille d'origine (parents pour 2 d'entre eux) ou avec des amis pour 2 d'entre eux également.

Consommation

Tous les participants ont indiqué avoir consommé de la drogue au cours de leur vie ainsi qu'au cours de l'année précédant leur incarcération. Lors de cette période, les drogues les plus consommées sont la cocaïne, le cannabis et l'alcool (voir tableau 5 ci-dessous).

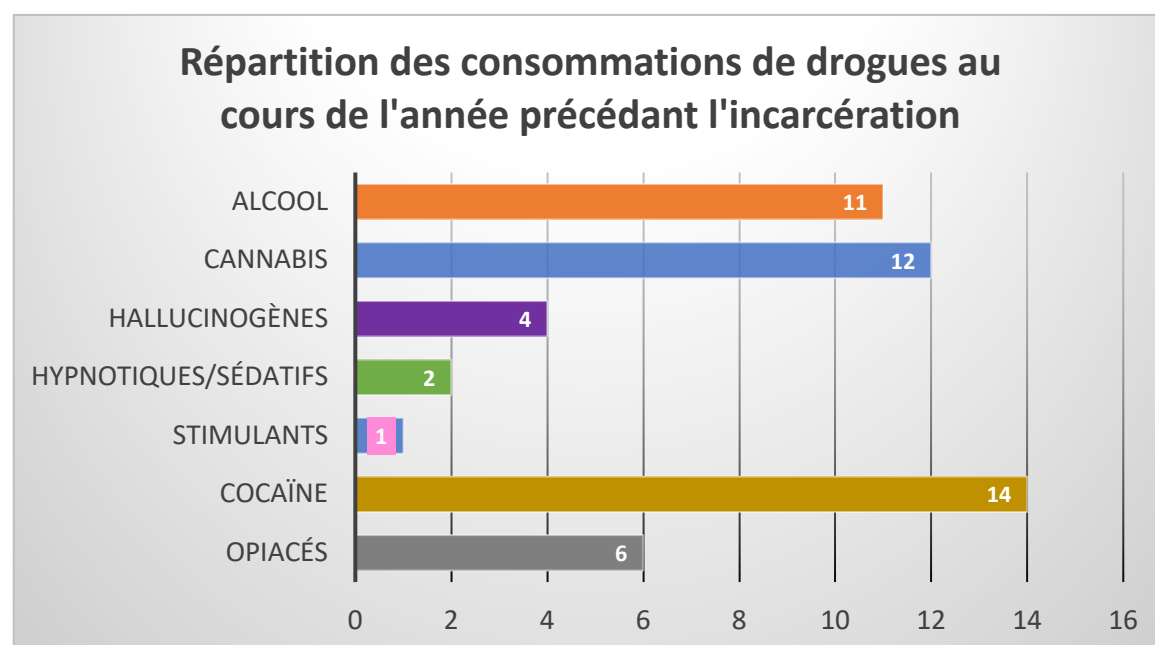


Tableau 5 : Répartition des consommations de drogues au cours de l'année précédant l'incarcération
(DRUGS LAB, N= 15)

Parmi ces consommateurs, 13 font état d'une poly-consommation (consommation d'au moins deux drogues) et 4 d'entre eux jugent leur consommation comme étant "très problématique". 9 de nos 15 répondants admettent également consommer de la drogue pendant leur détention actuelle, du cannabis pour la totalité d'entre eux (1 indique également prendre quelques stimulants et un autre mentionne consommer de l'alcool également) (voir tableau 6 ci-dessous) sans pour autant juger leur consommation actuelle comme étant problématique.

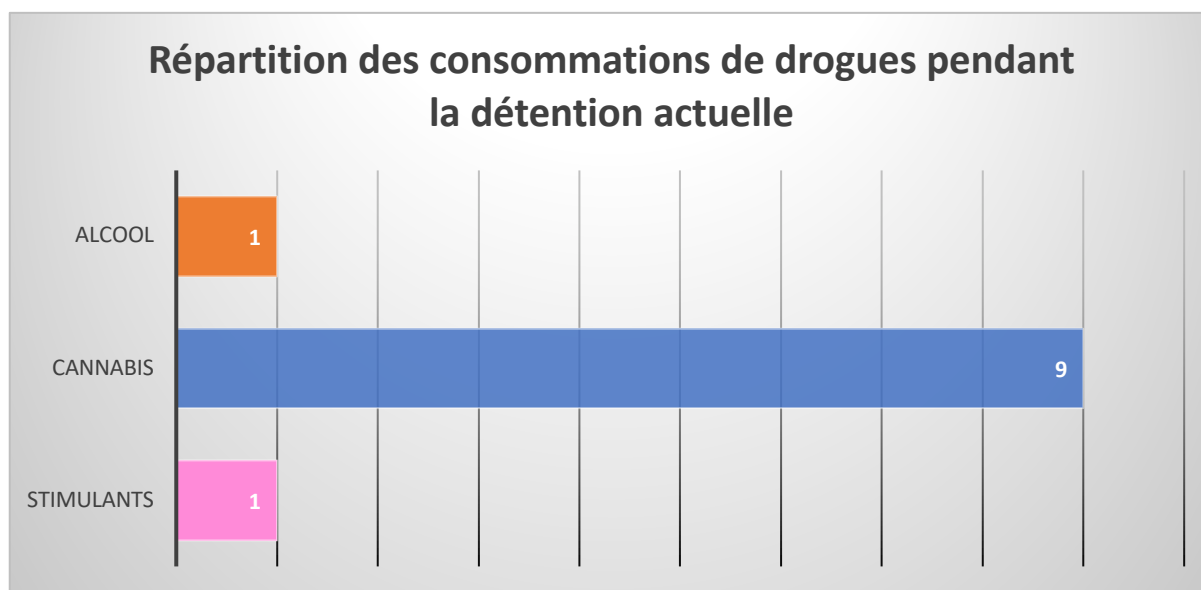


Tableau 6 : Répartition des consommations de drogues pendant la détention actuelle (DRUGS LAB, N= 15)

De même, 3 personnes sur 15 ont admis avoir commencé à consommer des drogues pour la première fois en prison : 1 a commencé à fumer du cannabis en prison et l'autre a commencé à consommer des médicaments non prescrits (donnée manquante pour la dernière personne).

Traitement de substitution

Actuellement, 10 répondants sur 15 déclarent suivre un traitement de substitution aux opiacés. La molécule prescrite pour 8 d'entre eux est la buprénorphine/le suboxone tandis que les 2 autres se sont vus prescrire de la méthadone. 7 personnes sur 10 estiment prendre leur traitement de manière stable et régulière depuis 6 mois ou moins pour 3 d'entre eux, depuis 7 mois à un an pour 3 d'entre eux également, depuis 2 à 5 ans pour 2 d'entre eux et depuis 6 ans ou plus pour le dernier (donnée manquante pour une personne). De manière générale, l'entrée en détention coïncide avec un démarrage du traitement de substitution (pour 7 personnes sur 10) ou une continuité d'un traitement commencé à l'extérieur (pour 3 d'entre eux). 4 personnes sur les 10 considèrent que

leur traitement actuel n'est pas adapté à leurs besoins (présence d'effets secondaires, dosage trop faible ou encore souhait de changement de molécule).

Comportements à risque et dépistage

11 participants sur 15 déclarent avoir effectué un test de dépistage du VIH : 4 il y a plus de 12 mois et 7 il y a moins de 12 mois (données manquantes pour deux personnes). Ce test semble avoir été effectué à l'entrée en prison pour 4 personnes et en dehors de la prison pour 6 personnes sur 11 (donnée manquante pour une personne). De plus, 9 personnes sur 15 mentionnent également avoir été testées au VHC (données manquante pour trois personnes) : 6 il y a plus de 12 mois et 3 il y a moins de 12 mois. Parmi celles-ci, 4 ont effectué le test en prison tandis que 4 autres l'ont effectué en dehors (donnée manquante pour l'une d'entre elles). En ce qui concerne les comportements à risque, 7 répondants sur 15 admettent avoir déjà partagé du matériel de consommation (cuiller, seringue, aiguille, paille, tube à priser...) (donnée manquante pour une personne). 2 personnes sur 15 ont également avoué avoir consommé des drogues par intraveineuse il y a plus de 30 jours et 7 sur 15 indiquent avoir déjà fait une overdose ayant nécessité l'intervention d'un professionnel (médecin, infirmière), l'appel d'une ambulance ou un passage à l'hôpital. De plus, durant les 90 derniers jours, 5 personnes sur 15 ont répondu avoir ressenti le besoin de ou avoir été incité par d'autres personnes à boire ou se droguer moins. Pour la même période, 7 personnes sur 15 ont également indiqué s'être senties indignées des critiques d'autres personnes concernant leur consommation d'alcool ou de drogues. De même, 12 personnes sur 15 ont rapporté des sentiments de culpabilité en lien avec leur consommation d'alcool ou de drogues. 6 personnes sur 15 estiment avoir eu besoin d'alcool ou de drogues au réveil pour se calmer les nerfs au cours des 90 derniers jours tandis que 6 sur 15 estiment que leur entourage encourage ou facilite l'abus d'alcool ou de drogues.

Suivis antérieurs

En ce qui concerne le parcours de soins des personnes interrogées, 9 sur 15 confient avoir déjà bénéficié d'un suivi/accompagnement en lien avec des difficultés psychologiques (donnée manquante pour une personne). Une personne fait notamment l'objet d'un parcours de soins bien engagé (fréquentation de 7 types différents de centres de soins/prise en charge). La répartition de fréquentation des différents types de centres de soins est présentée dans le tableau 7 ci-dessous.

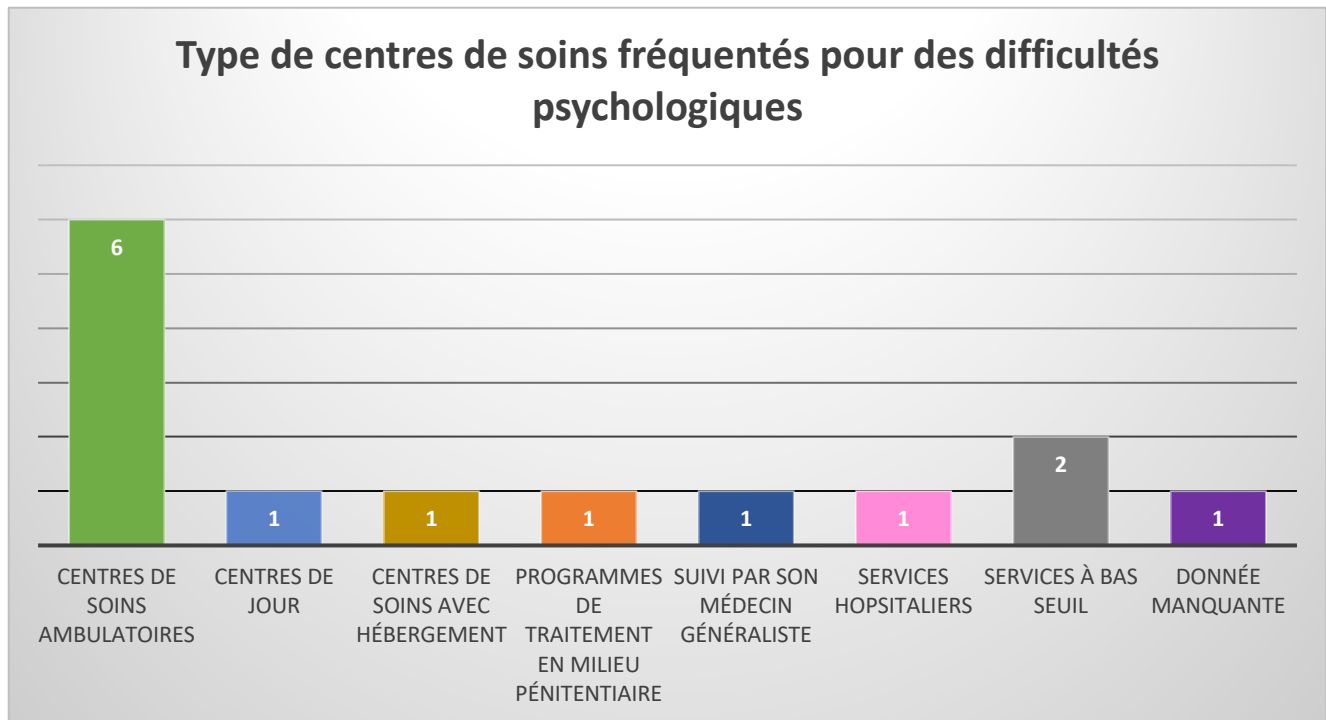


Tableau 7 : Répartition de la fréquentation de différents types de centres de soins pour des difficultés psychologique (DRUGS LAB, N=15)

La fréquentation d'un centre de soins de type ambulatoire semble avoir été choisie par la majorité des répondants (6 sur 9). En outre, en ce qui concerne les problématiques en lien avec la consommation de drogues, 10 personnes sur 15 déclarent avoir déjà été suivies auparavant pour des difficultés en lien avec leur consommation de drogues (donnée manquante pour une personne). Sur ces 10 personnes, 6 admettent avoir été suivies par un service à bas seuil (maison d'accueil, MASS, comptoir d'échange de seringues...) et 4 ont préféré un accompagnement de type ambulatoire (voir tableau 8 ci-dessous). 3 personnes sur les 10 font état de prises en charge multiples au cours de leur vie.

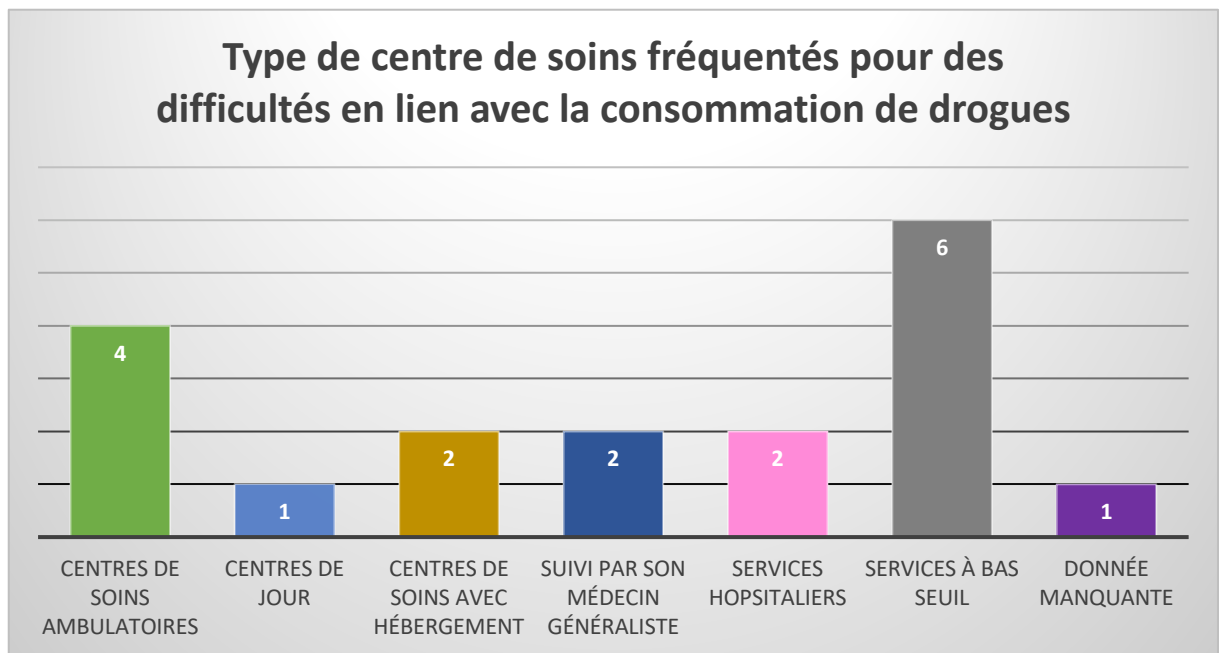


Tableau 8 : Répartition de la fréquentation de différents types de centres de soins pour des difficultés en lien avec une consommation de drogues (DRUGS LAB, N=15)

Personnes ressources

9 participants sur 15 identifient des personnes de leur entourage sur qui elles peuvent compter (donnée manquante pour une personne). Parmi elles, 8 personnes soulignent leur famille comme première ressource. 5 déclarent également avoir des proches, des amis sur qui compter. 4 personnes sur les 9 affirment bénéficier du soutien de leur famille ainsi que de leurs proches/amis tandis que 7 sur 9 estiment que ces personnes pourront les aider/les soutenir dans les trajets de réintégration/de prise en charge. De même, 6 répondants sur 15 identifient des professionnels qui peuvent les aider/les accompagner (données manquantes pour deux personnes). Ceux-ci concernent principalement des intervenants externes travaillant au sein de la prison (par exemple, Drugs Lab) pour 5 d'entre eux. 3 personnes se sentent également soutenues par plusieurs professionnels dont certains également externes à la prison (médecin généraliste, assistante sociale, psychologue...).

Activités/travail au sein de la prison

5 personnes sur 15 se déclarent être actuellement investies dans une activité : le travail au sein de la prison pour 4 d'entre elles (donnée manquante pour la dernière personne).

Préparation à la sortie

En ce qui concerne la préparation à la sortie, 8 répondants sur 15 admettent savoir où ils vont dormir une fois libérés (données manquantes pour 3 personnes alors que 4 autres n'en ont aucune idée à ce stade). De même, 9 participants sur 15 confient avoir des craintes en rapport avec leur consommation lorsqu'ils seront relâchés (donnée manquante pour une personne). Enfin, 12 personnes sur 15 envisagent de commencer/continuer un suivi/accompagnement à leur libération (donnée manquante pour une personne).

3.2.3 D&D (Hasselt)

Demografische gegevens

De steekproef binnen het pilootproject D&D bestond uit 15 mannen. De gemiddelde leeftijd van de respondenten bedroeg 30,7 jaar. De jongste deelnemer was 21 jaar oud en de oudste 44 jaar. Negen deelnemers hadden de Belgische nationaliteit, waarbij één persoon geboren was in Afrika en de rest in België. De resterende participanten hadden de Nederlandse nationaliteit (4 waren geboren in Nederland, 1 persoon in Zuid-Amerika en 1 in Afrika). Wat detentiestatus betreft, gaven 9 gedetineerden aan veroordeeld te zijn en 6 hadden de status van beklaagde. Voor 5 van de 15 gedetineerden was dit de eerste detentie, 10 deelnemers hadden al één of meerdere gevangenisstraffen achter de rug. Met betrekking tot het opleidingsniveau van de gedetineerden, gaven 8 respondenten aan hun diploma middelbaar onderwijs behaald te hebben. Eén van deze respondenten was nog een universitaire studie aan het volgen en een tweede had na zijn middelbare studies een diploma behaald dat geen deel uitmaakte van het hoger onderwijs. Vijf deelnemers hadden een diploma lager onderwijs en van twee personen ontbreken de antwoorden. Wat tewerkstelling betreft, hadden 7 personen occasioneel of regelmatig werk vóór hun detentie, 2 waren student, 3 werkloos en 2 ontvingen een sociale uitkering (op invaliditeit). De overige respondent gaf aan dat hij op een creatieve manier geld verdiende. Als antwoord op de vraag wie hen ertoe aangezet had begeleiding/behandeling te vragen, verklaarde 1 gedetineerde zelf het initiatief te hebben genomen om opgevolgd te worden door D&D, 1 werd geadviseerd door TANDEM en bij de andere deelnemers is het antwoord niet gekend of niet ingevuld.

Levensomstandigheden

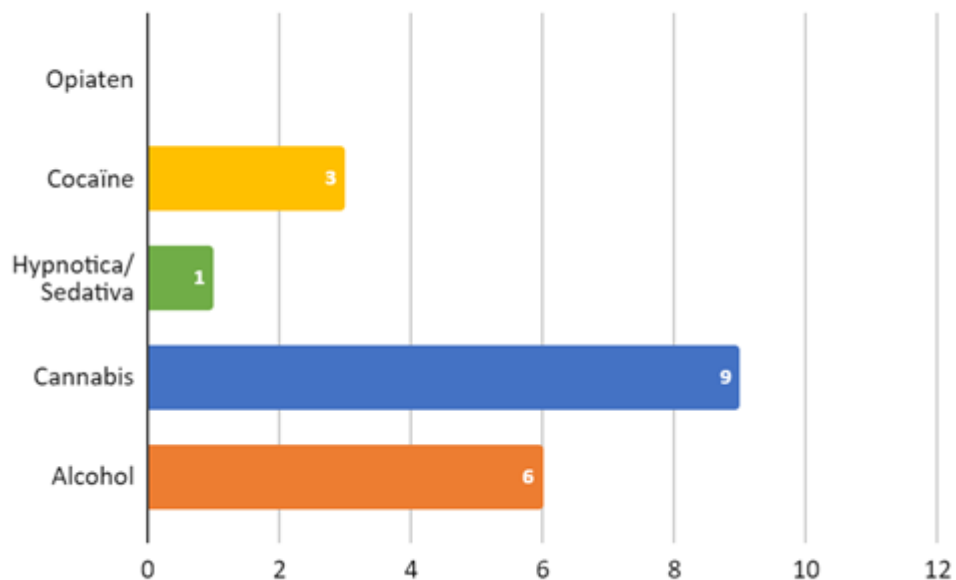
Met betrekking tot levensomstandigheden vóór detentie, meldden 10 respondenten dat ze een permanente woonst hadden, 2 een preciaire woonplaats en 3 gaven aan dakloos geweest te

zijn (2 van de 3 woonden bij vrienden). Drie deelnemers leefden alleen, 5 verbleven nog bij hun familie van herkomst, 4 met hun partner en/of kind(eren) en 3 met vrienden of andere personen die geen familie zijn.

Middelengebruik

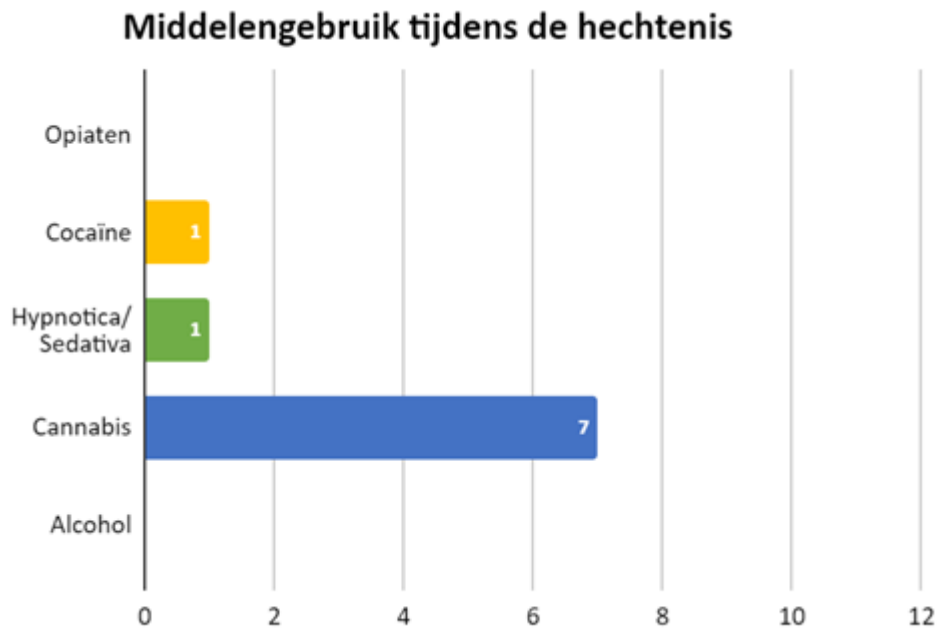
Alle gedetineerden meldden ooit drugs te hebben gebruikt in hun leven. Wanneer vervolgens gevraagd werd of er ook tijdens *het laatste jaar vóór de hechtenis* gebruikt werd, gaven 13 respondenten aan dat dit het geval was en 2 antwoorden ontkennend. Onderstaand tabel geeft een overzicht weer van de producten die gebruikt werden tijdens het jaar voorafgaand aan hun detentie (zie Tabel 9).

Middelengebruik tijdens het laatste jaar voor de hechtenis



Tabel 9 : Middelengebruik tijdens het laatste jaar vóór de hechtenis (D&D, N=15)

Alcohol en cannabis lijken de producten te zijn die door de meeste ondervraagde personen werden gebruikt. Hoewel negen deelnemers zichzelf als polygebruikers zagen, beschouwde niemand zijn gebruik vóór detentie als “zeer problematisch”. Verder gaven 8 gedetineerden aan drugs te hebben gebruikt *tijdens hun huidige detentie* (5 meldden geen drugs te hebben gebruikt en bij 2 ontbreekt het antwoord). Tabel 10 geeft een overzicht weer van de gebruikte producten tijdens de huidige detentie.



Tabel 10 : Middelengebruik tijdens de hechtenis (D&D, N=15)

Zo geven 7 mensen aan in de gevangenis cannabis te hebben gebruikt, 1 had cocaïne gebruikt en 1 opiaten. Drie respondenten verklaarden polygebruikers te zijn, maar niemand beschouwde zijn huidige gebruik als “zeer problematisch”. Verder, gaven 5 van de 15 deelnemers aan een bepaalde drug of niet voorgeschreven medicatie voor het eerst tijdens hun detentie te hebben gebruikt.

Substitutiebehandeling

Drie van de 15 deelnemers meldden dat zij op dat moment een substitutiebehandeling volgden. Voor 2 van deze respondenten werd de molecule Buvidal voorgeschreven, bij de derde persoon betrof het Suboxone. Met betrekking tot de duur van de substitutiebehandeling, gaf 1 respondent aan deze 6 maanden of minder te volgen, één persoon rapporteerde dat hij deze behandeling 6 jaar of langer volgde en bij de derde respondent ontbrak het antwoord. De 3 deelnemers gaven aan dat de behandeling is opgestart bij aankomst in de gevangenis. Verder vinden 2 van de 3 respondenten dat hun huidige substitutiebehandeling niet aangepast is aan hun behoeften, de andere gedetineerde vindt dat dit wel het geval is.

