



Semestriel
Hiver

16

2024

MURSMURS

Interface des pratiques de soins de santé en milieux fermés

EDITO

Retour sur trois ans
d'activité de plaidoyer
et recherche chez
I.Care

page 2



En 2022, plusieurs partenaires actifs dans le social-santé et en prison à Bruxelles, dont I.Care, ont travaillé à l'élaboration de recommandations sur les questions d'exil et de migration au sein de la Féda Bxl. Nos asbl rappelaient la grande vulnérabilité sanitaire et sociale de ce public (absence de revenu, absence de protection sociale, absence de logement ou de conditions d'accueil dignes, avec ou sans statut de protection internationale). Nous observons qu'une partie grandissante de ce public rencontrait des problèmes de santé mentale et/ou des problèmes de dépendance, notamment en raison des mauvaises conditions d'accueil, de la précarité et de l'exclusion dont ils sont victimes.

Dans le dossier de ce numéro, nous avons donc souhaité mettre en lumière les défis rencontrés par notre secteur pour accompagner un public particulièrement vulnérable : celui des jeunes étrangers avec une problématique d'assuétudes, notamment liée au mésusage de médicaments.

Les difficultés auxquelles sont confrontés ces jeunes témoignent de choix politiques (belge et européen) de ne pas prendre en charge ces populations. En les laissant dans l'illégalité, certains n'ont pas d'autres choix que de survivre dans une forme d'économie parallèle, consommant des produits stupéfiants, des médicaments, souvent prescrits sur leur route migratoire pour affronter les horreurs vécues ! Des personnes, aux parcours difficiles, avec qui les prises en charge sont plus complexes : problèmes de communication, profils cumulant des troubles de santé mentale et de consommation, pas ou peu de relais possible et surtout un profond sentiment d'impuissance dans le chef de l'ensemble des professionnel·les les rencontrant, en prison et ailleurs.

Dans une société comme la Belgique, on pourrait s'attendre à d'autres choix politiques, à plus de possibilités et donc à des propositions d'accompagnement plus adaptées. L'histoire du monde s'est construite avec et grâce aux différentes migrations, celles-ci ont toujours été source de renouveau, de mixité, d'émancipations. À quel titre aujourd'hui une partie du monde peut-elle décider d'infliger une telle violence à celles et ceux qui viennent s'y réfugier ou qui aspirent à une vie meilleure ? Notre asbl ne se résout pas à ces injustices et continuera de militer pour un meilleur accueil de toutes.

Sur une note plus positive, ce numéro de MursMurs met également en avant des projets porteurs de sens. Nous donnons la parole à l'asbl Brise Le Silence avec qui nous menons un projet auprès des femmes victimes de violences, détenues à Mons. Celui-ci fait la preuve de sa pertinence et des besoins criants de ce public, encore trop négligés. Nous mettons également en lumière le projet Equity Health Lab, porté par l'ULB et l'HELB, qui tend à mutualiser les savoirs multidisciplinaires au profit des publics vulnérables. Une approche innovante qui fait du bien, qui nous donne de l'air !

Nous présentons aussi les premiers résultats du travail de recherche que nous menons sur la continuité du soin. Aspect indissociable de la qualité des soins dont doit pouvoir bénéficier toute personne privée de liberté, elle reste encore aujourd'hui particulièrement difficile à mettre en œuvre. Après avoir interrogé les différentes parties prenantes (professionnel·les intra et extra muros mais aussi les personnes détenues), nous espérons être en mesure de faire des propositions concrètes pour remédier aux difficultés connues de longue date.

Enfin, je suis très heureux de communiquer une information importante concernant le futur de l'asbl. Marion Guémas, actuellement coordinatrice plaidoyer et recherche au sein de l'asbl, reprendra la direction d'I.Care début janvier 2025. Nous sommes ravi·es de cette nouvelle et des perspectives que Marion donnera pour le futur de l'asbl !

Kris Meurant, Président d'I.Care

Dossier

page 4

**Errance, précarité
et dépendances**

page 12



La continuité du soin
avec le milieu carcéral :
le point de vue des
professionnel·les

page 14



**Créer un espace
de parole pour les
femmes victimes de
violence : le travail de
l'asbl Brise Le Silence**

page 15



L'Equity Health Lab
s'implique auprès
du public des (ex-)
détenus et de leurs
associations



Comprendre, écouter et agir : retour sur trois ans d'activité de plaidoyer et recherche chez I.Care

Lorsque je franchissais pour la première fois les portes de l'asbl I.Care en tant que stagiaire en 2021, je ne pouvais imaginer à quel point ces trois années allaient marquer non seulement mon parcours professionnel, mais aussi ma manière de percevoir le monde. Trois ans chez I.Care, c'est trois ans d'apprentissages, d'engagement, et de profondes remises en question. C'est entrer dans un monde dont je ne connaissais que les grandes lignes et en ressortir avec une compréhension bien plus intime des réalités du milieu carcéral.

Un système qui passe sous silence les réalités

Ce qui frappe avant tout lorsqu'on pénètre dans l'univers carcéral, c'est le silence. Pas un silence de calme ou de tranquillité, mais un silence lourd, pesant, celui de l'indifférence collective. Ce silence est celui de la société face à la réalité des prisons, face à ces milliers de personnes enfermées dans des conditions trop souvent indignes. Ce silence, je l'ai vu se manifester dans la manière dont on parle peu des prisons dans les débats publics et, lorsqu'on en parle, c'est souvent pour renforcer les stéréotypes ou justifier des politiques répressives. Au travers de mon travail chez I.Care, j'ai voulu rompre ce silence, le briser en faisant entendre la voix de celles et ceux qui sont invisibilisés, en mettant en lumière la réalité de leur quotidien.

Lorsque l'on travaille en « deuxième ligne », on ne va pas au quotidien en détention, à la rencontre des personnes incarcérées. Mais lorsque cela arrive, ces rencontres sont d'autant plus marquantes car elles mettent un visage, un nom, une histoire sur ces personnes. Ces rencontres sont de celles qui font réfléchir et qui font comprendre l'urgence d'agir. En 2024, il n'est plus acceptable que plus de 12 000 personnes soient encore enfermées dans des conditions trop souvent inhumaines. La prison, loin de réparer, détruit les corps, les esprits, et les vies de (trop) nombreuses personnes.

Comprendre : la prison, un concentré d'inégalités

En entrant en prison, j'ai pris conscience que les inégalités que l'on m'avait enseignées en master de criminologie étaient bien réelles, mais que la gravité de ces inégalités était bien plus grande que je ne l'avais imaginée. La prison ne fait que renforcer ces injustices. Elle ne punit pas seulement les actions, mais tout un système qui, en amont, n'a pas su donner à ces personnes les chances qu'elles méritaient.

Ces trois années m'ont montré que pour comprendre la réalité de la prison, il faut d'abord comprendre les échecs de notre société. La prison n'est pas un lieu où la justice s'exerce équitablement, mais un endroit où se concentrent les échecs de notre modèle social. C'est là que se rencontrent la pauvreté, la précarité, l'abandon institutionnel et la stigmatisation.

Très vite, ce qui m'a frappée lors de mes premiers entretiens avec les personnes incarcérées, c'est la surreprésentation des personnes marquées par les vulnérabilités, issues de milieux défavorisés. La prison n'est pas seulement un lieu où l'on purge une peine ; c'est un miroir cruel de notre société, où se concentrent les inégalités sociales, économiques et raciales. Chaque personne que je rencontrais semblait incarner à elle seule toutes les failles de notre système : qu'il s'agisse de ruptures familiales, de manque d'accès aux soins de santé, ou d'un parcours éducatif chaotique, chacune portait en lui-elle les marques de l'échec de notre société à offrir des chances égales à toutes.

Avec le temps, on s'habitue à entendre ces histoires. Elles deviennent presque des éléments familiers de notre quotidien, comme si l'on savait déjà à quoi s'attendre. Entre collègues, il n'est souvent plus nécessaire de détailler les parcours individuels :



CAMILLE COUETTE – ANCIENNE TRAVAILLEUSE CHEZ I.CARE

On sait. On sait qu'il y a souvent des trajectoires marquées par la précarité, l'absence de soutien, la consommation de produits stupéfiants, les ruptures familiales, les violences. Mais ce qui est frappant, et presque déroutant, c'est cette facilité avec laquelle on anticipe ces histoires, comme si elles étaient devenues la norme. C'est là que réside quelque chose de profondément alarmant : ces situations ne devraient jamais être si prévisibles. Le fait que l'on puisse deviner à l'avance certains éléments de ces parcours montre à quel point les inégalités sont enracinées et systémiques : cela signifie que le système a échoué bien en amont. La prison, au lieu d'être une réponse exceptionnelle à des actes isolés, devient presque une destination attendue pour celles et ceux qui n'ont pas eu accès aux ressources nécessaires pour s'en sortir autrement.

Écouter : redonner la parole aux oubliés

J'ai réalisé à quel point les voix des personnes incarcérées étaient étouffées, ignorées, ou réduites à des (rares) statistiques. Au travers des rapports que j'ai co-écrits, j'avais pour mission de redonner un visage humain à celles et ceux qui sont trop souvent perçus uniquement à travers le prisme de leurs délits.

Par exemple, dans *Parle avec elles : quand des femmes détenues se racontent en prison*, j'ai tenté de retranscrire avec fidélité et humanité les récits de femmes qui, derrière les barreaux, étaient souvent invisibilisées non seulement par leur statut de « détenue », mais aussi en raison de leur condition de femme dans un système pensé pour les hommes. Leurs témoignages étaient puissants, révélant des parcours souvent marqués par les violences, la précarité et l'abandon. Ce rapport m'a permis de montrer que ces femmes ne se réduisent pas à leur incarcération : elles sont des personnes aux parcours de vie complexes, violents et leur expérience en prison est profondément influencée par les inégalités de genre et les failles d'un système patriarcal. Ce qui ressort de leurs récits, c'est que la prison devient un prolongement des violences qu'elles ont subies à l'extérieur. Leurs voix révèlent une urgence à repenser la manière dont le système carcéral traite les femmes.

Au travers des rencontres avec ces femmes et ces hommes, en écoutant et en retranscrivant leurs récits, j'ai compris que leur redonner la parole n'était pas seulement un acte de justice, mais un acte de reconnaissance de leur humanité. Leur histoire ne commence pas et ne finit pas avec la prison, et la réduire à leur incarcération serait ignorer toute la complexité de leurs parcours de vie. Ce que j'ai appris, c'est que la prison n'est qu'un moment dans leur trajectoire, souvent l'aboutissement de difficultés et de souffrances accumulées, mais aussi le point de départ de nouvelles réflexions, de remises en question, et de rencontres avec des professionnel·les jamais rencontrés. Redonner la parole à ces personnes, c'est leur permettre d'exister au-delà de



Aujourd'hui, j'ai franchi pour la première fois les portes d'une prison. La première chose qui me frappe, c'est le silence. Pas un silence paisible, mais un silence lourd, presque oppressant. Ce silence semble s'accrocher aux murs, comme si tout bruit était étouffé, absorbé par l'architecture même du lieu. Les grosses portes métalliques se referment derrière moi avec un bruit sourd et énorme qui résonne longtemps dans ma tête. Le couloir large mais étriqué à la fois, ça sent mauvais, on n'a pas aéré depuis des décennies je crois. Les murs, d'un jaune sale, semblent suinter l'usure. L'air est froid, presque humide, chargé d'une odeur métallique et de quelque chose que je n'arrive pas à identifier, une sorte de renfermé qui rend l'atmosphère plus lourde encore.

