



ETUDE EVALUATIVE DES PROCESSUS ET DES EFFETS DES  
POINTS CENTRAUX DE CONTACT, D'ORIENTATION ET  
D'ACCOMPAGNEMENT POUR USAGERS DE DROGUE DANS  
LES PRISONS BELGES

**RÉSUMÉ**



STIJN VANDEVELDE, FREYA VANDERLAENEN,  
WOUTER VANDERPLASSCHEN & LANA DE CLERCQ



BENJAMIN MINE & ERIC MAES

EN PARTENARIAT AVEC LE SERVICE PUBLIC FEDERAL SANTE PUBLIQUE, SECURITE DE LA CHAÎNE ALIMENTAIRE  
ET ENVIRONNEMENT ET LE SERVICE PUBLIC FEDERAL JUSTICE



**Promoteurs**

Stijn Vandavelde, Freya Vander Laenen, Wouter Vanderplasschen,  
Benjamin Mine & Eric Maes

**Chercheurs**

Lies Deckers, Benjamin Mine, Lana De Clercq & Elke Cole

**Partenaire étranger**

Charlie Lloyd

University of York, Department of Health Sciences

## TABLE DES MATIÈRES

<b>1. Raison d'être et contexte de la recherche.....</b>	<b>1</b>
1.1. Situation dans les prisons européennes .....	1
1.2. La prestation d'aide aux usagers de drogue dans les prisons européennes.....	1
1.3. Le contexte belge.....	3
1.4. Hiatus dans la prestation d'aide (aux usagers de drogue) au sein des prisons belges.....	4
<b>2. Méthodologie.....</b>	<b>4</b>
<b>3. Conclusions.....</b>	<b>6</b>
3.1. Informer: le nombre de bénéficiaires atteints et leur profil (WP 1).....	6
3.2. La motivation: qu'est ce qui favorise et entrave la motivation à l'accompagnement ou au traitement? (WP3, WP5).....	7
3.3. L'orientation: le nombre d'orientations et les facteurs qui facilitent ou rendent plus difficile l'orientation (WP1, WP3, WP4).....	8
3.4. Le signalement comme quatrième objectif (WP2, WP4).....	9
3.5. La plus-value d'un point de contact spécialisé au sein de la prison est reconnue par tous les acteurs (WP1-WP5).....	12
3.6. Les conditions secondaires essentielles pour un fonctionnement optimal des points de contact (WP2-WP5).....	13
3.7. Recherche sur les pratiques et le maintien des PCOA pour les usagers de drogue incarcérés.....	13
<b>4. Recommandations à l'attention du terrain et des décideurs politiques.....</b>	<b>14</b>
4.1. Le cadre législatif et les tendances politiques actuelles.....	15
4.2. Recommandations au niveau de la visibilité.....	16
4.3. Recommandations au niveau du fonctionnement propre.....	17
4.4. Recommandations au niveau du collaboration et réseautage.....	21
4.5. Recommandations au niveau politique.....	22
<b>Références.....</b>	<b>24</b>

## **Contextualisation**

*Ce document est un résumé détaillé d'une recherche menée sur les processus et les résultats liés aux activités des Points centraux de Contact, d'Orientation et d'Accompagnement pour usagers de drogues dans les prisons de Flandre, Bruxelles et Wallonie. La recherche a été réalisée à la demande de la Politique scientifique fédérale BELSPO et fut rendu possible grâce au financement conjoint du Service public fédéral Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement et du Service public fédéral Justice. L'étude s'est déroulée du 1er décembre 2014 jusqu'au 31 octobre 2016. Elle a été menée par l'Université de Gand, département Orthopédagogie et département de Criminologie, Droit pénal et Droit social ainsi que par l'Institut National de Criminologie et de Criminologie. L'objectif de ce résumé est de donner un aperçu des principaux résultats de cette recherche scientifique en mettant en avant des recommandations politiques et pratiques. Le rapport complet est disponible sur le site web de BELSPO.*

## **1. Raison d'être et contexte de la recherche**

### **1.1. Situation dans les prisons européennes**

La recherche fait état d'une haute prévalence de la consommation et de l'abus d'alcool et/ou de substances illégales chez les détenus (Fazel & Seewald, 2012; EMCDDA, 2012; Van Malderen, 2012; Enggist et al., 2014). Cette consommation ou ces abus sont en moyenne plus fréquents chez les détenus que dans la population générale (EMCDDA, 2012; Belenko, Hiller & Hamilton, 2013; Enggist et al., 2014). Une revue de la littérature montre qu'il est question d'abus d'alcool ou de dépendance chez 18% à 30% d'hommes détenus et chez 10% à 24% de femmes détenues. Pour la consommation de drogues illégales ou la dépendance à celles-ci, la prévalence est plus élevée, variant de 10% à 48% dans la population masculine et de 30% à 60% dans la population féminine à leur entrée en prison (Fazel, Bains & Doll, 2006; Fazel & Seewald, 2012). Il ressort d'études menées depuis 2000 dans 15 pays européens qu'entre 2% et 56% des détenus ont consommé au moins une quelconque forme de drogue en détention (EMCDDA, 2001). Le cannabis est consommé le plus fréquemment, suivi par la cocaïne et l'héroïne (Bullock, 2003).

La relation entre la consommation de substances et l'implication dans des faits criminels a déjà été fréquemment décrite par la littérature (Belenko, Hiller & Hamilton, 2013; Bennett, Holloway & Farrington, 2008; Esbec & Echeburua, 2016; Martin, O'Connell, Paternoster & Bachman, 2011). 17% des détenus européens sont en détention en raison d'infractions commises en lien avec la consommation de drogue, la possession de drogue ou le trafic de drogues (Aebi & Del Grande, 2013). Les détenus qui consomment régulièrement de l'alcool ou des drogues auraient en outre plus de probabilité de récidiver et retomberaient plus souvent dans l'abus de consommation de substances (Belenko, 2006; Cartier, Farabee & Prendergast, 2006).

### **1.2. La prestation d'aide aux usagers de drogue dans les prisons européennes**

Les détenus souffrent souvent de difficultés psychiques et médicales d'une grande complexité (Rutherford & Duggan, 2009). La prise en compte de ces besoins divergents mais souvent liés, est reconnue au sein de l'Union européenne comme une priorité (EMCDDA, 2012). Une prestation d'aide adéquate aux usagers de drogue incarcérés peut en effet aussi bien réduire la consommation de drogues que la récidive (Enggist et al., 2014). L'Observatoire européen des drogues et des toxicomanies (OEDT) dressait en 2012 un aperçu des différentes prestations d'aide aux usagers de drogue disponibles au sein

des prisons européennes. Une distinction y est faite entre les interventions orientées vers la diminution de la demande de drogues, les interventions orientées vers la réduction des risques et les interventions centrées sur le lien avec la communauté.

Les interventions orientées vers la réduction de la consommation incluent des communautés thérapeutiques basées en prison, des traitements de substitution et de désintoxication, des sections sans drogue et des groupes d'entraide. Ces interventions semblent donner des résultats positifs par rapport à la récidive et la consommation de drogues, mais ne sont mises en œuvre que de manière limitée (Belenko, Hiller & Hamilton, 2013; Galassi, Mpofu & Athanassou, 2015). Des mesures de réduction des risques, comme les vaccinations, sont mises en place dans différentes prisons, tant proactivement qu'à la seule demande du détenu. Des désinfectants pour nettoyer les aiguilles ne sont souvent pas présents dans les prisons européennes et l'échange de seringues n'est possible que dans un nombre restreint de pays (EMCDDA, 2012).

Plusieurs prisons européennes développent par ailleurs des initiatives 'throughcare'. Ces initiatives se focalisent sur la continuité des soins et l'appui entre la prison et la communauté et vice-versa (MacDonald, Williams & Kane, 2012, 2013). Fox et al. (2005, p. 1) décrivent 'throughcare' comme: *"Arrangements for managing the continuity of care which begin at an offender's first point of contact with the criminal justice system through custody, court, sentence, and beyond into resettlement."* L'EMCDDA (2012, p. 23) souligne l'importance du 'throughcare': *"the importance of establishing a liaison between prison and community-based programmes in order to achieve continuity of treatment and longer-term benefits"*. Là où existent des services 'throughcare', les ex-détenus semblent effectivement rechuter moins souvent dans la consommation de drogues ou la commission d'infractions (Stöver, Weilandt, Zurhold, Hartwig & Thane, 2008; Belenko, Hiller & Hamilton, 2013). La période qui suit immédiatement la libération est caractérisée par un risque élevé de commettre de nouvelles infractions et de consommer à nouveau des drogues, avec une haute probabilité d'overdose (Belenko, 2006; Binswanger et al., 2007; Leukefeld et al., 2009; MacDonald et al., 2012; MacDonald MacDonald, Williams & Kane, 2013). L'ONU DC (2008) considère que l'aftercare est en principe la dernière étape d'un 'throughcare' efficace. L'aftercare est décrit comme un programme de réhabilitation ou de réinsertion qui soutient activement les détenus après leur sortie de prison (ONU DC, 2008). Fox et al. (2005, p. 1) décrivent l'aftercare comme: *"Aftercare is a package of support that needs to be in place after a drug-misusing offender reaches the end of a prison-based treatment programme, completes a community sentence or leaves treatment."*

Les interventions internationales 'throughcare' et 'aftercare' varient d'une section spécifique au sein de la prison axée sur la réinsertion (Cox, 2013; Powis, Walton & Randhawa, 2014; Lloyd, Russell & Liebling, 2014), à la continuité d'une thérapie ou d'un suivi après la libération (Torrens & Ruiz, 2015) jusqu'à l'implication intensive des familles (EMCDDA, 2001). En outre, le soutien des pairs (*peer support*) est considéré comme une valeur sûre dans les prisons d'Angleterre et du Pays de Galles. Les interventions axées sur la mobilisation des pairs semblent efficaces dans la réduction des comportements à risque et l'amélioration de la santé mentale des détenus participants (Bagnall et al., 2015; Humphreys & Lembke, 2014). Les interventions 'Listener Schemes' mises fortement sur l'expertise issue de l'expérience. Les détenus y sont formés à l'écoute pour soutenir émotionnellement des codétenus (Jaffe, 2012). L'expertise issue de l'expérience offre une grande plus-value car les facteurs qui favorisent ou entravent le processus de reconstruction sont, d'après leur propre vécu, rapidement identifiés et compris sur le fond (Erp, Boertien, Scholtens & Rooijen, 2011; Weerman, 2013).

### 1.3. Le contexte belge

Un grand nombre de détenus dans les prisons belges présentent une problématique en lien avec les drogues. Environ deux tiers des détenus indiquent avoir consommé à un moment de leur vie des substances illégales. Parmi ceux-ci, un tiers a déclaré avoir consommé un produit illégal en détention et 11,7% indiquaient avoir consommé pour la première fois un produit illégal lors d'une incarcération dans un établissement pénitentiaire (EMCDDA, 2012; Van Malderen, 2012).

Au sein des prisons belges, un certain nombre d'initiatives existent déjà pour limiter *intramuros* la consommation de drogues et les conséquences négatives liées à celle-ci (Coordination Permanente Cellule Générale de Politique Drogues, 2010; Van Malderen, 2012). Ainsi, les détenus avec une dépendance aux opiacés peuvent depuis 2006 faire appel à un traitement de substitution à la méthadone ou au buprenorphine. Dans certaines prisons, cette forme de traitement est peu administrée dans le cadre d'un traitement de substitution, elle l'est uniquement en vue d'une désintoxication (Vander Laenen et al., 2013). Des projets de prévention ont par ailleurs été mis sur pied dans différentes prisons wallonnes, parmi lesquels 'Boule de Neige', 'Détenus Contact Santé' et 'Prévenez-vous', où les détenus sont formés à la prévention des risques qui accompagnent la consommation de drogues. A côté des interventions préventives, il existe en Belgique quelques interventions qui reposent sur l'accompagnement thérapeutique des détenus durant la période de détention. Ainsi, le centre pénitentiaire agricole de Ruiselede offre depuis 1995 le programme 'B.Leave' pour des détenus condamnés pour des faits de drogue ou concernés par une problématique de dépendance. Le programme 'Schakels' a été élaboré en complément du programme 'B.Leave' et vise à prévenir la rechute ainsi qu'à développer les compétences sociales (Van Luchene, 2013). En outre, il existe depuis 2009 dans le complexe pénitentiaire de Bruges une section sans drogue 'D-side' et depuis 2012 un programme de courte durée pour les usagers de drogues incarcérés ('Kortdurend drugprogramma voor druggebruikende gedetineerden'). A Hasselt, une section sans drogue fut également créée dans la prison en 2015 (Vereniging Geestelijke Gezondheidszorg Limburg vzw, 2016).