Risicogedrag en screening

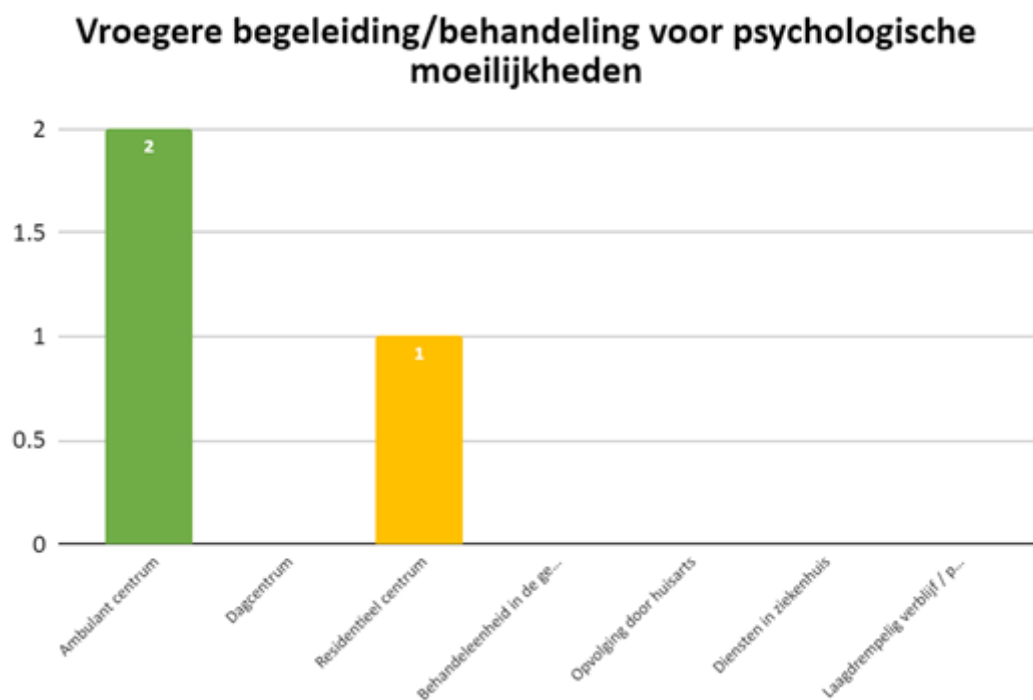
Met betrekking tot screening, gaven 3 respondenten aan ooit een HIV-test te hebben ondergaan, 2 rapporteerden dat dit bij hen niet het geval was, bij 2 is het antwoord niet gekend en aan de andere personen werd de vraag niet gesteld. Geen enkele respondent heeft zijn HIV-test in de gevangenis gehad, 3 rapporteerden dat hun laatste test buiten de gevangenis gebeurde, bij 1 persoon is het antwoord niet gekend en bij 11 ontbreken de antwoorden. Verder gaf slechts 1 persoon aan ooit een HCV-test te hebben gehad, 3 respondenten zeiden nooit een HCV-test te hebben gekregen, bij 2 is het antwoord niet gekend en bij 9 ontbreken de gegevens. De gedetineerde die aangaf een HCV-test te hebben gehad, rapporteerde dat dit in de gevangenis gebeurde.

Wat risicogedrag betreft, verklaarden 3 van de 15 deelnemers materiaal te hebben gedeeld waarmee drugs wordt gebruikt (lepel, injectiespuit, naald, rietje, snuiftube,...). Daarnaast gaf niemand aan intraveneus drugs te hebben gebruikt (4 meldden geen intraveneus gebruikt, bij 1 persoon was het niet gekend en bij de anderen ontbraken de gegevens). Drie respondenten verklaarden reeds een overdosis te hebben genomen die de tussenkomst van een beroepsbeoefenaar (arts, verpleger), het oproepen van een ziekenwagen of een bezoek aan het ziekenhuis vereiste.

Verder werden ook gedragsindicatoren die op een mogelijke verslaving wijzen bevraagd. Op de vraag of in de afgelopen 90 dagen 'de persoon de behoefte voelde of door anderen werd aangespoord om minder alcohol/drugs te gebruiken, of anderen bezorgd waren over zijn middelengebruik' antwoordde 5 respondenten affirmatief. Daarnaast gaf 1 persoon aan zich te ergeren aan de kritiek van anderen op zijn alcohol- of drugsgebruik en 3 van de 15 respondenten hebben in de afgelopen 90 dagen schuldgevoelens geuit over hun alcohol- of druggebruik. In diezelfde periode hadden 4 gedetineerden alcohol of drugs nodig na het opstaan om zich te kalmeren en 6 van de 15 respondenten hadden het gevoel dat hun omgeving hun alcohol- of drugsmisbruik aanmoedigde of vergemakkelijkte.

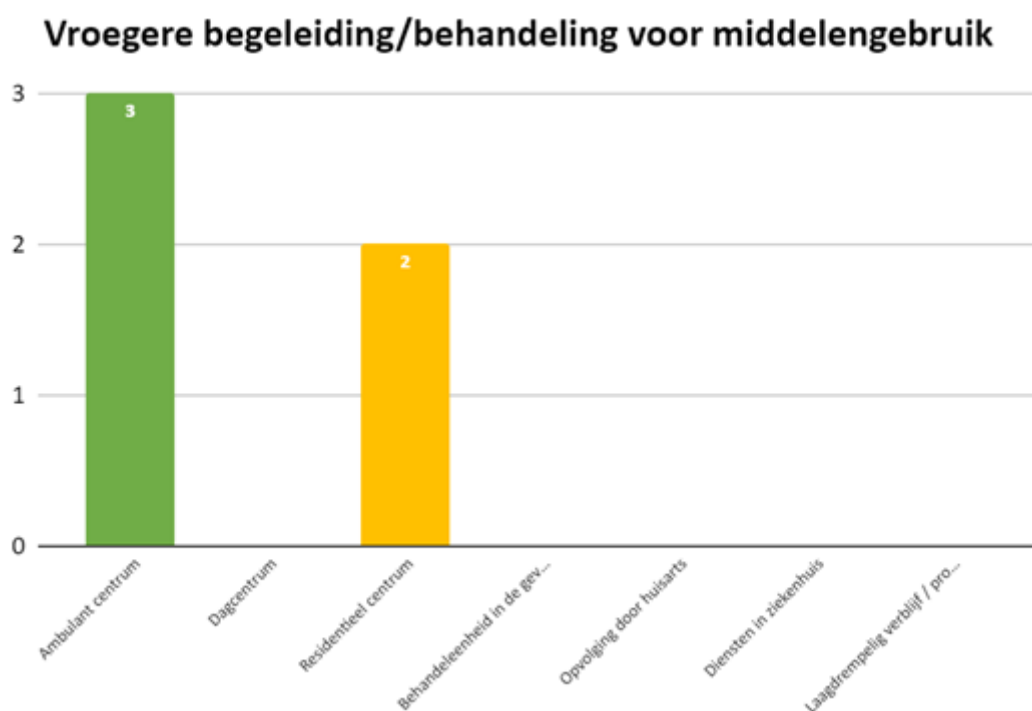
Vroegere begeleidingen/behandelingen

Vier van de 15 respondenten gaven aan in het verleden begeleid te zijn geweest voor psychologische problemen. Tabel 11 geeft de verdeling weer van de soorten zorgcentra die door deze personen werden bezocht.



Tabel 11 : Vroegere begeleiding/behandeling voor psychologische moeilijkheden (D&D, N=15)

Verder rapporteren 5 van de 15 deelnemers dat ze al begeleid zijn geweest voor moeilijkheden in verband met hun drugsgebruik. Tabel 12 geeft de verdeling weer van de soorten zorgcentra die door deze mensen werden geraadpleegd.



Tabel 12 : Vroegere begeleiding/behandeling voor middelengebruik (D&D, N=15)

Steunfiguren

Twaalf mannen rapporteerden dat ze steunfiguren hebben in hun leven en 10 denken dat ze op die mensen zouden kunnen rekenen tijdens een eventuele begeleidingstraject en/of naar re-integratie toe. Bij 9 personen wordt familie als steunfiguur genoemd, terwijl 5 naasten en vrienden vermeldden. Niemand gaf medegevangenen aan als steunfiguur. Verder kennen 5 personen professionals die hen kunnen helpen en begeleiden. Twee respondenten beschouwden extern personeel die binnen de gevangenis werken als hulpbron (bv. D&D), 1 persoon vermeldde hulpverleners buiten de gevangenis (bv. huisarts, maatschappelijke werker, psycholoog,...) en 1 persoon gaf een straathoekwerker op als steunfiguur. Niemand benoemde intern personeel binnen de gevangenis (bv. medische dienst, beambten, directie,...) als steunfiguur.

Activiteiten/werk in de gevangenis

Acht respondenten gaven aan bezig te zijn met (een) activiteit(en) in de gevangenis. Nadat verschillende activiteiten gepresenteerd werden, vermeldden 4 personen fysieke activiteiten (sport, dans, yoga,...) te beoefenen in de gevangenis, 4 deden intellectuele activiteiten (bibliotheek, opleiding, ...) en 1 persoon deed activiteiten gericht op persoonlijke expressie (muziek, theater, schilderen,...). Daarnaast gaven 6 personen aan te werken in de gevangenis en 3 respondenten vermeldden andere activiteiten (de wandeling, D&D en opleiding bakkerij).

Vorbereiding op de vrijlating

Op de laatste vragen omtrent de voorbereiding op vrijlating gaven 9 personen aan te weten waar ze zullen slapen na hun vrijlating (4 gaven aan dit niet te weten, bij 2 ontbraken de gegevens). Slechts 2 mannen meldden bezorgd te zijn dat ze zouden gebruiken na hun vrijlating, 10 vrezen hier niet voor en bij 3 ontbreekt het antwoord. Op de vraag of men al begeleiding/opvolging overweegt na de vrijlating antwoordden 6 mannen affirmatief, 6 ontkennend en bij 3 ontbreekt het antwoord.

3.2.4 Conclusie

Vooreerst dient men rekening te houden met het feit dat de beperkte steekproefgrootte ons niet in staat stelt om deze gegevens te generaliseren naar de algemene gevangenispopulatie. De focus van deze registratiestudie lag op het bepalen van de voorwaarden om de instrumenten te implementeren en de haalbaarheid van deze implementatie en niet op het genereren van

wetenschappelijke kennis rond de profielen van gedetineerden. Hoewel de data ons niet in staat stellen om de projecten onderling te vergelijken, kunnen we toch een aantal vaststellingen doen over de projecten heen.

De projecten worden geconfronteerd met diversiteit, onder meer met betrekking tot nationaliteit en geboorteland. Dit blijkt ook uit recent onderzoek dat aantoonde dat in 2018 44.6% van de gedetineerden een niet-Belgische nationaliteit had (Brosens, Croux, Claes, et al., 2020).

Wat betreft middelengebruik voor de start van detentie, komt uit de gegevens over de projecten heen naar voor dat cannabis door twee derde (29 van de 45) en alcohol door meer dan de helft (26 van de 45) van de gedetineerden werd gebruikt tijdens het laatste jaar voor de hechtenis. Daarnaast blijkt dat cannabis gebruikt werd door de helft van de gedetineerden tijdens de detentie. Studies tonen ook aan dat cannabis de meest gebruikte drug is in detentie (EMCDDA, 2012). Zestien (van de 45) gedetineerden rapporteren dat ze een substitutiebehandeling krijgen, waarvan 10 deze behandeling zijn gestart in de gevangenis. Een vaststelling is dat een aantal gedetineerden die geen opiatengebruik meldden tijdens of in het jaar voor de detentie en toch een substitutiebehandeling volgen in de gevangenis. Dit kan mogelijks wijzen op onderrapportage van opiatengebruik.

Wat betreft vroegere begeleiding en behandeling voor psychologische problematieken en/of middelengebruik, blijkt een aanzienlijk deel van de gedetineerden nog geen behandeling gekregen te hebben voor psychologische problematieken (21 van de 45 gedetineerden) en middelengebruik (20 van de 45 gedetineerden). Dit ligt in lijn met eerder onderzoek van de Centrale Aanmeldingspunten drugs (CAP) waaruit blijkt dat een derde van de gedetineerden nog geen behandeling heeft gekregen voor problematieken gerelateerd aan middelengebruik (Vandevelde et al., 2016).

Verder blijken de meeste gedetineerden (32 van de 45), over de 3 projecten heen, een steunfiguur te hebben wat in de meeste gevallen een familielid is. Ongeveer één derde van de gedetineerde (28 van de 45 gedetineerden) geeft aan nog niet te weten waar ze na de detentie zullen verblijven en bijna de helft van de bevroagden (21 van de 45) geeft aan bezorgd te zijn om middelen te zullen gebruiken na hun vrijlating. Van de 45 gedetineerden die bevroagd werden door de projecten overweegt 33 begeleiding/opvolging na vrijlating.

Zoals eerder vermeld, kunnen deze gegevens niet gegeneraliseerd worden naar de algemene gevangenispopulatie en dient er omzichtig met de gegevens te worden omgesprongen.

3.3 Feedback des projets pilotes sur l'utilisation du questionnaire

Comme déjà mentionné *supra*, les projets ont été invités à nous transmettre leurs suggestions et remarques en rapport avec l'utilisation du questionnaire, à la fin de l'étude d'enregistrement. Les documents nous sont parvenus par mail et les commentaires principaux ainsi que certaines solutions d'améliorations sont présentées ci-dessous.

Remarques générales

Les projets ont relevé, dans un premier temps, certains aspects positifs relatifs à la passation du questionnaire pour enfin laisser entrevoir quelques questionnements concernant l'objectif principal de cet outil ou encore la méthodologie de passation de l'instrument.

Aspects positifs du questionnaire. Les projets indiquent un taux élevé d'acceptation (90%) de passation du questionnaire pour le public cible visé. Ils constatent également peu de réticences des interviewés à répondre aux questions posées. De plus, les projets soulignent que l'entrevue avec l'utilisateur lors de la passation du questionnaire est un moyen pour le bénéficiaire de rencontrer un service externe qui prend le temps (30 à 45 minutes de passation), ce qui permet également d'entamer une discussion sur le parcours de la personne et d'aborder notamment les éléments déclencheurs de sa consommation. Enfin, cette rencontre permet aussi à la personne de déposer certaines de ses préoccupations afférentes (principalement de type sociales comme par exemple une demande de changement d'avocat ou d'obtention d'argent social), ce qui facilite également la création d'un lien entre soignant et soigné, en vue d'un suivi ultérieur.

Questionnements. Les projets nous ont fait part de leur questionnement relatif à l'objectif principal du questionnaire, peu clair à leurs yeux : s'agit-il de récolter des données pour le SPF Santé publique ? Le but est-il de créer un outil pratique pour les équipes dans le cadre des suivis ? Selon eux, si l'objectif du questionnaire est de collecter l'ensemble des données pouvant être utiles au suivi ultérieur au cours d'un seul entretien, la longueur du questionnaire devrait être revue. De même, ils préconisent l'organisation d'une formation initiale à la passation de ce questionnaire, pour les membres des équipes, afin de lever le voile sur les objectifs de chaque question, leurs

apports spécifiques et donner des pistes d'interprétation des données collectées en vue d'élaborer un plan de traitement et d'accompagnement. En outre, il nous est rapporté que l'utilisation de questions ouvertes plus adaptées à chaque situation serait plus pertinente aussi bien dans l'optique de créer une relation thérapeutique avec la personne interviewée que dans le but de recueillir des informations plus précises et détaillées.

En ce qui concerne la méthodologie de passation du questionnaire, la possibilité de reformuler les questions selon la compréhension des personnes interrogées a été soulignée comme étant un avantage apportant une certaine flexibilité et adaptabilité en fonction de chaque situation. Néanmoins, la possibilité de reformulation peut également s'effectuer au détriment du sens originel de la question. Ceci doit être gardé à l'esprit par tout professionnel.

Un questionnement a également été soulevé à propos du document de consentement autorisant la transmission des données de la personne à l'équipe de recherche. En effet, la formulation de celui-ci ne semble pas faciliter la compréhension des participants, la plupart ayant généralement un niveau d'éducation restreint (Fafep, 2001 ; Brosens, 2018).

Enfin, le projet pilote Drugs Lab insiste sur le fait que les questionnaires administrés dans le cadre de l'étude d'enregistrement ne sont pas représentatifs de la réalité culturelle inhérente à la prison de Saint-Gilles. Celle-ci bénéficie d'une large proportion de population d'origine étrangère ne parlant aucune des langues nationales. Cette diversité ne s'est pas retrouvée dans la passation des questionnaires récoltés mais il n'en est pas moins nécessaire de tenir compte de cette spécificité et de prévoir des moyens adaptés (traduction, par exemple) mobilisables aussi bien pour les services internes que pour les services externes.

Remarques liées à l'utilisation des items du CAP Consommation de Substances (BelRAI)

Les projets se posent principalement des questions en rapport avec les différentes temporalités utilisées dans les divers items du CAP Consommation de Substances (BelRAI). Certaines questions font référence aux "90 derniers jours" ou aux "14 derniers jours" et ces délais sont jugés non représentatifs de la consommation par les projets, qui s'interrogent également sur la pertinence de cette différence de temporalité. Les items relatifs au temps écoulé depuis la dernière consommation de différentes substances sont jugés intéressants par un projet pilote. Toutefois, celui-ci propose d'élargir les possibilités de réponse aux questions (par exemple, ajouter "il y a 5 ans", "il y a 10 ans", "il y a 30 ans"...) afin d'avoir une vue sur les consommations même anciennes.

Selon eux, ces items permettent de retracer chronologiquement la consommation du bénéficiaire et de l'amener à prendre conscience de cet historique de consommation, ce qui peut être important dans le processus thérapeutique. De même, les items concernant la "présence d'indicateurs comportementaux d'une probable dépendance durant les 90 derniers jours" sont potentiellement intéressants, pour ce même projet. Ces items permettent de récolter des informations sur le vécu et la perception propre du bénéficiaire par rapport à sa situation. Cependant, la formulation des questions n'est pas adaptée au contexte carcéral : d'une part, la temporalité indiquée (90 derniers jours) peut faire référence à diverses situations selon le statut de la personne (détention vs. liberté). D'autre part, il serait ici pertinent de spécifier qui est représenté par "l'entourage" de la personne : dans le cas où la personne est en détention, l'entourage fait-il référence à sa famille, ses proches, ses amis ou à ses codétenus ? Fait-on référence à la consommation effective à l'intérieur ou à l'extérieur de la prison ?

De manière plus générale, l'utilisation des outils BelRAI en contexte carcéral et, plus précisément, en rapport avec l'usage de drogues pose question à un autre des projets. Il précise qu'à la base, le BelRAI se fonde sur de nombreux paramètres objectifs ou objectivables en partie, permettant une assistance en matière de décision clinique (KCE, 2016). Néanmoins, la consommation de drogues est une problématique complexe pour laquelle il n'est pas aisé d'en objectiver les manifestations. En effet, la consommation de drogues, telle que théorisée par Olievenstein n'est autre qu'un phénomène interdépendant relatif à la rencontre entre un produit, une personne et un environnement (cité par Blaise & Rossé, 2011). Par là même s'étendent les limites de l'utilisation du BelRAI, notamment dans le domaine de la consommation de substances, tant cet outil semble faire fi des données subjectives relatives à l'expérience de l'usager. En outre, il est également nécessaire, selon ce projet, de clarifier l'objectif d'utilisation de cet instrument. Outre l'aide à la décision clinique, le projet précise que le BelRAI est implémenté en Belgique en tant qu'outil de mesure de la qualité en vue d'évaluer l'attribution de certains budgets (KCE, 2016). Or, si telle est l'utilisation qui en est faite, le projet insiste sur le fait qu'il a été démontré que de nombreuses questions devaient être préalablement approfondies (*Ibid.*, 2016). Enfin, le projet souligne que des questionnements émanent en termes de contrôle des données collectées. En ce sens, il semble que le KCE recommande l'établissement d'une structure de gouvernance (*Ibid.*, 2016). Selon ce projet, l'évaluation des prérequis indispensables à l'utilisation de cet outil doivent donc être pris en compte, peu importe l'usage qui en est fait.

Autres remarques

Selon les projets, il est également parfois difficile d'identifier clairement l'évolution temporelle des différentes consommations. En ce qui concerne la fréquence de consommation en détention, le projet se dit interrogatif face aux réponses proposées si la personne a par exemple consommé quelques jours après son arrivée en détention puis ne consomme plus rien ou consomme de temps en temps, de manière ponctuelle.

Concernant les questions relatives au dépistage du VIH et du VHC (catégorie E : "comportements à risque et dépistage"), un des projets constate que les détenus ne sont pas toujours au courant qu'ils font l'objet d'un dépistage systématique à leur entrée en détention (à Lantin principalement). Il convient donc de nuancer les réponses récoltées à ces questions qui ne seront, par conséquent, pas toujours représentatives des démarches de dépistage pratiquées par le service médical interne. De même, cette pratique de dépistage systématique n'est pas effective dans toutes les prisons.

Les quatre questions relatives aux suivis antérieurs (catégorie F) semblent devoir être posées conjointement. Selon les projets, la personne peut très bien avoir été suivie pour des difficultés psychologiques en lien avec sa consommation. Les deux questions, actuellement séparées, peuvent donc se rejoindre dans certains cas. Le projet propose donc une formulation de question plus générale, englobant les deux aspects : *avez-vous déjà été suivi(e) pour des difficultés psychologiques, en lien ou non avec votre consommation ?*

Enfin, les projets désirent apporter une précision en ce qui concerne la récolte des données de la catégorie H ("Activités/travail au sein de la prison") : l'organisation de ces différentes occupations est compliquée par le contexte sanitaire imposé pour limiter la propagation du COVID-19. Les données récoltées à ces questions doivent donc s'envisager de manière contextuelle.

Suggestion

L'évaluation du questionnaire par les projets pilotes se clôt par une suggestion formulée par l'un des projets. Celui-ci propose d'envisager l'utilisation de l'instrument DEBA⁵ A/D (Dépistage/Évaluation du besoin d'aide – Alcool/Drogues) dans l'optique de remplacer ou modifier

⁵ Ce questionnaire a été créé en réponse à un manque d'outils de dépistage permettant de mesurer la sévérité des problèmes liés à la consommation de drogues chez les adultes (Recherche et intervention sur les substances psychoactives – Québec (RISQ), 2016).

certaines items existants. Outre son apparente simplicité d'utilisation, le DEBA A/D interroge les types de produits consommés, leur fréquence de consommation tout en adjoignant une échelle de sévérité de la dépendance (ESD) ainsi qu'une échelle des conséquences de la consommation de drogues (ECCD). La passation de l'outil se veut progressive (passation de l'ECCD si le score à l'ESD si situe entre 3 et 5) et permet de favoriser l'orientation des usagers tout en fournissant une évaluation facilitant la construction d'un plan d'intervention/d'accompagnement pour les services de première ligne. Selon le projet, cet outil se base sur une approche motivationnelle, mieux adaptée pour prendre en compte les spécificités inhérentes au contexte carcéral. Il n'existe toutefois pas d'adaptation spécifique au contexte belge et une formation est requise pour tout professionnel désireux d'exploiter cet outil de détection (voir https://oraprdnt.uqtr.quebec.ca/pls/public/gscw031?owa_no_site=4242&owa_no_fiche=50&owa_bottin).

4. Prise en charge

Voorliggend hoofdstuk beoogt kennis te verstrekken over (1) de profielen voor drughulpverlening in detentie waarover een zorgteam moet beschikken met oog voor interculturele aspecten eigen aan de penitentiaire context, (2) de definitie van een optimaal zorgtraject voor gedetineerden met stoornissen in middelengebruik en (3) welke activiteiten die werden uitgewerkt via het pilootproject deel zouden moeten uitmaken van de interne diensten van de gevangenis (voornamelijk medische diensten) en voor welke activiteiten geniet een beroep doen op externe diensten de voorkeur.

4.1 Methode

De in dit hoofdstuk verzamelde informatie is verkregen door middel van verschillende methoden van gegevensverzameling bestaande uit literatuurstudie, een focusgroep en een intervisiebijeenkomst.

4.1.1 Dataverzameling

Voor de literatuurstudie werd gebruik gemaakt van de volgende databanken: Psycinfo, Pubmed, Web of Science, Google Scholar and ProQuest.

Daarnaast werd ook een focusgroep georganiseerd waarin attitudes, expertise en ervaringen in kaart gebracht werden van personeel op de “werkvloer” (i.c. projectmedewerkers van de pilootprojecten, medisch personeel en van ander gevangenis personeel dat betrokken is bij en/of in contact komt met het pilootproject) en perspectieven van de overheid geëxploreerd werden in functie van het garanderen van beleid voor een kwaliteitsvolle behandeling van stoornissen in het gebruik van middelen in gevangenissettings. Tevens werd er ook aandacht besteed aan deelname van actoren uit andere gevangenissen dan deze waar de projecten plaatsvinden, om zo een zicht te krijgen op zowel inhoudelijke als praktische elementen waarmee rekening moet worden gehouden bij het implementeren van programma’s in een gevangeniscontext. Deze focusgroepen laten toe om opvattingen van mensen over hun ervaringen te onderzoeken, waarbij de groepscontext uitwisseling van visies mogelijk maakt (Farquhar, 1999; Howitt, 2013).

Vanuit de onderzoeksgroep werd geadviseerd welke gevangenisfuncties bij voorkeur uitgenodigd werden. Bij de focusgroep, waaraan actoren deelnamen die nauw betrokken zijn bij de projecten, werden onder andere de vaardigheden, kenmerken en ervaringen op het veld in kaart gebracht wat betreft de screening en de behandeling van druggebruikende gedetineerden. Daarnaast

werd de invloed van interculturele aspecten op de screening en behandeling besproken. Gezien de omstandigheden en om het coronavirus verder in te dijken, werden de twee focusgroepen online georganiseerd.

Via de intervisiebijeenkomsten werden de projectmedewerkers en vertegenwoordigers van de medische diensten betrokken bij verschillende aspecten m.b.t. het uitwerken van een gids/draaiboek voor het opzetten van projecten gericht op het begeleiden van druggebruikers in de gevangenis (bv. screening en het ontwikkelen van een uniform behandelmodel). In dit kader werd getracht om zicht te krijgen op de nodige competenties en randvoorwaarden om tegemoet te kunnen komen aan uitdagingen bij het aanbieden en organiseren van drughulpverlening in een gevangeniscontext. Gezien de omstandigheden en om het coronavirus verder in te dijken, werden de intervisiebijeenkomsten online georganiseerd.

4.1.2 Data-analyse

Focusgroepen werden opgenomen door middel van een audio-recorder teneinde deze letterlijk te transcriberen en te analyseren. Van de intervisiebijeenkomsten werden enkel notities gemaakt en geanalyseerd (er werden dus geen opnames gemaakt). De transcripties en nota's werden geraadpleegd in functie van de vooraf opgestelde onderzoeksvragen.

Deze gegevens werden onderworpen aan een kwalitatieve analyse. Via dit type onderzoek kan meer inzicht verkregen worden in de subjectieve beleving van de respondenten, de aard van de herstelprocessen en hun link met de complexe behandelprocessen (e.g. Dekkers, 2020; Debaere, Verhaeghe, & Vanheule, 2017). Er wordt hierbij gebruik gemaakt van een diversiteit aan gegevens met de bedoeling om deze grondig te begrijpen (Kohn & Christiaens, 2014).

4.2 Over welke profielen voor drughulpverlening in detentie moet een zorgteam beschikken met oog voor de inherente interculturele aspecten van de penitentiaire context?