Je marche en suivant mon collègue et l'agent qui nous amène jusqu'à la cellule de celui qu'on vient voir. J'ai l'impression que tout ici est conçu pour rappeler l'isolement, l'enfermement. Ce lieu est lourd de ce qui ne se dit pas. Je croise des regards furtifs d'hommes qui me regardent de la tête aux pieds. Des regards qui observent en silence, curieux ou indifférents, je ne sais pas.

Mon cœur bat vite mais c'est pas de la peur, je crois que c'est une sorte d'inconfort, même si je réalise que je peux sortir quand je veux. Et ce privilège me saute aux yeux, comme une évidence que je n'avais pas encore mesurée : je suis ici par choix, eux non. Le silence est brisé par des bruits lointains : des portes qui claquent, des clés qui s'entrechoquent, des voix, des cris. Ce ne sont que des éclats, des interruptions dans ce calme pesant.

L'atmosphère est tendue, comme si tout pouvait exploser à tout moment, mais qu'en même temps, tout était contenu, étouffé. Je ne sais pas encore quoi penser de cette première entrée. J'ai l'impression d'être une intruse dans un monde où je ne suis qu'une observatrice, autorisée à regarder mais jamais vraiment à comprendre pleinement ce que c'est que de vivre ici, enfermée.¹

¹ Extrait d'un carnet d'observations (rapidement abandonné tant il y a à ressentir) rédigé en 2021.

leur statut de « détenue », de témoigner de leurs luttes, et de leur offrir une chance d'être entendues, non pas uniquement à travers le prisme de leurs erreurs, mais en tant qu'individus à part entière.

Agir : un engagement nécessaire pour le changement

Écouter les récits des personnes incarcérées et comprendre la profondeur des inégalités sociales qui se cristallisent dans le système pénal est une première étape. Mais cela ne suffit pas. Face à la réalité brutale de la prison, il apparaît urgent d'agir. L'écoute sans l'action serait, à mon sens, une forme de complicité passive. Chaque témoignage recueilli, chaque histoire partagée, doit nous inciter à transformer cette prise de conscience en un engagement concret pour le changement.

C'est ici que j'ai compris que la démarche de promotion de la santé d'I.Care prend tout son sens. À travers nos actions, nous cherchons à dépasser la simple dénonciation des dysfonctionnements du système carcéral pour proposer des alternatives qui respectent la dignité humaine. La promotion de la santé ne se limite pas à des soins médicaux : elle englobe le bien-être physique, mental, social et le respect des droits fondamentaux des personnes incarcérées. Agir, c'est intégrer cette vision holistique de la santé au cœur des réformes du système pénal. Agir en promotion de la santé, c'est aussi plaider pour des politiques publiques qui reconnaissent que l'incarcération ne doit pas être une réponse de premier recours face aux vulnérabilités sociales et psychologiques, qu'il est essentiel de développer des alternatives à l'enfermement qui reposent sur la prévention, la réinsertion et l'accompagnement.

En quittant I.Care, je me rends compte à quel point cette expérience m'a marquée. J'ai appris que l'écoute est la première étape vers une action juste. J'ai découvert la profondeur des inégalités sociales, économiques et raciales et j'ai compris que la prison est un symptôme de notre incapacité collective à corriger ces inégalités. Mais j'ai aussi appris qu'il est possible d'agir, de faire entendre ces voix que l'on préfère ignorer et de plaider pour un système plus humain. Je quitte l'asbl avec la certitude que le changement est possible, mais qu'il nécessite une volonté politique forte et un engagement de chacun·e d'entre nous. Il est temps que les politiques publiques prennent la mesure de cette urgence. Il est temps que nous cessions de nous accommoder de l'inacceptable. Les politiques pénales doivent s'attaquer aux causes profondes des inégalités, prévenir plutôt que punir, construire une société où la justice ne se mesure pas à la sévérité des peines, mais à la capacité à réinsérer et à soigner.

En tant que société, il est de notre devoir de cesser de détourner le regard de celles et ceux que nous enfermons. C'est en écoutant, en comprenant et en agissant que nous pourrions espérer un jour vivre dans un monde où l'enfermement ne sera plus la seule solution. Un monde où nous traiterons les causes profondes des inégalités plutôt que leurs symptômes et où la justice sera synonyme de réparation, de dignité et d'humanité. Je garde espoir qu'un jour, nous vivrons dans une société où l'on ne soignera pas les blessures et les vulnérabilités par l'enfermement, mais par la prévention, la promotion de la santé, la (ré)insertion et le respect de la dignité humaine.



Source : Adobe

Errance, précarité et dépendances

Les défis de l'accompagnement des jeunes étrangers aux prises avec des assuétudes

Depuis plusieurs années, les professionnel·les du secteur social-santé sont confronté·es au difficile accompagnement d'un public de plus en plus important : celui des jeunes étrangers (mineurs ou non)* aux prises avec des problèmes d'assuétudes, liés à la consommation de drogues et au mésusage de médicaments.

Entre précarité extrême, consommation de médicaments, violences institutionnelles et exploitation par des réseaux criminels, leurs trajectoires témoignent de systèmes sociaux et politiques souvent inadaptés à leurs besoins. Ce dossier interroge non seulement les causes et les conséquences de ces parcours, mais aussi les défis et pistes de solutions pour un accompagnement humain et efficace de ce public en quête de repères et d'un avenir meilleur.

Jeunes MENA de la gare du Midi : une errance contrainte



MARJORIE LELUBRE - COORDINATRICE ET CHERCHEUSE AU CREBIS

En 2023, 6 947 mineur·es étranger·es non accompagné·es (MENA) ont été signalé·es au Service des Tutelles. Derrière ce nombre considérable et cet acronyme unique se cachent toutefois des réalités multiples et complexes. Parmi elles, celle des MENA dits « en errance » de la gare du Midi. Pendant environ deux ans, une recherche collaborative menée par un groupe de 22 professionnel·les de terrain et de deux chercheuses du Crebis¹ a tenté de mieux comprendre le parcours de ces jeunes, leurs besoins, leurs attentes mais aussi et surtout de dévoiler leurs conditions de vie ultra-précaires, ici, à Bruxelles.

Une mobilité ancrée

Originaires pour la plupart du Maghreb, et principalement du Maroc, ces jeunes adolescents ont fait de la gare du Midi à Bruxelles, l'un de leurs principaux lieux d'ancrage, de rassemblement. Lorsqu'ils racontent leur arrivée en Belgique, ce lieu est présenté comme un endroit-clé, où retrouver les connaissances, faites au pays ou lors du parcours migratoire. Des connaissances, pas des amis et le vocabulaire est important. Si ces jeunes évoluent presque constamment en groupe, ils sont conscients que les liens qu'ils y nouent sont fragiles, émaillés de méfiance, voire de violence entre eux. Ce sentiment d'isolement qu'ils ressentent n'est pas sans conséquence sur leur santé mentale fragilisée et sur les difficultés qu'ils éprouvent à établir des relations de qualité, notamment avec les intervenant·es sociaux·ales qu'ils croisent sur leur route.

La gare du Midi résonne dans leur discours à la fois comme un aimant et un repoussoir. Elle est un lieu d'opportunités, notamment en termes d'hébergement dans les squats situés aux alentours ou de petits « boulots ». Point névralgique du réseau ferroviaire belge, cette gare internationale est aussi un lieu où se cacher, se glisser dans les interstices, se faire invisibles aux yeux des forces de l'ordre, mais aussi des propositions d'aide des services sociaux qui tentent de les accrocher. Mais c'est aussi un lieu où, à Bruxelles, se croisent de multiples publics en situation de vulnérabilité et où, au cours de l'été 2023 notamment, de nombreuses opérations de sécurisation ont été menées. L'occasion de repousser ces jeunes un peu plus loin, au moins pour un temps, leur rappelant au passage que, là non plus, ils ne sont pas les bienvenus.

Alors que dans la majorité des villes qu'ils traversent, leur environnement spatial se limite le plus souvent à un quartier très précis, ce qui dénote dans leur parcours, c'est leur extrême mobilité à l'échelle européenne. Le plus souvent, ils ont quitté

le Maroc à un très jeune âge, vers 10-12 ans, mais leur voyage à travers l'Europe dure parfois plusieurs années, avant d'atterrir en Belgique. Les raisons qui justifient un départ du pays d'origine diffèrent évidemment d'une histoire à l'autre, mais ce qui les relie, c'est ce qu'Émilie Duvivier (2014) a qualifié d'« imaginaire de l'ailleurs », un eldorado européen, terre de tous les possibles qui fait rêver. C'est notamment le cas de Omar¹, jeune marocain rencontré lors de maraudes à Bruxelles, qui évoque la maison de sa grand-mère à Tanger. Située en bord de mer, il avait l'habitude de monter à la fenêtre, avec son frère, pour regarder les montagnes espagnoles au loin. Des rêves plein la tête, qui provoquent une grave désillusion lorsque la réalité de l'exil les rattrape, comme nous le dit Youness : « Moi l'image que j'avais de l'Europe c'est que tout était accessible, que c'était facile de trouver du boulot, je pensais que j'allais avoir plein, plein d'offres et d'opportunités. Mais ce n'est pas vrai, ce n'est pas si facile l'Europe. »

L'Espagne s'impose en effet souvent comme un passage obligé. Certains n'y restent que quelques mois, d'autres plusieurs années. C'est l'un des seuls pays européens où ces jeunes disposent de véritables chances d'être régularisés à leur majorité. Après l'Espagne, c'est le reste de l'Europe qui devient un espace pour circuler. France, Italie, Pays-Bas, Allemagne et même Suède. Chaque territoire est perçu en fonction des opportunités qu'il a à offrir. Dans les discours qui circulent entre eux, la Suède est ainsi présentée comme un lieu où il est possible de se reposer, notamment par le système de prise en charge qui privilégie les familles d'accueil et non les centres d'hébergement. Paris, et son célèbre quartier de la Goutte d'or, et Bruxelles, et sa gare du Midi, sont plutôt perçus comme des espaces où il est plus aisé de se procurer certains produits, notamment les médicaments comme le Lyrica® ou le Rivotril® et, parfois, de prendre part à la revente de ces derniers.

Il serait cependant erroné de considérer ces déplacements comme des choix conscients, raisonnés. Ces multiples allers-retours entre différents pays d'Europe, ces départs parfois très soudains sont le plus souvent des choix contraints. Fuite en avant face à des

¹ Cette recherche a été co-réalisée avec Céline Graas, alors chercheuse au Crebis.

² Tous les prénoms sont des prénoms d'emprunt.

difficultés multiples qu'ils ne peuvent gérer. Ces stratégies se rapprochent plus de la survie et leur permettent essentiellement de s'adapter aux circonstances qui échappent largement à leur contrôle.

Si ces jeunes voient en ces déplacements constants le moyen de se faufiler entre les mailles du filet, cette extrême mobilité ne joue pas toujours en leur faveur. Leur présence en pointillé sur un territoire empêche la mise en place d'une prise en charge adaptée et décourage certain·es professionnel·les d'intervenir auprès d'un public jugé trop instable pour créer une véritable relation de confiance.