Depuis 2011, des Points centraux de Contact, d'Orientation et d'Accompagnement pour usagers de drogues ont été instaurés ou poursuivis dans les prisons flamandes, bruxelloises et wallonnes. En Flandre, le Centraal Aanmeldingspunt voor drugs (CAP) intervient depuis le 1<sup>er</sup> mars 2011 au sein de 14 prisons flamandes dans le cadre d'un projet du Vlaamse Vereniging Behandelingscentra Verslaafdenzorg (VVBV), initié à la demande du Service public fédéral Justice, service Soins de Santé. Fin 2011, des points de contact furent mis en place dans les prisons bruxelloises (Le Prisme) et wallonnes (Step by Step). Les points centraux de contact sont nés du constat que les détenus éprouvent des difficultés à leur libération à faire le lien avec les prestations d'aide (pour usagers de drogues). Dans une perspective 'throughcare', les points de contact œuvrent à la continuité des soins et au soutien entre la prison et la communauté. Les collaborateurs des points centraux de contact sont des prestataires d'aide aux usagers de drogues qui assurent une fonction de liaison entre la prison et les prestations d'aide aux usagers de drogues en dehors de la prison. Ils soutiennent les usagers de drogue incarcérés dans la recherche d'une prise en charge adéquate après la détention. Au moyen d'entretiens individuels qui ont lieu en prison à des moments fixes, ils poursuivent les objectifs suivants: (1) l'information concernant l'accompagnement ou le traitement disponibles; (2) le renforcement de la motivation et de la disposition à l'accompagnement ou au traitement; ainsi que (3) la prise de contact et l'orientation vers les services d'accompagnement ou de traitement des problèmes en lien avec les drogues.

Depuis 2011, le Service public fédéral Justice finançait le fonctionnement des points de contact. Ceux-ci n'ont cependant pas été transférés aux Communautés lors de la communautarisation de la prestation d'aide (aux usagers de drogue). Le Service public fédéral Justice déclarait ne plus pouvoir supporter plus longtemps le financement et un avis négatif de l'inspecteur des finances relatif à la poursuite du financement des points de contact mena à l'arrêt de leur activité. Dès lors, le CAP fut dissout le 1<sup>er</sup> mai 2016, suivi par Step by Step et Le Prisme en septembre 2016. Par conséquent, il n'existe plus *de facto* de soutien spécifique et spécialisé aux usagers de drogue au sein de la plupart des prisons belges (à l'exception de projets spécifiques dans quelques-unes d'entre elles).

#### **1.4. Hiatus dans la prestation d'aide (aux usagers de drogue) au sein des prisons belges**

Malgré le développement de diverses initiatives axées sur la prestation d'aide aux usagers de drogue incarcérés, l'offre existante n'atteint qu'un petit nombre de détenus. De plus, l'offre de services dans les prisons belges n'est pas élaborée de manière suffisamment cohérente ni satisfaisante en termes de continuité des soins (De Pauw, De Valck & Vander Laenen, 2009; Favril & Vander Laenen, 2013; Kazadi Tshikala & Vander Laenen, 2015; Vander Laenen, 2015a; Vanhex, Vandeveld, Stas & Vander Laenen, 2014; Memorandum Zorg en Detentie, 2014). D'après le rapport de l'OMS (2014), il ressort que l'offre en matière de prévention, de traitement et de mesures de réduction des risques dans les prisons des Etats membres de l'Union européenne est insuffisante en comparaison avec les initiatives de soins qui se sont développées les 30 dernières années dans la communauté (Galea, Enggist, Udesen & Møller, 2014). Tant au niveau international qu'en Belgique, les initiatives 'throughcare' et 'aftercare' ne sont, à ce jour, pas suffisamment efficaces et adéquates par rapport aux besoins spécifiques de la population pénitentiaire (MacDonald, Williams & Kane, 2012).

Avec la cessation d'activités récente du CAP, Le Prisme et Step by Step, une offre de prestations d'aide de qualité aux usagers de drogues incarcérés semble plus inaccessible que jamais. Dans la stratégie européenne en matière de drogue (2013-2020), il est pourtant indiqué explicitement qu'une attention particulière doit être portée au renforcement et à l'extension de soins de qualité pour les usagers de drogue dans les prisons afin d'atteindre un niveau de soins équivalent à ce qui est proposé dans la communauté. La Loi de principes du 12 janvier 2005 concernant l'administration pénitentiaire ainsi que le statut juridique des détenus (M.B. 1<sup>er</sup> février 2005; ci-après dénommée 'Loi de principes') et les récentes recommandations de l'Assemblée Générale des Nations Unies (2016, p13-14) sont aussi claires: *"Ensure non-discriminatory access to health, care and social services in prevention, primary care and treatment programmes, including those offered to persons in prison or pretrial detention, which are to be on a level equal to those available in the community."*

## **2. Méthodologie**

Le projet PROSPER visait à évaluer le fonctionnement et les effets des Points centraux de Contact dans les prisons en Wallonie, en Flandre et à Bruxelles. Cela n'avait pas encore été examiné scientifiquement. Cette étude avait ainsi un triple objectif:

1. Examiner le fonctionnement des points de contact et leurs effets sur les trajectoires des détenus avec une problématique de consommation de drogues. Il s'agissait plus précisément d'apprécier dans quelle mesure les personnes entraient en contact avec les services et de s'intéresser aux

effets liés au traitement, en ce compris la motivation, l'engagement dans le traitement, la réticence à celui-ci, la santé, le fonctionnement psychosocial et la récidive.

2. Documenter comment les points de contact étaient perçus par les différents acteurs impliqués, en prêtant attention à leur fonctionnement, à leurs points-forts, aux éléments à travailler ainsi qu'aux défis et opportunités futurs.
3. Formuler des recommandations politiques quant à l'éventualité de la poursuite, du développement et/ou de l'aménagement du fonctionnement des points de contact.

Le projet comporte six workpackages (WP) et mobilisait plusieurs méthodes.

Le premier WP débuta avec une revue de littérature (inter)nationale concernant la disponibilité des prestations d'aide et des initiatives 'throughcare' pour les détenus avec un problème de dépendance (Partie II). Une analyse secondaire des bases de données des points de contacts fut ensuite réalisée afin de mettre en évidence leur fonctionnement et d'examiner l'issue des orientations effectuées (Partie II, chapitre 1).

Le second WP (chapitre 3) était axé sur la relation entre le soutien offert par les points de contact et trois indicateurs de récidive (l'ouverture de nouveaux dossiers par le parquet correctionnel, l'enregistrement de nouveaux bulletins de condamnation au Casier judiciaire central et le retour en prison). Ces indicateurs ont été examinés au moyen de techniques d'analyse bivariées et multivariées pour deux groupes d'anciens détenus provenant des bases de données disponibles des points de contacts.

Le troisième WP (chapitre 4) examinait la perception des différents acteurs à l'égard du fonctionnement des points de contact. La plus-value des points de contact, les facteurs entravant leur fonctionnement optimal et les suggestions pour leur amélioration furent questionnés au moyen d'entretiens. Quatre groupes de répondants furent interrogés: les collaborateurs des points de contact ; les prestataires d'aide externes qui accompagnent ou traitent régulièrement les bénéficiaires des points de contact ; les acteurs de la justice qui sont régulièrement en contact avec les bénéficiaires des points de contact et, pour la Flandre, les collaborateurs des services d'aide aux détenus (SAD); les bénéficiaires des points de contact. Les entretiens furent analysés au moyen d'un programme d'analyse qualitative NVivo.

Dans le quatrième WP (chapitre 2), trois formulaires d'enregistrement standardisé de données et un questionnaire de suivi téléphonique ont été élaborés. Dans le cadre d'un dispositif prospectif, les caractéristiques des nouveaux bénéficiaires furent consignées à l'aide d'un formulaire d'enregistrement d'admission. Ces bénéficiaires furent recontactés 6 mois plus tard par téléphone afin de sonder leur situation actuelle sur le plan psychosocial et l'incidence de l'intervention des points de contacts sur leur accompagnement ou leur traitement actuels. En outre, les tâches incombant aux collaborateurs des points de contact furent objectivées au moyen d'un formulaire d'enregistrement spécifique aux tâches relatives au bénéficiaire et d'un autre d'ordre plus général.

Le cinquième WP (chapitre 5) était axé sur le développement et la mise en œuvre du programme 'DRUGS de baas ?!' dans la prison de Gand, un programme collectif de courte durée stimulant la motivation des détenus avec une problématique de drogues. Une étude de faisabilité relative à l'implémentation de ce programme fut aussi réalisée, dans laquelle la perception des différents acteurs était interrogée: (1) le personnel des points de contact ; (2) les membres du personnel de services extérieurs qui accompagnent ou traitent régulièrement des bénéficiaires des points de contact et qui ont suivi des participants au programme; (3) le personnel de la justice qui est régulièrement en contact avec les bénéficiaires des points de contact ; et (4) les participants au programme.



La troisième partie du rapport (le 6<sup>ème</sup> WP) intégrait les résultats des WP mentionnés précédemment. Une réponse fut recherchée aux questions relatives à (1) l'efficacité des points de contact en termes de récidive et d'indicateurs liés au traitement ; (2) l'évaluation du processus sur la base des perceptions d'acteurs-clés, notamment par rapport aux points forts, aux obstacles potentiels ainsi qu'aux défis et opportunités futurs ; et (3) des recommandations pratiques et politiques relatives au maintien, au développement et/ou à l'aménagement des points de contact.

WP1, WP4 et WP5 furent réalisés sous la direction de l'Université de Gand. L'INCC fut en charge du WP2 et les WP3 et WP6 furent menés par les deux équipes de recherche.

### **3. Conclusions**

La présentation des conclusions est structurée selon les objectifs principaux poursuivis par les points de contact, soit (1) l'information concernant l'accompagnement ou le traitement disponibles; (2) le renforcement de la motivation et de la disposition à l'accompagnement ou au traitement; ainsi que (3) la prise de contact et l'orientation vers les services d'accompagnement ou de traitement des problèmes en lien avec les drogues. Un quatrième objectif fut mis en évidence à partir des constats de la recherche, à savoir le signalement, que nous développerons plus avant dans ces conclusions.

#### **3.1. Informer: le nombre de bénéficiaires atteints et leur profil (WP 1)**

L'information relative aux prises en charge disponibles était le premier objectif principal des points de contact. Sur base de leurs systèmes d'enregistrement, il fut constaté qu'un total de 2182 bénéficiaires s'est présenté auprès des points de contact à Bruxelles, en Wallonie et en Flandres pendant l'année 2014 (année de référence pour l'étude). Parmi ceux-ci, 80,2% des bénéficiaires ont eu un ou plusieurs entretiens (d'inscription). Tout au long des années répertoriées (2012-2014), le nombre absolu de bénéficiaires rencontrés demeura plus au moins stable. La population carcérale belge, et *a fortiori* aussi la sollicitation des points de contact, ont systématiquement augmenté durant la période d'enregistrement (ainsi la population carcérale augmenta de 11107 personnes en 2012 et 11732 en 2013 à 11769 personnes en 2014) (Service public fédéral Justice, 2016 ; Statistics Belgium, 2015). Cette hausse n'a pas été accompagnée d'une augmentation du nombre de collaborateurs, raison pour laquelle un grand nombre de bénéficiaires (19,8%) n'ont pas pu être rencontrés, en raison notamment du délai d'attente entre le moment où ils se sont inscrits et le premier entretien.

Le profil des bénéficiaires qui se sont inscrits fut établi au moyen d'une analyse secondaire des bases de données des points de contact. Ainsi, la majorité des bénéficiaires était âgé de 20 à 35 ans et était des hommes. Les points de contact semblaient toucher un public cible un peu plus âgé ainsi que plus de femmes, comparé à l'ensemble de la population carcérale. 78% des bénéficiaires des points de contact étaient de nationalité belge, un pourcentage considérablement plus élevé que celui de la population pénitentiaire générale (Service public fédéral Justice, 2015). Cette différence pourrait signifier que les personnes qui n'ont pas la nationalité belge sont difficiles à toucher. Les pourcentages de bénéficiaires condamnés et inculpés étaient comparables dans les trois points de contact. Il y avait en moyenne 47,4% de bénéficiaires condamnés et 46,3% en détention préventive. Les points de contact ont rencontré proportionnellement plus de personnes inculpées et moins de personnes condamnées, comparé au nombre de personnes inculpées et condamnées en détention durant l'année 2014 (Service public fédéral

Justice, 2015). Une explication possible est que la fréquentation par la personne inculpée d'un service de prestation d'aide (aux usagers de drogues) peut être une des conditions pour une (re)mise en liberté sous conditions. De plus, les points de contact ont rencontré en moyenne moins de personnes internées comparativement à la proportion de personnes internées qui compose l'ensemble de la population pénitentiaire (Service public fédéral Justice, 2015). Les opiacés (tant l'héroïne que la médication de substitution) et l'alcool sont le plus souvent cités en matière d'abus de substances addictives. L'abus de cannabis était aussi souvent évoqué. De façon surprenante, l'usage d'amphétamines était plus souvent mentionné auprès du CAP que de Step by Step et Le Prisme. Ce qui occasionne cette différence n'est pas clairement d'identifié.