Tijdens de focusgroep van 31 maart 2021 werd onder andere ingegaan op de vereiste beroepsprofielen die nodig zijn om de projecten goed te laten functioneren. De volgende aspecten kwamen aan bod: (1) Het aantal professionals die per functie nodig zijn rekening houdend met de huidige (en toekomstige) aantal opvolgingen binnen de projecten en (2) De essentiële vaardigheden en attitudes die deze professionals nodig hebben.

Tijdens de intervisie van 9 maart 2021 werd ingegaan op de vereiste beroepsprofielen die nodig zijn om de projecten goed te laten functioneren. De volgende aspecten kwamen onder andere aan bod: (1) De vereiste beroepsprofielen om de proefprojecten goed te laten functioneren (daarbij ook rekening houdend met interculturele aspecten), (2) De noodzaak om functieprofielen uit te breiden (en de redenen hiervoor), (3) De bijdrage van elke functieprofiel en (4) De vereiste vaardigheden en attitudes van de teamleden binnen de proefprojecten.

De projecten pleiten ervoor om randvoorwaarden te creëren die het mogelijk zouden maken om een grotere verscheidenheid aan beroepsprofielen aan te werven. De teamsamenstelling dient ruimer te zijn dan enkele medische specialisten (artsen en verpleegkundigen) en psychologen. Zo zouden bijvoorbeeld opvoeders of maatschappelijke werkers aangeworven kunnen worden. Ook binnen het KCE report (Mistiaen et al., 2017) wordt gepleit om de gezondheidszorg door een interdisciplinair team te laten opnemen bestaande uit artsen, verpleegkundigen, kinesitherapeuten, ergotherapeuten, tandartsen, psychologen, psychiaters en maatschappelijke werkers en dit onder de coördinatie van een huisarts. De projecten geven aan dat ook opvoeders en sociale assistenten een belangrijke rol zouden kunnen spelen in de werking van de projecten. Als argumenten geven ze aan dat opvoeders een bijdrage kunnen leveren aan het creëren van een positief leefklimaat, omdat ze opgeleid zijn om mensen te benaderen en zich aan te passen aan specifieke contexten/doelgroepen (moeilijke/kwetsbare doelgroepen, mensen met een andere culturele achtergrond,...).

“Het is echt dezelfde missies behouden, maar het is gewoon een andere aanpak, bijvoorbeeld met opvoeders denk ik. Die kunnen zich aanpassen aan verschillende omgevingen en hebben een andere manier van werken. Ik denk dat het belangrijk is om hen ook in het team te hebben...” (focusgroep van 31/03/2021)

Daarnaast kunnen ervaringsdeskundigen volgens de projecten een grote meerwaarde bieden aangezien ze het herstelproces zelf hebben doorlopen, een verpersoonlijking vormen van de hoop op het bereiken van een beter leven en zo het aanhaken van de hulpverlening met de gedetineerden kunnen faciliteren. Bovendien leren voorbeelden uit het buitenland ons dat ervaringsdeskundigen ingezet kunnen worden om gedetineerden bij vrijlating te ondersteunen bij hun re-integratie en rehabilitatie in de samenleving (Arsenault, 2014; Ray et al., 2021).

“We zouden graag meer ervaringsdeskundigen in het team hebben, omdat deze mensen een bepaalde ervaring hebben en weten hoe bepaalde dingen werken...” (focusgroep van 31/03/2021)

Verder kunnen volgens de projecten brugfuncties een belangrijke rol spelen. Deze medewerkers zijn deeltijds werkzaam in de gevangenis en deeltijds binnen de verslavingszorg in de

samenleving. In dat opzicht bieden zij een mogelijkheid om gelijkwaardigheid (binnen en buiten de gevangenis) en continuïteit van zorg te verzekeren, gezien ze een coherente aanpak voor, tijdens en na detentie in de hand werken (Vandeveldt et al., 2016).

“Het is interessant om mensen te hebben die ook buiten de gevangenis werken, die ervaring hebben met mensen buiten de gevangenis en die geen vooroordelen hebben. Een goede therapeut kan binnen en buiten de gevangenis werken...” (focusgroep van 31/03/21)

De projecten vinden het belangrijk dat teamleden ervaring hebben binnen de drughulpverlening en het forensisch veld. In dat opzicht werd benadrukt dat er een zekere diversiteit moet zijn wat betreft eerdere werkervaringen van de teamleden. Dit zou hen in staat stellen om in te spelen op verschillende problematieken en doelgroepen. Daarnaast is het voor de leden van de projecten belangrijk dat teamleden vertrouwd zijn met het zorgnetwerk in functie van het verhogen van de samenwerking tussen de gevangenis en externe diensten.

Bovendien is het volgens de projecten belangrijk om hulpverleners aan te werven die een link kunnen vormen met niet-Belgische, en anderstalige gedetineerden en/of gedetineerden met een migratieachtergrond. Hierbij is niet alleen het spreken van de taal belangrijk, maar ook het hebben van een zekere affiniteit met culturele normen en waarden.

“Omtrent de interculturele bemiddeling... Dat is iets dat echt interessant zou kunnen zijn als we de mogelijkheid hadden om psychosociale werkers of bemiddelaars in het team zouden kunnen hebben, maar niet gewoon als vertalers... omdat de therapeutische alliantie essentieel is bij de opvolging.” (focusgroep van 31/03/21)

Minstens even belangrijk als de professionele functieprofielen zijn de persoonskenmerken van de teamleden. Belangrijke eigenschappen die de projecten aangeven zijn onder andere: geduld, inlevingsvermogen, professionaliteit, flexibiliteit, autonomie en in team kunnen werken.

4.3 Définition d'un parcours de soins optimal

La question de la définition d'un parcours de soins optimal a été soulevée lors de l'interview du 20 avril 2021. Les réflexions initiées en rapport avec cette problématique ont été abordées par le biais de six questions auxquelles les projets ainsi que les experts des services médicaux présents ont répondu. Les questions qui ont été posées sont les suivantes : 1) Comment définir un parcours de soins optimal ? 2) Qu'est-ce qui doit le composer ? 3) Quelles sont les conditions préalables pour y parvenir ? 4) Quels sont les moments cruciaux de toute trajectoire de soins ? 5) Comment prendre en compte la

période post-détention et favoriser la continuité du parcours de soins après libération ? 6) Comment envisagez-vous votre place en tant qu'intervenant dans le cadre de cette continuité des soins ?

Sur ces questionnements, les projets s'accordent à dire qu'il existe trois moments cruciaux spécifiques à toute prise en charge de personnes résidant en milieu pénitentiaire : l'entrée en prison, la détention et la période post-carcérale.

L'entrée en prison. L'arrivée en détention peut être le point de départ d'une prise en charge pour certaines personnes. Selon les projets, cet instant constitue le moment idéal à l'identification des besoins et attentes de la population entrante. Cette première cartographie des profils de personnes consommatrices et demandeuses de suivi devrait s'effectuer à l'aide d'une anamnèse d'entrée complète et uniforme à toutes les prisons et à destination de l'ensemble de la population carcérale entrante. Cette première étape de prise en charge suppose également des préconditions à sa mise en œuvre : la formation des professionnels de santé à organiser, mener et interpréter cette anamnèse et ses résultats, des effectifs humains suffisants aux services médicaux dans le but d'administrer cette anamnèse à chaque entrant en prison mais également, une bonne connaissance du réseau d'aide et de soins alentours en vue d'une orientation adéquate. Selon les projets, cette récolte d'information devrait également être informatiquement organisée afin de faciliter la conservation et la transmission des données en cas de nécessité. Actuellement, les services médicaux des prisons utilisent le logiciel Epicure pour encoder des informations en lien avec le dossier médical de chaque détenu. L'accès à celui-ci est restreint, si bien que tous les membres des équipes des trois projets n'y ont pas accès. A Lantin par exemple, seule l'infirmière de MACADAM y a accès tandis que l'infirmière et la médecin généraliste de Drugs Lab y ont toutes deux accès. L'utilisation d'Epicure étant donc restreinte aux acteurs médicaux et l'interface n'étant pas très ludique, les projets s'en servent parfois dans un but d'information pure. De plus, l'élargissement d'accès à ce système d'enregistrement informatique pose une question fondamentale en termes de secret professionnel partagé entre les différents services qui peuvent actuellement ou pourraient, dans le futur, y avoir accès. Ainsi, les projets plaident pour la mise en place d'une autorisation spécifique relative au RGPD autour des données partagées pour chaque détenu. De cette façon, ce document de consentement poserait les bases d'un secret professionnel partagé entre les différents services utilisant Epicure et favoriserait l'organisation, la conservation et la transmission des informations de suivi nécessaires aux différents services pouvant intervenir dans la prise en charge d'un même bénéficiaire, sans nuire à la confidentialité de celles-ci et en contribuant à la continuité des soins (informations indispensables à la continuité des traitements de substitution entre l'intérieur et l'extérieur de la prison ou en cas de modification du traitement, par

exemple). L'accès aux bases de données existantes est un aspect fondamental pour les projets pilotes aussi bien en termes de gain de temps qu'en termes d'accès à l'information en cas de collaboration difficile entre services par exemple. Néanmoins, une autre des préconditions à l'accès de ces bases de données est de nature logistique et concerne la mise à disposition d'un ordinateur et d'un local pour les intervenants des projets pilotes.

Enfin, l'entrée en détention doit également coïncider avec des initiatives promouvant l'accès à l'information pour tous les détenus entrants telle que la création d'un 'pack entrant' regroupant les flyers des différents services accessibles au sein de la prison ainsi que leurs missions et objectifs spécifiques.

La période de détention. La prochaine étape de toute trajectoire de soins concerne la possibilité laissée aux détenus de communiquer leur désir de solliciter un service spécialisé. Dans cette optique, l'accès initial à l'information des détenus est nécessaire mais les services internes (agents pénitentiaires, service médical interne) doivent également par la suite pouvoir réceptionner cette demande et orienter adéquatement les détenus qui manifestent le souhait d'être suivis ou pris en charge par un service donné. Ici, il est fondamental de prévoir des canaux de communication ainsi que des personnes prédisposées à accueillir et orienter les demandes formulées. Les services internes étant généralement des intermédiaires entre projets pilotes et personnes demandeuses, il est également indispensable qu'ils possèdent des connaissances sur les objectifs et missions des différents projets pilotes. Une fois l'orientation vers les projets pilotes effectuée et dans l'optique de répondre aux attentes des bénéficiaires, les intervenants des projets doivent pouvoir accéder et prendre en compte le travail complémentaire réalisé par les autres services parfois même dans le but de relayer vers d'autres services ou personnes plus appropriés. De bonnes collaborations entre services internes et services externes sont donc indispensables à l'établissement, la stabilité et à la continuité d'une trajectoire de soins. De même, le point crucial à considérer est la logistique qui entoure la rencontre avec le patient. Les projets insistent ici sur le fait de disposer d'un local dans lequel mener les entretiens avec les bénéficiaires et respectant la confidentialité de ces moments, d'ordinateurs utilisables pour les membres des équipes mais également d'un accès à la base de données SIDIS-Suite pour obtenir des informations utiles tout en gagnant du temps (par exemple accéder au numéro de cellule d'un détenu demandeur d'un suivi pour l'appeler en vue d'une rencontre au parloir). Dans cette partie de la prise en charge, il est essentiel pour les projets que l'accès aux personnes demandeuses d'un suivi leur soit facilité. A Hasselt par exemple, les détenus ont accès à un téléphone en cellule pour communiquer plus facilement avec les agents pénitentiaires et favoriser les contacts en général. L'autorisation d'accès aux sections ou aux différents niveaux de la prison pour les intervenants des projets pilotes,

les relations constructives avec les agents pénitentiaires et la collaboration avec les différents services internes à la prison contribueront également à un meilleur accès aux détenus. Il est donc important de pouvoir mettre en place et entretenir ces différents aspects annexes à la prise en charge.

La période post-détention. Enfin, toute libération de détenu doit pouvoir être préparée correctement. Selon les projets, il est indispensable d'avoir un intervenant de référence pour faire le pont entre l'intérieur et l'extérieur de la prison. Cet intervenant doit avoir une connaissance précise du réseau, du type de service et de public que chaque service peut accueillir (service à bas seuil, ambulatoire etc.). Cette fonction spécifique était d'ailleurs assurée auparavant par les "Points Centraux de contact d'Orientation et d'Accompagnement" (PCOA) tels que 'Le Prisme' à Bruxelles ou 'Step-by-Step' en Wallonie (Vandeveldt et al., 2016). Par manque de financement, le travail de ceux-ci n'a pas été poursuivi. Néanmoins, en Flandre, le travail de ces points de contact a été reconduit sous le nom de 'Tandem' et se concentre non seulement sur la consommation de substances mais plus largement sur les problèmes de santé mentale (Vander Laenen et al., 2017). Cette fonction pont est donc importante pour favoriser le relais vers l'extérieur et promouvoir la continuité des soins après libération. Cette mission de préparation à la sortie doit s'envisager en collaboration avec le bénéficiaire afin que l'intervenant puisse communiquer les informations que le détenu l'autorise à divulguer aux services externes. Cette mission se construit également dans une optique de relations constructives et officielles entre services intervenant à l'intérieur de la prison et les services intervenant dans la communauté. A Bruxelles, cette mission de préparation à la sortie et de continuité des soins est, par exemple, menée par l'asbl Transit qui assure la continuité des traitements de substitution jusqu'à 48h après la libération et ce, pour les détenus qui souhaitent être orientés vers leur structure par la suite. Ainsi, les missions de l'asbl Transit ne concernent pas l'entièreté des sortants sous traitement de substitution bien qu'il serait nécessaire de prévoir cette initiative pour l'ensemble de cette population spécifique. Cette période critique suppose une anticipation pas toujours évidente à mettre en place par les projets car ceux-ci n'ont bien souvent pas accès à la date de sortie des détenus (surtout pour les prévenus) qui varie évidemment selon chaque situation et selon la décision du juge et des juridictions d'instruction (chambre du conseil, chambre des mises en accusation). Les projets soulignent également que la création d'un réseau médical partagé pourrait aider à plus de contacts entre médecins internes à la prison et médecins généralistes externes dans le but de renforcer la continuité des soins et la prise en charge médicale. Dans tous les cas, les projets plaident pour la mise en place d'un 'pack sortant' regroupant des brochures d'information des différents services externes de la région (et des problématiques traitées par chacun d'entre eux) dans le but de faciliter l'orientation des détenus sortants et la continuité de la prise en charge.

4.4 Répartition des tâches entre services internes et services externes

La problématique de la répartition des tâches attribuées aux projets pilotes entre services internes (service médical principalement) et services externes (équipes des trois projets pilotes) a été abordée lors du premier focus groupe organisé le 31 mars 2021 et rassemblant les intervenants des projets pilotes, des services médicaux et de l'administration pénitentiaire. La thématique a également été soulevée lors d'une discussion ayant pris cours durant le comité de guidance du 16 juin 2021 réunissant en outre, des acteurs du monde politique. Ces réflexions ont été initiées par le biais de quatre questions principales : 1) Quelles activités précises développées dans le cadre des projets pourraient/devraient être menées par les services médicaux? 2) Pour quelles activités le recours à un service externe est-il préférable ? 3) Quelles sont les différences dans le type d'approche privilégié par ces deux entités ? 4) Quels sont les avantages et les défis de la mise en œuvre de ces activités par les services médicaux/les partenaires externes ?

Selon les projets, cette thématique peut s'envisager selon deux temporalités différentes : avant et après le transfert des compétences du service médical du Service Public Fédéral Justice au Service Public Fédéral Santé publique, Sécurité de la chaîne alimentaire et Environnement.

D'une part, en l'état actuel des choses et tenant compte du fait que le transfert de compétences n'est toujours pas mis en œuvre, les différents acteurs participant à notre réflexion précisent que les services médicaux n'ont pas la capacité de se voir attribuer d'autres missions relatives aux projets pilotes. Pour se faire, leurs effectifs humains ainsi que les exigences de formation (de base et continue) devraient être revus à la hausse.

"Aujourd'hui (...) le service médical n'a absolument pas la capacité dans le sens, d'une part, en nombre d'effectif et d'autre part, en soucis parfois de coordination et en manque de formation..."
(focus groupe du 31/03/21)

Ainsi, la plupart des activités propres aux projets pilotes pourraient être intégrées aux services médicaux si une restructuration préalable de ceux-ci répond aux exigences et conditions de formation, d'effectifs et d'équipes multidisciplinaires dans le but d'élargir leurs missions. De même, il est également nécessaire de prévoir préalablement des missions de sensibilisation à l'approche et à la thématique de la consommation de drogues afin que l'ensemble des services médicaux se sente

concerné et intéressé par celle-ci, ce qui n'est actuellement pas toujours le cas par manque de formation, par exemple.

"Si c'est toujours un monde à part les questions d'usage de drogues alors que ça peut faire partie des problématiques de santé comme d'autres... Si c'est une équipe spécialisée qui s'en occupe toujours, je me demande s'il n'y a pas un risque de démission chez certains et je la comprendrais... On ne sent pas outillé, on ne connaît pas bien le domaine etc et que peut-être que si ça fait partie des bases communes à tous, ça peut être aussi intéressant et important (...) mais sinon nous, on ressent parfois une sorte de démission 'Ah drogues ? Ça c'est pas pour moi, c'est pour un autre...'."

"J'ai l'impression qu'au niveau de la sensibilisation à la thématique, il y a un travail à faire justement ici pour qu'il y ait une continuité des soins plus automatisée et plus en connexion avec l'extérieur."

(focus groupe du 31/03/21)

Dans cette optique, l'expertise des services externes en la matière est une ressource précieuse et potentiellement exploitable par le biais de diverses activités et/ou missions spécifiques : sensibilisation/formation des services internes (service médical et agents pénitentiaires) à la problématique mais aussi soutien du service médical en cas de prises en charge/situations plus complexes. Les services externes agissant alors en deuxième ligne. La notion de sensibilisation est ici très importante pour les acteurs interrogés au regard de la problématique visée mais également par rapport au relai et à la continuité des soins après libération qui semblent faire défaut actuellement alors qu'ils s'avèrent ô combien essentiels.

"(...) La plupart des choses qu'on fait, dans un monde idéal, pourraient être complètement intégrées, je pense, au service médical (...) les premières prises en charge se feraient par les médecins généralistes et qu'il y ait une équipe spécialisée qui vienne pour les situations plus complexes ou pour soutenir les professionnels de terrain, les aiguiller un peu quand ils sont face à des situations pour lesquelles ils n'ont pas vraiment de réponse... mais qu'un service spécialisé viendrait en seconde ligne et pas en première." (focus groupe du 31/03/21)

De même, les projets s'accordent à dire que les tâches spécifiques à la prévention, l'éducation à la santé ou à la réduction des risques (RDR) pourraient également être menées par les services médicaux pour autant que celles-ci soient prévues dans leurs missions, du temps soit dégagé pour les mener, les effectifs humains soient augmentés et que des formations spécifiques leur soient prodiguées en la

matière. Le développement de cette idée sous-entend toutefois un décroisement et une indispensable concertation entre les différents niveaux de pouvoir du pays.

" Mais on va se retrouver devant la même problématique du fait que c'est une compétence régionale en fait.. donc ce n'est pas une mission des services médicaux... alors là on est peut-être dans des questions techniques mais en tout cas, par les réunions qu'on a pu avoir dans le groupe de travail soins de première ligne pour la préparation du transfert de compétences, il y avait plutôt l'idée qu'au sein des futurs services médicaux, il y ait des gens de la promotion à la santé, des gens du service médical et surtout qu'il y ait une coordination pour faire marcher le tout ensemble. "

(focus groupe du 31/03/21)

Pour ce faire, une coordination et une collaboration constructives et étroites sont nécessaires entre les différents services intervenant au sein de la prison (services internes et externes), chacun pouvant bénéficier de l'expertise et la complémentarité des approches spécifiques à chaque service.

En outre, il semble compliqué pour les projets de répondre clairement à la question des activités précises développées par eux-mêmes, qui pourraient être menées par les services médicaux. En effet, il existe une différence notable entre les missions des projets prescrites dans l'Arrêté royal (par exemple, Arrêté royal du 23 mars 2019) et les missions réalisables/réalisées sur le terrain. Ce constat peut être spécifique à chacun des trois projets pilotes en fonction des opportunités/obstacles qu'offrent les différents environnements des trois prisons. Pour exemple, nous avons déjà évoqué à plusieurs reprises le fait que les projets pilotes faisaient face à des difficultés dans la mise en œuvre des missions de sensibilisation à destination des agents pénitentiaires et ce, pour diverses raisons (manque de temps, turnover important, sous-effectivité des agents). Il en est de même pour la mission de formation à destination des services internes (services médicaux par exemple). Ces missions ont donc dû être adaptées aux réalités et potentialités qu'offre le contexte carcéral dans lequel exercent les projets pilotes : missions de sensibilisation informelles des agents pénitentiaires, création d'affiches et de flyers informatifs, réunions et collaborations avec certains médecins des services médicaux... Il est donc compliqué d'identifier avec précision les activités des projets pilotes qui pourraient être transférées aux services médicaux en raison du fait que celles-ci ne sont pas toujours réalisables telles que décrites sur papier. Afin que celles-ci le soient, il est nécessaire de dégager du temps dans l'agenda des services internes (agents pénitentiaires et service médical principalement) et d'augmenter les effectifs humains de ceux-ci pour que les projets pilotes soient en mesure de répondre à toutes les missions décrites dans l'Arrêté royal.

"Le problème c'est qu'aujourd'hui, dans le projet pilote, on a tellement de difficultés et de missions qu'on ne peut pas mettre en œuvre, que si je prends la réalité d'aujourd'hui, pas que COVID hein même avant COVID, c'est-à-dire rencontrer les gens en individuel, les accompagner derrière un bureau etc... tout ce qu'on fait aujourd'hui c'est transposable si l'équipe du service médical était formée et avait le temps de le faire etc... donc si je prends les missions plus larges de travail auprès des agents, de collectif... enfin si on prend les 10 ou je sais pas combien elles sont les missions sur l'arrêté royal, alors on peut commencer à travailler sur ce qui est transposable ou pas... mais moi c'est ça qui m'empêche de répondre vraiment à la question c'est que dans les règles d'aujourd'hui, je me dis que tout est transposable en fait... tout peut être confié... mais normalement, on doit faire plus...donc je me sens un peu floue dans la possibilité de répondre à la question." (focus groupe du 31/03/21)

Néanmoins, de manière plus générale, les acteurs interrogés s'accordent sur le fait que l'anamnèse de base, réalisée à l'entrée en détention pourrait être menée par les services médicaux dans le but de favoriser l'orientation précoce et adéquate des détenus vers les différents services intervenant au sein de la prison. A contrario, les activités de groupe ou basées sur le soutien par les pairs seraient plus compliquées à transposer et à mener par le service médical en ce qu'elles nécessitent une formation spécifique et une approche de type plus communautaire.

"Ces entretiens qu'on peut faire avec les entrants en prison, ça pourrait faire partie de l'anamnèse de base menée par le service médical... Voilà, je sais que à Lantin, cette anamnèse elle est faite (...) on n'est quand même pas dans les mêmes réalités (...) mais dans cette anamnèse de départ, qu'il y ait tout un temps pris autour de ces questions de consommation et de voir si la personne doit être vue régulièrement et accompagnée, orientée vers des services... (...) Après, le côté justement collectif ou le côté mise en place de projets par les pairs, là me semble plus des pratiques très, très associatives." (focus groupe du 31/03/21)

En outre, l'état actuel du service médical privilégiant une approche et des fonctions professionnelles de type médical complique également la transposabilité des prises en charge individuelles et psychologiques en raison d'une absence d'intervenants spécialisés dans ce domaine.

"L'aspect psy, qui est quand même une grosse partie de notre projet, ne me semble pas transposable... C'est effectué par des psychologues et donc, à partir du moment où il n'y a pas de

psys au niveau des équipes médicales, que ce n'est pas des équipes médicales pluridisciplinaires dont les psys feraient partie, ça ne me semble pas possible." (focus groupe du 31/03/21)

De manière plus large, il est généralement admis que le recours à des services externes intervenant en prison a également des avantages non négligeables en termes d'autonomie, de confidentialité et de création d'un lien de confiance et d'échanges avec les bénéficiaires dus à leur rattachement au SPF Santé publique ou à d'autres instances subsidiaires (Communautés, Régions) et non au SPF Justice (Vandeveldt et al., 2016).

"Moi je pense qu'il y a un défi effectivement et que en tant que service externe, on a quand même bien plus facile à établir un lien de confiance avec la personne donc, le fait qu'on soit externe à la prison ça veut dire beaucoup de choses pour les détenus..." (focus groupe du 31/03/21)

De même, l'expertise que développent ces services spécialisés dans une problématique spécifique est également propice à promouvoir et faciliter l'équivalence ainsi que la continuité de la trajectoire de soins une fois le détenu libéré (UNODC, 2014). Toutefois, le recours à des services externes peut également présenter des obstacles non négligeables à prendre en compte, relatifs aux règles institutionnelles, structurelles et à la philosophie carcérale prônée : difficulté d'accès à la prison et aux détenus (surtout en temps de grève), méfiance et non collaboration des services internes envers les services externes, turnover parfois important des équipes des projets en raison de l'instabilité d'emploi et de financement qui mettent également à mal la continuité du projet et qui poussent les services internes à remettre en cause la légitimité de celui-ci (UNODC, 2014).

D'autre part, si on considère l'effectivité du transfert de compétences et sa mise en œuvre, nous pouvons également envisager un scénario différent. Les préconditions requises restent similaires et concernent des effectifs suffisants, une formation adéquate et continue et la composition d'équipes pluridisciplinaires. Pour exemple de bonnes pratiques, un projet évoque l'organisation du service médical de la prison de Montpellier lequel semble déconnecté du monde judiciaire et pénitentiaire (comme ce serait le cas pour nos services médicaux après transfert de compétences) et tourné exclusivement vers celui du soin, favorisant les connexions entre l'intérieur et l'extérieur de la prison.

"Je prends l'exemple de ce que j'ai pu voir à la prison de Montpellier, où toute la prise en charge 'drogue' se fait par le service médical mais il y a une structure de type MASS donc maison d'accueil socio-sanitaire (...) qui a des permanences et qui fait vraiment cette connexion interne-externe et qui

travaille avec le service médical (...) et eux font le lien avec l'extérieur et l'avant-après prison. (...) Si je reprends l'exemple de Montpellier, (...) si un service médical ferme totalement la porte au volet pénitentiaire, la confiance elle peut y être... (...) si quelqu'un est au cachot par exemple, jamais les médecins ne vont voir le détenu jusqu'au cachot. Ils estiment que ce n'est pas un lieu de soins et donc ils vont jusqu'au cachot et si le détenu a besoin de soins, la personne va être amenée jusqu'au service médical. Aucun soin, aucun contact ne se fait au sein même de la prison et donc, il y a quelque chose en termes de bulle et de respect du volet médical qui n'est pas le volet pénitentiaire... Enfin, une étanchéité qui permet justement que la confiance se crée." (focus groupe du 31/03/21)

Ce mode de fonctionnement serait également de nature à favoriser les bonnes collaborations entre les différents services, le partage des bonnes pratiques et de l'expertise de chacun mais également à favoriser une plus grande confiance des détenus envers le service médical. De même, l'intérêt du service médical envers les projets pilotes en serait valorisé notamment par la sensibilisation des équipes à la problématique ainsi que la plus grande liberté d'action laissée alors aux services externes.