L'apparent paradoxe dans la manière dont ces jeunes s'approprient l'espace, une extrême mobilité à l'échelle européenne corrélée à un ancrage local, limité, voire limitant, est aussi à penser en fonction des fêlures que ces jeunes ont connu et continuent de connaître durant leur parcours migratoire. Si cet ancrage territorial peut s'expliquer par la disponibilité des ressources sur un espace défini, il implique également des mécanismes de construction et de protection identitaires forts. En effet, après un parcours marqué par l'errance, le rattachement de ces jeunes à un territoire déterminé marque leur volonté de recréer un « sentiment de chez soi », et de sécurité. Pour une population où la mobilité est devenue un principe de survie, s'attacher, même d'un point de vue temporaire, à un territoire s'assimile alors à un mécanisme de protection identitaire vital pour ces jeunes.

Des conditions de vie ultra-précaires qui renforcent les traumatismes du parcours migratoire

Si ces jeunes se déplacent aisément d'une ville d'Europe à une autre, ces différents lieux d'accroche ont pour point commun de les reléguer à des conditions de vie particulièrement précaires. À l'image d'Amir, qui raconte : « Je ne connaissais personne en France. Je dormais en rue et du coup, parfois, on ouvrait les portes des voitures dans la rue pour dormir dedans. Chaque jour, je me débrouillais comme ça d'une certaine façon. »

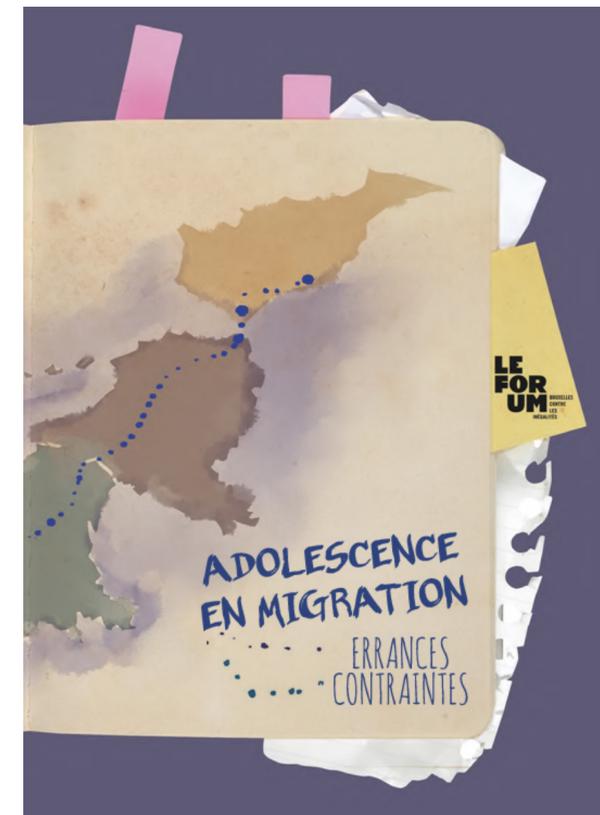
À Bruxelles, le manque de dispositifs d'hébergement ou leur manque d'accessibilité pour certaines catégories de jeunes, dont les MENA dits « en errance », ne leur laisse que très peu de choix. Ces jeunes se trouvent contraints à demeurer dans l'espace public ou dans des squats, dont l'accès peut être conditionné au fait de commettre certains délits. Comme l'explique Ibrahim. « Les deux [personnes] qui m'ont abordé étaient majeures. Ils sont venus m'accoster en me disant : viens avec nous, tu vas vendre de la cocaïne et du hashish pour nous et, moi, je ne m'en sortais pas très bien pour faire ça, je ne me voyais pas parler avec les gens, alors, j'ai refusé et j'ai dit : non, non, je ne sais pas comment faire. J'ai insisté et j'ai demandé de me proposer de faire un autre boulot mais pas ça et ils ont dit : non, on a rien d'autre pour toi, c'est ça ou rien et, tout de suite, ils deviennent plus agressifs avec moi. Voilà. Ça ne me laissait pas beaucoup le choix pour survivre, donc, j'ai beaucoup... pour avoir le courage, j'ai beaucoup consommé et, puis, j'ai volé et me voilà ici (en IPPJ). » Il est évident que les conditions de vie de ces jeunes les poussent dans une situation où le risque de traite des êtres humains² ou à tout le moins d'exploitation par des adultes peu scrupuleux est très présent.

Ces conditions de vie, l'impossibilité de satisfaire leurs besoins primaires ont des conséquences sur leur quotidien, notamment en ce qui concerne la consommation de produits médicamenteux, tels que le Rivotril® ou le Lyrica®. Les professionnel·les de terrain partagent un constat commun : il y a un lien évident entre la précarité de la situation de ces jeunes et leurs consommations. Au fur et à mesure que leur environnement se dégrade, la consommation s'aggrave (mise en place de poly-addictions et d'une augmentation progressive des doses consommées), provoquant un cercle vicieux. « Mais ces jeunes, leur consommation est situationnelle, c'est lié à la vie en rue. Donc si on n'arrive pas à donner à ces jeunes un peu plus de stabilité et de les retirer déjà de la rue. Je ne sais pas comment on va tacler la conso. » (J., professionnel·le de l'intervention sociale).

Aussi, quel que soit le point de départ de cette consommation, son maintien ne peut se comprendre que dans l'imbrication des conditions de vie altérées dans le pays d'origine, des épreuves liées au parcours migratoire, et surtout de leurs conditions de vie dans les pays d'« accueil ». La faim, le froid, la peur... Il s'agit d'endurer ces conditions, ou de tenter d'y faire face en recourant à des substances qui anesthésient certaines souffrances, comme l'explique Wassim : « C'est obligé, quand tu es dans la rue, c'est obligé, c'est normal, je prends aussi. Je prends des médicaments et du hashich ». »

Ces éventuelles consommations viennent par ailleurs se greffer à une santé mentale le plus souvent fragilisée. Outre les traumatismes évidents qu'entraîne le parcours migratoire, surtout à un âge aussi jeune, sans référent adulte pour soutenir et guider, le choc que provoquent les mauvaises conditions d'accueil dans les différents pays traversés renforce les sentiments d'angoisse et d'anxiété. Consommer, c'est un moyen de se vider la tête, oublier les espoirs déçus face à cette Europe tant espérée, c'est survivre au jour le jour. Comme le résume très bien Wassim, « pour t'étourdir dans la rue. Pour un peu oublier tes soucis », et Mohammed, « pour ne plus réfléchir, pour être tranquille, pour vider la tête pour pouvoir dormir aussi ».

² À cet égard, voir les travaux de l'association Hors la rue et de son centre de ressources relatif à la TEH, particulièrement en ce qui concerne les MENA : <https://centre-ressources-teh.horslarue.org/> ainsi que l'article en page 7.



Conditions de vie précaire, consommation de produits psychotropes, santé mentale... Mise en place d'un cercle vicieux

Ces jeunes MENA dits « en errance » bouleversent les pratiques de l'intervention sociale et remettent en cause les découpages administratifs, politiques et institutionnels de notre pays. Relevant à la fois des politiques migratoires et de l'aide à la jeunesse, ils ont longtemps été les « oubliés » des politiques publiques. On constate une inquiétude grandissante des services sociaux qui tentent quotidiennement de les accrocher, sans pouvoir leur offrir de perspective réelle. La présence accrue de ces jeunes dans l'espace public, particulièrement autour de la gare du Midi, oblige désormais à repenser l'approche déployée pour tenter de les accompagner.

Certes, lorsque l'on découvre leur quotidien, la multiplicité des difficultés auxquelles ils doivent faire face pourrait sembler décourageante. Leur consommation provient-elle de leur santé mentale fragilisée ? Les faits de délinquance commis par certains de ces jeunes trouvent-ils leur origine dans cette consommation, et donc, dans leur problématique de santé mentale ? Sont-ils uniquement auteurs de faits de délinquance ou aussi victimes de possible traite des êtres humains ? Comment jongler entre les multiples problématiques qui enserrant le quotidien de ces jeunes adolescents ? Par où commencer ?

Ce projet de recherche, le savoir professionnel qu'il a permis de mobiliser et les données recueillies auprès de ces jeunes, nous permettent de tirer les premiers fils... Le premier constat est sans appel : les conditions de vie ultra-précaires de ces jeunes renforcent leur consommation, fragilisent leur santé mentale, les enferment dans un système de débrouille où les faits de délinquance apparaissent comme des moyens de survie. Pour enrayer ce phénomène, il s'agit donc de pouvoir offrir à ces jeunes, conformément aux textes internationaux qui protègent les droits de l'enfant, une prise en charge adaptée, à commencer par un lieu d'hébergement qui prenne en compte leurs besoins spécifiques. Un projet de ce type est à l'agenda politique bruxellois mais peine à se concrétiser.

Le second constat est également sans appel : comment prendre soin de soi, comment trouver sa place dans une société, si on ne peut s'appuyer sur de véritables perspectives d'avenir ? Si des modalités des prises en charge à court terme sont nécessaires, elles ne porteront leurs fruits que si ces jeunes peuvent se projeter dans un avenir, en Belgique, si tel est leur souhait. À cet égard, il est nécessaire de revoir les politiques migratoires relatives aux jeunes MENA, qu'ils soient ou non en errance.

Bibliographie

Duvivier, É. (2014). *Habiter la rue et se « débrouiller ».* *Parcours de mineurs étrangers non accompagnés à Bruxelles.* Pensée plurielle, 35(1), 69-81.

Violence Ouf

Jeunes en errance et incarcération : ceci n'est pas une romance



La gare de Bruxelles-Midi est un lieu de transit pour les jeunes en errance. Elle illustre également une nouvelle dissonance cognitive en termes de dignité humaine : d'un côté, survisibilité de jeunes ballottés entre contrôles policiers et réseaux prédateurs ; de l'autre, indifférence de milliers de voyageur·euses qui détournent le regard.

Loin des clichés du thriller à succès du moment « *L'amour ouf* » – qui met en scène une certaine jeunesse des années 1990 aux marges mais avec des droits –, ce que nous voyons à présent, c'est une augmentation générale des seuils de la violence. Les jeunes que nous accompagnons à Macadam, hyper-mobiles, mais exclus et/ou en attente d'un titre de séjour, se retrouvent tantôt criminalisés par les discours politiques, tantôt mis à distance par les institutions.

Exploitation et violences systémiques

La question de l'immigration et des mineurs sans titre de séjour intra-européens ou issus des pays du Maghreb est importante dans notre travail. Ces jeunes ne sont pas des chiffres, mais des êtres humains qui ont fui des situations désespérées dans l'espoir d'une vie meilleure. Dans les rues de Bruxelles, ils subissent des violences provenant à la fois des institutions et de leurs pairs. Ce vécu engendre une détresse psychologique qui exacerbe les sentiments de peur, d'angoisse et de désespoir et peut conduire à des comportements autodestructeurs.

Les jeunes errant autour de la gare du Midi sont les victimes d'un cycle de marginalisation profonde. Non seulement ils subissent l'oppression liée à leur statut de « *non ayant droit* » (être sans-papiers, c'est être assigné par l'État au non-exercice des droits) mais ils se retrouvent également exposés à celle des rues, où la loi du plus fort est la seule à s'appliquer. Ces jeunes sont, de fait, pris au piège d'un système qui les exploite en tant que main-d'œuvre clandestine. En raison de leur statut et de leur vulnérabilité, ils deviennent des proies faciles pour divers réseaux du narco-trafic, qui exploitent leur besoin de survie pour les pousser vers des activités illégales. Loin de les protéger, la société belge les expose à un danger constant, oscillant entre un discours humaniste et une répression policière.