### **3.2. La motivation: qu'est ce qui favorise et entrave la motivation à l'accompagnement ou au traitement? (WP3, WP5)**

Les points de contact étaient également axés sur le renforcement de la motivation et de la disposition au traitement chez les bénéficiaires. Des facteurs qui favorisent ou entravent la motivation ont été identifiés à partir des constats des WP 3 et 5.

Les acteurs interrogés (WP3) considèrent que l'indépendance du service est le point fort des points de contact, laquelle permet de porter un regard neutre sur les bénéficiaires. Le travail des collaborateurs serait ainsi axé sur le renforcement des capacités ainsi que sur les points forts et le potentiel des bénéficiaires. Par ailleurs, le secret professionnel des collaborateurs fut considéré comme un élément indispensable par différents intervenants. Les bénéficiaires ont également mentionné que le secret professionnel renforçait leur confiance dans les collaborateurs. Cela rendait possible une parole ouverte et libre, ce qui permettait d'aborder plus facilement leur situation. En outre, les bénéficiaires accordaient beaucoup d'importance à l'implication personnelle des collaborateurs dans l'accomplissement de leurs tâches. Ils appréciaient surtout le soutien émotionnel et la sollicitude des collaborateurs. Cette attitude et façon de travailler empathique, non intrusive et sans préjugé, constituaient une motivation supplémentaire pour entreprendre une prise en charge.

Les prestataires de soins interrogés déclaraient que la période d'attente entre la décision du client de s'inscrire, le premier entretien et le début de l'accompagnement ou du traitement avait une influence négative sur la motivation à participer à un accompagnement ou à un traitement. De même, certains bénéficiaires mentionnaient le délai d'attente pour un premier entretien avec un collaborateur du point de contact comme un frein à leur motivation (WP3). La baisse de la motivation au traitement a également été associée à un arrêt plus élevé de celui-ci dans une recherche sur les chambres de traitement de la toxicomanie (CTT) (Dekkers & Vanderplasschen, 2013; Vander Laenen et al., 2013; Evans, Li & Hser, 2009).

Il ressortait des entretiens qualitatifs menés avec les participants d'un programme de motivation de courte durée 'DRUGS de baas?!' (WP5), réalisé par l'asbl De Kiem dans le cadre de cette recherche, que la motivation à participer était très variée. Les raisons principales invoquées étaient la volonté de bien faire pour la famille, la perspective d'une vie sans drogue et la possibilité d'une libération anticipée. La proposition d'une grande diversité de thèmes dans le programme fut considérée pertinente, ce qui accentue l'importance d'une offre diversifiée. L'évaluation mettait également en évidence qu'une attention explicite suffisante devait être accordée à l'usage et l'abus d'alcool. Les interventions orientées sur l'abus d'alcool auprès des détenus contribuent en effet à la réduction des problèmes d'alcool et de santé ainsi qu'à une diminution du risque de récurrence (Galea, Enggist, Udesen & Møller, 2014). D'autre part, ici aussi, l'attitude sans préjugé des accompagnants, le secret professionnel et l'indépendance semblait constituer une condition essentielle pour permettre une parole libre. Le programme 'DRUGS

de baas?!’ paraissait influencer positivement la disposition au changement de la majorité des participants. Le partage d’expérience, les conseils sur la gestion du manque (*craving*) et la réflexion collective sur les solutions possibles aux problèmes liés aux drogues, étaient considérés comme les principales forces du programme. Tendre vers l’abstinence n’était pas une condition à la participation. Ceci favorisait, selon les participants, l’accès au programme. Ces effets positifs du programme doivent cependant être interprétés avec une certaine prudence compte tenu du petit échantillon.

### **3.3. L’orientation: le nombre d’orientations et les facteurs qui facilitent ou rendent plus difficile l’orientation (WP1, WP3, WP4)**

Le troisième objectif des points de contact était d’orienter les bénéficiaires et de les mettre en contact avec les services de traitement de problèmes liés à la consommation de drogues. Des informations relatives à la trajectoire de prise en charge des clients après leur orientation étaient uniquement disponibles pour le CAP en Flandre.

Il ressort des analyses du WP 1 que 4807 bénéficiaires se sont présentés auprès du CAP entre 2011 et 2014. 80,4% des personnes ont bénéficié d’un entretien et, parmi celles-ci, 43% des personnes ont été orientées vers un service. Plus de la moitié de ces personnes réorientées ont commencé le suivi ou le traitement proposé et près de la moitié de celles-ci l’avaient terminé conformément aux objectifs thérapeutiques ou bien étaient encore en traitement ou en suivi au moment de la recherche.

Au total, 657 personnes se sont inscrites auprès du service Le Prisme entre 2012 et 2014, parmi lesquelles 82,5% ont bénéficié d’un entretien d’inscription. Il ressort de leur base de données que toutes les personnes enregistrées en 2014 ont été orientées.

Step by Step reçut un total de 1570 demandes au cours des 3 années de référence (2012 à 2014). Parmi celles-ci 93,3% furent rencontrées et 87,5% furent ensuite orientées. Près d’un quart des bénéficiaires a été orienté au même moment vers plusieurs services. Une différence dans le nombre d’orientations réalisées est apparue entre le CAP, Step by Step et Le Prisme. Hormis le fait que Step by Step orientait vers plusieurs services, cette différence est probablement due à une interprétation différente de la notion d’orientation’. Le CAP n’enregistrait une personne comme orientée que lorsqu’une attestation d’admission ou de suivi était obtenue auprès du service de prestation d’aide (aux usagers de drogues). Chez Le Prisme et Step by Step, une telle attestation n’était pas indispensable pour l’orientation ; il suffisait que le bénéficiaire dispose de l’information nécessaire au sujet de l’orientation et qu’il soit signalé auprès d’un service de prestation d’aide.

La majorité du nombre total de bénéficiaires fut orientée vers des centres offrant des services ambulatoires spécialisés d’aide (aux usagers de drogues). Une partie considérable des personnes en Flandres et en Wallonie fut également orientée vers des services de santé mentale (SSM, tant en ambulatoire qu’en résidentiel). Les services de prestation d’aide résidentiels formaient la troisième plus grande catégorie d’orientation.

Les WP 3 et 4 ont mis en évidence différents facteurs qui facilitaient ou rendaient plus difficile l’orientation vers des prestations d’aide (aux usagers de drogues). Ainsi, la vaste expertise et les liens qu’entretiennent les collaborateurs des points de contact avec le secteur des prestations d’aide (aux usagers de drogues) favorisaient l’accès à celles-ci. Tous les acteurs interrogés s’accordaient à dire qu’il s’agissait-là d’un facteur important de réintégration. Le fait que les collaborateurs étaient familiers avec services de prestation d’aide (aux usagers de drogues) contribua également à une orientation aisée étant donné qu’une relation de confiance était déjà établie.

Le délai d'attente pour un premier entretien avec un collaborateur du point de contact compliquait en revanche la fluidité de l'orientation. En outre, l'unanimité sur la fonction, le contenu de la mission et le mandat des points de contact semblait être très important pour assurer une communication efficace entre les acteurs concernés. Il ressort des contacts avec le service central psychosocial que Step by Step était confronté à ce sujet à un défi supplémentaire. En Wallonie, il n'y avait effectivement pas d'accords systématiques concernant l'exécution des tâches avec les services externes qui venaient en prison. Par ailleurs, plusieurs acteurs des trois points de contact relevaient qu'il y avait chez quelques prestataires d'aide une résistance et des préjugés quant à l'accompagnement ou le traitement de personnes détenues avec une problématique de consommation de drogues (WP3). En outre, la disponibilité de certains types de services de prestation d'aide constituait une difficulté supplémentaire à la mise en place de l'aide la plus adéquate pour le bénéficiaire.

### **3.4. Le signalement comme quatrième objectif (WP2, WP4)**

Par l'élaboration de trois formulaires d'enregistrement standardisé, il est apparu que les points de contact avaient une importante plus-value en termes de signalement (WP4). L'enregistrement systématique mené dans le WP4 a permis de comparer les PCOA, lequel a mis en évidence des obstacles et d'éventuels critères d'exclusion au niveau de l'orientation vers les prestations d'aide (aux usagers de drogues). Cette étude pointait des difficultés dans l'orientation des usagers de drogues dues à la disponibilité limitée des services de prestations d'aide, à la différence au niveau des attentes des acteurs impliqués quant à la forme de prise en charge la plus appropriée ainsi qu'au niveau de la volonté des prestataires de soins à accompagner ou traiter les personnes avec un parcours judiciaire. La complication de l'orientation fut aussi observée pour les personnes présentant des problèmes psychiatriques. Ce constat corrobore une recherche antérieure auprès de personnes présentant un double diagnostic (voir par exemple Vandeveldre et al., 2015).

Le formulaire d'enregistrement uniforme d'inscription, développé pour les trois points de contacts (WP4), était globalement considéré par les collaborateurs des points de contacts comme étant pratique, clair, logiquement structuré et facile à utiliser. Le formulaire fut optimisé grâce au retour des acteurs interrogés en prévoyant des questions ouvertes optionnelles et plus d'espace pour renseigner de l'information complémentaire. Le formulaire fut par ailleurs adapté aux '*Treatment Demand Indicators*' (TDI) en rajoutant de nouvelles questions (voir annexe 1 'Formulaire d'Enregistrement d'Inscription Adapté Néerlandais' et annexe 2 'Formulaire d'Enregistrement d'Inscription Adapté Français').

L'uniformité a également permis de mettre en exergue quelques différences essentielles dans le profil des bénéficiaires comparativement aux chiffres issus des bases de données existantes présentés dans le premier WP. Cela accentue l'importance d'un enregistrement uniforme. Les bénéficiaires semblaient par ailleurs éprouver des difficultés dans d'autres domaines de leur vie: la santé physique et mentale, le travail, les relations familiales et sociales, l'endettement et la justice. Cette problématique complexe souligne l'importance de soins et d'un soutien orientés vers plusieurs domaines de la vie, et ce aussi après la détention. Un autre constat important était qu'un tiers des bénéficiaires n'avait pas reçu auparavant de traitement ou d'accompagnement relatif à un problème de consommation. Ce constat indique que les points de contact ont réussi à atteindre un groupe important de personnes qui n'avaient jusque-là pas été touché par une prestation d'aide (aux usagers de drogues).

En plus de l'élaboration d'un formulaire d'enregistrement standardisé d'inscription, un enregistrement de suivi fut réalisé. Les bénéficiaires étaient suivis par rapport à leur orientation et leur participation au traitement ainsi que par rapport à d'autres indicateurs pertinents (par exemple, l'implication dans le traitement et des variables relatifs à la santé et au fonctionnement psychosocial) (WP4). Ces données ne furent complétées que pour un nombre limité de bénéficiaires<sup>1</sup>. D'après les enquêtes téléphoniques, réalisées 6 mois après un premier contact avec un collaborateur d'un point de contact, il semblait également difficile d'assurer un enregistrement et un suivi systématiques. Tout en demeurant prudent, il peut être soutenu à partir des enquêtes téléphoniques que les bénéficiaires étaient très satisfaits du fonctionnement des points de contact. Cette grande satisfaction paraissait due à: la fluidité du processus d'orientation, la rapidité et la clarté des réponses aux questions, la prise en compte de leurs choix et la motivation ainsi que le soutien que les collaborateurs offrent dans l'accomplissement de leur travail.

L'importance de la fonction de signalement des points de contact apparaît également dans le WP 2. Les chiffres relatifs à la récidive analysés dans ce WP semblaient correspondre aux résultats de recherche issus de la littérature internationale (Robert, Mine & Maes, 2015; Mine, Robert & Maes, 2015; Belenko, 2006; De Wree, De Ruyver & Pauwels, 2009; De Wree, Pauwels, Colman & De Ruyver, 2009; Gossop, Trakada, Stewart & Witton, 2005; Stevens et al., 2003; Langan & Levin, 2002). La prévalence de récidive observée pour les (anciens) usagers de drogues incarcérés (n= 2758) est la suivante: 75,7% sont concernés par au moins une nouvelle affaire pénale signalée au parquet (indépendamment des faits commis et des orientations données à l'affaire) endéans au maximum les 4 ans et 9 mois qui suivent leur sortie de prison; 39,7% font l'objet d'au moins un nouveau bulletin de condamnation (indépendamment des faits commis et des peines ou mesures prononcées ultérieurement) endéans la même période ; et 40,4% retournent en prison (indépendamment des motifs de retour en prison: non-respect de conditions, nouveaux faits commis) endéans au maximum les 3 ans et 9 mois qui suivent leur sortie de prison (que ce soit sous surveillance électronique ou l'une des différentes formes spécifiques de 'libération'). Les (trois) premiers mois qui suivent la sortie de prison se caractérisent par une intensité de la récidive (en termes de nouvelle affaire pénale signalée et de retour en prison) particulièrement élevée. Ces résultats soulignent à nouveau l'importance d'un accompagnement adéquat pendant les trois premiers mois qui suivent la sortie de prison. Ainsi, environ 30% des personnes récidivistes sont retournées en prison endéans les trois mois.