Pour ce faire et en envisageant la mise en place d'un des deux scénarios précédents, il est également essentiel de se pencher sur la question de la précarité actuelle des projets pilotes. Dans l'optique de tendre vers la réalisation d'une de ces deux propositions, des réponses et des actions concrètes doivent impérativement être apportées en termes de pérennité, de stabilité d'emploi et d'intégration structurelle des projets pilotes qui ne devront donc plus être mentionnés comme tel.

En résumé, la fusion ou transposition de certaines activités des projets pilotes vers les services médicaux suppose avant tout la promotion d'une approche globale et intégrée qui puisse accompagner les gens quelques soient leurs besoins (prévention, RDR, promotion à la santé, accompagnement individuel etc.). Les collaborations doivent être étroites entre services internes et services externes. L'intégration des projets pilotes au service médical permettrait potentiellement pour les projets de jouir d'une plus grande liberté d'action ainsi que de l'expertise et de la complémentarité des différentes approches conjointes. De même, cela permettrait une plus grande implication des services médicaux dans les projets, les premiers ayant été sensibilisés à la problématique de la consommation de drogues et au public cible leur permettant de bénéficier d'une meilleure vision des réalités extérieures pour favoriser la continuité et l'équivalence des soins entre l'intérieur et l'extérieur de la prison.

PARTIE III - CONCLUSION

1. Conclusion générale

Recommandations au niveau politique

Collaboration entre les ministères de la Justice et de la Santé publique et d'autres partenaires

Conformément aux normes et recommandations (inter)nationales (voir Enggist et al., 2014; UNODC & OMS, 2019; Vandeveld et al., 2020), le gouvernement belge vise à améliorer les soins de santé (mentale) dans les prisons belges, en particulier pour les personnes détenues ayant des problèmes de consommation de substances. Les recommandations internationales largement répandues peuvent être résumées en trois grands principes : 1) La santé en prison est la santé publique, 2) L'équivalence des soins de santé entre la prison et ceux offerts dans la société doit être promue, et 3) La promotion de la continuité des soins entre la prison et la société est nécessaire.

Dans l'optique d'améliorer les soins de santé (mentale) dans les prisons belges, un transfert de compétences en matière de soins de santé du ministre de la Justice au ministre de la Santé publique est escompté (Mistiaen et al., 2017 ; Vander Laenen et al., 2019). La réforme de l'État de 2014 a opéré un transfert de compétences en matière de prise en charge des problématiques de consommation du niveau politique fédéral aux Communautés (Vander Laenen, 2016). Par conséquent, une concertation et coordination entre ces deux niveaux de pouvoir sont nécessaires pour développer davantage (les projets pilotes visant) la prise en charge des problèmes de consommation de drogues en milieu pénitentiaire.

Il est également essentiel d'impliquer les partenaires de terrain, c'est-à-dire les membres des projets actuels et les experts des services spécialisés dans la prise en charge des problématiques de consommation au sein de la communauté afin de définir le groupe cible, ainsi que les objectifs de l'accompagnement et de l'enregistrement. C'est également ce que recommande *l'Office des Nations Unies contre la Drogue et le Crime* (ONUDC) dans le cadre du lancement de projets spécifiques dans les prisons selon lequel : il convient de réunir les principaux responsables et experts mandatés, au niveau politique et au sein des organisations d'aide et de soins spécialisées (ONUDC, 2014).

En tout état de cause, il est indispensable de renforcer davantage les services médicaux, tant en termes d'effectifs humains qu'au niveau de la composition des équipes (multidisciplinaires). Cette

optique nécessite, certes, un investissement financier supplémentaire. Toutefois, cela fait bien des années que les services médicaux des prisons sont fortement sollicités, de sorte que bien souvent, seuls des soins de base et des interventions de crise peuvent être assurés. Ce fonctionnement entrave dès lors la continuité des soins et, malgré une grande nécessité, empêche la dispense de soins de santé (mentale) suffisants (Mistiaen et al., 2017). Une expansion pourrait aider les services médicaux à développer une offre spécifique pour les problèmes de consommation de substances et de santé mentale (Centrale Toezichtsraad voor het Gevangeniswezen (CTRG), 2020) et à intégrer celle-ci dans leurs missions de base. En termes d'effectifs humains, les auteurs du mémo concernant la *"Réévaluation de l'offre des services de soins en santé mentale dans le cadre du plan stratégique d'aide et de soins aux détenus"* en Flandre, recommandent par exemple de quadrupler les effectifs des services de soins (Zorgnet-Icuro, 2019). De même, l'importance d'une approche globale et intégrée est liée aux besoins spécifiques et complexes des consommateurs de drogues présentant également des problèmes dans différents domaines de la vie. En ce sens, cette problématique spécifique devrait également faire partie de la formation de base et de la formation continue de toutes les équipes des services médicaux des prisons.

Koninklijke besluiten

Met betrekking tot de KBs die de werking, missies en opdrachten van de projecten beschrijven, is het van belang om rekening te houden met de volgende kanttekeningen. Ten eerste blijkt er een discrepantie te bestaan tussen de inhoud van deze KBs en hoe deze inhoud in de praktijk wordt geïmplementeerd. Naargelang de specifieke context van de proefprojecten blijken andere accenten te worden gelegd, die afhangen van de mogelijkheden/belemmeringen van de specifieke gevangeniscontext. Het is daarom belangrijk om de centrale doelstellingen en activiteiten in toekomstige KBs maximaal in overeenstemming te brengen met de klinische realiteit. Ten tweede wordt de werking van elk project momenteel beschreven aan de hand van afzonderlijke KBs. In het kader van de implementatie van nieuwe projecten, met voor elke gevangenis(project) een specifiek KB, zouden de vele KBs voor extra verwarring en complexiteit kunnen zorgen. Het is dan ook aanbevolen de verschillende KBs te vervangen door één globaal KB voor alle projecten dat zou fungeren als een kader waarin centrale doelstellingen en minimumvoorwaarden beschreven zouden worden. De praktische invulling van dit besluit kan dan afhangen van de specifieke gevangeniscontext en van het profiel van de gedetineerden.

Équivalence des soins en prison et dans la société

Le rapport du KCE (Mistiaen et al., 2017) soutient le principe selon lequel toute personne détenue a droit à une offre de soins équivalente à celle des citoyens libres. Ce principe est également ancré dans la loi fondamentale relative aux droits des détenus (Vander Laenen & Eechaut, 2018). Afin d'atteindre cet objectif, il est recommandé d'impliquer des partenaires/experts du domaine de la prise en charge des problèmes de consommation pour développer davantage l'accompagnement en prison en créant, entre autres, des collaborations constructives avec les différents partenaires et en recrutant des intervenants associés à des "fonctions passerelles" (c'est-à-dire des personnes qui travaillent en partie en prison et en partie dans une institution externe d'aide et de soins spécialisée dans la consommation de substances). Outre le développement d'une offre d'accompagnement spécifique en prison, il est souhaitable d'intégrer/d'impliquer des organisations externes spécialisées dans le suivi de ce public cible en milieu carcéral. Cette fonction passerelle pourrait être attribuée à un intervenant de référence pour qui la mission principale serait d'ériger un pont entre l'intérieur et l'extérieur de la prison (Vandevelde et al., 2016). Bien entendu, cela suppose des compétences spécifiques en termes de connaissance du réseau d'aide et de soins généraux et spécialisés en vue d'une orientation adéquate par la suite, le cas échéant. Rappelons que cette fonction était auparavant assurée par les "Points Centraux de contacts, d'Orientation et d'Accompagnement" (PCOA) tels que "Le Prisme" à Bruxelles ou encore Step-by-Step en Wallonie. Alors que le travail de ces derniers a été interrompu par manque de financement, cette fonction a été maintenue en Flandre par le biais de "Tandem" qui se concentre non seulement sur la consommation de substances, mais plus largement sur les problèmes de santé mentale (Vander Laenen et al., 2017).

Dans le même ordre d'idées, certains services externes sont également toujours actifs dans les prisons wallonnes (Alter ego, Cap Fly, par exemple) et bruxelloises (Capiti, Ambu Forest). De plus, un nouveau projet en milieu carcéral a été confié à l'asbl *Un pass dans l'impasse*⁶. Celui-ci a pour mission de promouvoir la santé et d'accompagner les détenus en matière de santé mentale, de gestion des consommations et de réduction des risques en vue d'améliorer la situation sanitaire des détenus, de favoriser la continuité des soins et d'œuvrer à la réhabilitation. Après une revue⁷ des manques et besoins en matière de santé réalisée auprès des détenus, du personnel pénitentiaire ainsi que des services extérieurs d'octobre 2020 à mars 2021, ce projet prévoit l'organisation d'activités de

⁶ Pour en savoir plus <https://www.sante-prisons.be/>

⁷ Cet état des lieux a été réalisé en partenariat avec ESPRist-Ulège, opérateur scientifique de l'asbl. Après contact avec celle-ci, nous apprenons qu'un rapport transversal sur les résultats de cet état des lieux verra le jour prochainement. Pour en savoir plus sur la plateforme interfacultaire ESPRist-Ulège : https://www.esprist.uliege.be/cms/c_5257802/fr/esprist

prévention et de promotion à la santé au sein des 15 prisons wallonnes. Ces activités débiteront durant le mois d'octobre 2021 dans la majorité des établissements visés. Précisons néanmoins que les activités de ce projet se distinguent des actions curatives et de soins qui relèvent des compétences fédérales, ainsi que des actions d'accompagnement psychosocial qui relèvent quant à elles des compétences de la Fédération Wallonie-Bruxelles.

Cette fonction passerelle est donc indispensable aussi bien en Flandre qu'en Wallonie pour favoriser le relais vers l'extérieur de la prison et promouvoir la continuité des soins après libération. En ce sens, des relations constructives et officielles entre services intervenant à l'intérieur de la prison et les services intervenant dans la communauté sont essentielles.

Importance du financement structurel

L'incertitude quant à la poursuite des projets entrave leur ancrage structurel en prison et constitue une charge psychologique difficile à supporter pour le personnel des projets. L'instabilité de financement des projets ainsi que la précarité des contrats octroyés aux membres des projets ont souvent été mentionnés comme des défis. Ceux-ci créent un turnover parfois important des équipes mettant à mal la continuité des projets, ce qui pousse également les services internes des prisons (services médicaux, agents pénitentiaires, services psychosociaux) à remettre en cause la légitimité de ces projets. Citons de nouveau pour exemple, l'interruption des "Points Centraux de contact d'Orientatien et d'Accompagnement" (PCOA) en 2016, lesquels intervenaient dans l'ensemble des prisons belges depuis 2011, avant même que les résultats positifs de la recherche ne soient publiés (Vandeveldt et al., 2016; Vandeveldt et al., 2020; Vander Laenen et al., 2017). Ces points de contact étaient destinés à aider les détenus usagers de drogues à trouver un service adapté à l'intérieur et à l'extérieur de la prison, dans le but d'améliorer la continuité des soins entre la période de détention et le retour au sein de la communauté. En Wallonie et à Bruxelles, le travail de "Step-by-Step" (en 2019) et "Le Prisme" n'a pas été poursuivi de manière structurelle. Dans ce contexte, il est donc recommandé de doter les projets performants d'un financement structurel.

Samenstelling van het team

Het is essentieel dat de samenstelling van het team het bieden van zorg op maat en continuïteit van zorg mogelijk maakt, door het voorzien in een individueel en groepsaanbod waarbij onder meer aandacht is voor terugvalpreventie en peer support (KB voor voortzetting van de proefprojecten tot juli 2021). Om een globale aanpak te kunnen verzekeren dient aan een aantal randvoorwaarden voldaan te worden zodat de projecten in de toekomst een grotere verscheidenheid aan

beroepsprofielen kunnen aanwerven, waarbij naast artsen, verpleegkundige en psychologen ook aan opvoeders en maatschappelijke werkers wordt gedacht (Vandeveldel et al., 2020). Daarnaast kunnen ervaringsdeskundigen een grote meerwaarde bieden aangezien ze het herstelproces zelf hebben doorlopen, een verpersoonlijking vormen van de hoop op het bereiken van een beter leven en zo het aanhaken van de hulpverlening met de gedetineerden kunnen faciliteren (Enggist et al., 2014; Erp, Boertien, Scholtens & Rooijen, 2011; Vandeveldel et al., 2016; Vandeveldel et al., 2020). Bovendien leren voorbeelden uit het buitenland ons dat ervaringsdeskundigen ingezet kunnen worden om gedetineerden bij vrijlating te ondersteunen bij hun re-integratie en rehabilitatie in de samenleving (Arsenault, 2014; Ray et al., 2021). Verder kunnen brugfuncties een belangrijke rol spelen. Deze medewerkers zijn deeltijds werkzaam in de gevangenis en deeltijds binnen de verslavingszorg in de samenleving. In dat opzicht bieden zij een mogelijkheid om gelijkwaardigheid (binnen en buiten de gevangenis) en continuïteit van zorg te verzekeren, gezien ze een coherente aanpak voor, tijdens en na detentie in de hand werken (Vandeveldel et al., 2016). Daarnaast is het belangrijk dat teamleden vertrouwd zijn met het zorgnetwerk in functie van het verhogen van de samenwerking tussen de gevangenis en externe diensten. Het is bovendien belangrijk om hulpverleners aan te werven die een link kunnen vormen met niet-Belgische, en anderstalige gedetineerden en/of gedetineerden met een migratieachtergrond (Croux, 2020). Hierbij is niet alleen het spreken van de taal belangrijk, maar ook het hebben van een zekere affiniteit met culturele normen en waarden (Croux, 2020). Minstens even belangrijk als de professionele functieprofielen zijn de persoonskenmerken van de teamleden. Belangrijke eigenschappen zijn onder andere: geduld, inlevingsvermogen, flexibiliteit en in team kunnen werken (Vandeveldel et al., 2020).

Évaluation

Tel que mentionné dans le rapport final de la recherche RECO-PRIS (Vandeveldel et al., 2020), la mise en œuvre des projets pilotes s'accompagne idéalement d'une évaluation visant à déterminer si les objectifs visés sont atteints. Une différence peut être faite entre une évaluation de processus qui étudie la mise en œuvre des projets dans le contexte carcéral et une évaluation de résultats qui analyse les effets du traitement sur le groupe cible. La mise en place de ces deux types d'évaluation est recommandée et nécessite des moyens financiers alloués aux projets dans le but de mettre en place et mener un enregistrement systématique de données nécessaires pour alimenter ces évaluations. Il est pertinent d'examiner la manière dont les trois projets évoluent vers un cadre uniforme qui prend en compte les spécificités du contexte dans lequel ils opèrent et l'influence de celui-ci sur la réalisation de leurs objectifs.

Recommandations pour les projets pilotes

Réseautage, création de collaborations constructives et d'une base de soutien en prison

Comme développé dans les recommandations de RECO-PRIS (Vandeveldt et al., 2020), de nombreux efforts doivent être fournis dans la phase initiale du projet afin de développer une base de soutien en prison. Cela peut être réalisé en créant des collaborations constructives avec des partenaires internes et externes. Il est particulièrement important de développer une bonne coopération avec les agents pénitentiaires qui sont "les yeux et les oreilles de la prison" et sont les plus proches des détenus dans la vie quotidienne (Beyens et al., 2021). En outre, leur participation au projet peut apporter une valeur ajoutée à leur satisfaction professionnelle, à condition qu'ils aient été correctement formés au travail et à la mission du projet pilote. Une bonne collaboration avec d'autres partenaires (de la prison) (par exemple, le service médical, le service psychosocial, ...) est également importante pour que l'échange d'informations visant à optimiser la continuité des soins puisse se dérouler sans encombre.

Élargir le groupe cible

Il est recommandé de rendre le traitement accessible à toutes les personnes détenues, en particulier aux plus vulnérables. L'obstacle de la barrière linguistique empêche une participation égale des personnes détenues non belges et/ou des personnes détenues issues de l'immigration. Il est recommandé d'utiliser des outils supplémentaires pour remédier à cette difficulté (par exemple, créer des affiches dans différentes langues pour rendre le travail des projets visible, les personnes détenues multilingues pourraient jouer un rôle dans ce domaine,...) et de prévoir des moyens adaptés (par exemple, en termes de traduction) pour cette population spécifique. Les détenus devraient pouvoir rejoindre le projet à tout moment pendant leur détention. En effet, l'entrée en détention et le manque de confiance des détenus envers le personnel pénitentiaire ne favorisent pas l'expression de leurs problèmes à leur arrivée (Martin et al., 2013 ; NICE, 2017 ; Nicholls et al., 2018 ; Senior et al., 2013). De plus, certains détenus commencent à consommer de la drogue après quelques jours/semaines/mois passés en prison, d'où l'importance que revêtent les recommandations énoncées ci-dessous concernant la nécessité de prévoir un dépistage suivi et répété durant le parcours de détention (voir *infra*).

Screening et évaluation

Le screening peut être décrit comme étant la première étape à l'établissement d'un plan de soins qui répond spécifiquement aux attentes et aux besoins de chaque bénéficiaire dans le développement d'une approche individualisée et sur-mesure (Favril et al., 2017). Sur base des résultats de la recherche et compte tenu de la recommandation selon laquelle les services médicaux devraient évoluer vers des équipes multidisciplinaires, une procédure de screening et d'évaluation par étapes est proposée.

Dans un premier temps, il est recommandé que les services médicaux effectuent *un bref screening* pour toutes les personnes entrant en prison (SAMHSA, 2015; Nicholls, 2018; Shaw, 2008). Ce premier dépistage devra être intégré à l'anamnèse d'entrée et devra se focaliser, entre autres, sur les pratiques de consommation ainsi que la demande d'aide en vue d'établir un plan de soins individualisé (ou plan de détention) avec l'accord de la personne (Mistiaen et al., 2017; Nicholls, 2018; SAMHSA, 2015; Shaw, 2008). En effet, l'arrivée en détention peut être le point de départ d'une prise en charge et cet instant constitue le moment idéal à l'identification des besoins et attentes de la population entrante. Cette première cartographie des profils de personnes consommatrices et demandeuses d'un suivi devra donc s'effectuer à l'aide d'une anamnèse d'entrée complète et uniforme à toutes les prisons auprès de l'ensemble de la population carcérale entrante. La littérature recommande que ce premier dépistage soit réalisé dans les 24 à 48h après l'arrivée en détention (SAMHSA, 2015). Ainsi, un sous-groupe de personnes détenues ayant un problème de consommation de substances et une demande d'aide peut être identifié et orienté vers le projet pilote. Une première version de ce screening a été élaborée et testée dans le cadre de la recherche précédente (voir Vandeveld et al., 2020). Après une nouvelle consultation des parties concernées, ce screening pourra être mis en œuvre ultérieurement. En vue de la mise en place de cette procédure de screening au sein des services médicaux, il est recommandé de prévoir et d'organiser une formation du personnel de santé amené à réaliser ce dépistage ainsi que d'assurer des effectifs humains suffisants (rappelons à ce titre que le mémo relatif à la "Réévaluation de l'offre des services de soins en santé mentale dans le cadre du plan stratégique d'aide et de soins aux détenus" en Flandre, préconise de quadrupler les effectifs des services de soins (Zorgnet-Icuro, 2019)). De même, les équipes des services médicaux devront avoir une bonne connaissance du réseau d'aide et de soins généraux et spécialisés dans le but d'orienter adéquatement les détenus demandeurs au vu de leur(s) problématique(s) spécifique(s). Enfin, cette récolte d'informations devra non seulement bénéficier d'une réglementation claire en matière de RGPD en obtenant le consentement des détenus entrants sans nuire à la confidentialité des informations récoltées mais devra également

être informatiquement organisée afin de faciliter la conservation et la transmission des données en cas de nécessité (grâce au système d'enregistrement Epicure, par exemple) dans le souci de garantir la continuité des soins.

Dans un second temps, une *évaluation détaillée* peut être menée par les intervenants des projets eux-mêmes après qu'un lien de confiance minimal ait été établi avec le bénéficiaire (SAMHSA, 2015). À cette fin, un instrument a été élaboré en concertation avec les projets pilotes et sur base d'instruments et d'outils scientifiquement validés (voir annexe 4). Les feedbacks concernant la faisabilité de l'instrument ont montré que l'instrument développé s'avère être un outil pertinent. Toutefois, quelques aspects pourraient être améliorés en vue d'optimiser son utilisation sur le terrain. Les questions relatives aux items des instruments BelRAI⁸ doivent faire l'objet d'un examen plus approfondi tout en éclaircissant les objectifs de son utilisation dans le cadre des projets pilotes. En ce sens, l'évaluation des prérequis indispensables à l'utilisation de cet outil doivent être gardés à l'esprit, quel que soit l'usage qui en est fait (KCE, 2016). De même, une attention particulière doit être portée à certains points spécifiques qui concernent, entre autres, la consultation des professionnels de terrain, l'adaptation de ces instruments (BelRAI) au contexte carcéral, la formation des équipes et les aspects liés à l'accès aux données (Brown, Hirdes, & Fries, 2015 ; Van Horebeek et al., 2019). De même, la récolte d'informations à ce stade prévoit qu'une certaine relation de confiance ait pu être instaurée au préalable avec les bénéficiaires dans l'optique de collecter des informations plus précises et parfois plus intimes sur leur parcours de vie. Il est aussi nécessaire de déterminer un public cible pour qui cette évaluation au sein des projets sera menée tout en organisant le consentement de ces participants. En outre, la mise en œuvre de ce screening devra faire l'objet de discussions et d'accords entre les projets concernant les informations importantes à récolter afin d'obtenir un screening et une collecte de données uniformes. La collaboration avec les autres services (service médical, agents pénitentiaires) tout comme les moments informels passés avec les bénéficiaires (activités de groupe comme les ateliers cuisine, par exemple) sont autant d'occasions qui permettent également de récolter des informations importantes au suivi.

⁸ Les outils BelRAI permettent une évaluation globale des besoins physiques, cognitifs, psychologiques et sociaux d'une personne permettant d'élaborer un plan de soins individualisé. L'enregistrement des données est informatiquement organisé. Le système BelRAI prévoit la passation première de brefs questionnaires (screeners) destinés à estimer si la personne a besoin d'une évaluation plus détaillée par la suite. Le public spécifique de ces instruments concernent les personnes vulnérables ou en situation de soins complexes (par exemple, personnes résidant dans une institution de santé mentale, ayant des besoins en soins palliatifs, étant en hôpital aigu...) (belrai.org/fr).

Enfin, il est recommandé que le screening soit réitéré à différents moments clés de la détention (lors d'un transfert, suite à un isolement ou à un changement de régime de détention) (NICE, 2017). En effet, un dépistage suivi et continu est essentiel pour réadapter la prise en charge face aux divers changements qui peuvent s'opérer tout au long du suivi (NICE, 2017; SAMHSA, 2015; Nicholls, 2018; Shaw, 2008). Un screening répété suivant les différentes étapes de la détention, associé à une prise en charge pendant la période de détention, participent à la promotion et au développement d'une approche globale et compréhensive dans le cadre de la prise en charge des personnes en détention (NICE, 2017).

Modèle de traitement, formation et intervision

Un modèle de traitement global et intégré à bas seuil est proposé, auquel les personnes détenues peuvent se joindre à tout moment. Cette recommandation de traitement intégral se base sur une approche orientée vers le rétablissement des personnes ayant une problématique de consommation de substances. Il vise une meilleure qualité de vie dans divers domaines, les problématiques de consommation étant généralement associées à un haut degré de comorbidité pouvant se répercuter sur diverses sphères de la vie. Il s'agit donc de choisir un nouveau mode de vie, de tendre vers un plus grand bien-être, de prendre part à la vie de la communauté et de retrouver un sens à la vie, bien plus que viser une réduction de consommation ou l'abstinence.

Le levier central du processus de rétablissement est la reconnexion de la personne aux autres ainsi qu'au monde. D'où l'importance que revêtent les experts par expérience, l'organisation de travaux de groupe et le soutien par les pairs, dont les effets positifs ont déjà été démontrés en milieu pénitentiaire (Arbiter & Mullen, 2020 ; Erp, Boertien, Scholtens, & Rooijen, 2011). En outre, deux facteurs sont essentiels pour rendre la relation à nouveau possible : le temps et les environnements soutenant.

Dans un tel cadre de travail, diverses interventions sont envisageables et nécessaires, tant individuelles que groupales, avec ou sans traitement médicamenteux et prenant en compte les besoins de chaque bénéficiaire puisque chaque cas ne nécessite pas la même intensité de traitement (NICE, 2017; De Andrade et al., 2018; Yoon et al., 2017; Perry et al., 2019; Hopkin et al., 2018; Roebuck et al., 2018). La définition d'un parcours de soins optimal doit donc prévoir des actions spécifiques à différents niveaux qui soient adaptables selon le stade auquel se situe le bénéficiaire : prévention, réduction des risques (RDR), promotion à la santé etc. La concrétisation et le développement de cette idée suppose néanmoins une indispensable concertation ainsi que des accords écrits entre les différents niveaux de pouvoir du pays selon qu'il s'agisse de compétences

fédérales ou régionales. En ce sens, l'organisation d'une conférence interministérielle permettrait de discuter de ce point d'attention. L'implication et la collaboration active entre ces deux entités est par ailleurs essentielle au bon fonctionnement de ce type de projet ainsi qu'à la promotion de la continuité des soins.

Il est également essentiel que la spécificité de l'approche soit garantie. En effet, même si nous en savons peu sur l'interaction des facteurs qui contribuent aux résultats positifs attribués à certains traitements, il est clairement admis qu'au sein de la population carcérale, une intervention donnée présentant des résultats positifs en termes de santé mentale ne garantit pas les mêmes résultats en matière de consommation de drogues (De Andrade et al., 2018; Yoon et al., 2017). Cette spécificité d'approche est par conséquent indispensable à l'établissement d'un plan de soins sur-mesure adapté aux besoins et attentes de chaque bénéficiaire (pouvant également varier en durée et en intensité) (NICE, 2017; De Andrade et al., 2018; Yoon et al., 2017; Perry et al., 2019; Hopkin et al., 2018; Roebuck et al., 2018).

Parallèlement au développement d'une approche de traitement spécifique en milieu carcéral et lorsque cela est nécessaire, les projets ont pour mission d'orienter les personnes détenues vers des services qui proposent une prise en charge en lien avec les problématiques de consommation au sein de la communauté.