Le cycle de victimisation est tel que ces jeunes, parfois à peine sortis de l'enfance, deviennent tantôt victimes, tantôt auteurs. Ce schéma rappelle les processus de traite des êtres humains, où un individu exploité peut, par survie ou par résignation, être amené à se compromettre lui-même dans les réseaux d'abus et de trafics. Cette déshumanisation est accrue par des pratiques de contrôle des institutions publiques qui les éloignent des droits et mettent en souffrance tout processus de réhabilitation. Un des enjeux est de sortir de cette spirale sans fin de l'injonction paradoxale qui rend fou individuellement et collectivement. Sachant que ces jeunes vivent différentes formes de violences institutionnelles, hauts seuils d'accès aux services du social, de la santé et de la jeunesse et absence de protections adéquates, alors, que faire?

L'expérience du « haut seuil de tolérance »

Macadam et ses partenaires s'efforcent de donner une voix à ces jeunes et de poser des jalons d'une restauration de confiance. Les principes d'accueil que nous prestons sont fondés sur un haut seuil de tolérance. En créant un environnement où chaque jeune est accueilli avec respect, nous posons les bases d'une relation de confiance, essentielle pour favoriser un changement positif.

Notre rôle ne s'arrête pas à l'accueil. Nous savons que les jeunes sans-papiers se retrouvent souvent dans des situations où ils doivent naviguer entre la survie et l'autodestruction. Les violences qu'ils subissent, qu'elles soient exercées par l'État ou par leurs pairs, les poussent à des choix désespérés. Nous avons constaté que beaucoup de ces jeunes consomment des drogues comme un moyen d'échapper à la douleur insupportable de leur existence. Ces drogues sont pour eux un moyen de gérer la détresse psychologique causée par leur situation. Cependant, notre approche n'est pas de stigmatiser la consommation, mais d'offrir

un cadre de réduction des risques. Nous savons que la consommation de substances peut comporter des dangers, surtout lorsqu'elle est associée à des produits tels que le Lyrica®, le Rivotril® ou des solvants. Plutôt que de condamner, nous choisissons d'en parler. Nous parlons de sécurité, de respect de soi et d'auto-préservation.

Cette approche comprend l'information aux jeunes sur les dangers spécifiques liés à chaque substance, leur offrant des outils pour faire des choix éclairés. Nous avons constaté que, lorsque les jeunes se sentent en sécurité pour discuter ouvertement de leur consommation, ils sont plus réceptifs aux messages de prévention et de réduction des risques.

Le « *haut seuil de tolérance* » poursuit un objectif de soutien et d'écoute et de fournir un espace où ces jeunes puissent enfin exister sans peur du jugement ou de la répression. Tolérance n'est pas pour autant « *permissivité* » ou « *laisser faire laisser aller* ». Elle est un moyen de minimiser les dangers immédiats tout en exerçant une vigilance accrue sur des substances. En agissant ainsi, nous créons un espace où ils peuvent se sentir en sécurité, loin des injonctions institutionnelles et de la répression quotidienne qu'ils subissent dans les rues.

Prison : maintenir le lien, ne pas perdre le fil des trajectoires

Un autre aspect de notre intervention est la prise en charge des jeunes incarcérés (NDLR voir également pages 10 et 11). La gare du Midi est devenue le théâtre d'opérations « *coup de filet* » médiatiques. Conséquence : les publics que nous accompagnons se retrouvent pour une part aujourd'hui incarcérés. Pour des jeunes, confrontés à une première incarcération, la prison peut vite devenir extension de l'exclusion. Les jeunes qui passent par ce système comportent le risque de la perte des liens avec le réseau de l'aide à l'entrée et le stigmate de l'incarcération, à leur sortie. Ils sont alors plus vulnérables, et leur intégration devient encore plus complexe. Les récits de jeunes que nous visitons en prison témoignent d'une expérience dévastatrice.

Pour beaucoup de ces jeunes, la prison représente une autre facette de leur oppression, un passage qui ne fait qu'aggraver leur marginalisation. Le système carcéral ne propose ni réinsertion réelle et reste en décalage avec les besoins de ces jeunes. Il est un espace de contrôle social et de punition, un « *traitement* » qui les enferme davantage dans une condition de victime marginalisée, sans les aider à sortir de l'engrenage de la violence. Ces jeunes en ressortent brisés, plus désocialisés, parfois même plus dépendants des substances qu'ils consommaient avant leur incarcération, et, bien souvent, avec une colère encore plus profonde contre une société qui les a trahis à chaque étape.

Questionner les pratiques, nouer de nouvelles collaborations

Il est urgent de repenser notre approche de l'accompagnement de ces jeunes. Toutes les logiques paternalistes qui ignorent leur vécu, qui les criminalisent ou les réduisent à des statistiques sont obsolètes depuis bien longtemps. En ce sens, au-delà du maintien de lien que nous poursuivons lors des incarcérations, nous appelons à la construction de nouvelles collaborations avec les professionnel·les du secteur social, de la santé et de la justice. En ligne de mire, ne pas perdre de vue l'accompagnement psychosocial sur base des trajectoires de ces jeunes en prenant en compte la « *case prison* ».

Bien qu'à Macadam, nous demeurons critiques par rapport à l'incarcération, qui est une « *forme morte d'institutionnalisation* », il s'agit de s'associer aux acteur·trices des différents secteurs pour agir sur un changement des pratiques afin de donner à ces jeunes la possibilité de se reconstruire, de trouver un sens à leur vie, et de s'intégrer de manière positive dans la société. Les jeunes avec ou sans-papiers méritent un abord en égale humanité ; ils sont ayant droit de notre action et de celle de nos partenaires. Il est temps pour les intervenant·es de terrain, de prendre position, et de construire des réponses avec un focus sur la réhabilitation.

Il est de notre responsabilité, en tant qu'acteur·trices du secteur social, de ne pas perpétuer les pratiques oppressives. Nous luttons pour un changement des pratiques institutionnelles afin de donner à ces jeunes la possibilité de se reconstruire, de trouver un sens à leur vie, d'accéder à « *une place à soi et pour soi* » et de s'intégrer de manière positive dans la société. Ceci n'est pas une romance... c'est en revanche une responsabilité à construire collectivement.



Affaire « du Trocadéro » : du repérage à la reconnaissance du statut de victime de traite des êtres humains pour 12 enfants contraints à voler



Hors la rue est une association française créée en 2004 dont les missions principales sont de repérer et d'accompagner les mineur·es étranger·es en danger qui ne demandent pas de protection. Notre équipe pluridisciplinaire intervient ainsi quotidiennement en rue pour repérer des mineur·es étranger·es en errance ou en situation quotidienne de travail et susciter leur adhésion vers des mesures de protection. Grâce à la multiplication des rencontres, nous cherchons à tisser un lien de confiance avec ces jeunes qui généralement ne s'adressent pas aux services de la protection de l'enfance, en raison, bien souvent, de l'emprise exercée par des tiers et des contraintes à travailler.

Au fil des années, notre travail d'accroche et de repérage de mineur·es étranger·es d'ex Yougoslavie mais aussi de mineur·es roumain·es nous a permis de développer une expertise s'agissant de la traite des êtres humains (TEH) et une liste précise d'indicateurs liés à la contrainte à la commission de délits.

Rencontre avec les mineurs, indicateurs de danger et enquête pour TEH

Ainsi, alors qu'Hors la rue débute en octobre 2021, en consortium avec l'association Aurore, un projet expérimental financé par la Mairie de Paris destiné aux mineurs isolés en errance sur le territoire parisien, nos équipes repèrent rapidement sur le parvis du Trocadéro, plusieurs situations alarmantes d'enfants. Ces derniers, parfois âgés de moins de 10 ans, étaient en effet présents quotidiennement sur le secteur du Trocadéro sur de longues amplitudes horaires et semblaient être impliqués dans des activités délinquantes (vols principalement) menées de manière intensive eu égard au nombre important d'interpellations. Ces derniers, bien souvent accompagnés d'adultes, refusaient toute sorte de protection et surconsommaient des psychotropes – prégabaline (Lyrica®) et clonazépam (Rivotril®) – accentuant ainsi leur vulnérabilité et leur précarité. Parmi les autres indicateurs interpellant les équipes mobiles, nous notions aussi leur mobilité importante en France et en Europe, leur état sanitaire très dégradé ou encore l'inadaptation de leur tenue vestimentaire aux conditions climatiques alors même que les délits commis étaient susceptibles de leur rapporter de l'argent.

Dès février 2022, suite à plusieurs signalements, une enquête est dès lors ouverte par la sous-direction de la lutte contre l'immigration irrégulière. Jusqu'en juin 2022, les enquêteur·trices établissent de nombreuses surveillances sur le secteur du Trocadéro, auditionnent des professionnel·les et parviennent également à entendre plusieurs mineurs pré-identifiés comme des victimes de la traite des êtres humains, parfois dans le cadre de garde à vue lorsqu'ils étaient appréhendés pour vol.

Le 12 juin 2022, sept hommes sont mis en examen et placés en détention provisoire. Six d'entre eux sont suspectés d'avoir, depuis janvier 2021, forcé des mineurs non accompagnés à commettre des délits sur le parvis du Trocadéro. Ces enfants, de nationalité algérienne et marocaine, étaient âgés de 8 à 17 ans au moment des faits.

Accompagnement, conscientisation et constitution de partie civile

En parallèle du dossier de l'instruction, Hors la rue, l'administrateur ad hoc (NDLR : *personne amenée à devenir le-a représentant-e légal-e d'une personne mineure pour protéger ses droits*), les avocats des jeunes et les institutions de la protection de l'enfance ont mené auprès de certains enfants identifiés au cours de l'enquête comme présumés victimes de TEH, un important travail d'accompagnement dans la reconnaissance de leurs droits. La reconnaissance du statut de victime de la traite des êtres humains peut en effet ouvrir de nouvelles perspectives, tant dans la reconnaissance du préjudice qu'ils ont subi que dans leurs démarches de régularisation sur le sol français.

Douze mineurs ont ainsi accepté de se constituer partie civile au procès qui s'est tenu en janvier 2025 devant le Tribunal de Paris. C'est avec la volonté de continuer de les soutenir qu'Hors la rue a également décidé de se constituer partie civile pour la première fois de son histoire.

Un procès inédit

Pendant les quatre jours de procès, le parcours de ces enfants et l'exploitation dont ils ont été victime ont pu être longuement rappelés. Les dix-sept victimes, dont douze étaient représentées à l'audience par leur avocat, sont des enfants marocains, ou algériens, qui ont grandi dans la précarité et ont quitté le Maroc pour s'établir en Espagne, comme de nombreux autres jeunes, à l'issue d'un parcours migratoire long et traumatisant. Une fois pris en charge en Espagne, ils ont été attirés par

des récits sur les réseaux sociaux délivrés par d'autres jeunes mais aussi leurs futurs exploiters qui postent des vidéos vantant la réussite accessible à Paris aux antipodes de leur vie.