Par ailleurs, les analyses (bivariées) ont montré qu'il y avait une différence statistiquement significative au niveau de l'indicateur de récidive 'retour en prison' entre le groupe de détenus qui fut rencontré par le point de contact et celui des personnes qui se sont inscrites auprès de celui-ci mais qui n'ont pas été vues; la proportion de personnes récidivistes comme l'intensité de la récidive étant plus importantes pour le groupe des 'vus' que celui des 'non-vus'. Cette différence n'est pas observée pour les deux autres indicateurs (nouvelles affaires pénales et nouveau bulletin de condamnation). Cette proportion plus élevée de personnes qui retournent en prison comme l'intensité plus importante peut être expliquée par la présence d'antécédents pénitentiaires au sens où la différence entre 'vus' et 'non-vus' s'estompe lorsque cette unique variable est intégrée au modèle statistique.

---

<sup>1</sup> Différentes explications sont avancées: le laps de temps limité endéans lequel les formulaires devaient être remplis; le mandat des collaborateurs des points de contact qui se terminait au moment de la réorientation et les conditions de travail difficiles compte tenu de la menace d'arrêt des activités des points de contact. Par ailleurs, quelques prestataires d'aide se retranchent derrière le secret professionnel pour ne pas communiquer des informations liées au traitement.

Les analyses ultérieures tendent à confirmer cette hypothèse puisqu'elles ont permis de mettre en évidence que les antécédents pénitentiaires et l'âge ont un impact significatif sur la récidive, quel que soit l'indicateur. Cela concorde avec les résultats de la recherche sur la CTT (De Keulenaer, Thomaes, Wittouck & Vander Laenen, 2015). Les bénéficiaires de la CTT présentaient en effet plus d'antécédents, une carrière criminelle plus longue, une plus longue durée de détention et plus de consommation d'héroïne que le groupe de probationnaires (et dans une moindre mesure que le groupe de droit commun classique). Ces caractéristiques correspondent généralement à un profil où le risque de récidive est plus élevé (Noppe et al., 2011; De Ruyver et al., 2007). La recherche De Ruyver et al. (2007) indique en effet qu'être un homme, âgé de moins de 25 ans, usager d'héroïne avec une consommation plus fréquente que mensuelle et un passé judiciaire sont d'importants prédicteurs de récidive chez les usagers de drogue étudiés.

De plus, les résultats du WP2 indiquent que le type de sortie de prison et la situation légale au moment de l'ouverture du dossier ont aussi un impact significatif sur la récidive (en termes de retour en prison). Les personnes qui sortent sous surveillance électronique ou avec des conditions à respecter ont plus de chance de retourner en prison que celles qui sont libérées sans condition et les personnes dont la situation légale relève de la catégorie 'Autres' (laquelle inclut un grand nombre d'internés, voir Chapitre 3, Figure 3) ont de même plus de chance de retourner en prison que les personnes condamnées définitivement.

A l'inverse, pour les deux autres indicateurs (nouvelle affaire pénale signalée au parquet et nouveau bulletin de condamnation), il apparaît que les personnes qui sortent avec des conditions à respecter ont moins de chance d'être concernées par une nouvelle affaire pénale ou d'avoir un nouveau bulletin de condamnation que celles qui sortent sans condition. Cette observation tend à corroborer l'hypothèse selon laquelle les personnes qui sortent de prison avec des conditions à respecter ont plus de chance d'y retourner pour des bris de conditions que pour de nouveaux faits<sup>2</sup>. Les résultats montrent aussi que, contrairement à ce qui est observé pour l'indicateur 'retour en prison', les personnes condamnées définitivement au moment de leur sortie de prison ont plus de chance d'obtenir une nouvelle affaire pénale ou un nouveau bulletin de condamnation que les autres.

Une limitation de ces analyses résidait dans l'absence d'informations disponibles sur celles ou ceux qui ont fait l'objet après leur sortie de prison d'une prise en charge effective. Il n'était donc pas possible de comparer le groupe pour lequel l'orientation fut un succès et celui pour lequel ce n'était pas le cas.

Il convient en outre d'indiquer que la diminution de la récidive n'était pas un objectif des collaborateurs des PCOA. Leurs interventions pourraient, au mieux, indirectement contribuer à la diminution de la récidive mais les chiffres de récidive ne peuvent être un critère pour évaluer l'efficacité des interventions des points de contact. En outre, bon nombre de facteurs qui échappent aux collaborateurs ont un impact sur le risque de récidive, tels que le fait de travailler, de recevoir de l'aide d'un réseau social, de disposer d'un logement et l'état de santé mentale du bénéficiaire (De Ruyver et al., 2007; Somers et al., 2014). Ces facteurs n'ont cependant pas pu être pris en compte dans le WP 2 étant donné que ces données n'étaient pas disponibles. Il est donc important d'interpréter les chiffres de récidive rapportés avec beaucoup de précaution.

Le temps investi par les collaborateurs dans la préparation et le traitement des dossiers des bénéficiaires ainsi que dans leurs autres activités fut objectivé à l'aide de formulaires d'enregistrement: le premier

---

<sup>2</sup> L'extraction de la base de données des établissements pénitentiaires (SIDIS-Greffe) ne permet malheureusement pas d'identifier le motif du retour en prison (nouveaux faits, bris de condition, mise en exécution d'un nouveau titre de détention, etc..

centré sur le bénéficiaire et le second d'ordre plus général (WP4). Il ressort de cet enregistrement que les tâches ne se limitent pas aux activités liées au bénéficiaire, parmi lesquelles les entretiens (20%-32% du temps de travail) et les activités entourant le service aux bénéficiaires, telles que la concertation autour des bénéficiaires, l'administration, la préparation et le suivi des dossiers (38%-40% du temps de travail) (Figure 1). Une part importante du temps de travail était en effet consacrée à des activités qui dépassent le dossier en tant que tel, comme par exemple des formations et des journées d'étude, des réunions d'équipe, la préparation et la rédaction de rapports annuels et trimestriels (12%-51%) et d'autres tâches (9%-18%) qui sont liées au fait de travailler en milieu carcéral et qui ne concernent pas directement les bénéficiaires pris individuellement. Ainsi, 9%-18% du temps de travail devait être consacré aux déplacements vers la prison, aux check-in et out de la prison, à l'attente des bénéficiaires,...

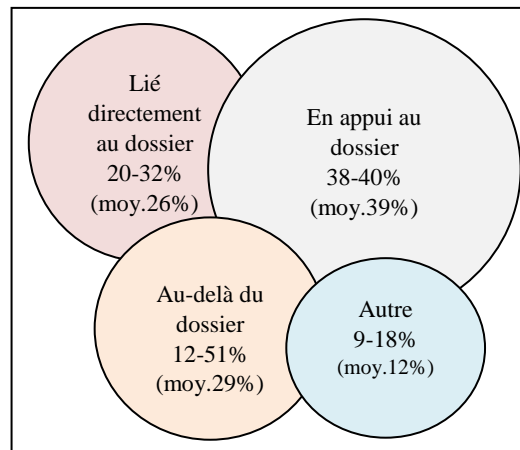


Figure 1: Aperçu des tâches des collaborateurs des points de contact<sup>3</sup>

### 3.5. La plus-value d'un point de contact spécialisé au sein de la prison est reconnue par tous les acteurs (WP1-WP5)

Le besoin et l'efficacité des Points centraux de Contact centraux ressortent clairement des différents WP (WP 1-WP5). Tous les acteurs interrogés, parmi lesquels ceux de la justice, de l'aide sociale, des services de prestation d'aide (aux usagers de drogues) et les bénéficiaires (WP3), ont souligné la plus-value des points de contact en termes d'information, de motivation et d'orientation des détenus ayant des problèmes de consommation. Ainsi, les bénéficiaires faisaient part d'une grande satisfaction générale sur le fonctionnement des points de contact et indiquaient avoir le sentiment d'être entendus, soutenus et qu'une chance leur était donnée. Ils déclaraient également que le point de contact avait en premier lieu stimulé leur motivation à faire le pas vers un service de prestation d'aide (aux usagers de drogues). Les prestataires d'aide mettaient en outre l'accent sur la bonne collaboration avec les collaborateurs des points de contact étant donné la fluidité de l'orientation. Les professionnels de la justice et de l'aide sociale mettaient en évidence la plus-value de l'attitude des collaborateurs des points de contact, qui valorisait les qualités et les forces des bénéficiaires et se montrait optimiste en la possibilité d'une orientation (WP3). Les éléments suivants ont été mentionnés par plusieurs acteurs:

- La compétence et l'expertise des collaborateurs, tant en ce qui concerne la problématique de drogues qu'en ce qui concerne l'offre de services de prestations d'aide (aux usagers de drogues)
- Le secret professionnel et l'indépendance des collaborateurs

<sup>3</sup> Les moyennes doivent être interprétées avec prudence en raison des valeurs manquantes (cf. rapport 2.3.3.) et du fait que les moyennes n'ont pas été adaptées proportionnellement au nombre de collaborateurs des points de contact interrogés.

- L'attitude des collaborateurs, orientée vers le bénéficiaire, motivante et dénuée de préjugé
- L'approche accessible et non-intrusive des collaborateurs
- La collaboration étroite, honnête et de confiance avec les services de prestations d'aide (aux usagers de drogues)
- Une vision partagée et une ouverture à la concertation avec les services de prestation d'aide (aux usagers de drogues).

Le long délai d'attente jusqu'au premier entretien avec un collaborateur fut mentionné par certains bénéficiaires comme un domaine susceptible d'être amélioré (WP3). Ainsi, les personnes qui s'étaient inscrites n'ont pas toutes bénéficié d'un premier entretien avec les collaborateurs des points de contact. Le fait que le bénéficiaire ait déjà été libéré était la principale raison de l'absence d'un premier entretien dans les trois points de contact. La difficulté d'accès aux personnes sans nationalité belge pouvait également être considérée comme un aspect à travailler. Pour pouvoir mieux toucher les détenus allophones, il s'avère en effet qu'ils doivent pouvoir disposer de l'information relative à l'offre disponible dans une langue qu'ils comprennent (Brosens, De Donder, Dury & Verté, 2015).

### **3.6. Les conditions secondaires essentielles pour un fonctionnement optimal des points de contact (WP2-WP5)**

Il résulte des différents WP qu'un certain nombre de conditions secondaires sont essentielles pour améliorer la motivation des bénéficiaires à l'accompagnement ou au traitement et pour assurer une orientation fluide vers les services de prestation d'aide (aux usagers de drogues). Selon les acteurs interrogés, les conditions pour garantir et consolider davantage un fonctionnement de qualité sont les suivantes:

- Du personnel et des moyens de fonctionnement suffisants
- L'unanimité autour de la fonction, du contenu de la mission et du mandat des points de contact
- L'information systématique de l'existence et du fonctionnement des points de contact à tous les nouveaux détenus et acteurs concernés au sein et à l'extérieur de la prison
- Un accès facile aux détenus dans la prison
- La mise à disposition d'un téléphone et/ou d'un ordinateur pendant les temps d'attente et/ou dans les parloirs en prison
- Une plus grande volonté et disponibilité des services externes de prestation d'aide (aux usagers de drogues) pour accompagner ou traiter des anciens détenus
- Le développement des possibilités d'accompagnement et de traitement pour des groupes-cibles spécifiques (les femmes, les personnes en séjour illégal en Belgique, les bénéficiaires sous surveillance électronique, les personnes allophones, les personnes avec une nationalité autre que belge) et pour les personnes avec des difficultés complémentaires (problématique d'alcool, limitation intellectuelle, syndromes psychiatriques).

### **3.7. Recherche sur les pratiques et le maintien des PCOA pour les usagers de drogue incarcérés**

Il ressort d'une enquête menée par les 'beleidscoördinatoren' (coordinateurs politiques) de l'Administration flamande (2016) auprès des services JWW du Centra Algemeen Welzijnswerk, du Service Psychosocial, des services de santé mentale (CGG) et des dispositifs de prestations d'aide aux



usagers de drogues quant à l'impact sur le terrain de la cessation des activités du CAP qu'il subsiste un grand nombre de zones d'ombre. Cette enquête a uniquement été réalisée en Flandre. Aucune conclusion ne peut donc être tirée par rapport à l'impact de l'arrêt des activités des points de contact en Wallonie et à Bruxelles.

Les acteurs interrogés indiquent qu'il n'y a désormais plus de lignes directrices ou d'accords clairs sur les procédures d'inscription et d'orientation ainsi qu'aux responsabilités qui leur sont inhérentes. Quelques tâches précédemment accomplies par le CAP sont actuellement assurées par le Service Psychosocial, le CGG ou les services de prestation d'aide (aux usagers de drogues), raison pour laquelle ces services subissent une charge de travail plus élevée. L'accomplissement de ces tâches ne concerne cependant que les personnes condamnées. Elles ne sont pas assurées pour les personnes inculpées, de sorte qu'il en résulte un grand manque pour ce groupe. Les prestataires d'aide et les détenus ne peuvent plus compter sur la vaste expertise et les liens qu'entretenaient les collaborateurs des points de contact avec le secteur de la prestation d'aide (aux usagers de drogues). Selon les acteurs interrogés, cela retarde le processus d'une orientation ciblée et adéquate et entraîne plus de refus de prise en charge par les services de prestation d'aide (aux usagers de drogues). Le manque d'indépendance et de positionnement extérieur, atouts majeurs des points de contact, est également pointé du doigt dans le fonctionnement actuel.