Il est également important que les partenaires pénitentiaires impliqués – en particulier les agents pénitentiaires et les services médicaux – soient bien formés (Beyens et al., 2021) et informés sur les problèmes de consommation de substances et leurs traitements. Dans cette optique, les exigences de formation de base et de formation continue des services médicaux devraient être revues à la hausse. De même, les problématiques de consommation devraient être intégrées à celles-ci. Ces formations pourraient également être complétées par des rencontres avec des experts par expérience étant à nouveau insérés dans la société. La mise en place d'équipes pluridisciplinaires ainsi que le renforcement des collaborations entre services internes à la prison et services externes intervenant en prison et/ou dans la société, participeraient aussi au partage de l'expertise et des bonnes pratiques ainsi qu'à la complémentarité des approches, ce qui permettrait aux services médicaux de s'ouvrir et d'être sensibilisés à cette problématique spécifique.

Des rencontres régulières entre les professionnels des projets pilotes et les services médicaux se sont également avérées très utiles et sont donc recommandées pour les projets futurs (dans le cadre

d'intervisions, par exemple). Il est important que des acteurs de la Justice et de la Santé publique (ici, les projets et le service médical de la prison) puissent bénéficier de moments de concertation comme ceux-ci afin de favoriser les collaborations. L'organisation de ces réunions d'intervision permet de rassembler les gens autour de la table et d'apprendre à (mieux) se connaître. Durant ces échanges, la liberté d'expression et la collaboration sont favorisées : le partage de bonnes pratiques et de situations difficiles peut se faire dans un climat de sécurité. Selon les recherches, ces rencontres réduisent le stress et les symptômes d'épuisement et augmentent la confiance en soi et le pouvoir de décision (Shaw et al., 2008). Toutefois, il est nécessaire que la mise en place de celles-ci coïncide avec le démarrage des projets afin de favoriser un timing cohérent. Selon les représentants des projets, ces moments facilitent les contacts et les liens entre les différents projets et leurs réalités respectives parfois bien différentes et permettent un soutien et un enrichissement mutuels appréciables. L'organisation de ces réunions d'intervision en présentiel et au sein des différentes prisons encouragent la découverte des autres projets, des autres réalités et contextes de travail dans le but d'ouvrir la réflexion vers d'autres moyens d'affronter les défis auxquels font face les projets.

Continuité des soins

Outre la question de l'équivalence des soins entre prison et société, l'organisation de la continuité des soins pendant et après la détention est un deuxième principe crucial des soins de santé pour les personnes détenues. Celui-ci a été abordé depuis de nombreuses années par de nombreux textes (inter)nationaux, ainsi que dans la présente recherche (Mistiaen et al., 2017; Enggist et al., 2014; Hopkin et al., 2018; Roebuck et al., 2018; Vandeveld et al., 2016).

L'importance de la continuité des soins après la détention ne peut être sous-estimée, car la consommation de drogues en détention semble augmenter le risque d'overdose mortelle après libération (Stoevers et al., 2019). A contrario, la prise en charge pendant la détention semble avoir une influence positive sur la récidive et la consommation de substances. La connexion entre l'intérieur et l'extérieur de la prison est donc indispensable pour assurer la continuité des soins et obtenir des effets à long terme (Galea, Enggist, Udesen & Møller, 2014, dans Vandeveld et al., 2016 ; Stoevers et al., 2019).

La continuité des soins, et plus précisément la transition entre l'intérieur et l'extérieur de la prison, suppose une anticipation cruciale en rapport avec la préparation à la libération. Pour ce faire, le screening s'avère également recommandé à cette étape dans l'optique d'obtenir un feedback sur le

suivi effectué, d'avoir un retour sur l'évolution générale de la personne durant son parcours de détention ainsi que dans un but d'orientation à la sortie. La littérature recommande d'ailleurs un délai d'au moins 90 jours pour préparer et anticiper la libération (SAMHSA, 2015). Cette période critique suppose une anticipation qui devra être facilitée, par exemple, par la mise à disposition d'informations essentielles pour les projets, notamment relatives à la date de sortie des détenus (Roebuck et al., 2018). Il est donc clairement admis que l'anticipation et la préparation à la sortie sont cruciales pour la continuité des soins. En effet, il n'est pas toujours aisé pour un ex-détenu d'accéder seul à des soins et un suivi de qualité, c'est pourquoi, le renforcement des relations avec les prestataires de soins durant la détention doit être promu afin d'assurer la connexion entre le suivi à l'intérieur et à l'extérieur de la prison (Vandeveldt et al., 2016).

La continuité des soins entre l'intérieur et l'extérieur de la prison peut également être favorisée par la mise en place d'initiatives spécifiques telles que le case management. Cette initiative permet notamment de soutenir la continuité des soins au niveau du soins porté à la personne lors de moments de transition (Vanderplasschen, Rapp, Wolf & Broekaert, 2004; Vanderplasschen et al., 2011). En Belgique, le recours à cette intervention prend de l'ampleur pour ce qui est des problématiques spécifiques à la consommation de substances. En tant qu'intervention de préparation à la sortie, le case management pourrait être initié pendant la période de détention. Cette fonction particulière pourrait être assurée par un intervenant de référence, membre du projet pilote, qui suivrait la personne même après sa sortie de prison (pour peu que celle-ci ait bien entendu marqué son accord). En effet, lors de l'évaluation des besoins des détenus en la matière, réalisée lors de la recherche RECO-PRIS (voir Vandeveldt et al., 2020), ceux-ci ont mentionné l'importance d'une continuation du suivi reposant sur une condition sine qua non : poursuivre la prise en charge avec le/la même intervenant(e). Cette continuité de suivi favoriserait un passage plus fluide de l'intérieur vers l'extérieur de la prison car l'intervenant(e) en question a déjà une connaissance de la personne. De même, la relation et l'alliance thérapeutique sont également déjà installées entre les deux protagonistes. Toutefois, la mise en place de ce scénario sous-entend certaines préconditions spécifiques et relatives notamment à l'élargissement des missions des membres des projets et au déblocage de budgets supplémentaires pour faire face à la charge de travail additionnelle que cette intervention représenterait pour les projets (Vandeveldt et al., 2016). Néanmoins, la littérature soutient que la mise en place de cette initiative permettrait de mener à bien un suivi et une évaluation des trajectoires de soins même après l'incarcération et permettrait de réduire le risque élevé de récidive au cours des trois mois post-libération (*Ibid.*, 2016). La littérature répertorie d'ailleurs divers types de case management en fonction des besoins et problématiques de bénéficiaires. Ceux-ci varient

en durée et en intensité (Vanderplasschen, Wolf & Colpaert, 2004; Rapp, Van Den Noortgate, Broekaert & Vanderplasschen, 2014).

Par ailleurs, il est nécessaire de collaborer davantage avec l'ensemble des services de la société et de renforcer les liens entre la prison et la communauté en créant, par exemple, des collaborations constructives avec des structures institutionnelles de haute qualité ainsi que des protocoles officiels d'orientation après libération (Roebuck et al., 2018). En effet, la mise en place d'un plan de soins coordonné entre équipes de soins internes et externes à la prison pourrait considérablement améliorer la qualité des informations transmises en moment de la libération et favoriser la mobilisation des services externes lorsque le bénéficiaire a, par exemple, d'autres besoins spécifiques en matière de logement ou de santé mentale (*Ibid.*, 2018). De même, les relations entre détenus et services externes promouvant la préparation à la sortie sont essentielles et permettent de soutenir la motivation au traitement après libération (*Ibid.*, 2018). En outre, des exemples à l'étranger démontrent qu'il est utile de recourir au soutien par les pairs en impliquant des experts par expérience afin de soutenir les anciens détenus dans leur trajet de réinsertion dans la société ainsi que dans leur motivation au traitement (Roebuck et al., 2018).

Recommandations pour les prisons

Informier

Tel que décrit dans la première recherche (RECO-PRIS) (Vandeveldel et al., 2020), l'implémentation d'un projet pilote en prison peut être facilitée en annonçant l'arrivée du projet à toutes les personnes concernées, au personnel pénitentiaire ainsi qu'aux personnes détenues. Cette communication peut s'effectuer par divers canaux : communication officielle par intranet, séance d'information organisée par les projets visant la présentation de l'équipe au personnel de la prison et l'établissement des contacts, etc. Afin que le nouveau projet puisse être accueilli avec un esprit ouvert, il est important de prêter attention aux éventuelles expériences négatives des projets passés et à leurs conséquences en termes notamment de lassitude des services internes à la prison, car celles-ci peuvent susciter des attentes négatives envers les nouveaux projets (Arbiter & Mullen, 2020). La mission du nouveau projet pourrait être expliquée à tous en organisant des séances d'information avec les membres du projet, ce qui améliorera également la visibilité du projet (Vandeveldel et al., 2016).

Accueillir

En outre, il a également été mentionné dans RECO-PRIS (Vandeveldt et al., 2020) que le démarrage d'un projet pilote en prison peut être facilité en fournissant la logistique nécessaire à la rencontre avec le patient (par exemple, un bureau pour l'équipe, un local dans lequel mener les entretiens avec les bénéficiaires en respectant la confidentialité de ces moments, un accès informatique,...). L'accueil d'un projet implique aussi de faciliter l'accès à la prison et aux détenus pour le personnel du projet. En ce sens, des relations constructives avec les agents pénitentiaires et les différents services internes à la prison (service médical par exemple) peuvent aider. Une attention particulière devra être accordée à l'accueil des experts par expérience (c'est-à-dire d'ex-détenus, et/ou d'ex-consommateurs) étant donné l'importance accordée à l'intégration de ces acteurs dans l'approche du projet. Si l'accès à la prison ne peut être garanti, des discussions en ligne/vidéoconférence avec des pairs ayant une expérience en dehors de la prison pourraient être utiles, dans un premier temps.

Soutenir

Enfin, la direction de la prison peut également jouer un rôle important en soutenant les initiatives du projet visant à fournir une information et une formation relative aux problèmes de consommation de substances et à leur traitement, à destination des agents pénitentiaires ainsi que des autres membres du personnel interne (par exemple, le personnel médical).

De même, les initiatives préalablement existantes peuvent aussi promouvoir une bonne implémentation et intégration du projet. Dans la prison de Hasselt par exemple, la présence de l'aile sans drogue et son bon fonctionnement a permis une certaine sensibilisation du personnel interne à la prison envers la prise en charge des détenus consommateurs de drogues. Cette ouverture vers les soins offerts aux consommateurs durant leur période de détention a engendré une influence positive sur le climat carcéral et sur l'intégration du projet D&D. En ce sens, nous pouvons identifier certaines préconditions⁹ à la réussite d'une aile sans drogue :

- Bénéficier d'un large choix de candidats motivés à envisager l'abstinence,
- Aménager un environnement soutenant,
- Prévoir une large gamme d'activités pour ces candidats (plus de promenades, de sport, ateliers cuisine, groupes de parole...)
- Disposer du soutien de la direction de la prison ainsi que des agents pénitentiaires,

⁹ Celles-ci ont été identifiées à la suite d'une réunion rassemblant le Dr Benoît Skrzypek et Mirella Dysers, tous deux ayant une expérience dans ce domaine suite à l'implantation d'une aile sans drogue à la prison de Verviers (avant sa fermeture) ainsi qu'à Bruges (en 2009). Cette réunion a été organisée le 7 septembre 2021.

- Constituer des équipes multidisciplinaires motivées à travailler spécifiquement dans cette section, les sélectionner sur base de leurs aptitudes, convictions et attrait envers la problématique,
- Organiser la formation spécifique du personnel travaillant dans cette section (infirmiers(ères), agents pénitentiaires),
- Organiser le soutien des travailleurs de cette section afin d'éviter le turnover et l'épuisement des équipes professionnelles pouvant influencer négativement leur motivation et leur mentalité de travail,
- Uniformiser l'entretien d'entrée à toutes les ailes sans drogues dans les différentes prisons,
- Définir des critères d'entrée et de sortie pour les candidats à cette section spécifique.

Dans ce cas précis, il peut être intéressant de se tourner plus précisément vers les prisons de Bruges et Hasselt qui ont toutes deux implanté une aile sans drogue respectivement en 2009 et 2015. Il est pertinent de s'enrichir de toute expérience dans ce domaine et de se référer aux professionnels étant à l'initiative de la mise en place de cette section spécifique afin de tirer avantage de leurs connaissances et apprentissages en la matière.

Recommandations pour l'implémentation de nouveaux projets pilotes dans les prisons

Importance de la collaboration entre experts

Tel que décrit dans RECO-PRIS (Vandeveldt et al., 2020), il convient de tenir compte d'un certain nombre de principes de base avant de se lancer dans l'implémentation de projets sensibles en prison :

- les soins de santé pour les détenus relèvent de la santé publique générale,
- des soins de santé et un accompagnement de qualité en prison est bénéfique pour la santé publique en général et la réinsertion après l'emprisonnement,
- soutenir la collaboration entre les services de santé travaillant en prison et le SPF Santé Publique est un adjuvant,
- il est important de tenir compte des contributions des travailleurs de terrain, des services pénitentiaires et des conseillers en matière de santé pour développer des politiques nationales.

Une bonne préparation exige que les experts intéressés et compétents soient identifiés dans les différents domaines : experts des différents ministères (Justice et Santé, et dans les communautés), agents pénitentiaires et experts de terrain, c'est-à-dire des organisations spécialisées dans la prise en charge des problématiques de consommation dans la société. Il est également recommandé d'impliquer les personnes détenues dès la phase de préparation. Une collaboration étroite pendant la phase de préparation est nécessaire pour que la réalité complexe du contexte carcéral et du traitement des personnes détenues ayant des problèmes de consommation soit suffisamment prise en compte. Ces activités de co- construction débouchent sur des engagements et des décisions communes, notamment en ce qui concerne la budgétisation et le financement – et donc la répartition des responsabilités – des futurs projets. Il est essentiel que des experts de différents domaines travaillent ensemble de manière constructive pour répondre aux différentes questions et difficultés des différents acteurs au cours du processus. Les réunions peuvent avoir pour but de fournir des informations nécessaires sur la valeur ajoutée de ces projets. La coopération avec les parties prenantes et la sensibilisation de celles-ci peuvent se faire de différentes façons : en organisant régulièrement des réunions de groupe de pilotage et des réunions de pairs qui rassemblent différentes parties prenantes de différents secteurs, mais aussi en visitant des programmes réussis dans d'autres prisons.

Un démarrage progressif et un soutien aux nouveaux projets

A la lumière des résultats de la recherche RECO-PRIS (Vandeveldt et al., 2020), il semble également approprié de commencer progressivement avec de nouveaux projets, dans deux ou trois prisons, et de soutenir les projets via un soutien par les pairs. Ainsi, les membres des projets en cours (actifs) peuvent prendre un rôle de mentor au sein d'un nouveau projet. Ce statut leur confère ainsi reconnaissance et légitime leurs compétences et expérience acquises. De plus, les membres des nouveaux projets sont soutenus. Comme déjà mentionné, la valeur ajoutée de réunions d'intervision régulières avec les membres du projet, le personnel pénitentiaire (par exemple, des membres du service médical et les agents pénitentiaires) et un conseiller/superviseur externe est également devenue évidente. Ces réunions d'intervision rassemblent les gens autour de la table et leur permettent d'apprendre à (mieux) se connaître. La liberté d'expression et la coopération sont favorisées : l'échange de bonnes pratiques et de situations difficiles peut se faire dans un climat de sécurité. Selon les recherches, ces rencontres réduisent le stress et les symptômes d'épuisement et augmentent la confiance en soi et le pouvoir de décision (Shaw et al., 2008). L'implémentation structurelle et opérationnelle de nouveaux projets requiert du temps. Il est donc important d'en prévoir suffisamment pour le démarrage et la mise en œuvre de ceux-ci afin de tendre vers une

intégration réussie. Il s'agit d'un processus qui se déroulera à plus long terme et qui suppose des ressources suffisantes pour garantir une stabilité financière ultérieure.

Conclusion

Les deux recherches RECO-PRIS ont montré que les projets pilotes implantés dans trois prisons belges touchent un public cible très vulnérable, dans lequel la problématique de consommation de substances fait partie d'un tableau plus large qui s'étend à de nombreux domaines de la vie (travail, santé, relations sociales, ...). Afin de mettre en œuvre les projets dans les prisons, de nombreux challenges ont dû être relevés. Les enseignements tirés peuvent être pris en compte pour l'expansion ultérieure de l'aide spécifique aux détenus consommateurs dans les prisons belges. Ainsi, la prise en charge des problèmes de consommation et les soins de santé en milieu carcéral nécessitent la collaboration et l'engagement de différents ministères, tant au niveau fédéral que communautaire, ainsi qu'une collaboration avec les directions des différentes prisons et des experts dans le domaine de la prise en charge des problèmes de consommation. Une approche proactive, enthousiaste et flexible des équipes, dans laquelle les difficultés sont abordées comme des défis et non comme des obstacles, est nécessaire.

Il est recommandé de donner aux projets en cours la possibilité de se développer davantage et de tenir compte de leur expertise dans le cadre du lancement et de la mise en œuvre d'une approche de traitement globale et intégrée (NICE, 2017; SAMHSA, 2015) ainsi que dans le cadre d'une procédure de screening et d'évaluation uniforme dans les autres prisons belges. En outre, il demeure essentiel de renforcer davantage les services médicaux, tant en termes de capacité que de composition des équipes (multidisciplinaires). Cela nécessite un investissement financier supplémentaire. De même, le renforcement des collaborations entre le service médical et les services externes intervenant en prison doit être promu. Une réorganisation du service médical devrait ainsi être considérée (Mistiaen et al., 2017). Dans cette optique, les connexions entre l'intérieur et l'extérieur de la prison doivent être favorisées (Vandeveldt et al., 2016) dans le but de promouvoir la continuité et l'équivalence des soins mais également le partage de l'expertise et des bonnes pratiques entre les différents services. L'engagement en faveur de la continuité du travail des projets est tout aussi important et réside dans la prise de décisions concrètes en termes de pérennité, de stabilité d'emploi et d'intégration structurelle des projets fructueux.

In dit rapport werden algemene aanbevelingen geformuleerd met betrekking tot implementatie van screening, assessment en behandelinterventies. Het is zinvol dat de huidige projecten de kans krijgen om zich verder te ontwikkelen en dat hun expertise meegenomen wordt in het verder implementeren van een globale en geïntegreerde behandelapproach en een uniforme screeningsprocedure in de andere Belgische gevangenissen. Er wordt aanbevolen om ook de eigenheid van de drughulpverlening in

detentie te bewaken, door mogelijkheden te voorzien om aan te sluiten bij de noden van specifieke gevangenis (bijvoorbeeld naar grootte van de instelling, kenmerken van de gedetineerden, ...).

Met betrekking tot screening, zijn er een aantal factoren die de doeltreffendheid ervan kunnen beïnvloeden, waaronder cultuur, etniciteit en geslacht van de gedetineerde (Martin et al., 2013). Verder komt uit de literatuur ook naar voor dat screeningsinstrumenten aangepast moeten worden aan de gevangeniscontext (Martin, 2013). In dit project werd een aangepast screening- en assessment-instrument ontwikkeld gebaseerd op een getrapte procedure. De eerste stap in de ontwikkelde (getrapte) screeningsprocedure betreft een beknopte screening naar middelengebruik en hulpvraag bij alle binnenkomende gedetineerden op de medische diensten van de gevangenis. De tweede stap betreft een uitgebreid assessment in de pilootprojecten (Vandeveldt et al., 2020). Verdere implementatie van dit instrument biedt mogelijkheden om meer zicht te krijgen op het profiel van gedetineerden met drugproblemen en het afstemmen van de behandeling op hun kenmerken en noden.

Ook met betrekking tot behandelinterventies, blijkt uit de literatuur dat het niet vanzelfsprekend is om bepaalde behandelinterventies die buiten de gevangenis worden toegepast te generaliseren naar de gevangeniscontext (Beaudry, Yu, Perry, & Fazel, 2021; Fazel et al., 2016). Onderzoek toont aan dat interventies (bv. CBT) die effectief zijn voor geestelijke gezondheidszorg bij de algemene populatie niet noodzakelijk effectief in een gevangeniscontext (Fazel et al., 2016; Perry et al., 2019). Bijgevolg is er een nood aan interventies op maat voor gedetineerden (Fazel et al., 2016). Er is (verder) onderzoek nodig om de doeltreffendheid te evalueren van interventies voor gedetineerden die te kampen hebben met stoornissen in middelengebruik en gelijktijdig optredende geestelijke gezondheidsproblemen. Belangrijk zijn ook de langetermijneffecten van interventies tijdens en na detentie en de mate waarin contact nodig is met externe diensten na vrijlating (Perry et al., 2019). Verder dient men ook bewust te zijn van het feit dat het een zeer complexe uitdaging is voor gevangenis om een gespecialiseerd aanbod te voorzien voor alle ernstige psychiatrische klachten (nota 'Herijking CGG-aanbod in kader van strategisch plan hulp- en dienstverlening gedetineerden'). Vandaar is het essentieel om een goede samenwerking te creëren met gespecialiseerde GGZ-voorzieningen en drughulpverlening.

Ten slotte moeten ook de specifieke kenmerken van elke gevangenis in acht genomen worden. De gevangeniscontext waarin interventies geïmplementeerd worden blijken niet overal dezelfde te zijn, waardoor het noodzakelijk is om programma's aan te passen naargelang de gevangenis waarin het

geïmplementeerd zou worden. De doelstellingen van de projecten kunnen dezelfde zijn maar de manier om ze te bereiken kan verschillen, afhankelijk van de mogelijkheden/uitdagingen die elke gevangenis biedt.

Références

Abu-Ras, W., Gheith, A., & Cournos, F. (2008). The Imam's Role in Mental Health Promotion: A Study at 22 Mosques in New York City's Muslim Community. *Journal of Muslim Mental Health*, 3(2), 155-176. doi: 10.1080/15564900802487576

Al-Krenawi, A., & Graham, J. R. (2000). Culturally sensitive social work practice with Arab clients in mental health settings. *Health & Social Work*, 25(1), 9-22.

Amato, L., Davoli, M., Ferri, M. M., & Ali, R. (2003). Methadone at tapered doses for the management of opioid withdrawal. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2.

Andary, L., Stolk, Y., & Klimidis, S. (2003). *Assessing Mental Health Across Cultures*. Bowen Hills, Australia: Australian Academic Press Pty. Ltd.

Atabay, T. (2009). Handbook on prisoners with special needs. United Nations Office on Drugs and Crime.

Arbiter, N. & Mullen, R. (30 juni 2020). *What is crucial to start helping drug users in prisons? Good practices from Amity Foundation + Feedback on the RECO-PRIS Results & Recommendations*, lezing gepresenteerd op het online symposium 'Preliminary Results & Recommendations from the RECOvery in PRISON research project'.

Arseneault, C. (2014). *Évaluation des effets du programme d'intervention en toxicomanie offert par le centre de réadaptation en dépendance de Québec à l'établissement de détention de Québec*. Université du Québec..

Ax, R. K., Fagan, T. J., Magaletta, P. R., Morgan, R. D., Nussbaum, D., & White, T. W. (2007). Innovations in Correctional Assessment and Treatment. *Criminal Justice and Behavior*, 34(7), 893–905. <https://doi.org/10.1177/0093854807301555>

Aydin, E., Kevin, M., Xie, Z., & Perry, V. (2013). *Evaluation of the getting SMART Program*. Sydney, Australia: NSW Justice Corrective Services.

Bandura, A. (1969). Social-learning theory of identificatory processes. *Handbook of Socialization Theory and Research*, 213, 262.

Barnoux, M., & Wood, J. (2013). The specific needs of foreign national prisoners and the threat to their mental health from being imprisoned in a foreign country. *Aggression and Violent Behavior*, 18(2), 240–246.

- Beaudry, G., Yu, R., Perry, A. E., & Fazel, S. (2021). Effectiveness of psychological interventions in prison to reduce recidivism: a systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. *The Lancet Psychiatry*, 8(9), 759-773.
- Belenko, S. (2001). *Research on drug courts: A critical review 2001 update*. New York: Columbia University, National Center on Addiction and Substance Abuse.
- Belenko, S., Hiller, M. & Hamilton, L. (2013). Treating Substance Use Disorders in the Criminal Justice System. *Current Psychiatry Reports*, 15(11). doi:10.1007/s11920-013-0414-z
- Beyens, K., Breuls, L., Humblet, D., Robberechts, J., Snacken, S., & Vanhouche, A-S. (2021). De penitentiair beambte van de toekomst: Het belang van dynamische veiligheid. *Fatik*, 38(170), 5-17
- Bhui, H. S. (2009). Foreign National Prisoners: Issues and Debates. In H. S. Bhui (Ed.), *Race & Criminal Justice* (pp. 154–169). SAGE.
- Bion, W. R., & Rickman, J. (1943). Intra-group tensions in therapy: Their study as the task of the group. *The Lancet*, 242(6274), 678-681. doi:10.1016/S0140-6736(00)88231-8
- Blaise, M., & Rossé, E. (2011). Monsieur Drogue. Claude Olievenstein, trente ans d'interventions médiatiques. *Psychotropes*, 17(1), 57. <https://doi.org/10.3917/psyt.171.0057>
- Born, M., & Glowacz, F. (2017). *Psychologie de la délinquance*, Collection « ouvertures psychologiques, De Boeck (Ed.), (4ème édition revue et augmentée).
- Bosworth, M. (2011). Deportation, detention and foreign-national prisoners in England and Wales. *Citizenship Studies*, 15(5), 583–595.
- Bosworth, M., Hasselberg, I., & Turnbull, S. (2016). Punishment, citizenship and identity: An Introduction. *Criminology & Criminal Justice*, 16(3), 257–266. <https://doi.org/10.1177/1748895816635720>
- Bowen, S., Witkiewitz, K., Clifasefi, S.L., Grow, J., Chawla, N., Hsu, S.H., Carroll, H.A., & Larimer, M.E. (2014). Relative efficacy of mindfulness-based relapse prevention, standard relapse prevention, and treatment as usual for substance use disorders. *JAMA Psychiatry*, 71(5), 547-556. doi:10.1001/jamapsychiatry.2013.4546
- Braun, V. and Clarke, V. (2006) Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77-101. <http://dx.doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>

Brink, J., Doherty, D., & Boer, A. (2001). Mental disorder in federal offenders: A Canadian prevalence study. *International Journal of Law and Psychiatry*, 24(4–5), 339–356. [https://doi.org/10.1016/S0160-2527\(01\)00071-1](https://doi.org/10.1016/S0160-2527(01)00071-1)

Brosens, D., Croux, F., & De Donder. (2018). Prisoners' active citizenship: An insight in European prisons (PAC project).