C'est sur le lieu emblématique du Trocadéro qu'ils ont alors fait la rencontre d'adultes, au premier abord accueillants et réconfortants pour ces enfants épuisés et abimés par leur parcours migratoire. Ils leur ont alors offert des médicaments, du Lyrica® et du Rivotril®. Le premier, qu'ils appellent « *la fusée* », est un médicament antiépileptique qui provoque euphorie et ivresse, réduit l'anxiété et permet de dormir. Le second, « *Madame Courage* », est un puissant anticonvulsant qui provoque une désinhibition totale.

Si, dans un premier temps, ces médicaments remplissent une fonction antalgique qui apaise les maux de l'errance et une fonction socialisante qui soulage la solitude de leur exil, leur combinaison provoque une dissociation totale du corps et de l'esprit et crée chez ces enfants une rapide et puissante addiction, qui sera le socle de l'emprise et de l'exploitation dont ils seront victimes.

Emprise chimique

Pendant ce procès, c'est tout un système d'exploitation, via la délivrance de psychotropes, qui a été mis en lumière. En effet, rapidement les adultes exigeaient des enfants de l'argent ou des objets volés en échange de leur dose. Les médicaments permettent de commettre des délits qui leur sont demandés. Ils se retrouvent dès lors dans un cercle vicieux où ils consomment pour être capables de voler, et volent pour se procurer les médicaments. Ce mécanisme d'emprise chimique a permis aux exploiters d'installer et de maintenir leur emprise qui était renforcée par les violences et les humiliations dont les enfants ont été victimes.

Lors des audiences, le tribunal a estimé que ces hommes « *provoquaient ou alimentaient une dépendance à des produits de jeunes ou très jeunes mineurs* » et renforçaient leur « *vulnérabilité physique, psychique et matérielle* ». Une fois « *asservis et réifiés* », ces enfants étaient « *contraints ou incités à commettre des délits, [...] ce qui s'analyse nécessairement comme une opération de recrutement* ». La fourniture de psychotropes a été reconnue comme une stratégie de mise sous emprise puissante et le tribunal a donc également retenu que cette délivrance devait s'analyser comme la composante essentielle d'une stratégie de recrutement, considérant ces médicaments comme de véritables outils de travail.

Ainsi, les 6 hommes ont été reconnus coupables, entre autres, de traite des êtres humains aggravée à l'encontre de tous les mineurs et condamnés à des peines allant de 4 à 6 ans d'emprisonnement, à des amendes de 5 000 à 8 000 euros et à une interdiction du territoire français pour 5 d'entre eux. Ils devront également verser 20 000 euros à chacun des enfants. Aussi, le jugement en appel de l'un des six prévenus a été confirmé dans toutes ses dispositions pénales et civiles par la Cour d'appel de Paris le 18 novembre 2024.

Cette décision est l'aboutissement du travail mené par les victimes, leurs avocats et leur administratrice ad hoc, le Parquet, les services de police, le Tribunal correctionnel, les institutions en charge de la protection des jeunes et Hors la rue. Ce travail commun a permis la mise en lumière de ce qu'ont subi ces enfants. Cette condamnation pour traite des êtres humains démontre que le repérage de ces enfants, leur accompagnement vers la protection et la conscientisation des dommages et préjudices qu'ils subissent, leur suivi dans le cadre de procédure pénale pour reconnaître leur statut de victime demeurent des impératifs compte tenu de ce que de nombreux acteurs observent sur le terrain.

À consulter : Procès pour traite des êtres humains au Trocadéro : « *La précarité ne justifie ni n'excuse l'exploitation de la vulnérabilité* », DALLOZ.



Anomie et fabrication culturelle



THIERRY SAMAIN - SOCIOLOGUE

Pour comprendre la consommation de drogues entraînant une dépendance parfois polytoxique chez les jeunes d'origine étrangère jusqu'à la troisième génération, il est intéressant d'avoir recours à l'éclairage de deux concepts issus des sciences humaines : l'anomie, d'une part; et la fabrication culturelle, d'autre part.

Le concept sociologique d'anomie

En bref, l'anomie, chez Durkheim, caractérise un lien social dont sont absentes les normes sociales régulatrices soit parce qu'il n'y en a pas ou soit parce qu'il y en a de moins en moins. Il en résulte beaucoup d'incertitude et d'instabilité dans les relations sociales.

Selon Emile Durkheim, l'origine de la déviance réside dans l'anomie, qu'il décrit comme la maladie d'une société privée de règles morales et juridiques conduisant à la désagrégation de la solidarité.

On pourra utiliser les termes « *mésusage* » ou « *usage détourné* » par rapport à la consommation ou la vente de certaines molécules médicamenteuses.

D'après Albert K. Cohen, criminologue américain, le dénuement économique et l'isolement familial pousseraient certains jeunes à entrer dans un gang qui leur servirait en quelque sorte de famille de substitution et dont les normes s'opposeraient à la société conformiste. Il en tire trois conséquences d'ordre général concernant les bandes de jeunes :

1. La délinquance des bandes de jeunes serait non-utilitaire : elle ne viserait pas la satisfaction des besoins matériels mais des satisfactions narcissiques liées à la réputation et aux manifestations de virilité.
2. Ce type de délinquance serait malintentionné, dans le but de faire peur et pour le simple plaisir de briser les règles.
3. Enfin, cette sous-culture reposerait sur une inversion des valeurs dominantes dans la pratique d'activités illégales.

Enfin, Becker renouvelle la définition de la déviance en avançant que « *la déviance est une propriété non du comportement lui-même, mais de l'interaction entre la personne qui commet l'acte et celles qui réagissent à cet acte* ». Dès lors, la déviance ne peut être considérée ni comme une propriété interne liée aux caractéristiques des individus, ni comme le sous-produit de l'environnement social. Elle serait en fait le résultat d'une action collective de désignation et de labellisation des comportements.

Le concept d'anomie s'applique parfaitement aux jeunes d'origine étrangère en ce sens qu'ils sont face à un dilemme important. Soit ils suivent les principes familiaux reposant sur une tradition importée qui concerne tous les aspects de leur existence comme l'habillement, l'alimentation, la croyance, la langue... Dans ce premier cas de figure, ils sont en harmonie avec le milieu familial mais en marge de la société occidentale dans laquelle ils sont installés. Soit ils adoptent les codes et règles de conduite de la société et se mettent en porte à faux vis-à-vis de leur univers familial avec parfois des situations d'exclusion.

Qu'ils s'installent dans l'un ou l'autre schéma, ils rencontrent des difficultés. Certains ont cru que la solution pour ces jeunes était de faire la synthèse entre ces deux mondes. C'était sans compter sur le fait que les valeurs sont totalement inversées entre la société familiale et la société globale occidentale.

La société familiale traditionnelle peut être considérée comme holiste, c'est-à-dire communautaire centrée sur le groupe. Le passé et les traditions y sont valorisés ainsi que le respect de la hiérarchie. On y trouve également l'acceptation des différentes situations vécues en lien avec des croyances ancrées, où l'individu n'existe que par son appartenance à la communauté, le Nous. On y constate un repli pour ne pas dire une satisfaction de rester entre soi, entre semblables par souci de sécurité mais surtout pour éviter les influences extérieures venant du monde extérieur.

La société occidentale peut être qualifiée d'individualiste au sens premier du terme, autrement dit, ici c'est le groupe qui sert l'individu dans son parcours de vie à tous les niveaux. Le progrès est obsessionnel et l'avenir présenté comme positif. C'est un monde de changements, d'évolution dans tous les domaines. Le mouvement, les déplacements y sont valorisés car considérés comme bénéfiques pour le développement de l'individu. La maîtrise de

l'environnement repose sur l'adhésion du modèle scientifique et correspond plutôt à une société laïque.

Le concept ethnopsychiatrique de la fabrication culturelle

La fabrication culturelle est un concept ethnopsychiatrique élaboré par Tobie Nathan qui s'explique comme suit : la fabrication culturelle c'est le fait de savoir d'où on vient, pourquoi on a migré, quelle est la culture de nos racines, ce qui permet à un individu de construire son identité sur base de ses racines et de pouvoir entrer en relation avec des personnes issues d'autres cultures. Si ce n'est pas le cas, la production de comportements déviants apparaît sous différentes formes et l'impossibilité du contact avec l'Autre se matérialise.

La fabrication de l'humain renvoie à un ensemble d'opérations complexes mises en œuvre par un groupe spécifique et dont il résulte la production d'un être culturel déterminé. La culture, dans cette perspective, est envisagée comme un système d'affiliations qui repose sur l'activation de plusieurs éléments : la langue, les théories relatives à la nature de la personne, les théories s'appliquant à l'identité des morts (ancêtres, ombres, fantômes, esprits), les théories incluant des énoncés étiologiques (sur la nature du mal), les procédures rituelles de modification des êtres (rituels de guérison, d'initiation, de funérailles...).

Du fait qu'elle constitue une enveloppe qui rend l'espace social cohérent, la culture est – à l'image d'une membrane qui filtre les échanges entre l'intériorité psychique et l'extériorité sociale – ce qui permet aux humains de percevoir le monde sur le mode de l'évidence, en leur évitant « *frayeur et perplexité* ».

Fort de ses observations cliniques, Tobie Nathan soutient que c'est parce que des individus sont fixés, c'est-à-dire inscrits dans une appartenance à un groupe fermé, qu'ils peuvent ensuite s'épanouir dans un système d'échange généralisé avec leur environnement social et culturel. L'ouverture à d'autres groupes et à d'autres univers culturels serait conditionnée par cette fermeture culturelle de l'enveloppe qui inscrit le sujet dans une appartenance à un groupe social déterminé.

Si je ne sais pas vraiment d'où je viens et pourquoi ma famille s'est déplacée d'un pays d'origine vers un autre, même s'il y a plusieurs générations, je risque de rencontrer des difficultés à rencontrer l'Autre dans sa différence car je ne suis pas assez sûr de qui je suis. Rencontrer l'Autre, c'est accepter de ne pas revenir indemne de ce dialogue et donc de vivre l'acculturation, l'échange culturel réciproque. Si je préfère que les choses culturelles qui me concernent restent à l'identique, je vais préférer ne pas aller au contact et rester entre semblables, entre mêmes. Le fait de vivre dans l'acculturation, c'est-à-dire l'éloignement par rapport à sa culture d'origine, va installer les individus dans une situation de fragilité.

Les notions de besoin identitaire ou de mécanisme de protection identitaire pourront éclairer aussi cette problématique.

Les explications proposées ici ont aussi été appliquées pour la compréhension du phénomène de radicalisation violente observé chez des jeunes vivant en Occident. Ils sont souvent d'origine étrangère, ils ont connu des difficultés d'intégration scolaire, leur père est souvent absent et le reproche qu'ils feront à leur famille sera de ne pas leur avoir transmis les préceptes traditionnels et religieux. Ils finiront par changer de nom et adopter un autre groupe d'affiliation.

Références

- Becker Howard, *Outsiders, Etudes de sociologie de la déviance*. 2024, Poche, Métailié.
 Dumont Louis, *Essais sur l'individualisme*. 1983, France, Points Essais, Seuil.
 Durkheim Emile, *Le suicide*. 2007, Paris, PUF.
 Nathan Tobie, *L'influence qui guérit*. 1994, Odile Jacob.

Rivotril et Lyrica, un cocktail chargé sur ordonnance...