#### **4. Recommandations à l'attention du terrain et des décideurs politiques**

Les constats présentés ci-dessus montrent incontestablement la valeur et l'importance des points de contact au regard des trois objectifs énoncés précédemment ((1) l'information concernant l'accompagnement ou le traitement disponibles; (2) le renforcement de la motivation et de la disposition à l'accompagnement ou au traitement; ainsi que (3) la prise de contact et l'orientation vers les services d'accompagnement ou de traitement des problèmes en lien avec les drogues) pour lesquels ils avaient été créés. La continuation, et idéalement le développement, des points de contact sont ainsi recommandés. La recherche a mis en avant deux aspects qui semblent primordiaux dans la réussite du fonctionnement des points de contact: le secret professionnel et la vaste expertise spécifique aux prestations d'aide (aux usagers de drogues). Eu égard à la complexité de la situation des usagers de drogues en prison, un service de prestation d'aide, indépendant et autonome, doté d'une expertise axée spécifiquement sur les drogues est essentiel.

Des recommandations concrètes sur la base des résultats de la recherche et de la littérature (inter)nationale sont formulées dans cette partie. Ces recommandations sont d'abord contextualisées dans le cadre plus large de la législation et des tendances politiques. Des recommandations concrètes sont ensuite explicitées à différents niveaux: la visibilité, le fonctionnement, la collaboration et le réseautage, et la politique. Au niveau du fonctionnement, une subdivision complémentaire est opérée d'après les objectifs principaux des points de contact. En raison de l'importance éprouvée de la continuité des soins, un objectif supplémentaire est décrit: le casemanagement. Enfin, des recommandations politiques spécifiques sont énoncées à propos d'un dispositif de soins intégré ('integrated care provision') ainsi que de l'aftercare et du suivi (Figure 2).

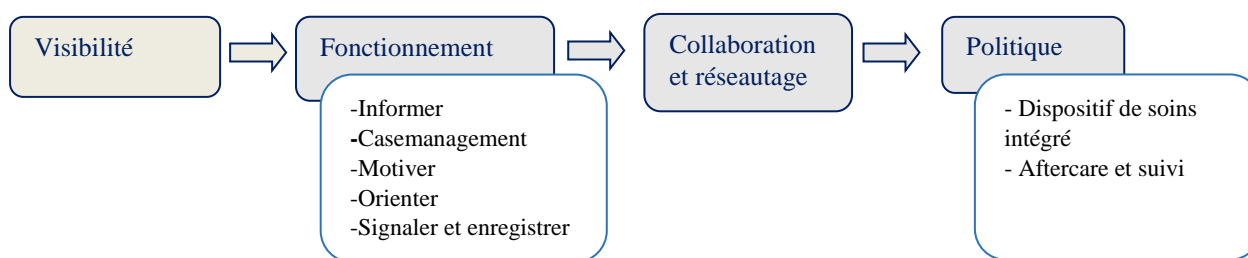


Figure 2: Aperçu des recommandations à l'attention du terrain et des décideurs politiques

#### 4.1. Le cadre législatif et les tendances politiques actuelles

##### *La Loi de principes*

Il n'existe actuellement pas d'offre cohérente ni de qualité de prestations d'aide aux usagers de drogues incarcérés dans les prisons belges, comme cela a été relayé et critiqué à de multiples reprises dans la littérature (Favril & Vander Laenen, 2013; Kazadi Tshikala & Vander Laenen, 2015; Vander Laenen, 2015a; Vanhex, Vandeveld, Stas & Vander Laenen, 2014; Memorandum Zorg en Detentie, 2014). La nécessité d'une meilleure organisation des prestations d'aide (aux usagers de drogues) en prison fut également reconnue dans la note politique des affaires sociales et des soins de santé du ministre fédéral de la Santé publique (Chambre belge des représentants, 2015).<sup>4</sup>

La Loi de principes prévoit explicitement le droit aux soins de santé en détention et le principe d'équivalence entre les soins de santé dans la communauté et ceux en milieu carcéral. Ces soins doivent être adaptés aux besoins du détenu (Art. 88 de la Loi de principes). A ce jour, les interventions dans les prisons au sein des Etats membres de l'UE ne respectent pas le principe d'équivalence décrit dans les recommandations internationales de l'Assemblée Générale des Nations Unies, de l'ONUSIDA/OMS et de l'ONUUDC (Galea, Enggist, Udesen & Møller, 2014; Stöver, 2006). Le plan de détention individuel (Art. 35-40 de la Loi de principes) peut jouer ici un rôle significatif dans l'accomplissement d'un parcours de détention sensé. Cependant, avec l'arrêt récent des activités du CAP, du service Le Prisme et de Step by Step, la non-équivalence des soins aux détenus présentant une problématique en lien avec les drogues ne fait en pratique qu'augmenter. La mise en application de ces dispositions pour les détenus avec une problématique de drogues est ainsi fortement revendiquée (Snacken, 2015).<sup>5</sup>

##### *Communautarisation*

Suite à la sixième réforme de l'Etat du 11 octobre 2011, un certain nombre de compétences liées aux prestations d'aide (aux usagers de drogues) ont été transférées du fédéral vers les Communautés. L'accord institutionnel prévoit que les accords de revalidation pour personnes dépendantes et une partie des soins de santé mentale<sup>6</sup> tombent dans le champ de compétences des Communautés (Gouvernement fédéral, 2011).

<sup>4</sup> Cette note indique que les résultats d'une recherche commanditée par le Centre fédéral d'expertise des soins de santé à propos (du financement) des soins de santé pénitentiaires sont attendus (prévus pour fin 2016) et qu'entretemps, le Ministère de la Santé publique ne prend aucune initiative (Chambre belge des représentants, 2015: 56).

<sup>5</sup> La seule exception étant l'art. 98 de l'Arrêté Royal du 12 décembre 2005 fixant la date d'entrée en vigueur de l'article 98 de la Loi de principes du 12 janvier 2005 concernant l'administration des établissements pénitenciers de la santé M.B. 29 décembre 2005.

<sup>6</sup> Soit les plateformes de concertation soins de santé mentale, les établissements psychiatriques et les ateliers protégés.

Le SPF Justice finançait depuis 2011 le fonctionnement des points de contact. A la communautarisation des prestations d'aide (aux usagers de drogues), les Points centraux de Contact pour usagers de drogues n'ont cependant pas été transférés vers les Communautés. Le Service public fédéral Justice déclara ne plus pouvoir supporter plus longtemps le financement et un avis négatif de l'inspecteur des finances relatif à la poursuite du financement des points de contact mena à l'arrêt de leurs activités. Dès lors, le CAP fut dissout le 1<sup>er</sup> mai 2016, suivi par Step by Step et Le Prisme en septembre 2016.

De nombreuses concertations entre la Justice, la Santé Publique et les Communautés resteront nécessaires pour le redémarrage des points de contact. Des accords clairs devront être conclus en termes de responsabilité et du financement qui s'en accompagne.

Les projets qui semblent efficaces au termes d'évaluations scientifiques approfondies devront être financés structurellement et ceux qui ne fonctionnent pas devront être abandonnés (Vander Laenen, 2016). Ainsi, Jo Vandeurzen, ministre flamand du Bien-Etre, de la Santé publique et de la Famille (Welzijn, Volksgezondheid en Gezin), déclara le 4 octobre 2016 que le financement du CAP sera intégré à partir de 2017 au sein des compétences flamandes pour les prestations d'aide et de services aux détenus. Fin novembre 2016, le financement ultérieur des services Le Prisme et Step By Step n'était pas encore clair.

### *Continuité*

Au niveau de la stratégie européenne antidrogues (2013-2020), la résolution UNGASS (2016) et les recommandations de l'OMS (2014) font explicitement état de la nécessité de porter une attention particulière au renforcement et au développement de soins continus et de qualité pour les usagers de drogues incarcérés afin d'atteindre un niveau de soins équivalent à ce qui est proposé dans la communauté. L'engagement par prison d'un collaborateur permanent du point de contact peut y contribuer. Par ailleurs, la continuité des soins renforce la relation de confiance, tant entre le collaborateur et le bénéficiaire qu'entre le collaborateur et les services de prestation d'aide (aux usagers de drogues). En outre, une plus grande disponibilité des collaborateurs favoriserait également la continuité des soins. Le fait que le bénéficiaire ait déjà été libéré avant la tenue du premier entretien constituait en effet la raison principale pour laquelle ils ne pouvaient être rencontrés. Cela signifie qu'à l'avenir des efforts devront être déployés pour amener les bénéficiaires plus rapidement vers les services de prestation d'aide (aux usagers de drogues). Avec une capacité humaine plus importante, plus de bénéficiaires pourraient être rencontrés et les personnes avec des besoins complexes pourraient être suivies de façon plus intensive. Il importe qu'il y ait également suffisamment d'espace et de temps pour la concertation avec les différents partenaires. L'élargissement du mandat des collaborateurs des points de contact, par l'instauration du casemanagement, permettrait de suivre et d'évaluer les trajectoires au-delà de la détention.

## **4.2. Recommandations au niveau de la visibilité**

Une description clairement circonscrite et transparente de la mission des points de contact ainsi que l'organisation systématique de séances d'information ou d'introduction pour tous les acteurs concernés peuvent améliorer la visibilité des points de contact. Une attention particulière doit à ce sujet être portée au contexte carcéral. Des folders, vidéo et des notes de service sur les procédures de fonctionnement et sur la collaboration avec les autres services peuvent être développés à cet effet. Ceux-ci se doivent d'être courts, clairs et conçus en tenant compte de détenus allophones (MacDonald et al., 2012). Cette visibilité doit se faire tant au sein de la prison (par exemple auprès du service médical, des agents

pénitentiaires,...) qu'en dehors des murs de la prison (par exemple auprès des avocats, des juges). Ainsi, il convient que d'autres services que ceux des prestations d'aide (aux usagers de drogues) soient également familiers avec le fonctionnement des points de contact, comme le VDAB, Actiris, le FOREM et le CPAS.

### **4.3. Recommandations au niveau du fonctionnement propre**

#### *Informer*

Afin de pouvoir donner et transmettre une information de façon constructive, une bonne collaboration entre les différents services s'avère nécessaire, tant entre les services au sein de la prison qu'entre les services dans et à l'extérieur de la prison. L'efficacité des échanges de données en dépend étroitement. Suffisamment de temps doit être consacré à la communication entre les services et à la clarté de la répartition des tâches, des attentes et des responsabilités (MacDonald et al., 2012).

Les collaborateurs des points de contact et les prestataires d'aide externes peuvent échanger des informations sous le couvert du secret professionnel partagé si cette information est nécessaire pour la qualité ou la continuité de la prestation d'aide, si le bénéficiaire a été bien informé de la finalité et du contenu de l'échange et s'il a donné son accord à cet effet (Vander Laenen & Stas, 2015). Les acteurs judiciaires ne sont cependant pas tenus de la même manière par le secret professionnel de sorte qu'il n'est pas question de secret professionnel partagé avec les prestataires d'aide (Van der Straete & Put, 2005). Cela n'empêche pas une bonne collaboration, pour autant qu'il y ait des accords clairs quant au transfert d'informations dans respectant du secret professionnel des prestataires d'aide (Vander Laenen & Vanderplasschen, 2012; Colman, Vander Laenen & De Ruyver, 2010)<sup>7</sup>. Ainsi, il est nécessaire que l'acteur de la Justice définisse clairement son rôle auprès du bénéficiaire et que les choses soient claires tant au niveau du bénéficiaire qu'au niveau des aspects qui outrepassent celui-ci (Vander Laenen, 2013). En outre, la création d'une base de données commune ou d'une procédure de communication horizontale entre les collaborateurs des points de contact et les prestataires de soins augmenterait la qualité et l'efficacité de la collaboration. L'accès à cette base de données doit cependant se faire en adéquation avec le secret professionnel. Ainsi tant les collaborateurs des points de contact que les prestataires d'aide (aux usagers de drogues) peuvent faire l'économie d'un double travail d'enregistrement et d'identification des données relatives au client et celles qui l'outrepassent

#### *Examen, évaluation et casemanagement*

A l'arrivée en prison, un examen général par le service médical nous semble approprié afin de détecter de manière précoce les problèmes d'abus de substances. Celui-ci doit être réalisé à l'égard des différents domaines de vie: la santé physique, le travail/la formation/les revenus, l'usage de substances, la justice/la police, les relations familiales et sociales et la santé psycho-émotionnelle. Le 'Simple Screening Instrument for Substance Abuse (SSI-SA)' (Winters & Zenilman, 1994) et le 'Brief Jail Mental Health Screen (BJMHS)' (Steadman & Veysey, 1997) sont deux outils d'examen courts et valides contenant respectivement quatre et huit questions pouvant être mobilisées à cet effet<sup>8</sup>. Lorsqu'un problème de

---

<sup>7</sup> Cela vaut tant pour la concertation avec le Service Psychosocial pendant la période de détention que pour la concertation avec l'assistant de justice du bénéficiaire en charge de son suivi après sa libération de prison, lequel assure le lien entre la prestation d'aide et la Justice.