Brosens, D., De Donder, L., Dury, S., & Verté, D. (2016). Participation in prison activities: An analysis of the determinants of participation. *European Journal on Criminal Policy and Research*, 22, 669–687. <https://doi.org/10.1007/s10610-015-9294-6>

Brown, G.P., Hirdes, J.P., Fries, B.E., Brant, E. (2015). Measuring the Prevalence of Current, Severe Symptoms of Mental Health Problems in a Canadian Correctional Population: Implications for Delivery of Mental Health Services for Inmates. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 59(1), 27-50.

Butler, T., Indig, D., Allnutt, S., & Mamoon, H. (2011). Co-occurring mental illness and substance use disorder among Australian prisoners. *Drug and Alcohol Review*, 30(2), 188–194. <https://doi.org/10.1111/j.1465-3362.2010.00216.x>

Center for Substance Abuse Treatment. (1994). Simple screening instruments for outreach for alcohol and other drug abuse and infectious diseases. *Treatment Improvement Protocol (TIP) Series 11*. Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services, Substance Abuse and Mental Health Services Administration.

Chamberlain, A. W. (2011). Offender Rehabilitation: Examining Changes in Inmate Treatment Characteristics, Program Participation, and Institutional Behavior. *Justice Quarterly*, 29(2), 183–228. doi:10.1080/07418825.2010.549833

Chang, Z., Lichtenstein, P., Larsson, H., & Fazel, S. (2015). Substance use disorders, psychiatric disorders, and mortality after release from prison: A nationwide longitudinal cohort study. *Lancet Psychiatry*, 2, 422–430.

Chowdhury, N. (2016). Integration Between Mental Health-Care Providers and Traditional Spiritual Healers: Contextualising Islam in the Twenty-First Century. *Journal of Religion and Health*, 55(5), 1665-1671. doi: 10.1007/s10943-016-0234-7

Coalter, F., Theeboom, M., Taylor, J., Commers, T., & Derom, I. (2021). *Sport and employability: A monitoring and evaluation manual (MONITOR)*. Brussel: Vrije Universiteit Brussel, Sport & Society, 2021.

Council of Europe. 2006. Recommendation Rec (2006) 2 of the Committee of Ministers to Member States on the European Prison Rules. Brussels: Council of Europe, Committee of Ministers.

Coyle, A., Fair, H., Jacobson, J., & Walmsley, R. (2016). Imprisonment worldwide: The current situation and an alternative future. *Australian & New Zealand Journal of Criminology*, 51(3), 471–472.
<https://doi.org/10.1177/0004865817744938>

Croux, F., Brosens, D., Donder, L. D., Claes, B., & Vandeveld, S. (2020). Foreign national and ethnic minority prisoners' participation in formally organized occupations in prisons: A scoping review. *Journal of Occupational Science*, 27(4), 474-491.

Croux, F., Brosens, D., Vandeveld, S., & De Donder, L. (2019). Foreign national prisoners in Flanders (Belgium) : motivations and barriers to participation in prison programmes. *European Journal on Criminal Policy and Research*, 25(2), 171–188. <https://doi.org/10.1007/s10610-018-9372-7>

Croux, F. (2020). Participation behind bars: A study on foreign national prisoners in Belgium. [Doctoral dissertation]. Vrije Universiteit Brussel/ / Ghent University.

De Andrade, D., Ritchie, J., Rowlands, ., Mann, E., & Hides, L. (2018). Substance use and recidivism outcomes for prison-based drug and alcohol interventions. *Epidemiologic Reviews*, 40, 121-133. doi: 10.1093/epirev/mxy004

Debaere, V., Verhaeghe, P., & Vanheule, S. (2017). Identity change in a drug-free Therapeutic Community: a Lacanian interpretation of former residents' perspectives on treatment process and outcome. *Therapeutic Communities*, 38(3), 147-155

Debehets, J. (2011). *Methadonsubstitutiebehandeling binnen de gevangenis: een empirisch onderzoek*. Universiteit Gent. Gent.

Dekkers, A. (2020). Pathways to addiction recovery: Exploring personal experiences and support needs (Doctoraat). Gent: Universiteit Gent.

De Leon, G. (2013). *Closing Remarks*. Paper presented at the 14th Conference of the European Federation of Therapeutic Communities, Prague.

Derluyn, I., Van Nuffel, J., Lion, L., Verberckmoes, S., De Ridder, J., & De Smet, S. (2015). Kwetsbare forensische groepen. In C. Wittouck, K. Audenaert, & F. Vander Laenen (Red.), *Handboek forensische gedragswetenschappen* (pp. 365-391). Antwerpen-Apeldoorn: Maklu.

Desmarais, S. L., & Singh, J. P. (2013, March). *Risk assessment instruments validated and implemented in correctional settings in the United States*. New York: Council of State Governments Justice Division. Retrieved from <http://csgjusticecenter.org/wp-content/uploads/2014/07/Risk-Assessment-Instruments-Validated-and-Implemented-in-Correctional-Settings-in-the-United-States.pdf>

Desomer, A., Mistiaen, P., & Eyssen, M. (2016). Utilisation de la suite BELRAI dans les soins de réadaptation. Une étude exploratoire de l'applicabilité de la suite INTERRAI/BELRAI pour la planification des soins et l'allocation des budgets. Health Services Research. Bruxelles : Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé. KCE reports, 262Bs.

Dolan, K., Alam-Mehrjerdi, Z., & Moazen, B. (2018). Opioid substitution treatment, therapeutic communities, and cognitive behavioral therapy. *Drug treatment for prisoners*, 221-233.

Dolan, K.A., Shearer, J., White, B., Zhou, J., Kaldor, J., & Wodak, A.D. (2005) Four-year follow-up of imprisoned male heroin users and methadone treatment: mortality, re-incarceration and hepatitis C infection. *Addiction*, 100(6):820–828.

Dotinga, A., Van den Eijnden, R. J., Bosveld, W., & Garretsen, H. F. (2005). The effect of data collection mode and ethnicity of interviewer on response rates and self-reported alcohol use among Turks and Moroccans in the Netherlands: an experimental study. *Alcohol and Alcoholism*, 40(3), 242-248.

Eikeland, O.J. (2009) Differences and similarities in the Nordic region. In: Eikeland, O. J., Manger, T., Asbjørnsen, A., Diseth, Å., Gunnlaugsson, H., Eriksson Gustavsson, A. L., ... & Samuelsson, S. (2009). *Education in Nordic prisons: Prisoners' educational backgrounds, preferences and motivation*, pp. 177-197.

El-Islam, M. F. (2008). Arab Culture and Mental Health Care. *Transcultural Psychiatry*, 45(4), 671-682. doi: 10.1177/1363461508100788

El-Islam, M. F., & Campbell, R. A. (2014). "Satan has afflicted me!" Jinn-possession and mental illness in the Qur'an. *Journal of Religion and Health*, 53(1), 229-243. doi: 10.1007/s10943-012-9626-5

EMCDDA (2007). Defining drug-related crime. Geraadpleegd van <http://www.emcdda.europa.eu/html.cfm/index33752EN.html>

Enggist, S., Møller, L., Galea, G. & Udesen, C. (2014), *Prisons and health*, WHO Regional Office for Europe, Copenhagen.

Erp, N., Boertien, D., Scholtens, G. & Rooijen, S. (2011). Ervaringsdeskundigheid en herstelondersteuning.

Utrecht: Trimbos-instituut/Kenniscentrum Phrenos.

European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA). (2012). Treatment demand indicator (TDI) Standard protocol 3.0. Guidelines for reporting data on people entering drug treatment in European countries. Luxembourg: Publications Office of the European Union, 2021. doi: 10.2810/5285

Farrell-MacDonald, S., MacSwain, M. A., Cheverie, M., Tiesmaki, M. & Fischer, B. (2014). Impact of Methadone Maintenance Treatment on Women Offenders' Post-Release Recidivism. *European Addiction Research*, 20(4), 192-199. doi:10.1159/000357942

Farquhar, C. (1999). *Are focus-groups suitable for sensitive topics?* In R. S. Barbour & J. Kitzinger (Eds.), *Developing focus groups research: Politics, theory and practice* (pp. 47-63). London: Sage.

Fazel, S., & Danesh, J. (2002). Serious mental disorder in 23 000 prisoners: A systematic review of surveys. *The Lancet*, 359(9306), 545–550. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(02\)07740-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(02)07740-1)

Fazel, S., Hayes, A., Bartellas, K., Clerici, M., & Trestman, R. (2016). Mental health of prisoners: Prevalence, adverse outcomes, and interventions. *The Lancet Psychiatry*, 3(9), 871–881. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(16\)30142-0](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(16)30142-0)

Fazel, S., & Seewald, K. (2012). Severe mental illness in 33 588 prisoners worldwide: Systematic review and meta-regression analysis. *British Journal of Psychiatry*, 200(5), 364–373. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.111.096370>

Favril, L., & Vander Laenen, F. (2017). Psychofarmaca en drugsgebruik in Vlaamse gevangenen. *Verslaving*, 13(2), 85-97.

Favril, L., Vander Laenen, F., & Audenaert, K. (2017). Psychiatrische morbiditeit bij gedetineerden in Vlaanderen. *Panopticon*, 38(4), 231-245.

Favril, L., Vander Laenen, F. & Decorte, T. (2015). Schadebeperkende maatregelen voor de stad Gent, Een onderzoek naar de lokale noden en prioriteiten. Gandaius Masterlijk, nr. 4. Maklu: Antwerpen.

Federale Overheidsdienst Justitie [Federal Public Service Justice]. (2018). *Jaarverslag 2017 Directoraat-generaal Penitentiare Inrichtingen* [Annual report 2017 Directorate-General for Penitentiary institutions]. https://justitie.belgium.be/sites/default/files/jaarverslag_dg_epi_2017.pdf

Fédération Addiction, cahiers thématiques. (2014). Réduction des risques : le nouveau paradigme des addictions ? *Acta*, 13, 1-71.

Fédération des Associations pour la Formation et l'Éducation permanente en prison (FAFEP). (2001). Enquête sur la provenance sociale et le niveau scolaire des détenu(e)s en Belgique (juin 2000-juin 2001) - version courte.https://www.adeppi.be/sites/default/files/pdf/enquete_sur_la_provenance_sociale_et_le_niveau_scolaire_des_detenues_en_belgique.pdf

Field, G. (1998). Continuity of offender treatment: Institution to the community. *Prepared at the request of the Office of National Drug Control Policy. Oregon Department of Corrections, Correctional Programs Division.*

First, M., Williams, J., Karg, R., & Spitzer, R. (2015). *Structured Clinical Interview for DSM-5 Disorders, Clinician Version (SCID-5-CV)*. Arlington, VA: American Psychiatric Association.

Ford, J., & Trestman, R. (2005). Evidence-based enhancement of the detection, prevention, and treatment of mental illness in the correction systems. *National Institute of Justice*. Retrieved from <http://www.ncjrs.gov/App/publications/abstract.aspx?ID=210829>

Forrester, A., Till, A., Simpson, A., & Shaw, J. (2018). Mental illness and the provision of mental health services in prisons. *British Medical Bulletin*, 127, 101-109. doi: 10.1093/bmb/ldy027

Fries, B. E., Schmorrow, A., Lang, S. W., Margolis, P. M., Heany, J., Brown, G. P., Barbaree, H. E., & Hirdes, J. P. (2013). Symptoms and treatment of mental illness among prisoners: a study of Michigan state prisons. *International journal of law and psychiatry*, 36(3-4), 316–325. <https://doi.org/10.1016/j.ijlp.2013.04.008>

Galassi, A., Mpofu, E. & Athanasou, J. (2015). Therapeutic Community Treatment of an Inmate Population with Substance Use Disorders: Post-Release Trends in Re-Arrest, Re-Incarceration, and Drug Misuse Relapse. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 12(6), 7059-7072.

Galea, G., Enggist, S., Udesen, C., & Møller, L. (2014). *Prisons and Health*. World Health Organization. Regional Office for Europe. 1-207.

Guerrero, E., & Andrews, C. M. (2011). Cultural competence in outpatient substance abuse treatment: Measurement and relationship to wait time and retention. *Drug and Alcohol Dependence*, 119(1-2), e13–22.

Grant, B.F., & Dawson, D., (2000). *The Alcohol Use Disorder and Associated Disabilities Interview Schedule-IV (AUDADIS-IV)*. Rockville, MD: National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism.

Hakansson, A., & Berglund, M. (2012). Risk factors for criminal recidivism: A prospective follow-up study in prisoners with substance abuse. *BMC Psychiatry*, 12, 111.

Hatzenbuehler, M. L., Keyes, K. M., Narrow, W. E., Grant, B. F., & Hasin, D. S. (2008). Racial/ethnic disparities in service utilization for individuals with co-occurring mental health and substance use disorders in the general population. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 69(7), 1112–1121.

Hedrich, D. , Alves, P. , Farrell, M. , Stöver, H. , Møller, L. and Mayet, S. (2012). The effectiveness of opioid maintenance treatment in prison settings: a systematic review, *Addiction*, Vol. 107 No. 3, pp. 501-517.

Hiller, M. L., Belenko, S., Welsh, W., Zajac, G., & Peters, R. H. (2011). Screening and assessment: An evidence-based process for the management and care of adult drug-involved offenders. In C. Leukefeld, T. P. Gullotta, & J. Gregrich (Eds.) *Handbook of evidence-based substance abuse treatment in criminal justice settings* (pp. 45–62). New York: Springer.

Hopkin, G., Evans-Lacko, S., Forrester, A., Shaw, J., & Thornicroft, G. (2018). Interventions at the transition from prison to the community for prisoners with mental illness: A systematic review. *Administration and Policy in Mental Health Services Research*, 45, 623-634. <https://doi.org/10.1007/s10488-018-0848-z>

Howitt, D. (2013). *Introduction to qualitative methods in psychology* (Vol. 2). Harlow: Pearson.

Irvin, J.E., Bowers, C.A., Dunn, M.E., & Wang, M.C. (1999). Efficacy of relapse prevention: a meta-analytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67(4), 563-570.

Jones, G., & Talbot, J. (2010). No One Knows: the bewildering passage of offenders with learning disability and learning difficulty through the criminal justice system. *Criminal Behaviour and Mental Health: CBMH*, 20(1), 1-7.

Kinlock, T. W., Gordon, M. S., Schwartz, R. P., Fitzgerald, T. T. & O'Grady, K. E. (2009). A randomized clinical trial of methadone maintenance for prisoners: Results at 12 months post-release. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 37(3), 277-285. doi:10.1016/j.jsat.2009.03.002

Kohn, L. & Christiaens, W. (2014). Les méthodes de recherches qualitatives dans la recherche en soins de santé : apports et croyances. *Reflets et perspectives de la vie économique*, LIII, 67-82. <https://doi.org/10.3917/rpve.534.0067>

Knight, K., Holcom, M., & Simpson, D. D. (1994). TCU psychosocial functioning and motivation scales: Manual on psychometric properties. Fort Worth, TX: Texas Christian University, Institute of Behavioral Research.

Kouyoumdjian, F., Mclsaac, K., Liauw, J., Green, S., Karachiwalla, F., Siu, W., Burkholder, K., & Hwang, S. (2015).

A systematic review of randomized controlled trials of interventions to improve the health of persons during imprisonment and in the year after release. *American Journal of Public Health*, 105(4), 13-33.

Landry, P., & Desmarais, J. (2000). Violence, toxicomanie et maladie mentale. *L'intervenant*, 16(3), 21-22.

Larney, S., Toson, B., Burns, L., & Dolan, K. (2012). Effect of prison-based opioid substitution treatment and post-release retention in treatment on risk of re-incarceration. *Addiction*, 107(2), 372-380.

Lloyd, C., Page, G., McKeganey, N., Russel, C., & Liebling, A. (2017). *The Evaluation of the Drug Recovery Wing Pilots. Final Report*. Policy Research Programme in the Department of Health (ref no. 011/0056).

Lurigio, A. J. (2011). Co-occurring disorders: Mental health and drug misuse. In C. G. Leukefeld, T. P. Gullotta, & J. Gregrich (Eds.), *Handbook on evidence-based substance abuse treatment practice in criminal justice settings* (pp. 279–292). New York: Springer.

Magura, S., Rosenblum, A., Lewis, C., & Joseph, H. (1993). The effectiveness of in jail methadone maintenance. *Journal of Drug Issues*, 23(1), 75–99.

Maloney, M. P., Dvoskin, J., & Metzner, J. L. (2015). Mental health screening and brief assessments. In R. L. Trestman, K. L. Appelbaum, & J. L. Metzner (Eds.), *Oxford textbook of correctional psychiatry* (pp. 57–61). New York, NY: Oxford University Press.

Marlatt, G. A., & Gordon, J. R. (1985). Relapse prevention: maintenance strategies in the treatment of addictive disorders. *New York: Guilford*.

Marlowe, D. B. (2013). Achieving racial and ethnic fairness in drug courts. *Court Review*, 49, 40–47.

Martin, M.S., Colman, I., Simpson, A., & McKenzie, K. (2013). Mental health screening tools in correctional institutions: a systematic review. *BMC Psychiatry*, 13(275). Retrieved from <http://www.biomedcentral.com/1471-244X/13/275>

Mays, N. & Pope, C. (1995). Qualitative Research: Rigour and qualitative research. *BMJ*, 311(6997), 109-112.

Merrall, E.L. C., Kariminia, A., Binswanger, I. A., Hobbs, M.S., Farrell, M., Marsden, J., & Bird, S.M. (2010). Meta-analysis of drug-related deaths soon after release from prison. *Addiction*, 105, 1545–1554.

Messina, N., Burdon, W., & Prendergast, M. (2006). Prison-based treatment outcomes for

women. *Journal of Psychoactive Drugs*, 3, 333-343.

Milkman, H.B., & Wanberg, K.W. (2007). *Cognitive-Behavioral treatment: a review and discussion for corrections professionals*. Washington, DC: US Department of Justice, National Institute of Corrections.

Miller, W. R., & Rollnick, S. (2002). *Motivational interviewing: Preparing people for change*. Book Review.

Mistiaen, P., Dauvrin, M., Eyssen, M., Roberfroid, D., San Miguel, L., & Vinck, I. (2017). *Soins de santé dans les prisons belges : situation actuelle et scénarios pour le futur*-Synthèse. Health Services Research (HSR). Bruxelles : Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé (KCE). KCE Reports 293Bs. D/2017/10.273/64.

Mitchell, O., Wilson, D. B., & MacKenzie, D. L. (2007). Does incarceration-based drug treatment reduce recidivism? A meta-analytic synthesis of the research. *Journal of Experimental Criminology*, 3(4), 353-375.

Montanari, L., Mravcik, V., Grohmannova, K., & Royuela, L. (2017). *European questionnaire on drug use among people living in prison (EQDP)*. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction.

Morgan, R. D., Steffan, J., Shaw, L. B., & Wilson, S. (2007). Needs for and barriers to correctional mental health services: inmate perceptions. *Psychiatric services (Washington, D.C.)*, 58(9), 1181–1186.
<https://doi.org/10.1176/ps.2007.58.9.1181>

Mueser, K. T., Noordsy, D. L., Drake, R. E., & Fox, L. (2003). *Integrated treatment for dual disorders: A guide to effective practice*. New York: Guilford.

National Institute for Health and Care Excellence (NICE). (2017). *Mental health of adults in contact with the criminal justice system: Identification and management of care for adults in contact with the criminal justice system*.

Nicholls, T. L., Butler, A., Kendrick-Koch, L., Brink, J., Jones, R., & Simpson, A. I. F. (2018). *Assessing and treating offenders with mental illness*. In M. Ternes, P. R. Magaletta, & M. W. Patry (Eds.), *The practice of correctional psychology* (p. 9–37). Springer Nature Switzerland AG. https://doi.org/10.1007/978-3-030-00452-1_2

Nicholls, T. L., Roesch, R., Olley, M., Ogloff, J., & Hemphill, J. (2005). *Jail Screening Assessment Tool (JSAT): Guidelines for mental health screening in jails*. Burnaby, BC: Mental Health, Law, and Policy Institute, Simon Fraser University.

National Association of Drug Court Professionals (NADCP) (2014). *Adult drug court best practice standards: Vol. 2*. Alexandria, VA. Author.

National Institute on Drug Abuse (NIDA). (2014). Principles of Drug Abuse Treatment for criminal justice populations : A research-based guide.

Negrete, J.C., Collins, J., Turner, N., & Skinner, W. (2004). The center for addiction and mental health concurrent disorders screener. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 49(12), 843-850.

Northeast Addiction Technology Transfer Center (2008). Cultural competency: Its impact on addiction treatment and recovery. *Resource Links*, 7(2), 1–13.

Oliemeulen, L., Vuijk, P., Rovers, B., & Eijnden, R. (2007). *Problematische alcoholgebruikers, druggebruikers en gokkers in het gevangeniswezen*. IVO.

Ogloff, J., Davis, M., Rivers, G., & Ross, S. (2007). The identification of mental disorders in the criminal justice system. *Trends & Issues in Crime and Criminal Justice*, 334. Canberra: Australian Institute of Criminology.

Osborne, A. (2008). Cultural competency in drug court treatment. In C. Hardin & J.N. Kushner (Eds.), *Quality improvement for drug courts: Evidence-based practices* (pp. 43–50). Alexandria, Virginia: National Drug Court Institute, National Association of Drug Court Professionals.

Perry, A.E., Martyn-St James, M., Burns, L., Hewitt, C., Glanville, J.M., Aboaja, A., Thakkar, P., Murthy Santosh Kumar, K., Pearson, C., Wright, K., & Swami, S. (2019). Interventions for drug-using offenders with co-occurring mental health problems. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 10.
<https://doi.org/10.1002/14651858.CD010901.pub3>

Perry, A. E., Woodhouse, R., Neilson, M., Martyn St James, M., Glanville, J., Hewitt, C., & Trépel, D. (2016). Are non-pharmacological interventions effective in reducing drug use and criminality? A systematic and meta-analytical review with an economic appraisal of these interventions. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 13(10), 966.

Peters, R. (1997). De hedendaagse toepassing van het islamitisch recht. In H. Driessen (Ed.), *In het huis van de islam: geografie, geschiedenis, geloofsleer, cultuur, economie, politiek* (pp. 259-277). Nijmegen: SUN.

Peters, R.H., & Osher, F.C. (2004). *Co-occurring disorders and specialty courts*. Department of Mental Health Law and Policy. University of South Florida.

Peters, R. H., Kremling, J., Bekman, N. M., & Caudy, M. S. (2012). Co-occurring disorders in treatment-based courts: Results of a national survey. *Behavioral Sciences & the Law*, 30(6), 800–820.

Peterson, J. K., Skeem, J., Kennealy, P., Bray, B., & Zvonkovic, A. (2014, April 14). How often and how consistently do symptoms directly precede criminal behavior among offenders with mental illness? *Law and Human Behavior*, 38(5), 439- 449. Available from <http://dx.doi.org/10.1037/lhb0000075>

Planije, M., Verdurmen, J., & Wamel, A. V. (2000). Alcohol-en druggebruik onder jonge Marokkanen in de gemeente Utrecht. *Utrecht: Trimbos-instituut*.

Politique scientifique fédérale. (2007). *Usage de drogue et psychopathologie dans les prisons: Une étude exploratoire pour le développement d'une méthodologie: résumé*. Bruxelles, (SP1793)

Rapp, R. C., Van Den Noortgate, W., Broekaert, E., & Vanderplasschen, W. (2014). The efficacy of case management with persons who have substance abuse problems: A three-level meta-analysis of outcomes. *Journal of consulting and clinical psychology*, 82(4), 605.

Ray, B., Watson, D. P., Xu, H., Salyers, M. P., Victor, G., Sights, E., ... & Bo, N. (2021). Peer recovery services for persons returning from prison: Pilot randomized clinical trial investigation of SUPPORT. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 126, 108339.

Reinert, D. F., & Allen, J. P. (2002). The alcohol use disorders identification test (AUDIT): a review of recent research. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 26(2), 272-279.

Richards, H.J., & Pai, S.M. (2003). Deception in prison assessment of substance abuse. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 24(2), 121-128. Retrieved from [https://doi.org/10.1016/S0740-5472\(02\)00356-2](https://doi.org/10.1016/S0740-5472(02)00356-2)

Roebuck, J., Beswick, T., Cooper, A., Hughes, L., & Mummé, M. (2018). *Continuity of care for adults prisoners with a substance misuse need. Report on the London 'deep dive'*. Public Health England. London: PHE Publications, October 2018.

Samele, C., Forrester, A., Urquía, N., & Hopkin, G. (2016). Key successes and challenges in providing mental health care in an urban male remand prison: a qualitative study. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 51(4), 589–596. <https://doi.org/10.1007/s00127-016-1170-2>

Schippers, G.M., Van den Hurk, A.A., Breteler, M.H., & Meerkerk, G.-J. (1998). Effectiveness of a drug-free detention treatment program in a Dutch prison. *Substance Use & Misuse*, 33(4), 1027-1046. Retrieved from <https://doi.org/10.3109/10826089809056253>

Sen, P., Exworthy, T., & Forrester, A. (2014). Mental health care for foreign national prisoners in England and Wales. *Journal of Mental Health, 23*(6), 333-339.

Senior, J., Forsyth, K., Walsh, E., O'Hara, K., Stevenson, C., Hayes, A., Short, V., Webb, R., Challis, D., Fazel, S., Burns, A., & Shaw, J. (2013). *Health and social care services for older male adults in prison: the identification of current service provision and piloting of an assessment and care planning model*. Southampton (UK): NIHR Journals Library; 2013 Aug. (Health Services and Delivery Research, No. 1.5.) Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK259270/> doi: 10.3310/hsdr01050

Shaffer, D. K. (2011). Looking inside the black box of drug courts: A meta-analytic review. *Justice Quarterly, 28*(3), 493–521.

Shaw, J., Senior, J., Hassan, L., King, D., Mwasambilli, N., Lennox, C., Sanderson, M., & Weston, J. (2008). *An evaluation of the reception screening process used within prisons in England and Wales*. The Offender Health Research Network. <http://www.ohrn.nhs.uk>

Sheehan, D. V., Lecrubier, Y., Sheehan, K. H., Amorim, P., Janavs, J., Weiller, E., ... Dunbar, G. C. (1998). The Mini-International Neuropsychiatric Interview (MINI): The development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10. *Journal of Clinical Psychiatry, 59*(Suppl. 20), 22–33.

Simpson, D. D., & Knight, K. (1998). TCU data collection forms for correctional residential treatment. Fort Worth, TX: Texas Christian University, Institute of Behavioral Research.

Simpson, A., Shaw, J., Forrester, A., Nicholls, T. L., & Martin, M. (2017). *International Collaboration for Excellence and Innovations Mental Health in Corrections (I-CEIsMIC)*. Half-day workshop presented at the annual conference of the International Association of Forensic Mental Health, Split, Croatia.

Skinner, B. F. (1953). Some contributions of an experimental analysis of behavior to psychology as a whole. *American Psychologist, 8*(2), 69.