LOU RICHELLE – MÉDECIN

Depuis plusieurs années, la consommation de pregabaline (Lyrica®) est en expansion à travers le monde. Molécule aux nombreuses propriétés, souvent consommée chez nous en association avec le Rivotril®, elle a trouvé – pour des raisons multifactorielles –, de l'intérêt auprès d'un public en situation de vulnérabilité, ce qui n'est pas sans conséquence.

Propriétés du médicament

La pregabaline (Lyrica® et ses équivalents génériques) fait partie, comme la gabapentine (Neurontin®), de la famille des gabapentinoïdes. Elle est indiquée dans les douleurs d'origine neurologique, dans certaines crises épileptiques et dans les troubles anxieux généralisés chez l'adulte. Elle est également prescrite pour d'autres indications *off label* comme les troubles du sommeil ou les douleurs chroniques. La dose thérapeutique varie entre 150 et 600 mg/j et doit se prendre en 2 ou 3 fois. Elle est très peu métabolisée au niveau hépatique, il y a donc très peu d'interactions médicamenteuses.

Un usage détourné de ce médicament est rapporté en Europe depuis 2009 et sa prescription est régulée depuis 2015 dans une dizaine de pays à travers le monde. Ce mésusage s'explique par ses propriétés euphorisantes, relaxantes et désinhibantes, en particulier lorsqu'elle est consommée à dose élevée et/ou en association avec d'autres molécules qui, comme elle, ont une action de dépression sur le système nerveux central¹. Un usage excessif peut entraîner une dépendance physique ainsi que divers effets indésirables (prise de poids, vertiges, somnolence, tremblements, fatigue, maux de tête, douleur articulaire, impuissance, troubles visuels, ...). Au niveau comportemental, son usage est associé à une augmentation des idées suicidaires et des passages à l'acte, des accidents de la route et de l'agressivité. Si la personne en consomme trop, il y a peu de risque qu'elle décède si elle ne prend que cette molécule, le risque augmente avec la dose et l'usage concomitant d'autres molécules comme les opiacés, l'alcool ou les benzodiazépines, ce qui peut mener à un décès par arrêt respiratoire. Une rupture de traitement peut être dangereuse. En effet, les symptômes de sevrage sont dose-dépendants et potentiellement dommageables pour le cerveau (insomnies, céphalées, nervosité, dépression, convulsions, épilepsies, coma...). L'arrêt doit donc être progressif et étalé sur minimum une semaine^{1,2,3}.



Source : Adobe

Contexte belge

En Belgique, les premières observations d'usage détourné ont été faites en 2016-2017 par des associations travaillant avec le public primo-arrivant (surtout originaire d'Europe de l'Est), chez qui des prescriptions pour trouble anxieux généralisé ont été distribuées facilement sur les routes migratoires. Depuis 2020, différents signalements mettent en évidence une augmentation du mésusage de ce produit dans notre pays. Celui-ci semble s'étendre au-delà du public initial et être source de préoccupation en 1^{ère} ligne. En parallèle, les données de l'INAMI entre 2006 et 2021 montraient également une nette augmentation de son usage. Différentes petites études, menées par Eurotox asbl, le DMG ULB et Transit en 2021-2022, ont pu identifier que la consommation était majoritairement présente à Bruxelles, plus qu'en Wallonie et en Flandre. Celle-ci était plus retrouvée au niveau des centres du secteur social-santé qu'en médecine générale*^{1,2,4}.

Profil de consommation

Certains facteurs de risque ont été identifiés dans la littérature : le genre masculin, le jeune âge (entre 18 et 45 ans), la présence de pathologies chroniques, d'antécédents d'addiction ou d'un traitement par agonistes opioïdes, une comorbidité psychiatrique, le statut de primo-arrivant, le cumul de plusieurs prescripteurs, un faible revenu et le milieu carcéral. Les études menées en Belgique corroborent la littérature avec une spécificité de consommation chez un public primo-arrivant originaire de l'Afrique du Nord et du Moyen-Orient ; ce mésusage est également rapporté chez le public des mineurs non accompagnés². Dans les données belges, un mésusage était rencontré également chez des publics plus insérés, plus âgés (moyenne d'âge 56 ans) avec une représentation moins masculine^{1,2,3,4}. La pregabaline semble également être rarement consommée seule (+/- 10 %). Chez le public rencontré dans le secteur social-santé, l'association

majoritaire est le clonazepam (Rivotril®) et, dans une moindre mesure, le tramadol (Tradonal®). Le Rivotril® est une benzodiazépine de durée d'action moyenne, elle est normalement indiquée dans l'épilepsie mais est utilisée également comme sédatif, hypnotique ou anxiolytique. Son engouement chez un public primo-arrivant peut s'expliquer par une consommation de longue date dans les pays du Maghreb et en particulier au Maroc. Prise à haute dose, elle présente des similitudes avec la pregabaline : anxiolyse, désinhibition, sentiment de surconfiance et de surpuissance. La co-consommation de ces substances peut mener à une vision floue, une perte de repères du temps et de l'espace, une perte de mémoire, de la somnolence, de la confusion et une perte de contrôle. La consommation de l'une semble ainsi renforcer l'effet de l'autre^{5,6,7}.

Réflexions

De nos analyses, ce phénomène peut s'expliquer par plusieurs facteurs : une immigration en Belgique trouvant une origine historique au Maghreb (le Lyrica® étant consommé de manière récréative en Algérie et le Rivotril® au Maroc)⁷, la forme générique disponible depuis 2015, l'accessibilité financière, les multiples propriétés de cette substance, l'acceptabilité sociétale (substance perçue comme un traitement), le besoin identitaire et un trafic important de ces drogues auquel certains consommateurs sont probablement liés.

Il faut toutefois rappeler qu'il est souvent imputé aux psychotropes, et en particulier à la pregabaline et son association avec le clonazepam, de l'agressivité et de la violence. Certes ces symptômes sont associés à ces molécules et la combinaison des deux peut majorer ces risques mais il ne faut pas sous-estimer les violences sociétales, systémiques et institutionnelles auxquelles font face ces personnes. Celles-ci étant déjà fortement fragilisées par des trajectoires de vie complexes émaillées de violences et de traumatismes face auxquelles ces substances sont utilisées comme stratégies de coping et mécanismes de survie.

À noter que la surreprésentation de ce public dans l'espace public, le focus particulier du secteur social santé sur cette question, la médiatisation faite également autour de cette molécule décrite comme « *la came de la rue* » ou « *la drogue du pauvre* » ont participé à forger dans l'imaginaire collectif une certaine identité à ces molécules. Il est important de pouvoir s'en décaler un peu et se rappeler que les situations de trafic de substances via les prescriptions sont minoritaires.

La majorité des personnes faisant un mésusage de pregabaline sont des personnes en souffrance qu'il convient d'accueillir et de soigner sans à priori et dans les meilleures conditions possibles.

*Ce sont des études qui présentent des limites, nous manquons d'une vue globale sur l'ampleur du mésusage et des études devraient être répétées à plus large échelle et avec un focus notamment sur le milieu carcéral.

Références

1. Richelle L, Hogge M. *Mésusage de pregabaline en Belgique francophone : enquêtes de terrain*. Rev Med Brux. 2023;44:96-105.
2. Servais L, Huberland V, Richelle L. *Misuse of Pregabalin: a qualitative study from a patient's perspective*. BMC Public Health. 2023 Jul 12;23(1):1339
3. Richelle L et Hogge M. *Lyrica. Mésusage de la pregabaline-fiche pratique*.
4. Poulin J, Selis M. *Pregabalin - État des lieux en Région de Bruxelles-Capitale*. Bruxelles: Transit asbl. 2021 (mise à jour des données 2022)
5. <https://2pao.fr/Outil-Lyrica-Rivotril-elabore-par-le-CAARUD-et-la-CJC-Charonne-Oppeila>
6. <https://vih.org/drogues-et-rdr/20240119/le-mesusage-de-la-pregabaline-un-phenomene-emergent/>
7. *De l'errance à la détention : les chemins heurtés des mineurs non accompagnés*. Trajectoires 2023. 41 p.

Mésusage de médicaments en prison : une prise en charge sous tension



ASSMA BOUSAÏDI ET MARION GUÉMAS - I.CARE ASBL

Les phénomènes exposés dans les précédents articles du dossier se manifestent également dans les lieux de privation de liberté. En effet, les situations d'extrême précarité dans lesquelles se retrouvent ces jeunes peuvent les pousser à commettre des infractions et ainsi entraîner une privation de leur liberté. Or, dans ces lieux aussi, la prise en charge de ce public aux besoins importants montre de sérieuses limites.

Dans le cadre de son projet d'accompagnement des personnes usagères de drogues en détention (Drugs.Lab, mené dans les prisons de Haren et Jamioulx), l'équipe de I.Care rencontre, depuis plusieurs années, de plus en plus de jeunes, principalement originaires du Maghreb et du Moyen-Orient, avec un problème de mésusage de médicaments de type Lyrica® et Rivotril®. Ces situations ont été identifiées dans d'autres établissements pénitentiaires belges, notamment à Lantin et Andenne. Or, leur accompagnement n'est pas sans poser des difficultés particulières.

Ces médicaments, omniprésents dans les rues de Bruxelles, sont souvent consommés dans un contexte marqué par des parcours migratoires difficiles, des vies en rue, et parfois d'autres consommations. Ils jouent un rôle ambivalent, oscillant entre solution temporaire pour « survivre » et facteur de désinhibition ayant des conséquences lourdes.

Un public de plus en plus nombreux

Dans la pratique observée dans l'établissement de Haren notamment, les équipes constatent une forte prévalence de la consommation de Rivotril® et Lyrica®, particulièrement chez les personnes migrantes en situation de grande précarité, lesquelles représentent une part importante du public rencontré dans le cadre du projet Drugs.Lab. Un médecin exerçant en prison depuis plusieurs années à Bruxelles, et qu'I.Care a rencontré, identifie les premiers patients concernés par cette problématique autour de 2019 ou 2020 : « à l'époque, c'était deux ou trois cas par mois ; aujourd'hui plusieurs par semaine. » En général, une douleur physique est avancée (hernie, douleurs persistantes après un accident, par exemple) pour demander la médication. Si celle-ci a pu répondre à un vrai besoin initialement, son utilisation peut être prolongée pour répondre à une douleur psychique, au vu des traumatismes, qu'ils soient liés à l'histoire personnelle ou migratoire, qui occupent une place centrale dans les parcours de vie des personnes rencontrées. Ces souffrances, apaisées par les médicaments, peuvent se réveiller brutalement en cas de sevrage, très courant en cas de privation de liberté.

Ces consommations s'accompagnent, par ailleurs, fréquemment de comportements problématiques, comme des crises, de l'automutilation, des tentatives de suicide, ou encore des passages à l'acte violents. Les usagers décrivent souvent ces gestes auto-agressifs comme une réponse au « trop-plein » émotionnel, renforcé par l'environnement carcéral ou précaire. La consommation de ces substances s'inscrit par ailleurs souvent dans un rapport ambivalent. Les usagers ne se reconnaissent pas comme des consommateurs de « drogues », en raison de l'origine pharmaceutique des produits. Cependant, l'usage détourné de ces médicaments constitue une réelle assuétude, compliquée par le lien psychologique et symbolique qu'ils entretiennent avec ces substances.