<sup>8</sup> Ces outils font partie d'une procédure d'examen et d'évaluation plus large qui a été développée dans une précédente recherche BELSPO "Usage de drogue et psychopathologie dans les milieux correctionnels". (<https://www.belspo.be/belspo/fedra/proj.asp?l=fr&COD=DR%2F26>) (Soyez et al., 2007; De Wilde et al., 2007).

consommation de drogues apparaît à l’occasion de cet examen, il est indiqué de procéder à une évaluation complémentaire et plus détaillée (Soyez et al., 2007; De Wilde et al., 2007).

Parmi d’autres objectifs, le case management sert à assurer la continuité des soins (Vanderplasschen, Rapp, Wolf & Broekaert, 2004; Vanderplasschen et al., 2011). Le case manager joue un rôle de motivation, de coordination et d’assistance et offre de façon systématique et coordonnée un large éventail de services taillés sur mesure aux besoins du bénéficiaire (Hall, Carswell, Walsh, Huber, & Jampoler, 2002). Le case management devient de plus en plus commun dans le traitement d’abus de consommation de produits. En Belgique, c’est principalement utilisés auprès des usagers de drogue avec des problèmes multiples et complexes ainsi que pour soutenir des transitions au niveau du soin porté à la personnes (‘care’) (Vanderplasschen et al., 2011)

Si le détenu avait déjà un casemanager avant sa détention, ce casemanager externe peut continuer à suivre le bénéficiaire avec l’autorisation de celui-ci. Si le détenu n’avait pas encore eu de contact avec les services de prestation d’aide (aux usagers de drogues) ou qu’il n’a pas de casemanager, un casemanagement peut être mis en place selon la complexité de la problématique et la demande d’aide de l’intéressé. La fonction de casemanager est ensuite assumée par un collaborateur du point de contact avec l’autorisation du détenu. A la sortie de prison, le suivi se poursuit si le détenu est d’accord. Le rôle des points de contact est ainsi étendu, ce qui nécessite plus de moyens. Lorsque le détenu souhaite avoir un casemanager à sa libération et que la complexité de la problématique s’y prête, il peut encore formuler cette demande à un collaborateur du point de contact (Figure 3). Le secret professionnel du casemanager garantit pleinement la relation de confiance avec le bénéficiaire, autrement que lors d’un accompagnement et d’un suivi par un assistant de justice.

L’intervention de casemanagers, qui suivent et accompagnent également les détenus après la détention, est très ambitieuse en termes de charge de travail et de moyens. Cette forme de soutien ambitieuse est pourtant fortement indiquée, étant donné la complexité des facteurs qui rendent difficile les prestations d’aide de qualité aux détenus pendant et après la détention. Considérant que le risque de récidive est le plus élevé endéans les trois mois qui suivent la libération, le casemanagement joue surtout un rôle très important pendant cette période. La littérature décrit différents types de casemanagement efficaces qui varient en intensité et en durée (Vanderplasschen, Wolf & Colpaert, 2004; Rapp, Van Den Noortgate, Broekaert & Vanderplasschen, 2014).

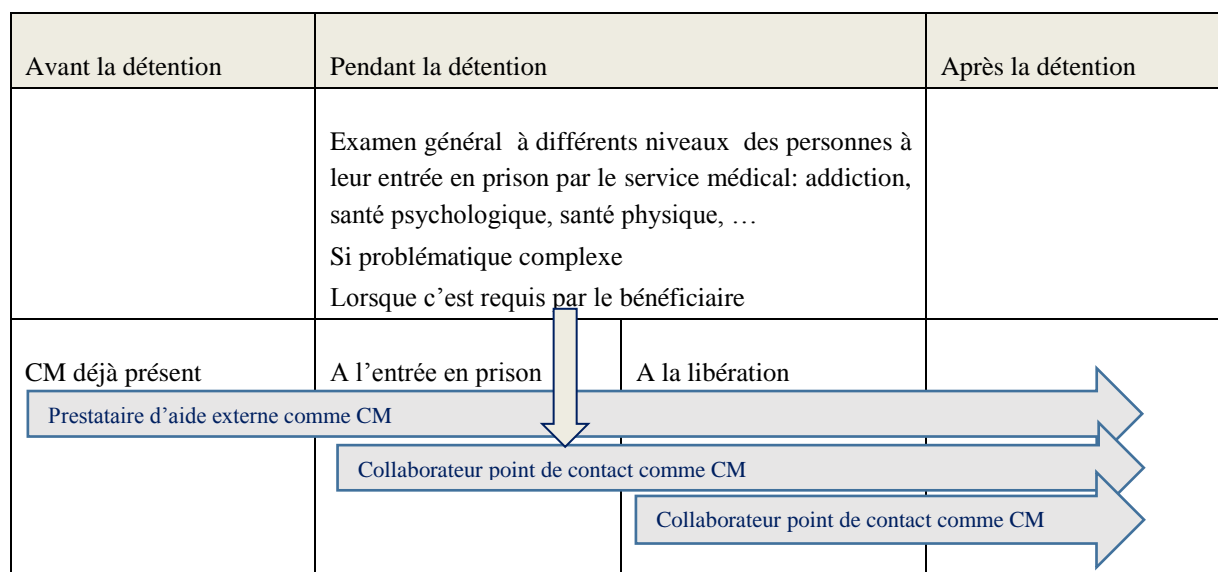


Figure 3: Aperçu schématique de la façon dont l’examen, l’évaluation et le casemanagement pourraient être organisés à l’avenir par les points de contact

## *Motivation*

L'adaptation et/ou la réorganisation du temps investi en raison du fait de travailler en milieu carcéral peut être un premier pas vers l'aménagement d'un fonctionnement plus efficace. Le délai d'attente entre l'inscription et le premier entretien avec un collaborateur du point de contact peut ainsi être réduit. Ce délai d'attente constitue en effet un facteur qui entrave la motivation. En outre, les collaborateurs doivent continuer à disposer de suffisamment de temps et d'espace pour offrir un soutien émotionnel aux bénéficiaires afin de maintenir et de renforcer leur motivation.

Une formation spécifique des nouveaux collaborateurs à l'entretien motivationnel, à la connaissance de la comorbidité comme à l'offre et au fonctionnement des services de prestation d'aide (aux usagers de drogues) est essentielle pour augmenter la motivation des bénéficiaires. Ainsi, les collaborateurs doivent connaître les obstacles auxquels les détenus font face dans leur réinsertion (MacDonald et al., 2012). Une attention particulière doit être portée aux groupes cibles spécifiques, dont les femmes, les personnes avec une problématique d'alcool, une limitation intellectuelle, un double diagnostic, une situation de séjour illégal, des symptômes psychiatriques ainsi que les bénéficiaires sous surveillance électronique et les bénéficiaires allophones. Un soutien global qui va au-delà des problèmes de toxicomanie et qui tient compte des forces et des barrières dans différents domaines de vie est nécessaire (Durcan, 2008; Galea, Enggist, Udesen & Møller, 2014). La mise en œuvre d'une offre systémique suppose dès lors également que le fonctionnement des points de contact soit ancré dans un ensemble plus vaste de liens de collaboration avec, par exemple pour le contexte flamand, le JWW et le GZZ (cf. *infra*).

L'implication des familles et du réseau élargi du bénéficiaire permet également d'améliorer potentiellement la motivation. Il ressort ainsi d'une recherche internationale que le soutien des membres de la famille joue un rôle crucial dans la réussite de la réinsertion (MacDonald et al., 2012). La famille semble également être une motivation importante pour participer au programme 'DRUGS de baas?!' (WP5). Selon les participants au programme, il est également indiqué d'impliquer aux sessions des pairs dotés d'une expertise provenant de leur propre expérience. Ceux-ci peuvent servir d'exemple et stimuler la motivation des participants en vue d'un accompagnement ou d'un traitement (Erp, Boertien, Scholtens & Rooijen, 2011; Weerman, 2013).

De même, une interférence limitée avec les activités propres au contexte carcéral, comme la promenade, le travail, les heures de visite, peut augmenter la disposition à participer au programme. Les mêmes obstacles ont été avancés dans une étude récente relative à la participation des détenus flamands pendant la détention à un programme de formation à l'emploi (Brosens, De Donder, Dury & Verté, 2015).

### *Un programme collectif renforçant la motivation: 'DRUGS de baas?!' (WP5)*

Plusieurs constats mettent l'accent sur l'importance de la mise en œuvre et du développement d'un programme motivationnel de courte durée pour les détenus avec une problématique de drogues. Ainsi, il ressort du WP 5 que les participants étaient satisfaits du programme avec un score moyen de 7,7/10. L'expertise, l'absence de préjugés, le secret professionnel et la familiarité avec le contexte carcéral des accompagnateurs étaient considérés par ces derniers, les participants et le Service Psychosocial (SPS) comme les grandes forces du programme. Plusieurs participants appréciaient positivement qu'il y ait enfin une forme de prestation d'aide en prison orientée vers les personnes avec une problématique de drogue. Ils trouvaient le programme important car il pouvait constituer un premier contact avec la prestation d'aide et ils le vivaient comme une forme de pré-thérapie. Il convient donc que ce programme soit poursuivi, et de préférence étendu, en complément au fonctionnement des points de contact.

Afin d'étendre la base et la visibilité du programme, il est indiqué de mettre en place un examen précoce des détenus. Une seule présentation du programme est par ailleurs insuffisante. Les accompagnateurs du programme devraient être familiarisés avec le contexte carcéral. Le personnel pénitentiaire devrait quant à lui prendre également connaissance du programme. La visibilité des points de contact peut également être améliorée en y consacrant une séance d'information. La participation au programme motivationnel de courte durée doit par ailleurs se faire en complément au travail mené avec le point de contact. Les bénéficiaires des points de contact peuvent se joindre au programme, mais ce n'est pas un prérequis. Une attention suffisante doit être portée à l'abus d'alcool au vu du nombre de détenus ayant un problème avec l'alcool (cf. *supra*) et de la relation établie par la recherche scientifique entre l'alcool et l'agressivité (Coccaro et al., 2016; Beck, Heinz & Heinz, 2014; McCloskey, Berman, Echevarria & Coccaro, 2009).

Si le programme est mis en œuvre dans une ou plusieurs prisons francophones, le temps nécessaire doit être prévu pour traduire et adapter le matériel. En outre, il est indiqué d'organiser des supervisions, des interventions et des formations de plusieurs jours pour les accompagnateurs, axées sur les besoins en milieu carcéral. Une économie financière considérable peut être réalisée si le programme est systématiquement intégré dans l'offre plus large des prestations d'aide et de services au sein de la prison. Cette implémentation nécessite une concertation, une perspective à long terme et la présence de suffisamment de personnel pénitentiaire.

Tous les acteurs concernés s'accordent à dire qu'un certain suivi en détention après le programme est nécessaire afin de préserver la connaissance acquise, le niveau de changement atteint et la motivation. Un tel suivi doit se concentrer sur: la précision des possibilités d'accompagnement et de traitement; la concrétisation et l'accompagnement du passage vers les services de prestation d'aide (aux usagers de drogues) ; la prévention des situations à risque et la limitation des risques; le maintien et le renforcement de la motivation. Les accompagnateurs du programme se trouvent dans la position adéquate pour assurer ce suivi étant donné qu'ils connaissent les participants comme ce qui les motive et qu'ils peuvent travailler davantage certains contenus du programme.

### *Orienter*

Une description des tâches soutenues par les collaborateurs des points de contact est une condition importante pour pouvoir parler d'une collaboration efficace et fluide. La différenciation des profils de bénéficiaire (WP1, WP4) souligne par ailleurs la nécessité d'une approche centrée sur lui. A cet effet, une évaluation individuelle et intégrée au travers d'une approche participative est essentielle. Il importe également que les outils d'évaluation soient standardisés et adaptés au contexte spécifique de la population carcérale. L'efficacité des points de contact peut ainsi être observée et évaluée.

Des critères d'exclusion liés au profil des bénéficiaires, établis par les services de prestation d'aide (aux usagers de drogues), compliquent l'orientation des bénéficiaires qui se présentent auprès des points de contact. La prise de conscience que les orientations laborieuses de cas complexes relèvent de la responsabilité partagée de tous les acteurs concernés est indispensable. Augmenter l'expertise des prestataires d'aide et des collaborateurs des points de contact sur des problématiques complémentaires, telles la limitation intellectuelle ou les symptômes psychiatriques, peut permettre une orientation plus ciblée. Outre les contacts avec les services de prestation d'aide (aux usagers de drogues), il convient de développer une relation ancrée avec l'offre de services générale. A travers une offre de services intégrale de prestations d'aide il convient d'investir davantage dans l'élaboration de passerelles entre la prison et la communauté. Cette offre intégrale doit se faire dans tous les domaines importants de la vie, en portant

attention au bien-être général, au réseau social, aux loisirs et au travail. Une collaboration active avec entre autres les logements sociaux, les agences immobilières sociales et le CPAS (par exemple afin d'entamer déjà pendant la détention une procédure pour obtenir le revenu d'intégration social ou un accompagnement autour de la médiation de dettes) est fortement recommandée (Vander Laenen, 2015b).