Snacken, S. (2007). In Van Kalmthout, A., Hofstee-van der Meulen, F. B. A. M., & Dünkel, F. (2007). *Foreigners in European Prisons* (pp. 127–156). Wolf Legal Publishers.

Stallwitz, A. & Stöver, H. (2007). The impact of substitution treatment in prisons – A literature review. *International Journal of Drug Policy, 18*, 464-474.

Staton, M., Leukefeld, C., & Webster, J. (2003). Substance use, health, and mental health: Problems and service utilization among incarcerated women. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology, 47*, 224-239.

Steadman, H. J., Peters, R.H., Carpenter, C., Mueser, K.T., Jaeger, N.D., Gordon, R. B., ... Hardin, C. (2013). *Six steps to improve your drug court outcomes for adults with co-occurring disorders*. National Drug Court Institute and SAMHSA's GAINS Center for Behavioral Health and Justice Transformation. *Drug Court Practitioner Fact Sheet*, 8(1), 1-28. Alexandria VA: National Drug Court Institute.

Steadman, H. J., Scott, J. E., Osher, F., Agnese, T. K., & Robbins, P. C. (2005). Validation of the Brief Jail Mental Health Screen. *Psychiatric Services*, 56, 816-822.

Stevens A., Stover, H. & Brentari, C. (2010). Criminal justice approaches to harm reduction in Europe. In: Rhodes, T. & Hedrich, D. (eds.), *Harm reduction: Evidence, impacts and challenges* (pp.379-402). Luxembourg: European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction.

Stoeber, H., Jamin, D., Sys, O., Vanderplasschen, W., Jauffret-Roustide, M., Michel, L., Trouiller, P., & Nisa, A. (2019). Drug use and risk behaviour in prisons and upon release in four European countries. Overdose upon release: Challenges and strategies from (ex-) prisoners' points of view. Technical Report. DOI: 10.13140/RG.2.2.22586.85442

Stöver, H. (2017). Drug services and harm reduction practice in prisons. In B.S. Elger, C. Ritter & H. Stöver (red.), *Emerging issues in prison health* (pp. 143–167). Dordrecht: Springer.

Stöver, H., Weilandt, C., Zurhold, H., Hartwig, C. and Thane, K. (2008). *Final report on prevention, treatment, and harm reduction services in prison, on reintegration services on release from prison and methods to monitor/analyse drug use among prisoners*, Wissenschaftliches Institut der Ärzte Deutschlands gem. ev. V.(WIAD), Bonn.

Ugelvik, T. (2017). The incarceration of foreigners in European prisons. In *The Routledge handbook on crime and international migration* (pp. 107-120). Routledge.

United Nations. (2016). United Nations standard minimum rules for the treatment of prisoners (the Nelson Mandela Rules). <https://s16889.pcdn.co/wp-content/uploads/1957/06/ENG.pdf>

United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC). (2014). *A handbook for starting and managing needle and syringe programmes in prisons and other closed settings*. Austria, Vienna.

UNODC & WHO (2019). Treatment and care for people with drug use disorders in contact with the criminal justice system: Alternatives to Conviction or Punishment. https://www.unodc.org/documents/UNODC_WHO_Alternatives_to_conviction_or_punishment_ENG.pdf

U.S Department of Health and Human Services. (2015). Substance Abuse and Mental Health Services

Administration (SAMHSA). *Screening and Assessment of co-occurring disorders in the Justice System*.

Vander Laenen, F. (2016). De communautarisering van de drughulpverlening, Herstel centraal, *Panopticon*, 37(4), 275-289.

Vander Laenen, F. (2019). *The Belgian prison health policy context*. Présentation effectuée lors de l'intervision du 24 septembre 2019.

Vander Laenen, F., De Clercq, L., Vanderplasschen, W., & Vandevelde, S. (2017). Centrale aanmeldingspunten drugs in gevangenen revisited: verbreding naar alle geestelijke gezondheidsproblemen!? *Fatik*, 154, 17-23.

Vander Laenen, F. & Eechautd, V. (2018). Gelijkwaardigheid van de gezondheidszorg in detentie: de wet is er, nu nog de toepassing, *Fatik*, 35(160), 3-6.

Vander Laenen, F., Van Remoortel, J., Hanouille, K., De Boeck, M., Balthazar, T., & Opgenhaffen, T. (2019). Tien jaar forensische geestelijke gezondheidszorg in Vlaanderen. *Panopticon*, 40(6), 450-469.

Vander Laenen, F., Vanderplasschen, W., Wittouck, C., Dekkers, A., De Ruyver, B., De Keulenaer, S., & Thomaes, S. (2013). *Het pilootproject drugbehandelingskamer te Gent: een uitkomstenevaluatie*. Academia Press.

Van der Meer, Ph. J. (1984). *Omgaan met Marokkanen: regels, omgangsvormen, het psychosociale gesprek*. Deventer: Van Loghum Slaterus.

Vanderplasschen, W., Cogels, S., Baudoncq, B., Stevens, L., De Maeyer, J., Rapp, R., Bruffaerts, R., Van Hal, G., & Demyttenaere, K. (2011). Crisisopvang voor middelengebruikers in België: een formele evaluatie en aanbevelingen voor een duurzaam beleid = La prise en charge de crise des assuétudes en Belgique: une évaluation formelle et recommandations pour une politique durable. In *Wetenschap en Maatschappij*. 127-190.

Vanderplasschen, W., Meulewaeter, F., & Vandevelde, S. (2017). Residentiële behandeling van verslaving en herstel. In *Naar een herstelondersteunende verslavingszorg: praktijk en beleid* (pp. 135-152). Acco.

Vanderplasschen, W., Rapp, R.C., Wolf, J., & Broekaert, E. (2004). The development and implementation of case management for substance use disorders in North America and Europe. *Psychiatric Services*, 55(8), 913-922

Vanderplasschen, W., Wolf, J., & Colpaert, K. (2004). Effectiviteit van casemanagement voor druggebruikers. W. Buisman ea (eds.), *Handboek Verslaving: hulpverlening, preventie en*

beleid, 1-34.

Vandeveld, S., Broekaert, E., Yates, R., Kooyman, M. (2004). The development of the therapeutic community in corrections: a comparative retrospective account on the 'democratic' Maxwell Jones TC and the 'hierarchical' concept-based TC. *International Journal of Social Psychiatry*, 50(1), 66-79

Vandeveld, S., Vander Laenen, F., Vanderplasschen, W., De Clercq, L., Mine, B., & Maes, E. (2016). *Étude évaluative des processus et des effets des points centraux de contact, d'orientation et d'accompagnement pour usagers de drogues dans les prisons belges (PROSPER)*. Brussels : Belgian scientific Policy, 2016 (SP2660)

Vandeveld, S., Vander Laenen, F., Mine, B., Maes, E., De Clercq, L., Deckers, L., & Vanderplasschen, W. (2020 - accepted). Linkage and continuity of care after release from prison: An evaluation of Central Registration Points for drug users in Belgium. *International Journal of Prisoner Health*.

Vandeveld, S. , Debaere, V . , Schils, E. , Vander Laenen, F . , Vanderplasschen, W., Colman, C, Maes, E. & Mine, B. (2020). *RECOvery in PRISON (RECOPRIS). Evaluatie van het pilootproject in drie Belgische gevangenissen. Onderzoeksrapport*. Gent/Brussel: Universiteit Gent/NICC, in opdracht van de FOD Volksgezondheid.

Van Eijdsen, M. V., Geus, G. D., & Ameijden, E. V. (2004). De gezondheid van de Utrechtse Jeugd: trends en sociaaldemografische verschillen. *TSG-Tijdschrift voor Gezondheidswetenschappen*, 82(1), 12-20.

Van Horebeek, H., Habets, P., De Cuyper, K., Hermans, K., Schouten, B., Van Eenoo, L., ... & Jeandarme, I. (2020). Exploratieve studie naar de gebruiksmogelijkheden van het BelRAI GGZ-instrumentarium en de DUNDRUM in de Vlaamse forensische geestelijke gezondheidszorg.

Vermet, E. De geestelijke gezondheid van en de psychische hulpverlening aan gedetineerden van Marokkaanse en Algerijnse origine vanuit het perspectief van psychosociale hulpverleners en gevangenisimams. [Doctoral dissertation]. KU Leuven.

Westrheim, K., & Manger, T. (2014). Iraqi prisoners in Norway: Educational background, participation, preferences and barriers to education. *Journal of Prison Education and Reentry*, 1(1), 6–19.
doi: 10.15845/jper.v1i1.593

Westrheim, K., & Manger, T. (2013). *Educational background, preferences and needs. A qualitative study of prisoners from Iraq, Poland, Russia, Serbia and Somalia*.
www.nordvux.net/portals/0/_dokumenter/2013/educational_background.pdf.

Wexler, H. & Prendergast, M.(2010) Therapeutic communities in United States prisons. *International Journal of Therapeutic Communities*, 32(2), 157-175

World Health Organization ASSIST Working Group. (2002). The alcohol, smoking and substance involvement screening test (ASSIST): Development, reliability and feasibility. *Addiction*, 97(9), 1183–1194.

Wolff, N., Maschi, T., & Bjerklie, J. R. (2004). Profiling Mentally Disordered Prison Inmates: A Case Study in New Jersey. *Journal of Correctional Health Care*, 11(1), 5–29. <https://doi.org/10.1177/107834580401100102>

World drug report 2017. UNO on drug and crime

Yates, R., Mullen, R., Arbiter, N., & Teltzrow, R. (2021). *Prison-based therapeutic communities (TCs):A handbook for prison administrators, treatment professionals & trainers*. Documents and Publication Production Department (SPDP), Council of Europe, May 2021. Strasbourg: Council of Europe.

Yildiz, C., & Bartlett, A. (2011). Language, foreign nationality and ethnicity in an English prison: Implications for the quality of health and social research. *Journal of Medical Ethics*, 37(10), 637–640. <https://doi.org/10.1136/jme.2010.040931>

Yoon I.A., Slade, K., & Fazel, S. (2017). Outcomes of psychological therapies for prisoners with mental health problems: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 85(8), 783-802. <http://dx.doi.org/10.1037/ccp0000214>

Zorgnet-Icuro. (2019). *Herijking CGG-aanbod in kader van strategisch plan hulp-en dienstverlening gedetineerden. Kloofanalyse: huidig CGG-aanbod – psychiatrische morbiditeit bij gedetineerden.*

Annexes

ANNEXE 1 : Planning des interventions

Thèmes	Date	Heure
- Présentation de la recherche - Screening (moment idéal, BelRAI)	16/02/21	14h-16h
- Screening - Modèles de traitement (comment inclure les détenus non belges ?)	09/03/21	10h-12h
- Développement d'un parcours de soins uniforme	20/04/21	14h-16h
- Guide de bonnes pratiques	18/05/21	14h-16h
- Guide de bonnes pratiques	08/06/21	14h-16h
- Retour d'expérience sur l'organisation des interventions	14/09/21	14h-15h30

ANNEXE 2 – Alternatives proposées aux suggestions des projets

Consommation

nécessaire

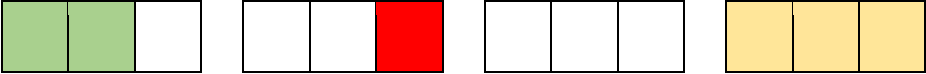
à supprimer

peut faire avec

suggestions

suggestions

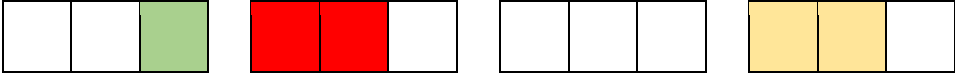
B.1 Avez-vous consommé de la drogue dans votre vie? A Solution : ajouter une question 'Avez-vous consommé de la drogue au cours de l'année précédant votre incarcération' ?		avez-vous déjà utilisé des "drogues" au lieu de "substances" (D&D) c'est une information importante mais étant donné le cadre du projet, la question n'est pas nécessaire (la distinction des personnes consommatrices/n on consommatrices a déjà été effectuée auparavant et dès lors, au moment de la passation de ce questionnaire, le patient est ou était un consommateur) (MACADAM)
--	--	---

		il manque une question : dans ce questionnaire, à partir du moment où ils déclarent une conso au cours de la vie, on leur demande ce qu'ils ont consommé au cours de la dernière année.. or rien ne dit qu'ils étaient consommateurs les dernières années. Il faudrait d'abord un « oui/non » concernant la conso durant la dernière année ou derniers 6 mois avant le tableau de produits (DrugsLab)
B.3 Sur une échelle de 1 à 5, à quel point estimez-vous votre consommation comme étant problématique? A		Bonne question, mais à poser selon les usages ! (Par exemple, le cannabis ne pose pas de problème,

Solution : votre consommation avant incarcération vous posait-elle problème ? + Votre consommation actuelle en détention vous pose-t-elle problème ? Ou garder l'échelle et la diviser en 2 temporalités (avant incarcération et pendant détention)		mais la coke, si) (D&D) il serait intéressant de spécifier la temporalité en scindant les questions : 1 à quel point la consommation avant détention était-elle problématique ? 2 à quel point la consommation durant la détention est-elle problématique ? (MACADAM) l'échelle est un outil trop complexe pour ceux qui n'en ont pas l'habitude ou d'origine culturelle différente. Proposition : est-ce que votre consommation vous pose problème ? (DrugsLab)
---	--	---

Traitement de substitution

C.2.2 Depuis combien de temps suivez-vous ce traitement ? A Solution : Prenez-vous ce traitement de manière stable et régulière ? oui/non + Si oui, Depuis combien de temps suivez-vous ce traitement de manière continue ? > ou 6 mois, 7mois à 1 an, 2 à 5 ans, <6ans		il est compliqué d'obtenir une réponse précise à cette question. De plus, généralement les traitements de substitution ne sont pas pris de manière continue. Les patients ont donc des périodes où ils sont sous traitement et d'autres où ils ne le sont pas. Dans ce contexte, il est peut-être intéressant de poser la question : Depuis combien de
---	--	--

		temps suivez-vous ce traitement de manière continue ? (MACADAM)
C.2.4 Qui vous prescrit actuellement ce TSO ? A Solution : Si vous aviez un TSO avant votre incarcération, qui vous le prescrivait ? Ajouter 'Que pensez-vous de la dose actuelle ? dose adaptée, surdosée, hypodosée, autre' + 'Pensez-vous qu'un ajustement soit nécessaire ? oui/non, peut-être' ? ☐ 2 questions en une ? Partir du principe que si la personne répond 'surdosée' ou 'hypodosée' elle voudra un ajustement ?		Proposition de changer la question en « Qui a prescrit ... prescrit à l'extérieur ? Pouvez-vous y accéder à nouveau après la détention ? » + Proposition d'ajouter les questions « Que pensez-vous de la dose actuelle » et « Pensez-vous qu'un ajustement est nécessaire ? »-> prendre rendez-vous pour la D-

		consultation (D&D) il est beaucoup plus important de connaître le nom du médecin qui prescrivait le traitement avant la détention afin d'organiser la continuité des soins à la sortie de détention du détenu. Le nom du médecin intra-muros qui prescrit est rarement connu des détenus. (MACADAM)
--	--	---

Suivis antérieurs

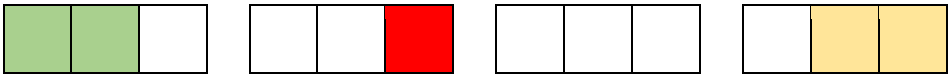
F.1.2 Si vous avez déjà été suivi pour vos difficultés, précisez comment ça s'est passé : A Solution ? Supprimer et investiguer par la suite en entretien clinique ?		Des questions complémentaires concrètes sont suggérées afin d'obtenir plus d'informations concernant les conseils ou traitements antérieurs : Quand ? Pour combien de temps ? Quel(s) conseiller(s) ? Comment cela s'est-il terminé ? Pouvez-vous ou voulez-vous y revenir ? Des expériences positives/négatives ? (D&D) + question à ajouter : "Un soutien a-t-il été mis en place en prison ? Si oui, quel prestataire de services/assistance (D&D) pour toutes questions
---	--	--

		ouvertes, nous n'avons pas la possibilité de rebondir sur le contenu amené par le patient, surtout dans ce contexte d'anamnèse structurée. Ces informations seront récoltées par la suite, lors d'entretiens cliniques (MACADAM)
--	--	--

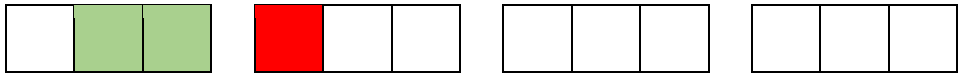
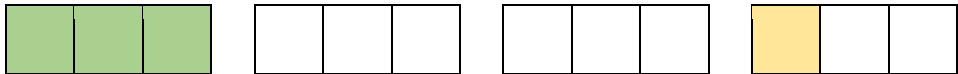
Personnes ressources

G.1 Existe-t-il des personnes sur lesquelles vous pouvez compter? A Solution : Scinder ressources privées et professionnelles ? Ajouter 'dans votre sphère privée' ?	   	
G.1.1 Si oui, quelles sont-elles?	   	il serait précautionneux

A Solution : famille, proches/amis, connaissances, codétenu, autre + Ces personnes sont-elles consommatrices ? oui/non, je ne sais pas + Viennent-elles vous rendre visite ? oui/non-> pourquoi ? Soutien ? ajouter 'Existe-t-il des professionnels sur lesquels vous pouvez compter' ? oui/non Si oui, qui sont-ils ? intervenant externe travaillant au sein de la prison (Macadam, D&D, Tandem, Step...), intervenant interne à la prison (agents, SM, Direction...), professionnel externe à la prison (médecin généraliste, assistante sociale, psychologue...), autre		x de scinder ressources personnelles et professionnelles, surtout dans ce cadre judiciaire. L'information essentielle concerne les ressources externes. (MACADAM) il y a « intervenants ext/ internes » et « professionnels de la prison ». On ne voit pas qui rentre dans quelle catégorie. On propose d'en faire deux professionnels de services internes et professionnels de services externes (DrugsLab)
--	--	---

G.1.2 Ces personnes peuvent-elles vous aider dans votre réintégration ? A Solution : La scinder en deux (personnes aidantes privées/personnes aidantes pro ?)		A ajouter : Ces personnes sont-elles des utilisateurs ? Est-ce qu'ils visitent ? (D&D)
---	--	---

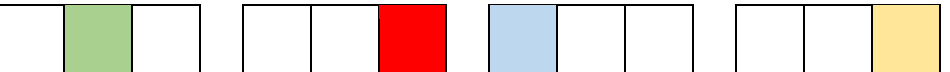
Activités / Travail en prison

H.1 Pratiquez-vous des activités au sein de la prison? A		
H.1.1 Si oui, lesquelles? A Solution: revoir les possibilités de réponse		A REFORMULER : Suggestion : le préau, la radio, la télé et la console de jeux ne peuvent pas

Rajouter 'aucune' ? Proposer des catégories d'activités ? physiques (sport, cours de danse, yoga...), intellectuelles (bibliothèque, enseignement, cours français/maths), expression personnelle (musique, théâtre, peinture), travail		être considérés comme des activités. Il s'agit des occupations de base accessibles à quasiment la majorité des détenus (moyennant apport financier). Par ailleurs, les détenus en maison d'arrêt n'ont accès à aucune activité (sauf travail...pour autant qu'on considère celui-ci comme une "activité" ...la question se pose). (MACADAM)

H.1.2 Si vous travaillez au sein de la prison, quel type de travail faites-vous ? A Solution : supprimer ?		important de savoir s'ils travaillent ou non, mais pas nécessaire de connaître le type de travail. (MACADAM)
---	--	---

Préparation à la sortie

J.2 A votre sortie, la question de la consommation sera-t-elle un problème? A Reformulation ? Pourquoi 'je peux faire avec' (Lantin)?		la formulation de la question nous pose problème car trop orientée (DrugsLab)
J.3 Qu'est-ce qui peut vous aider à l'extérieur? A Supprimer ?		"intéressante mais mal placée..." (DrugsLab)

J.5 Avez-vous déjà un plan de sortie? A Que pourriez-vous mettre en place pour préparer votre sortie? Qu'est-ce qui serait important pour vous de mettre en place pour préparer votre sortie ?		« pas très compréhensible, à reformuler” (DrugsLab)
---	--	--

ANNEXE 3 – Guide d'utilisation du questionnaire (projets pilotes)

Évaluation d'un modèle de prise en charge pour les détenus ayant un problème lié à la consommation de drogue(s) (RECO-PRIS bis)

- Guide d'utilisation du questionnaire de screening commun aux trois projets pilotes-

La première version de ce questionnaire a été élaborée dans le cadre du projet de recherche « Évaluation d'un modèle de prise en charge à destination des personnes détenues et ayant un problème lié à la consommation de drogues », financé par le SPF Santé publique et réalisé par des chercheurs de l'UGent et de l'INCC. La version actuelle de ce questionnaire est basée sur les suggestions formulées par les trois projets pilotes à la suite d'une évaluation approfondie du questionnaire dans son ensemble.

Le but de ce questionnaire est d'élargir et d'améliorer l'éventail des services offerts dans les prisons du pays aux détenus confrontés à des problèmes de consommation. Les informations sont collectées par l'équipe de recherche (UGent / INCC) responsable de l'évaluation des projets pilotes Drugs Lab, Macadam et D&D. Le questionnaire est basé sur les questions d'un certain nombre de questionnaires standardisés existants (TDI, BelRai, EQDP). Un certain nombre de questions ont été reprises littéralement ou adaptées, et de nouvelles questions ont également été ajoutées, sur base des commentaires et suggestions des projets pilotes formulés dans le cadre de l'évaluation du questionnaire effectuée l'année dernière à la suite d'un test de faisabilité de celui-ci. Les informations recueillies lors de la passation de ce questionnaire seront exploitées de manière strictement anonyme et agrégées par l'équipe de recherche (UGent/INCC) en charge de l'évaluation des projets pilotes Drugs Lab/ Macadam/ D&D. Ces informations anonymes et agrégées seront rapportées et traitées uniquement par les chercheurs concernés et ne seront en aucun cas transmises à un tiers.

Pour qui ? Pour un échantillon de 15 personnes par projet sélectionné de manière aléatoire et hétérogène et pour lesquelles deux entretiens ont déjà été menés, durant la période indiquée ci-dessous.

Quoi ? Ce questionnaire de screening minimal commun aux trois projets pilotes a été élaboré sur base des réflexions menées pendant plusieurs mois avec la collaboration des projets notamment durant nos réunions d'intervision ainsi qu'à la suite d'une première évaluation du questionnaire créé. Certaines questions proviennent également d'outils standardisés tels que le BelRai, le TDI, ou encore l'EQDP. Il a été réalisé dans l'objectif de lier, autant que faire se peut, pratique et recherche, combinant données pertinentes pour nos objectifs scientifiques mais également données indispensables pour les projets pilotes à leur objectif de prise en charge et d'établissement d'un plan de soins individualisé.

Comment ? Le questionnaire a été pensé sur base de deux versions comportant des **questions obligatoires** et des **questions optionnelles**. Les questions obligatoires sont reprises en blanc (sans arrière-fond) tandis que les questions identifiées comme étant optionnelles sont colorées en vert. **L'utilisation de ces dernières reste à l'appréciation de chaque professionnel en fonction de la pertinence perçue de ces items et de la situation spécifique de chaque personne rencontrée.** Le choix vous revient donc d'utiliser la version complète (questions obligatoires et optionnelles) ou

la version obligatoire du questionnaire (+ quelques questions optionnelles si vous le souhaitez). De même, **la formulation des questions n'est pas stricte**, elles peuvent être reformulées quand posées à la personne afin de favoriser une compréhension claire de chacune d'entre elles. De même, les questions peuvent être répondues pendant un entretien avec la personne ou à l'aide de sources d'informations diverses (informations recueillies lors d'entretiens précédant, présentes dans un dossier médical, informations recueillies en réunion d'équipe...).

Pour chacune des 15 personnes screenées par projet, veuillez également leur faire signer au préalable le document de consentement envoyé conjointement au questionnaire ainsi qu'à ce guide d'utilisation. Veuillez garder ces 15 documents de consentement afin de préserver l'anonymat des personnes ayant rempli le questionnaire.

Le codage se fera en associant la première lettre de votre établissement de travail (L, SG, H) et le numéro du sujet screené pour ce questionnaire (1, 2, 3...) (à titre d'exemple pour **l'établissement de Lantin** : L1, L2, L3.... Pour **l'établissement de Saint-Gilles** : SG1, SG2, SG3... Pour **l'établissement de Hasselt** : H1, H2, H3...). Veuillez remplir un questionnaire papier par personne screenée et les conserver. Pour chaque question, veuillez entourer la réponse citée par le sujet. Dans le cadre d'une question à réponses multiples, ceci sera précisé à côté de la question. Si une question n'est pas posée, veuillez **ne pas entourer de réponse**. Si la personne ne veut pas répondre à la question ou qu'aucune réponse n'est fournie, veuillez entourer "**88. NVPR/AR**" (**Ne Veut Pas Répondre/Aucune Réponse**). Si la personne ne sait pas répondre à la question, veuillez entourer "**99. Non connu**".

Quand ? La période de screening minimal commun au sein des trois projets s'étendra du lundi **03/05/2021** au dimanche **30/05/2021**.

Pour quoi ? Compte tenu du fait que les procédures de screening actuelles au sein des trois projets pilotes sont très différentes, nous avons élaboré ce questionnaire commun afin de récolter des informations permettant une certaine comparabilité des données enregistrées. L'objectif de cette deuxième période de screening test est également de pouvoir identifier les caractéristiques personnelles des personnes en demande qui intègrent les projets pilotes. Les informations récoltées se voudront anonymisées, nous n'aurons donc pas d'information sur l'identité des personnes screenées.

Merci de conserver les versions papier des questionnaires complétés, nous prendrons contact avec vous à la fin de cette période de screening test et nous viendrons les récupérer par la suite.

Merci pour votre collaboration !

ANNEXE 4 – Questionnaire commun aux projets Pilotes

Ce questionnaire a été élaboré dans le cadre du projet de recherche Évaluation des projets pilotes 'Prise en charge des personnes détenues ayant un problème lié à la consommation de drogues', financé par le SPF Santé publique et réalisé par des chercheurs de l'UGent et de l'INCC. Le questionnaire est basé sur les items d'un certain nombre de questionnaires standardisés existants (TDI, BelRAI, EQDP). Un certain nombre de questions ont été reprises littéralement ou adaptées, et de nouvelles questions ont également été ajoutées, sur base des commentaires et suggestions des projets pilotes après une première évaluation menée par ceux-ci. La formulation des questions n'est pas stricte, elles peuvent être reformulées quand posées à la personne afin de favoriser une compréhension claire de chacune d'entre elles. De même, les questions peuvent être répondues pendant un entretien avec la personne ou à l'aide de sources d'informations diverses (informations recueillies lors d'entretiens précédant, présentes dans un dossier médical, informations recueillies en réunion d'équipe...). Le questionnaire dispose de deux versions comprenant des questions obligatoires ainsi que des questions optionnelles (surlignées en vert). L'utilisation de ces dernières reste à l'appréciation de chaque professionnel en fonction de la pertinence perçue de ces items et de la situation spécifique de chaque personne rencontrée. Les informations recueillies lors de la passation de ce questionnaire seront exploitées et rapportées de manière strictement anonyme et agrégées par l'équipe de recherche en charge de l'évaluation des projets pilotes.