Une prise en charge erratique

Les profils des consommateurs, presque exclusivement des hommes, montrent des similitudes mais aussi des nuances selon les sous-catégories de public, comme les mineurs étrangers non accompagnés, les jeunes adultes, ou les personnes vivant en errance depuis leur pays d'origine. Un médecin travaillant en prison, que nous avons rencontré, distingue notamment deux grandes catégories de patients : des hommes, entre trente et quarante ans, qui consomment ces médicaments de manière récréative depuis une dizaine d'années mais qui ont conscience du mésusage ; et des hommes, plus jeunes, qui ont souvent commencé à consommer très tôt (avant 15 ans) et qui ont grandi en consommant ces produits et sont



Source : Adobe

convaincus qu'ils ne peuvent pas vivre sans. « La dépendance est vraiment ancrée » chez ces jeunes, précise ce médecin.

Si ces médicaments sont prescrits dans certains établissements pénitentiaires, ils ne le sont pas dans tous. Une procédure, prévoyant la prescription de Lyrica®, a officiellement été mise en place il y a près de deux ans mais elle ne semble pas toujours connue de toutes les professionnel·les de santé. Cela se traduit par des approches différentes au sein des services médicaux et entre les prisons. Ainsi, si certain·es acceptent de poursuivre les prescriptions émises en dehors de la prison, d'autres refusent de manière catégorique. Cet état de fait est source de rupture de soins pour les patients qui avaient une prescription qui n'est pas poursuivie en détention selon le·a médecin rencontré·e, ou en cas de transfert vers un autre établissement dans lequel ces prescriptions n'ont pas lieu alors que cela était possible dans la prison de première incarcération. Le médecin que nous avons rencontré précise toutefois que, pour certain·es médecins, la consommation de ces produits ne constitue pas un traitement à proprement parler car ces médicaments font l'objet d'un mésusage. Ils refusent donc de voir cette question dans une logique de (dis)continuité des soins. Aussi, certain·es médecins ne prennent pas toujours contact avec la structure de soins qui prenait en charge le patient à l'extérieur pour connaître le traitement qui était prescrit et ainsi le poursuivre.

Dans l'ensemble, les professionnel·les de santé en prison se retrouvent souvent démuni·es. « Je suis un peu partagé : je comprends la fonction du médicament mais il y a quand même un problème de mésusage » nous confie un médecin. Il complète : « de fausses raisons pour demander ces médicaments peuvent cacher une vraie demande ». Par manque de formation, d'informations, de retours d'expérience, les pratiques sont donc très diverses. « Certain·es cèdent à contrecœur » avance ce médecin, face aux chantages et menaces de suicide des patients désespérés et en grande souffrance. Ils doivent également prendre en compte le risque d'interactions médicamenteuses qui pourraient être lourdes de conséquences.

Il a également pu être reproché à des médecins de prescrire du Lyrica® pour une longue période, et donc pas dans une optique de sevrage à brève échéance. Or, comme indiqué plus haut, les souffrances psychiques peuvent se réveiller brutalement en cas de sevrage, sans qu'un accompagnement psychothérapeutique puisse être effectivement mis en place. Par ailleurs, pour ce public, les questions de santé mentale restent souvent difficiles à aborder. « Certains patients n'ont pas compris qu'on pouvait se soigner par la parole » avance un médecin ; « ils sont dans l'idée

que seule la médication peut soulager leurs souffrances psychologiques ». Il est donc nécessaire que les réponses qui peuvent être amenées en la matière soient pensées de manière spécifique pour ce public.

La difficile gestion du sevrage

En milieu carcéral, la gestion du sevrage est difficile. Celui-ci, souvent brutal et imposé, survient généralement après une prise régulière et parfois importante de ces médicaments. Il provoque des troubles physiques et psychologiques importants, lesquels incluent des insomnies, des angoisses, une intolérance accrue aux autres, et une intensification des comportements dangereux pour eux-mêmes ou pour leur entourage.

L'absence d'un suivi médical cohérent et d'un accompagnement psychologique aggrave encore la situation. En effet, les médecins restent pris dans une tension entre le refus de poursuivre un mésusage et la volonté d'épargner des symptômes de sevrage très forts à des patients à qui on ne peut rien proposer pour répondre aux grandes souffrances psychiques. De plus, les conditions de travail, notamment liées au manque d'effectif, rendent difficile la mise en place d'un véritable suivi des patients. En principe, il faudrait pouvoir rencontrer le patient une première fois, prescrire un dosage et revoir le patient régulièrement pour adapter le traitement si besoin. Or, en pratique, les patients sont souvent vus une seule fois à leur arrivée en détention et rarement revus par le même médecin dans le cadre du suivi des prescriptions. Dans ce contexte, difficile d'accompagner un sevrage dégressif et ce que cela induit pour le patient. « Ils retiennent surtout qu'on va leur donner le médicament mais pas la suite de la prise en charge et du sevrage, cela crée inévitablement des tensions » nous explique un médecin qui parle de « faux consentement ». Il insiste également sur l'importance du choix des mots, préférant parler de « produit » et de « consommation » plutôt que de « médicament » ou « traitement ». Mais ces subtilités ont-elles du sens pour les patients ?

Pour ces derniers, le processus de substitution ou de sevrage est d'autant plus complexe que les alternatives thérapeutiques, comme le diazépam, sont parfois mal acceptées. La prise en charge d'une telle dépendance demande en effet de prendre en compte la prise de manière globale, de déconstruire des idées qui renforcent le rapport à cette médication. Le Lyrica®, souvent connu dès le pays d'origine, répond (depuis longtemps) aux besoins des personnes détenues. Il peut alors être perçu comme la seule solution ou la plus adéquate : cette « consommation » est moins stigmatisée, plus acceptée par la communauté, perçue comme moins dangereuse, plus efficace. Passer de ce produit, perçu comme miraculeux, à un autre est tout

un défi qui demande la participation de la personne concernée. Afin d'aller vers une alliance thérapeutique, il s'avère nécessaire de pouvoir aborder ces prises médicamenteuses de la manière la plus transparente possible. La compréhension, souvent menacée par des limites de temps, de langue est la priorité d'un sevrage ou d'une substitution.

Automutilations, violences et racket

Les phénomènes d'assuétudes et la prise en charge inégale par le service médical n'est pas sans conséquence sur d'autres aspects de la détention. En effet, les sevrages brutaux imposés mènent à des crises de colère, des épisodes de violence, des automutilations et, parfois, des tentatives de suicide. Un autre aspect préoccupant est l'existence d'un trafic interne à la prison. Les médicaments comme le Lyrica® deviennent des objets d'échange, contre du tabac ou, parfois, contre des biens aussi essentiels que des vêtements. Ces pratiques exposent les usagers à des dynamiques de harcèlement ou de racket, avec des conséquences psychologiques lourdes pour les personnes concernées.

La dimension sécuritaire, et les risques liés aux trafics et violences induits par ces médicaments, est bien connue des professionnel·les de santé et n'est pas sans incidence sur leur volonté ou leur refus de prescrire ces médicaments. Si une certaine prudence est nécessaire, elle semble également faire parfois perdre de vue que la priorité devrait toujours être le bien-être des patients.

Quelles pistes de solution ?

Du point de vue médical, il ressort un véritable besoin de soutien de la part de l'administration pénitentiaire. « C'est parfois expérimental ce qu'on fait là » déplore le médecin que nous avons rencontré. « Nous aurions besoin d'un véritable appui scientifique dans notre prise en charge, par exemple, sur comment accompagner le sevrage, pouvoir échanger sur des retours d'expérience. Or, tout ça est aujourd'hui quasiment inexistant ». Les protocoles mis en place devraient faire l'objet de communications régulières auprès du personnel soignant et éventuellement d'être adaptés à l'évolution de la littérature scientifique ou sur la base des situations rencontrées en prison. Les professionnel·les s'accordent aussi sur le besoin de mettre en place et de renforcer les espaces de concertation afin de faciliter la prise en charge des patients et la continuité de celle-ci : entre professionnel·les et entre les milieux de vie.

En parallèle, d'autres pistes peuvent être envisagées. Tout d'abord, un suivi psychosocial structuré est essentiel pour accompagner les usagers dans une réflexion sur leur rapport au produit ; une demande également portée par le médecin avec qui nous avons échangé. Les dispositifs de soins doivent être adaptés aux besoins spécifiques de ce public. Cela inclut une prise en compte globale de leur histoire, incluant les traumatismes subis, la précarité sociale, et les violences institutionnelles ou racistes. Créer un climat de confiance avec ces publics fragilisés est indispensable pour permettre un accompagnement bienveillant et efficace. Actuellement, de nombreux usagers rapportent une méfiance vis-à-vis des services médicaux, rendant difficile l'identification et le traitement de leurs besoins réels. L'intégration d'un accompagnement interculturel pourrait offrir des clés de compréhension supplémentaires aux intervenant·es, notamment pour aborder les vulnérabilités spécifiques des personnes migrantes.

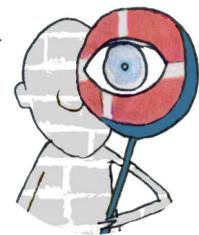
Par ailleurs, la prise en charge de ce public montre une fois de plus l'impérieuse nécessité de mettre en place une véritable politique de réduction des risques en milieu carcéral, et même en amont de l'incarcération. Le médecin que nous avons rencontré pointe notamment la banalisation de ces médicaments dans certains milieux (NDLR voir également l'article page 9). Dans une perspective de réduction des risques, il est capital de pouvoir parler de ces consommations sans jugement, d'augmenter les connaissances des personnes sur ces produits, de les informer sur la tolérance (nécessité d'augmenter la dose pour un effet similaire), de les sensibiliser aux risques associées à des dosages élevés, d'aborder les effets indésirables, etc. Il est aussi pertinent d'aborder la présence (importante) de ces médicaments au préau au « marché noir » et donc la prévention possible des mésusages chez des personnes qui n'en prennent pas habituellement.

La situation est donc grave... mais pas désespérée ! Il est malgré tout urgent de prendre ce problème à bras le corps et de tenter de (mieux) répondre aux souffrances profondes exprimées par ces patient·es.



Dans le cadre de cet article, nous avons tenté d'examiner comment s'organise la prise en charge de ce public dans d'autres lieux de privation de liberté, tels que les institutions publiques de protection de la jeunesse (IPPJ). En 2022, le délégué général aux droits de l'enfant (DGDE) a rendu un avis sur « les droits de l'enfant sous pression pour les MENA non demandeurs de protection internationale ». Dans celui-ci, il note également que la majorité des MENA placés en IPPJ « ont comme point commun des trajectoires migratoires très lourdes » et d'avoir « accumulé des vulnérabilités de toute nature » ayant pu les contraindre à des conduites à risques et à la commission de délits qualifiés « de survie ». L'avis mentionne également le témoignage d'une intervenante sociale qui pointe que « très souvent, [ces jeunes ont] consommé différentes substances qui [leur] ont permises (sic) de 'tenir le coup' ou de ne pas trop penser ».

Les difficultés de prise en charge de ce public spécifique ont également été pointées par un travailleur social d'un IPPJ que nous avons pu rencontrer. À la lumière de nos échanges, force est de constater que des problèmes similaires à ceux identifiés en prison se retrouvent dans ces lieux : absence de protocole clair permettant une prise en charge harmonisée, difficultés face aux différences culturelles et à la barrière de langue et travailleur·euses sociaux·les démuni·es.