### *Signaler et enregistrer*

La fonction de signalement doit être explicitement prévue comme une mission complémentaire des collaborateurs des points de contact si ces derniers devaient être maintenus à l'avenir. L'adaptation et/ou la réorganisation du temps investi en raison du fait de travailler en milieu carcéral peut contribuer à dégager plus de temps et d'espace pour atteindre ce quatrième objectif. Une simplification administrative ou la mise à disposition dans la prison d'un ordinateur avec accès au serveur peut permettre une procédure d'enregistrement plus efficace.

La Belgique s'est engagée à enregistrer au niveau national les indicateurs-clés du Protocole européen Treatment Demand Indicator (TDI), ce qui permet de dégager des priorités pour le traitement et la prévention. L'enregistrement des TDI du sein des points de contact constitue ainsi une source d'informations importante afin de dépeindre le nombre et le profil des nouveaux bénéficiaires des prestations d'aide (aux usagers de drogues) en vue d'offrir des soins idoines à leurs besoins. Les TDI qui n'étaient pas encore repris dans le formulaire d'enregistrement d'inscription proposé y furent ajoutés (Institut Scientifique de Santé Publique, 2016; Antoine, De Ridder, Plettinckx, Blanckaert & Gremeaux, 2016). Le formulaire d'enregistrement adapté a été repris en annexe du rapport (voir annexe 1 'Formulaire d'Enregistrement d'Inscription Adapté Néerlandais' et annexe 2 'Formulaire d'Enregistrement d'Inscription Adapté Français'). Les formulaires d'enregistrement nouvellement développés pourront être utilisés après la clôture de la recherche afin de rendre possible une gestion uniforme de l'enregistrement et une comparaison entre la Flandre, la Wallonie et Bruxelles.

Un enregistrement de suivi est recommandé afin de suivre et d'évaluer l'effet des trajectoires des bénéficiaires. Dans l'élaboration de ce formulaire d'enregistrement de suivi une attention particulière doit être portée aux difficultés propres à l'enregistrement en milieu carcéral, à la charge de travail des collaborateurs et au secret professionnel (partagé). Il importe que les collaborateurs des points de contact sollicitent le consentement éclairé du bénéficiaire pour s'enquérir auprès du service de prestation d'aide (aux usagers de drogues) de sa trajectoire après l'orientation.

Par conséquent, le processus d'orientation peut être suivi et évalué avec le consentement du bénéficiaire, en réponse à la continuité des soins. La recherche a montré qu'un suivi téléphonique peut prévenir la rechute et favoriser le rétablissement (Dennis, Scott & Laudet, 2014). Quand ce suivi est mise en œuvre systématiquement, il a le potentiel de révéler les obstacles et les pièges du traitement (de l'abus de substances). En outre, la continuité des soins peut être améliorée en s'attaquant à ces obstacles et pièges tant en ce qui concerne le bénéficiaire que sur le plan structurel (cf. fonction de signalement).

#### **4.4. Recommandations au niveau de la collaboration et du réseautage**

Une collaboration et un réseautage efficaces entre les services au sein de la prison et les services externes sont essentiels dans l'élaboration de trajectoires réussies (MacDonald et al., 2012). A l'intérieur de la prison, les réunions d'équipe avec les collaborateurs des points de contacts restent nécessaires pour se soutenir mutuellement. En Flandre, des concertations régulières avec des collaborateurs des SAD et des SSM intervenant en prison sont recommandées en vue de la mise au point d'un 'plan de prestation d'aide



et de services' (Polfliet, Vander Laenen & Roose, 2012). En outre, une concertation avec les membres du service psychosocial est également nécessaire pour l'élaboration du plan de détention.

En vue d'une collaboration et d'une orientation efficaces, il est également important que les collaborateurs des points de contact soient impliqués dans les réunions de concertation de réseaux extérieurs à la prison, tant au sein de la prestation d'aide spécifique aux usagers de drogues qu'au sein des services de santé mentale. Ainsi, les objectifs et le fonctionnement des points de contact peuvent être exposés de façon cohérente et les éventuels points de friction dans la collaboration mis en lumière. Une évaluation annuelle entre les collaborateurs des points de contact et les prestataires d'aide externes quant au déroulement des orientations et des trajectoires des bénéficiaires est indiquée. Ce moment d'évaluation consolide la professionnalisation des points de contact étant donné que les éléments qui contribuent à une orientation fluide pourront y être davantage développés. Le secret professionnel partagé est de rigueur si la concertation n'est pas rendue anonyme (cf. *supra*).

#### **4.5. Recommandations au niveau politique**

##### *Dispositif de soins intégré*

Afin de garantir aux détenus des soins de qualité, il est souhaitable d'à la fois intégrer le plus possible à la prison les prestations d'aide (aux usagers de drogues) de la communauté et d'organiser une offre spécifique au contexte carcéral (Vanhex, Vandevelde, Stas & Vander Laenen, 2014). Tout doit être mis en œuvre afin de proposer des prestations d'aide (aux usagers de drogue) dans chaque prison et d'élaborer une politique de drogue intégrée. Cela peut notamment être développé par la poursuite ou la relance des groupes de pilotage 'drogue' locaux (GPDL). Au sein de ces groupes, les collaborateurs des points de contact doivent jouer un rôle actif, tant dans l'élaboration d'une politique locale intégrée 'drogue' en détention que dans le signalement. L'offre de prestations d'aide et de services aux détenus doit être liée de manière optimale à celle offerte par les autres acteurs, tels que les SAD et les SSM (Vanhex, Vandevelde, Stas & Vander Laenen, 2014).

La communautarisation services de prestation d'aide (aux usagers de drogues), permet de remplacer le financement actuel axé sur la prestation par un financement désormais axé sur la personne (Gouvernement flamand, 2013; Vander Laenen, 2016), de telle sorte qu'il leur est possible d'intervenir en prison (Vanhex, Vandevelde, Stas & Vander Laenen, 2014). Un continuum d'interventions est indiqué afin de proposer à chaque détenu des soins sur mesure. Ces interventions intégrées et compréhensives devraient s'appuyer sur des interventions empiriquement fondées, parmi lesquelles des initiatives de réduction des risques, (Galea, Enggist, Udesen & Møller, 2014). Un traitement de substitution à la méthadone devrait a minima être organisé ou étendu dans toutes les prisons. Actuellement, ce n'est pas le cas (Schiltz, Van Malderen & Vanderplasschen, 2015). La continuation d'un traitement de substitution à la méthadone en détention contribue en effet à une plus grande disposition au traitement après la libération, ce qui engendre une moindre probabilité d'overdose et de comportement à risque (Rich et al., 2015). Une politique de soins cohérente concernant la substitution s'impose donc, indépendamment des positions individuelles favorables ou défavorables des médecins. Il est possible de répondre à la réticence de certains médecins pénitentiaires à l'égard des traitements de substitution par une formation complémentaire (Vanhex, Vandevelde, Stas & Vander Laenen, 2014; Memorandum Zorg en Detentie, 2014).

## *Aftercare et suivi*

La présence d'une problématique en lien avec les drogues semble augmenter le risque de mortalité après la libération, indépendamment des facteurs socio-démographiques, criminologiques ou familiaux (Chang, Lichtenstein, Larsson & Fazel, 2015). Le suivi peut limiter ce risque, dans la mesure où cela exerce une influence positive sur la diminution du risque de récidive et de l'usage de drogues après la détention (Belenko, Hiller & Hamilton, 2013; Galassi, Mpofo, & Athanasou, 2015; Wexler & Prendergast, 2010). Ce suivi est particulièrement important durant les trois premiers qui suivent la détention étant donné que le risque de récidive y est le plus élevé (voir WP 2). Un relais entre la prison et la prestation d'aide (aux usagers de drogue) extra muros est très important pour garantir la continuité des soins et obtenir des effets à long terme (Galea, Enggist, Udesen & Møller, 2014). Actuellement, ce relais est insuffisamment assuré dans le contexte carcéral belge et l'est encore moins depuis l'arrêt des points de contact en prison. Des exemples à l'étranger fortement centrés sur le soutien des pairs (*peer support*) ou l'expertise issue de l'expérience, pourraient pourtant être inspirants quant à l'organisation d'un suivi pour soutenir les détenus dans leur réinsertion et leur réhabilitation au sein de la société.

## Références

- Antoine, J., De Ridder, K., Plettinckx, E., Blanckaert, P., & Gremeaux, L. (2016). Treatment for substance use disorders: the Belgian Treatment Demand Indicator registration protocol. *Archives of Public Health*, 74(1), 27.
- Bagnall, A. M., South, J., Hulme, C., Woodall, J., Vinall-Collier, K., Raine, G., ... & Wright, N. M. (2015). A systematic review of the effectiveness and cost-effectiveness of peer education and peer support in prisons. *BMC public health*, 15(1), 1.
- Beck, A., Heinz, A.J., Heinz, A. (2014). Translational clinical neuroscience perspectives on the cognitive and neurobiological mechanisms underlying alcohol-related aggression. *Curr. Top. Behav. Neurosci.* 17, 443-474.
- Belenko, S. (2006). Assessing released inmates for substance-abuse-related service needs. *Crime & Delinquency*, 52(1), 94-113. doi:10.1177/0011128705281755
- 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
- Brosens, D., De Donder, L., Dury, S., & Verté, D. (2015). Barriers to participation in vocational orientation programmes among prisoners. *Journal of Prison Education and Reentry*, 2(2), 4-18.
- Cartier, J., Farabee, D. & Prendergast, M. L. (2006). Methamphetamine use, self-reported violent crime, and recidivism among offenders in California who abuse substances. *Journal of Interpersonal Violence*, 21(4), 435-445. doi:10.1177/0886260505285724
- 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. *The Lancet Psychiatry*, 2(5), 422-430.
- Coccaro, E. F., Fridberg, D. J., Fanning, J. R., Grant, J. E., King, A. C., & Lee, R. (2016). Substance use disorders: Relationship with intermittent explosive disorder and with aggression, anger, and impulsivity. *Journal of psychiatric research*, 81, 127-132.
- Colman, C., Vander Laenen, F., & De Ruyver, B. (2010). De samenwerking tussen justitie en de (drug)hulpverlening, Randvoorwaarden voor een optimale interactie. In L. Pauwels & G. Vermeulen (eds.), *Actualia Strafrecht en Criminologie 2010* (Reeks Gandaius), Update in de Criminologie (pp. 313-342). Antwerpen: Maklu.
- Cox, K. (2013). *The effectiveness of alcohol and drug treatment among the incarcerated population* (Doctoral dissertation, uniwien).
- Dekkers, A., & Vanderplassen, W. (2013). De inhoud van de hulpverleningsplannen en het verloop van de DBK-trajecten van Gentse DBK-cliënten. *Het pilootproject drugbehandelingskamer te Gent: een uitkomstevaluatie*, 91-118.
- Dennis, M. L., Scott, C. K., & Laudet, A. (2014). Beyond Bricks and Mortar: Recent Research on Substance Use Disorder Recovery Management. *Current Psychiatry Reports*, 16(4), 1-7.
- De Pauw, M., De Valck, S. & Vander Laenen, F. (2009). Drugs in de gevangenis. Kwalitatief onderzoek bij gedetineerden in de gevangenis van Gent. *Fatik*, 27(124), 21-27.