Date du screening : / /

Code :

• Barrière de la langue

Langue de passation du questionnaire :

Données démographiques

A.1 Sexe : 1. Homme 2. Femme 3. X 99. Non connu

A.2 Age : 1. ans 99. Non connu

A.3 Nationalité :

A.4 Pays de naissance :

A.5 Est-ce votre première incarcération ? 1. Oui 2. Non (Combien ?)

88. NVPR/AR ¹⁰

99. Non connu

A.6 Statut de détention : 1. Prévenu(e) 2. Condamné(e) 3. Interné(e) 88. NVPR/AR 99. Non connu

A.7 Quel niveau d'enseignement avez-vous atteint ?

1. N'est jamais allé à l'école/n'a jamais achevé le cycle primaire
2. Niveau d'enseignement primaire
3. Niveau d'enseignement secondaire
4. Niveau d'enseignement post secondaire, non-supérieur
5. Niveau d'enseignement supérieur
6. Niveau Baccalauréat universitaire ou équivalent

7. Niveau Master universitaire ou équivalent
8. Niveau Doctorat ou équivalent
9. Autre(s) formations : (veuillez préciser :)
88. NVPR/AR
99. Non connu

A.8 Quelle était votre situation professionnelle avant incarcération ?

1. Emploi occasionnel
2. Emploi régulier
3. Étudiant(e)
4. Sans emploi
5. Chômeur bénéficiaire d'allocations

6. Bénéficiaire de prestations sociales/retraité/mari, femme au foyer/en invalidité
7. Travail au noir
8. Autre : (.....)
88. NVPR/AR
99. Non connu

A.9 Qui est à l'origine de la demande de suivi ?

1. Imposé (tribunal/obligation de soins/injonction thérapeutique)
2. Médecin généraliste
3. Autre(s) services (centre de soins pour usagers, sanitaire, médical, social, ...)
4. La personne elle-même

5. Famille/Amis
6. Autre : (.....)
88. NVPR/AR
99. Non connu

Conditions de vie

B.1 Où viviez-vous avant votre incarcération ?

1. Dans un logement stable
2. Dans un logement précaire
3. Sans-abri (à la rue, dans un abri de nuit, dans un squat...)

5. Autre : (.....)
88. NVPR/AR
99. Non connu

¹⁰ NVPR/AR : Ne Veut Pas Répondre / Aucune Réponse

4. Dans une structure thérapeutique (ou communautaire : maison d'accueil...)

B.2 Avec qui viviez-vous avant votre incarcération ?

- | | |
|--|--|
| 1. Seul | 5. En institution (de soins, thérapeutique)/en refuge (maison d'accueil) |
| 2. Avec sa famille d'origine (parents,...) | 6. Autre : (.....) |
| 3. Avec son partenaire/ses enfants | 88. NVPR/AR |
| 4. Avec des amis ou d'autres personnes sans relation familiale | 99. Non connu |

Consommation

C.1 Avez-vous déjà consommé une ou des drogue(s) au cours de votre vie ?

1. Oui	2. Non	88. NVPR/AR	99. Non connu
--------	--------	-------------	---------------

C.1.1 (Si oui) Avez-vous consommé de la drogue au cours de l'année précédant votre incarcération ?

1. Oui	2. Non	88. NVPR/AR	99. Non connu
--------	--------	-------------	---------------

C.1.2 Si oui, quel(s) produit(s) avez-vous consommé au cours de l'année précédant votre incarcération ?

(Si le produit a été utilisé, veuillez entrer le code par variable/par ligne dans les quatre cases à côté)

a) Substances	b) Drogue principale / drogue secondaire ?	c) Fréquence de consommation ?	d) Voie d'administration habituelle ?	e) Age de la 1 ^{ère} consommation de la drogue ?
	1. Principale 2. Secondaire 88. NVPR/AR	1. Quotidiennement 2. 4 à 6 jours par semaine 3. 2 à 3 jours par semaine 4. Une fois par semaine ou moins	1. Injectée 2. Fumée 3. Ingérée/bue	1. Age : ans 88. NVPR/AR 99. Non connu

	99. Non connu	88. NVPR/AR 99. Non connu	4. Inhalée 5. Sniffée 6. Autre : 88. NVPR/AR 99. Non connu	
1. Opiacés (héroïne, méthadone / ... hors prescription, ...)				
2. Cocaïne (en poudre, crack...)				
3. Stimulants (autres que cocaïne : amphétamines, MDMA, ...)				
4. Hypnotiques et sédatifs (GHB/GBL, barbituriques / benzos, ... hors prescription)				
5. Hallucinogènes (LSD, kétamine, ...)				
6. Inhalants volatils				
7. Cannabis				

8. Alcool				
9. Autres substances :				

88. NVPR/AR
99. Non connu

C.2 Sur une échelle de 1 à 5, à quel point votre consommation avant incarcération vous posait-elle problème ?

Pas problématique 1 ----- 2 ----- 3 ----- 4 ----- 5 Très problématique

88. NVPR/AR

99. Non connu

C.3 Avez-vous déjà consommé pendant votre détention actuelle ?

1. Oui

2. Non

88. NVPR/AR

99. Non connu

C.3.1 Si oui, quel(s) produit(s) consommez-vous *en prison* ?

(Si le produit a été utilisé, veuillez entrer le code par variable/par ligne dans les quatre cases à côté)

a) Substances	b) Drogue principale / drogue secondaire ?	c) Fréquence de consommation ?	d) Voie d'administration habituelle ?	e) Age de la 1ère consommation de la drogue ?
	1. Principale 2. Secondaire 88. NVPR/AR 99. Non connu	1. Quotidiennement 2. 4 à 6 jours par semaine 3. 2 à 3 jours par semaine 4. Une fois par semaine ou moins 88. NVPR/AR 99. Non connu	1. Injectée 2. Fumée 3. Ingérée/bue 4. Inhalée 5. Sniffée 6. Autre : 88. NVPR/AR 99. Non connu	1. Age : ans 88. NVPR/AR 99. Non connu
1. Opiacés (héroïne, méthadone / ... hors prescription, ...)				
2. Cocaïne (en poudre, crack...)				
3. Stimulants (autres que cocaïne : amphétamines, MDMA, ...)				
4. Hypnotiques et sédatifs (GHB/GBL, barbituriques / benzos, ... hors prescription)				

5. Hallucinogènes (LSD, kétamine, ...)				
6. Inhalants volatils				
7. Cannabis				
8. Alcool				
9. Autres substances :				

88. NVPR/AR
99. Non connu

C.3.2 Au cours de votre détention, avez-vous commencé à consommer une/des drogue(s) et/ou un/des médicament(s) non prescrits ?

1. Oui

2. Non

88. NVPR/AR

99. Non connu

C.3.3 Si oui, quelle(s) substance(s) avez-vous consommé *pour la première fois* en prison ? (Veuillez entourer tous les produits consommés)

1. Opiacés

8. Alcool

2. Cocaïne	9. Stéroïdes anabolisants
3. Autres Stimulants	10. Médicaments non prescrits
4. Hypnotiques et sédatifs	11. Autre : (.....)
5. Hallucinogènes	88. NVPR/AR
6. Inhalants volatils	99. Non connu
7. Cannabis	

C.4 Sur une échelle de 1 à 5, à quel point votre consommation actuelle (en détention) vous pose-t-elle problème ?

Pas problématique 1 ----- 2 ----- 3 ----- 4 ----- 5 Très problématique

88. NVPR/AR

99. Non connu

C.5 Abus intentionnel de médicaments prescrits ou non-prescrits durant les 90 derniers jours par ex. a utilisé des médicaments (benzodiazépines, analgésiques...) dans un but autre que celui prévu (BelRai) :

1. Oui

2. Non

88. NVPR/AR

99. Non connu

C.6 Alcool - Le plus grand nombre de verres de boissons alcoolisées consommés en une seule occasion durant les 14 DERNIERS JOURS (BelRai) :

1. 1 verre

2. 2 à 4 verres

3. 5 verres ou plus

4. Aucun

88. NVPR/AR

99. Non connu

C.7 Temps écoulé depuis la dernière consommation des substances suivantes (BelRai) :

a) **Inhalants** par ex. colle, essence, diluants, solvants :

1. Durant les 3 derniers jours

2. Il y a 4-7 jours

3. Il y a 8-30 jours

4. Il y a 31 jours-1an

5. Il y a plus d'un an

6. Jamais

88. NVPR/AR

99. Non connu

b) **Hallucinogènes** par ex. phencyclidine (angel dust), LSD (acide), champignons hallucinogènes, ecstasy :

1. Durant les 3 derniers jours

2. Il y a 4-7 jours

3. Il y a 8-30 jours

4. Il y a 31 jours-1an

5. Il y a plus d'un an

6. Jamais

88. NVPR/AR

99. Non connu

c) **Cocaïne** ou crack :

1. Durant les 3 derniers jours

2. Il y a 4-7 jours

3. Il y a 8-30 jours

4. Il y a 31 jours-1an

5. Il y a plus d'un an

6. Jamais

88. NVPR/AR

99. Non connu

d) **Stimulants** par ex. amphétamines, uppers, speed, méthamphétamines :

1. Durant les 3 derniers jours 2. Il y a 4-7 jours 3. Il y a 8-30 jours 4. Il y a 31 jours-1an 5. Il y a plus d'un an 6. Jamais
88. NVPR/AR 99. Non connu

e) **Opiacés** (incluant les produits synthétiques) par ex. héroïne, méthadone :

1. Durant les 3 derniers jours 2. Il y a 4-7 jours 3. Il y a 8-30 jours 4. Il y a 31 jours-1an 5. Il y a plus d'un an 6. Jamais
88. NVPR/AR 99. Non connu

f) **Cannabis** :

1. Durant les 3 derniers jours 2. Il y a 4-7 jours 3. Il y a 8-30 jours 4. Il y a 31 jours-1an 5. Il y a plus d'un an 6. Jamais
88. NVPR/AR 99. Non connu

Traitement de substitution (si applicable)

D.1 Avez-vous déjà reçu un traitement de substitution aux opiacés ?

1. Oui 2. Non 88. NVPR/AR 99. Non connu

D.1.1 Si oui, quel âge aviez-vous lors de votre premier traitement de substitution aux opiacés (en années)

1. Age : ans 88. NVPR/AR 99. Non connu

D.2 Suivez-vous actuellement un traitement de substitution aux opiacés ?

1. Oui 2. Non 88. NVPR/AR 99. Non connu

D.2.1 Si oui, quelle molécule vous a été prescrite ?

1. Méthadone 2. Buprénorphine/Suboxone 3. Autre : 88. NVPR/AR 99. Non connu

D.2.2 Prenez-vous ce traitement de manière stable et régulière ?

1. Oui 2. Non 88. NVPR/AR 99. Non connu

D.2.3 Si oui, depuis combien de temps suivez-vous ce traitement de manière continue ?

1. < ou 6 mois

2. 7 mois à 1 an

3. 2 à 5 ans

4. > ou 6 ans

88. NVPR/AR

99. Non connu

D.3 En ce qui concerne ce traitement de substitution, que s'est-il passé à votre entrée en détention ?

1. Son traitement commencé à l'extérieur a continué

5. Autre (veuillez préciser) :

2. La molécule prescrite a été changée

88. NVPR/AR

3. Son traitement a été arrêté

99. Non connu

4. Son traitement a débuté

D.3.1 Si vous aviez un traitement de substitution avant votre incarcération, qui vous le prescrivait ?

1. Médecin généraliste

4. La personne n'avait pas de traitement de substitution avant incarcération

nom ?

2. Psychiatre

88. NVPR/AR

nom ?

3. Autre (veuillez préciser) :

99. Non connu

D.4 Pensez-vous que votre traitement de substitution actuel soit adapté ?

1. Oui

2. Non

88. NVPR/AR

99. Non connu

D.4.1 Si non, pourquoi ?

1. Le dosage est trop élevé

2. Le dosage est trop faible

3. Autre : (.....)

88. NVPR/AR

99. Non connu

Comportements à risque et dépistage

E.1 Avez-vous déjà effectué un test de dépistage du VIH ?

1. Oui,

1.1. Il y a plus de 12 mois

1.2. Il y a moins de 12 mois

2. Non

88. NVPR/AR

E.1.1 Si oui, où avez-vous effectué votre dernier test dépistage du VIH ?

1. En prison

2. Hors de la prison

88. NVPR/AR

99. Non connu

99. Non connu

E.2 Avez-vous déjà effectué un test de dépistage du VHC?

1. Oui,
 - 1.1. Il y a plus de 12 mois
 - 1.2. Il y a moins de 12 mois
 2. Non
88. NVPR/AR
99. Non connu

E.2.1 Si oui, où avez-vous effectué votre dernier test dépistage du VHC ?

1. En prison
2. Hors de la prison
88. NVPR/AR
99. Non connu

E.3 Avez-vous déjà partagé du matériel de consommation (cuiller, seringue, aiguille, paille, tube à priser...) ?

- | | | | |
|------------------------------|--------|-------------|-------------------------------------|
| 1. Oui, | 2. Non | 88. NVPR/AR | 99. Non connu |
| 1.1. Il y a plus de 12 mois | | | 1.3. Au cours des 30 derniers jours |
| 1.2. Il y a moins de 12 mois | | | |

E.4 Usage intraveineux de drogues (exclut les médicaments délivrés sur ordonnance) (BelRai) :

- | | |
|--|--|
| 1. Usage intraveineux de drogues il y a plus de 30 jours | 4. Pas d'usage intraveineux de drogues |
| 2. Usage intraveineux de drogues durant les 30 derniers jours ; pas de partage d'aiguilles | 88. NVPR/AR |
| 3. Usage intraveineux de drogues durant les 30 derniers jours ; partage d'aiguilles | 99. Non connu |

E.5 Avez-vous déjà fait une overdose (ayant nécessité l'intervention d'un professionnel (médecin, infirmière), l'appel d'une ambulance ou un passage à l'hôpital) ?

1. Oui 2. Non 88. NVPR/AR 99. Non connu

E.6 Présence d'indicateurs comportementaux d'une probable dépendance durant les 90 derniers jours (BelRai) :

- a) La personne a ressenti le besoin de ou a été incité par d'autres personnes à boire ou à se droguer moins, ou encore d'autres personnes se sont inquiétées de la consommation de substances de la personne : 1. Oui 2. Non 88. NVPR/AR 99. Non connu

- b) La personne s'est sentie indignée des critiques d'autres personnes concernant sa consommation d'alcool ou de drogues :

1. Oui 2. Non 88. NVPR/AR 99. Non connu

- | | | | | |
|--|--------|--------|-------------|---------------|
| c) La personne a rapporté des sentiments de culpabilité à propos de sa consommation d'alcool ou de drogues : | 1. Oui | 2. Non | 88. NVPR/AR | 99. Non connu |
|--|--------|--------|-------------|---------------|

- d) La personne avait besoin d'alcool ou de drogues au réveil pour se calmer les nerfs par ex. 'un petit remontant' : 1. Oui 2. Non 88. NVPR/AR 99. Non connu

e) La personne a le sentiment que son entourage encourage ou facilite l'abus d'alcool ou de drogues : 1. Oui 2. Non 88. NVPR/AR 99. Non connu

Suivis antérieurs

F.1 Avez-vous déjà été suivi(e) par le passé pour des difficultés psychologiques ?

1. Oui 2. Non 88. NVPR/AR 99. Non connu

F.1.2 Si oui, dans quel type de centre de soins ? (possibilité d'entourer plusieurs réponses)

- | | |
|---|--|
| 1. Centres/programmes de soins sans hébergement (ambulatoire) | 7. Services à bas seuil (maisons d'accueil, comptoir d'échange de seringues) |
| 2. Centres de jour | 8. Autre (veuillez préciser le type de centre/programme de soins) : |
| 3. Centres/programmes de soins avec hébergement (cure/post-cure) | |
| 4. Unités/programmes de traitement en milieu pénitentiaire | 88. NVPR/AR |
| 5. Suivi(e) par son médecin généraliste | 99. Non connu |
| 6. Services hospitaliers (hôpital psychiatrique ou service spécifique d'un hôpital) | |

F.2 Avez-vous déjà été suivi(e) par le passé pour des difficultés en lien avec votre consommation ?

1. Oui 2. Non 88. NVPR/AR 99. Non connu

F.2.1 Si oui, dans quel type de centre de soins ? (possibilité d'entourer plusieurs réponses)

- | | |
|---|--|
| 1. Centres/programmes de soins sans hébergement (ambulatoire) | 7. Services à bas seuil (maisons d'accueil, comptoir d'échange de seringues) |
| 2. Centres de jour | 8. Autre (veuillez préciser le type de centre/programme de soins) : |
| 3. Centres/programmes de soins avec hébergement (cure/post-cure) | |
| 4. Unités/programmes de traitement en milieu pénitentiaire | 88. NVPR/AR |
| 5. Suivi(e) par son médecin généraliste | 99. Non connu |
| 6. Services hospitaliers (hôpital psychiatrique ou service spécifique d'un hôpital) | |

Personnes ressources

G.1 Existe-t-il des personnes dans votre entourage sur lesquelles vous pouvez compter ?

1. Oui

2. Non

88. NVPR/AR

99. Non connu

G.1.1 Si oui, quelles sont-elles ? (possibilité d'entourer plusieurs réponses)

1. Famille

2. Proches/amis

3. Connaissances

4. Codétenu(e)

5. Autre (veuillez préciser) :

.....

88. NVPR/AR

99. Non connu

G.1.2 Ces personnes peuvent-elles vous aider/vous soutenir dans votre trajet de réintégration/prise en charge ?

1. Oui 2. Non 88. NVPR/AR 99. Non connu

G.2 Connaissez-vous des professionnels qui peuvent vous aider/vous accompagner ?

1. Oui 2. Non 88. NVPR/AR 99. Non connu

G.2.1 Si oui, qui sont-ils ? (possibilité d'entourer plusieurs réponses)

1. Intervenant externe travaillant au sein de la prison (par exemple : Macadam, D&D, DrugsLab...) 4. Autre (veuillez préciser) :
2. Intervenant interne à la prison (par exemple : service médical, agent pénitentiaire, direction...) 88. NVPR/AR
3. Professionnel externe à la prison (par exemple : médecin généraliste, assistante sociale, psychologue...) 99. Non connu

G.2.2 Ces personnes peuvent-elles vous aider/vous soutenir dans votre trajet de réintégration/prise en charge ?

1. Oui 2. Non 88. NVPR/AR 99. Non connu

Activités / Travail au sein de la prison**H.1 Existe-t-il des activités dans lesquelles vous êtes investi(e) actuellement ?**

1. Oui 2. Non 88. NVPR/AR 99. Non connu

H.1.1 Si oui, dans quel type d'activité êtes-vous actuellement investi(e) ? (plusieurs réponses possibles)

1. Activités physiques (sport, cours de danse, yoga...)
2. Activités intellectuelles (bibliothèque, enseignement, cours de maths/français...)
3. Activités d'expression personnelle (musique, théâtre, peinture...)
4. Travail
5. Autre :
88. NVPR/AR
99. Non connu

Préparation à la sortie (si applicable)

I.1 A votre sortie, savez-vous où vous allez dormir ?

1. Oui

2. Non

88. NVPR/AR

99. Non connu

I.2 Avez-vous des craintes par rapport à la consommation, une fois libéré(e) ?

1. Oui

2. Non

88. NVPR/AR

99. Non connu

I.3 A votre sortie, envisagez-vous un suivi/un accompagnement ?

1. Oui

2. Non

88. NVPR/AR

99. Non connu

ANNEXE 5 – Questionnaire à destination des services médicaux

Screening service médical

date: / /

Consommation de produits au cours des 30 derniers jours

"Avez-vous fumé du tabac au cours des 30 derniers jours ?"	
OUI	NON
"Avez-vous consommé de l'alcool au cours des 30 derniers jours ?"	
OUI	NON
"Avez-vous consommé d'autre(s) drogue(s) et/ou des médicaments non prescrits au cours des 30 derniers jours ?"	
OUI	NON
↓	
Laquelle ou lesquelles ?	
<i>(Entourer toutes les réponses citées)</i>	
1. Opiacés	7. Cannabis
2. Cocaïne	8. Steroïdes anabolisants
3. Autres stimulans	9. Médicaments non prescrits
4. Hypnotiques / Sédatifs	10. Autre substance :
5. Hallucinogènes	
6. Inhalants volatils	11. Ne veut pas répondre

(Si la personne a répondu "oui" à une ou plusieurs questions précédentes)



"Souhaiteriez-vous bénéficier d'un accompagnement/d'un soutien en lien avec votre consommation ?"		
OUI	NON	JE NE SAIS PAS ENCORE

La question n'a pas été posée pour la raison suivante :

1. Barrière de la langue 2. Autre raison :

ANNEXE 6 – Guide d'utilisation du questionnaire (services médicaux)

Recherche sur la consommation de substances au **service médical** de la prison de **Lantin/Saint-Gilles/Hasselt** (**projet RECO-PRIS bis**)

- Guide d'utilisation du bref questionnaire destiné aux services médicaux -

Dans le cadre de notre deuxième recherche visant l'évaluation des projets pilotes dans les prisons de Hasselt, Lantin et Saint-Gilles, nous aimerions solliciter votre collaboration pour mener une brève enquête auprès de la patientèle du service médical de la prison dans laquelle vous travaillez.

Nous aimerions savoir combien de nouveaux entrants indiquent qu'ils consomment des drogues et dans quelle mesure ils souhaiteraient accéder à un accompagnement en lien avec leur consommation. Ce guide vise à préciser les aspects pratiques de la mise en place de cette procédure ainsi que les aspects pratiques relatifs à l'utilisation du bref questionnaire développé. Les informations recueillies lors de la passation de cette enquête seront exploitées de manière strictement anonyme et agrégées par l'équipe de recherche (Ugent/INCC). Ces informations anonymes et agrégées seront rapportées et traitées uniquement par les chercheurs concernés et ne seront en aucun cas transmises à un tiers. Les informations récoltées se voudront anonymisées, nous n'aurons donc pas d'information sur l'identité des personnes screenées.

- Pour qui ?** Pour **tous** les détenus qui arrivent dans la prison et pour qui une anamnèse médicale d'entrée sera pratiquée dans les 24 à 48h après leur arrivée et ce, pendant la période indiquée ci-dessous.
- Quoi ?** Brève enquête sur la consommation de substances via le protocole de screening ci-joint. Veuillez poser les questions telles que formulées sur le schéma (c'est-à-dire, demander "Avez-vous consommé d'autre(s) drogue(s) au cours des 30 derniers jours" et non "Avez-vous un problème de consommation ? Avez-vous une dépendance ?" ...). Entourez "**OUI**" ou "**NON**" ; lorsque vous posez la question concernant les autres drogues consommées, entourez chaque produit cité. Les flèches indiquent clairement quand il faut passer à la question suivante. Veuillez utiliser une feuille par personne et **conservez toutes les versions papier**. Merci également d'indiquer la date à laquelle le questionnaire a été passé.
- Quand ?** Le questionnaire devra être utilisé pour une période définie s'étendant du **lundi 3 mai 2021** au **dimanche 30 mai 2021 inclus**.
- Pour quoi ?** L'objectif principal de ce questionnaire est de pouvoir identifier le nombre total d'entrants en prison pour une période définie (ici, 4 semaines complètes) et parmi ceux-ci, de savoir précisément combien se déclarent consommateurs et demandeurs d'aide à l'entrée en détention. Merci de conserver chaque questionnaire papier complété. À la fin des 4 semaines de screening, nous prendrons contact avec vous pour venir récupérer toutes les anamnèses afin que nous puissions procéder à l'analyse des données récoltées.

Merci pour votre collaboration !

ANNEXE 7 – Document de consentement pour les participants à l'étude d'enregistrement

Autorisation de transmettre des données pseudonymées dans le cadre de la recherche scientifique "Projets pilotes de prise en charge des détenus consommateurs".

Madame, Monsieur,

L'Université de Gand et l'Institut National de Criminalistique et de Criminologie (INCC) mènent conjointement une étude visant à évaluer le fonctionnement de projets pilotes de traitement de la toxicomanie dans les prisons belges. Ces projets pilotes visent à développer des services de traitement de la toxicomanie pour les personnes en détention. Ce projet pilote est également opérationnel dans la prison où vous vous trouvez, sous le nom de Drugs Lab/MACADAM/D&D. Pour une partie de la recherche RECO-PRIS bis, les chercheurs souhaiteraient solliciter votre collaboration.

En tant qu'équipe du projet Drugs Lab/MACADAM/D&D, nous souhaiterions vous faire passer un questionnaire visant à recenser un certain nombre de données concernant la consommation de substances, le traitement et la santé mentale. Ces données seront traitées de manière confidentielle et seront utilisées pour contribuer à l'élaboration de votre plan de traitement et d'accompagnement.

Les chercheurs souhaiteraient utiliser ces données dans leur étude et présenter les résultats de manière globale et totalement anonyme dans un rapport de recherche.

Compte tenu de la législation GDPR, nous souhaitons vous demander votre accord quant au transfert des données que nous collectons auprès de vous aux chercheurs sous forme pseudonymée. Cela signifie que les chercheurs ne pourront pas remonter jusqu'à votre personne (par exemple, aucun nom ne figurera dans les données que nous transmettrons). Les chercheurs n'auront donc aucune idée de l'identité des personnes qui ont rempli le questionnaire et n'auront aucun moyen de récupérer ces données. Les chercheurs travailleront donc avec des données qu'ils ne pourront pas retracer jusqu'aux personnes auprès desquelles elles ont été prélevées. Ces données pseudonymées seront traitées et stockées de manière confidentielle par les chercheurs et seront rapportées de manière totalement anonyme et agrégée (donc uniquement dans des aperçus globaux) dans le cadre du projet de recherche mentionné.

Si vous acceptez de donner l'autorisation aux chercheurs de garder confidentielles les informations recueillies au moyen de ce questionnaire, de les traiter et de les communiquer de manière anonyme, nous vous demandons de l'indiquer ci-dessous et d'apposer votre signature.

Merci d'avance pour votre collaboration !

Je, soussigné(e),, accepte que les données recueillies à mon sujet par le personnel du projet sur la base du questionnaire, soient transmises de manière anonyme aux chercheurs de l'UGent/INCC selon les conditions indiquées ci-dessus.

Signature :

Date :