- De Ruyver, B., Ponsaers, P., Lemaître, A., Macquet, C., De Wree, E., Hodeige, R., Pieters, T., Cammaert, F. & Sohier, C. (2007). *Effecten van alternatieve afhandeling voor druggebruikers*. Gent: Academia Press.
- De Wilde, J., Soyez, V., Vandevelde, S., Broekaert, E., Vander Beken, T., Guillaume, R., Dumortier, E. & Caels, Y. (2007). *Usage de drogue et psychopathologie dans les prisons: une etude exploratoire pour le developpement d'une methodologie*. Academia Press
- De Wree, E., De Ruyver, B. & Pauwels, L. (2009). Criminal justice responses to drug offences: Recidivism following the application of alternative sanctions in Belgium. *Drugs: Education, Prevention and Policy*, 6, 550-560.
- De Wree, E., Pauwels, L., Colman, C. & De Ruyver, B. (2009). Alternative sanctions for drug users: fruitless efforts or miracle solution? *Crime, Law and Social Change*, 52, 513-525.
- Durcan, G. (2008). *From the inside. Experiences of prison mental health care*. London: *Centre for Mental Health*. 1-78.
- EMCDDA. (2001). *An overview study: assistance to drug users in European Union prisons. EMCDDA Scientific Report, 2001*, 1-32.
- EMCDDA. (2012). *Prison and drugs in Europe: The problem and responses*. Luxembourg: Publications Office of the European Union.
- Erp, N., Boertien, D., Scholtens, G. & Rooijen, S. (2011). *Ervaringsdeskundigheid en herstelondersteuning*. Utrecht: Trimbos-instituut/Kenniscentrum Phrenos.
- Evans, E., Li, L., & Hser, Y. I. (2009). Client and program factors associated with dropout from court mandated drug treatment. *Evaluation and program planning*, 32(3), 204-212.
- Favril, L. & Vander Laenen, F. (2013). Een geïntegreerd drugsbeleid in de gevangenis: zorgen voor morgen. *Fatik*, 31(140), 15-20.
- Fazel, S., Bains, P. & Doll, H. (2006). Substance abuse and dependence in prisoners: a systematic review. *Addiction*, 101(2), 181-191. doi:10.1111/j.1360-0443.2006.01316.x
- Fazel, S. & Seewald, K. (2012). Severe mental illness in 33 588 prisoners worldwide: systematic review and metaregression analysis. *The British Journal of Psychiatry*, 200(5), 364-373.
- Federale Overheidsdienst Justitie (2015). Jaarverslag 2014. Directoraat-generaal penitentiaire inrichtingen. Verkregen op 30 augustus, 2016, via <http://justitie.belgium.be/sites/default/files/downloads/BAT%20NL%202014.pdf>
- Federale Overheidsdienst Justitie (2016). Justitie in cijfers. Verkregen op 30 september, 2016, via [http://justitie.belgium.be/nl/informatie/statistieken/justitie\\_in\\_cijfers](http://justitie.belgium.be/nl/informatie/statistieken/justitie_in_cijfers)
- Galassi, A., Mporu, 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.

- Gossop, M., Trakada, K., Stewart, D. & Witton, J. (2005). Reductions in criminal convictions after addiction treatment: 5-year follow-up. *Drug and Alcohol Dependence*, 79, 295-302.
- Hall, J.A., Carswell, C., Walsh, E., Huber, D.L., & Jampoler, J.S. (2002). Iowa case management: Innovative social casework. *Social Work*, 47(2), 132-141.
- Humphreys, K., & Lembke, A. (2014). Recovery-oriented policy and care systems in the UK and USA. *Drug and alcohol review*, 33(1), 13-18.
- Jaffe, M. (2012). *Peer support and seeking help in prison: a study of the Listener scheme in four prisons in England* (Doctoral dissertation, Keele University).
- Kazadi Tshikala, T. & Vander Laenen, F. (2015). Het Belgisch penitentiair drugsbeleid: sleutelfiguren uit de top van de administratie kijken aan het woord. *Fatik*(146), 16-20.
- Langan, P. A. & Levin, D. J. (2002). Recidivism of prisoners released in 1994. *Federal Sentencing Reporter*, 15(1), 58-65.
- Lloyd, C., Russell, C., & Liebling, A. (2014). Evaluation of the Drug Recovery Wing Pilots: Scoping and Feasibility Report.
- MacDonald, M., Weilandt, C., Popov, I., Joost, K., Alijev, L., Berto, D. & Parausanu, E. (2012). *Throughcare for prisoners with problematic drug use: a toolkit*. Birmingham: Birmingham City University.
- MacDonald, M., Williams, J. & Kane, D. (2012). Barriers to implementing throughcare for problematic drug users in European prisons. *International Journal of Prisoner Health*, 8(2), 68-84.
- MacDonald, M., Williams, J. & Kane, D. (2013). Throughcare for prisoners with problematic drug use: a European perspective. *EuroVista*, 2.3, 144-153.
- McCloskey, M.S., Berman, M.E., Echevarria, D.J., Coccaro, E.F. (2009). Effects of acute alcohol intoxication and paroxetine on aggression in men. *Alcohol Clin. Exp. Res.* 33, 581-590.
- Memorandum Zorg en Detentie (2014). Naar een volwaardig gezondheidszorg voor gedetineerden en geïnterneerden in België memorandum. Reflectiegroep «zorg en detentie» 25 juli 2014. Verkregen op 23 september, 2016, via <http://docplayer.nl/11509693-Naar-een-volwaardige-gezondheidszorg-voor-gedeteneerden-en-geïnterneerden-in-belgie-memorandum-reflectiegroep-zorg-en-detentie-25-juli-2014.html>
- Mine, B., Robert, L. & Maes, E. (2015). Soulever un coin du voile sur la récidive en Belgique. La prévalence de la récidive à partir des données du Casier judiciaire central. *Revue de droit pénal et de criminologie*, 6, 620-650.
- Noppe, J., Hemmerechts, K., Pauwels, L., Verhage, A. & Easton, M. (2011). De oude fout in beeld? Naar een lokale recidivemonitor voor de stad Antwerpen. Antwerpen-Apeldoorn: Maklu.
- Permanente Coördinatie Algemene Cel Drugsbeleid (2010). Een globaal en geïntegreerd drugsbeleid voor België. *Gemeenschappelijke Verklaring van de Interministeriële Conferentie Drugs*. IMCDRUGS 2010, V.A.1, 1-89.

- Polfliet, K., Vander Laenen, F., & Roose, R. (2012). Het beleid van de Vlaamse Gemeenschap inzake forensisch welzijnswerk. In R. Roose, F. Vander Laenen, I. Aertsen, & L. Van Garsse (Eds.), *Handboek forensisch welzijnswerk. Ontwikkeling, beleid, organisatie & praktijk* (pp. 105-119). Gent: Academia Press.
- Powis, B., Walton, C., & Randhawa, K. (2014). *Drug Recovery Wings Set Up, Delivery and Lessons Learned: Process Study of First Tranche DRW Pilot Sites. London: Ministry of Justice.*
- 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.
- Rich, J. D., McKenzie, M., Larney, S., Wong, J. B., Tran, L., Clarke, J., ... & Zaller, N. (2015). Methadone continuation versus forced withdrawal on incarceration in a combined US prison and jail: a randomised, open-label trial. *The Lancet, 386*(9991), 350-359.
- Robert, L., Mine, B., Maes, E. (2015). Recidive na een rechterlijke beslissing. De eerste nationale cijfers over recidiveprevalentie op basis van het Centraal Strafregister. *Panopticon, 36*(3), 173-189.
- Rutherford, M. & Duggan, S. (2009). Meeting complex health needs in prisons. *Public Health, 123*(6), 415-418. doi:10.1016/j.puhe.2009.04.006
- Schiltz, J., Van Malderen, S. & Vanderplasschen, W. (2015). Access to health care and harm reduction in Belgian prisons (PRIDE Europe – Belgium) (niet-gepubliceerd onderzoeksrapport). Gent: Universiteit Gent, Vakgroep Orthopedagogiek.
- Snacken, S. (2015). Punishment, legitimate policies and values: Penal moderation, dignity and human rights. *Punishment & Society, 17*(3), 397-423.
- Soyez, V., De Wilde, J., Vander Beken, T., Broekaert, E., Vandeveldde, S., Guillaume, R., Dumortier, E. & Caels, Y. (2007). *Druggebruik en psychopathologie in gevangenen: een exploratieve studie tot methodiekontwikkeling.* Academia Press.
- Statistics Belgium (2015). Gevangenisbevolking. Verkregen op 28 september, 2016, via <http://statbel.fgov.be/nl/statistiek/cijfers/bevolking/andere/gevangenen/>
- Steadman, H. J., & Veysey, B. M. (1997). *Providing services for jail inmates with mental disorders.* Washington, DC: US Department of Justice, Office of Justice Programs, National Institute of Justice.
- Stöver, H. (2006). HIV/AIDS Prevention, Care, Treatment and Support in Prison Settings: A Framework for an Effective National Response.
- Stöver, H., Weilandt, C., Zurhold, H., Hartwig, C. & 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. *Bonn: Wissenschaftliches Institut der Ärzte Deutschlands gem. ev. V.(WIAD).*
- Torrens, M., & Ruiz, V. J. C. (2015). 3.1 Historical Steps and Recent Developments of Drug Laws in Spain. *Treatment versus Punishment for Drug Addiction: Lessons from Austria, Poland, and Spain, 25.*

- United Nations General Assembly (2016). Our joint commitment to effectively addressing and countering the world drug problem (UNGASS outcome document). *General Assembly, 13*, 1-24.
- UNODC. (2008). *Drug dependence treatment: Interventions for drug users in prison*. Vienna: United Nations Office on Drugs and Crime.
- Vandeveldel, S., De Maeyer, J., De Ruyscher, C., Bryssinck, D., Meesen, D., Vanderstraeten, J. & Broekaert, E. (2015). Villa Voortman: Carte blanche or not ? *Therapeutic Communities*, 36 (2): 62-73
- Vander Laenen, F. (2013). Beroepsgeheim van hulpverleners in de relatie met justitie: een geïnformeerde hulpverlener is er twee waard. *Omgaan met beroepsgeheim*, 39-62.
- Vander Laenen, F. (2015a). Memorandum: naar een volwaardige gezondheidszorg voor gedetineerden en geïnterneerden in België. *FATIK*, 31(145), 28-30.
- Vander Laenen, F. (2015b). Forensisch welzijnswerk voor geïnterneerden. *Internering: nieuwe interneringswet en organisatie van de zorg*, 211-225.
- Vander Laenen, F. (2016). De communautarisering van de drughulpverlening: herstel centraal. *Panopticon*, 37(4), 275.
- Vander Laenen, F., & Stas, K. (2015). Het beroepsgeheim van hulpverleners in de forensische geestelijke gezondheidszorg. *Handboek forensische gedragswetenschappen*, 125-152.
- Vander Laenen, F., & Vanderplasschen, W. (2012). Samenwerking justitie en hulpverlening. In J. Dangreau, L. Deben, K. De Greve, L. Delbrouck, H. De Waele, M.-C. Lambrechts, J. Meese, I. Plets, I. Rogiers, A. Serlippens, L. Van Besien, F. Vander Laenen, W. Vanderplasschen, F. Van Hende, E. Van Lishout, S. Van Malderen & W. Van Steenbrugge (eds.), *Wet en duiding: drugswetgeving 2012* (pp. 15-27). Brussel: Larcier.
- Vander Laenen, F., Vanderplasschen, W., Wittouck, C., Dekkers, A., De Ruyver, B., De Keulenaer, S., & Thomaes, S. (2013). *Het pilootproject drugbehandelingskamer te Gent: een uitkomstevaluatie*. Academia Press.
- 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., 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.
- Van der Straete, I. & Put, J. (2005). Beroepsgeheim en hulpverlening in Welzijn - Welzijnsrecht. Brugge: die Keure.

- Vanhex, M., Vandevelde, D., Stas, L. & Vander Laenen, F. (2014). Re-integratie van problematische druggebruikers tijdens en na detentie, aanbevelingen voor beleidsmakers. *Fatik*, 31(143), 19-22.
- Van Luchene, J. (2013). *Jaarverslag Hulp- en dienstverlening aan gedetineerden penitentiair landbouwcentrum Ruiselede, 2012*, 1-36.
- Van Malderen, S. (Producer). (2012). *Drugs in de gevangenissen: Een blik op het penitentiair drugbeleid [Powerpoint Slides]*. Verkregen op 26 augustus, 2016, via <http://www.dekiem.be/documents/tekst/PL4Vanmalderen.pdf>
- Vereniging Geestelijke Gezondheidszorg Limburg vzw. (2016). *Jaarverslag 2015*. Verkregen op 1 september, 2016, via [http://www.vggz.be/uploads/assets/Jaarverslag/Jaarverslag\\_2015.pdf](http://www.vggz.be/uploads/assets/Jaarverslag/Jaarverslag_2015.pdf)
- Vlaamse overheid (2013). Groenboek zesde staatshervorming, Deel 2: gezondheidszorg, ouderenzorg en hulp aan personen. Brussel. Gedownload op 10 januari 2016, van <https://www.vlaanderen.be/nl/publicaties/detail/groenboek-zesde-staatshervorming>.
- Vlaamse regering (2015). Hulp- en dienstverlening aan gedetineerden: Strategisch plan 2015-2020. Brussel. (Ongepubliceerd document).
- Weerman, A. (2013). Inzet en waardering van ex-verslaafde medewerkers in de verslavingszorg. *Verslaving*, 9(3), 52-66.
- Wetenschappelijk instituut volksgezondheid (2016). Belgian Treatment Demand Indicator Register (BTDIR). Belgisch register van behandelingsaanvragen betreffende drugs en alcohol. Verkregen op 3 oktober, 2016, via <https://workspaces.wiv-isp.be/tdi/default.aspx>
- Wexler, H. K. & Prendergast, M. L. (2010). Therapeutic communities in United States' prisons: effectiveness and challenges *Therapeutic Communities*, 31(2), 157-175.
- Winters, K. & Zenilman, J. (1994). Simple screening instrument for outreach for alcohol and other drug abuse and infectious diseases (Vol. 11 Publication number SMA 02-3683). Rockville, MD: Center for Substance Abuse Treatment: US Department of Health and Human Services (SAMHSA).