La continuité du soin avec le milieu carcéral : le point de vue des professionnel·les extramuros



RACHELLE ROUSSEAUX - I.CARE ASBL

Depuis sa création, I.Care apporte une attention particulière à la continuité du soin dans le cadre de ses missions, et plus particulièrement via ses projets Drugs.Lab et Translation.

En effet, la pratique de continuité du soin représente un facteur de qualité de la prise en charge et de l'accompagnement des personnes en détention. Cependant, dans le cadre de nos projets de terrain et par le biais d'échanges avec nos partenaires, nous réalisons que cette continuité n'est pas optimale actuellement et qu'elle serait particulièrement difficile à réaliser pour les professionnel·les, tant à l'intérieur qu'à l'extérieur des prisons.

Nous adoptons consciemment l'appellation « continuité du soin » et non « des soins » pour faire référence au soin dans une perspective de care. Pour I.Care, prendre soin des personnes détenues va au-delà du simple accès à des soins médicaux disponibles et de qualité. Dans le cadre de notre étude, nous utilisons les termes « continuité du soin » pour faire référence tant à la continuité des soins médicaux, qu'à l'accompagnement psychologique et social.

Réalisation d'une étude exploratoire sur la continuité de cet accompagnement psycho-médico-social des personnes détenues

Nombreuses sont les situations à risque autour du parcours d'incarcération qui peuvent représenter des moments charnières de rupture dans l'accompagnement et la prise en charge. En effet, cela ne se résume pas au moment de la sortie prison. Nous observons également des situations de rupture au moment de l'entrée en prison mais également durant la détention, lors de transferts entre deux prisons, lors d'extractions médicales ou encore lors de permissions de sortie et de congés pénitentiaires (prolongés).

Outre les nombreux moments de potentielle rupture, cette dernière peut également prendre des formes diverses. Nous observons des ruptures dans l'accompagnement et la prise en charge au niveau des traitements (pas d'accès aux mêmes traitements qu'à l'extérieur, non accès aux traitements de substitution ou chroniques lors des moments de libération définitive ou provisoire, etc.), dans l'accès aux soins de santé et consultations thérapeutiques lors des moments de sorties provisoires (le paiement de certains de ces soins étant en partie à charge des patient·es, l'accès aux Maisons Médicales et aux Maisons d'Accueil Socio-Sanitaires n'étant plus possible ou moyennant des coûts élevés pour le public incarcéré souvent en situation de précarité), dans la transmission d'informations tant entre professionnel·les internes et externes aux prisons mais également au sein même des prisons, ou encore dans la transmission des dossiers médicaux entre la prison et l'extérieur, etc. Voici quelques exemples de la diversité des situations rencontrées.

En effet, bien que la pratique de la continuité du soin revêt d'obligations et de principes tant légaux, qu'éthiques et déontologiques, force est de constater que la discontinuité dans le soin est un problème récurrent pour les personnes détenues. Pourtant, l'Organisation mondiale de la santé rappellerait à ce propos que « la continuité des soins est un élément crucial d'un service de santé pénitentiaire durable. Des dispositions devraient être prises pour assurer un accès continu aux soins au moment de l'admission, du transfert et de la libération, ce qui devrait être facilité par l'administration pénitentiaire. De plus, la continuité des soins entre les prisons et la communauté extérieure exige que des relations structurelles étroites soient établies entre les services de santé et les services sociaux dans les prisons et dans le monde libre »¹.

À la suite de ces observations, nous avons souhaité mener une étude pour mieux comprendre quelles sont les difficultés rencontrées par les professionnel·les en termes de continuité des soins médicaux et de l'accompagnement psycho-social, mais également pour envisager des perspectives pour pallier ces difficultés et proposer des pistes de solutions.

Concernant la méthodologie, cette étude se réalise en 3 phases. La première s'intéresse au point de vue des professionnel·les psycho-médico-sociaux dans la société libre mais susceptibles de travailler auprès du public (ex) détenu et ce dans des structures diverses (service d'aide aux justiciables, CPAS, hôpital, maison médicale, housing first, centre de planning familial, centre de cure, centre d'hébergement, etc.). La deuxième s'attèle à collecter le point de vue des professionnel·les exerçant au sein des services médicaux et équipes soins des annexes psychiatriques de nos prisons belges. Enfin, la 3^{ème} phase consistera en la rencontre de personnes (ex)détenues.

Lors de cette 1^{ère} phase, nous avons diffusé un questionnaire auprès des professionnel·les des secteurs psycho-médico-sociaux dans la société libre (Flandre, Wallonie et Bruxelles) susceptibles de travailler auprès du public (ex)détenu. En outre, nous menons actuellement divers entretiens auprès de professionnel·les ayant accepté de nous rencontrer pour approfondir le sujet.

Bien que cette étude n'en soit qu'à ses prémices, nous souhaitons déjà vous partager une partie des résultats préliminaires de la 1^{ère} phase. Celle-ci est toujours en cours puisque plusieurs entretiens doivent encore être menés et que ces résultats, par conséquent, ne sont pas définitifs.

Refus de prise en charge pour cause de continuité irréalisable

Près d'un quart des répondant·es (n=65) affirme avoir déjà dû refuser la prise en charge/l'accompagnement d'une personne (ex)détenue car les difficultés en matière de continuité du soin étaient telles que cela a mené à l'impossibilité du suivi.

Les répondant·es expliquent cette impossibilité de suivi par différents facteurs :

- À cause d'un manque de moyens matériels tels que l'absence de locaux disponibles pour rencontrer les patient·es, ou des locaux disponibles mais ne permettant pas la confidentialité des entretiens/consultations, ou encore un manque d'accès à des outils d'interprétariat ;
- Pas de possibilité de réaliser la continuité du suivi car le ou la professionnel·le n'a pas été averti·e du fait que le ou la patient·e est incarcéré·e ;
- Pas de contacts avec les travailleur·euses sociaux·les en interne des prisons et donc pas de continuité possible de l'accompagnement ;
- Des difficultés à collaborer/communiquer avec les services médicaux des prisons ;
- Pas d'accord de mise à disposition de certains traitements de la part de l'administration pénitentiaire ;
- Pas de places disponibles, existence de listes d'attente auprès des structures extramuros.

Les répondant·es expriment également que la non-continuité est parfois aussi liée aux difficultés pratiques rencontrées par la personne détenue elle-même. Par exemple, lorsque la trajectoire de soin proposée n'est pas en adéquation avec la demande du bénéficiaire. En effet, cela se présente fréquemment lors de suivis thérapeutiques imposés par le tribunal qui ne répondent pas aux problématiques considérées comme plus urgentes par le ou la patient·e. Un autre exemple est celui lors de rendez-vous psycho-médico-sociaux à l'extérieur dans le cadre de sorties provisoires au cours de la détention. Les répondant·es évoquent les nombreuses difficultés auxquelles font face les personnes détenues, ne permettant pas de les mettre dans les bonnes conditions pour pouvoir bénéficier pleinement de ces suivis. Par exemple, certaines personnes ont des problèmes avec leur mise en ordre de mutuelle engendrant le refus de remboursement de certains soins de santé ou consultations. Cette complication se présente d'autant plus aujourd'hui dans le cadre de la nouvelle mesure des congés pénitentiaires prolongés pour lesquels il existe un flou quant aux soins qui peuvent être remboursés.

Une pratique difficile à tous les moments de la détention

Un autre exemple est celui des personnes incarcérées dans les prisons particulièrement décentralisées (telle que la prison de Haren). Pour ces

personnes, l'accès à leurs rendez-vous de suivi en centre-ville nécessite de prendre les transports en commun pour s'y rendre mais certaines personnes ne savent pas assumer le coût des tickets de transport et se voient alors voyager dans l'illégalité, risquant de mettre à mal leur droit aux sorties provisoires. Toutes ces complications présentent des risques de non-recours de la part de la personne détenue et, par conséquent, de discontinuité dans l'accompagnement ou la prise en charge.

En outre, il a été demandé aux répondant·es de se positionner quant au niveau de difficulté/facilité à mettre en œuvre diverses pratiques de continuité du soin, cela à trois moments charnières. Concernant l'arrivée en détention, entre 41 % et 56 % des répondant·es (n=65) estiment « difficile » ou « très difficile » d'assurer les pratiques de continuité du soin suivantes :

- Assurer la continuité des traitements initiés à l'extérieur avant l'incarcération (53,9 %) ;
- Assurer la continuité de l'information avec les professionnel·les à l'intérieur de la prison (56,9 %) ;
- Identifier les professionnel·les à l'intérieur de la prison vers lequel·les se tourner pour échanger sur le dossier d'un patient·e/d'un suivi (41,6 %).

Au cours de la détention, les problèmes de continuité du soin sont divers et multiples. Parmi ceux-ci, la barrière de la langue semble représenter une difficulté particulièrement importante pour les répondant·es. En effet, plus de la moitié (58,4%) des répondant·es (n=65) estime qu'accompagner une personne dans son parcours de soin lorsqu'elle ne parle pas la langue du ou de la professionnel·le est difficile, voire très difficile. Sur 65 répondant·es, 21,5% considèrent cette pratique « difficile », et 36,9 % la considèrent comme « très difficile ». La barrière de la langue peut alors représenter un risque de discontinuité dans l'accompagnement ou la prise en charge. Cette difficulté n'étant pas négligeable sachant qu'une partie importante de la population carcérale en Belgique ne parle pas au moins une des langues nationales. Lors de la reprise d'un suivi suite à sa libération, il a été demandé aux répondant·es de se positionner sur la difficulté/facilité à identifier les professionnel·les et structures qui ont suivi la personne en prison aux niveaux psychologique, social et médical distinctement, dans le but d'obtenir des informations sur les démarches et la prise en charge qui ont été initiées durant l'incarcération.

À ce propos, les graphiques ci-contre démontrent qu'il est plus ou moins facile d'identifier les professionnel·es et structures selon leur champ de compétence.

Quelques pistes de réflexion

La dernière section du questionnaire consistait à demander aux répondant·es de se positionner quant à la pertinence ou non de plusieurs propositions faisant office de modestes pistes de solution.

Proposition 1 : Création d'un formulaire permettant à la personne détenue de donner son consentement en vue d'un partage d'informations psycho-médico-sociales entre professionnel·les internes et externes à la prison.

Proposition 2 : Rédiger une procédure officielle de transmission d'informations psycho-médico-sociales entre professionnel·les de santé et sociaux à l'extérieur et à l'intérieur de la prison.

Proposition 3 : Créer des listings, pour les professionnel·les internes aux prisons, recensant (et présentant) les services extérieurs vers lesquels renvoyer une personne détenue à sa sortie pour avoir accès à toute sorte de services psycho-médico-sociaux.

Proposition 4 : Sensibiliser les médecins généralistes extérieur·es et les maisons médicales - des communes sur lesquelles se trouvent les prisons notamment - à la prise en charge de personnes sortant de prison et à la continuité du soin avec les professionnel·les internes aux prisons.

Proposition 5 : Informer les services psycho-médico-sociaux extérieurs sur la façon de prendre contact avec les professionnel·les en interne des prisons pour échanger des informations sur des prises en charge communes et réaliser la continuité du soin (vers qui se tourner, comment, via quel canal, etc.).

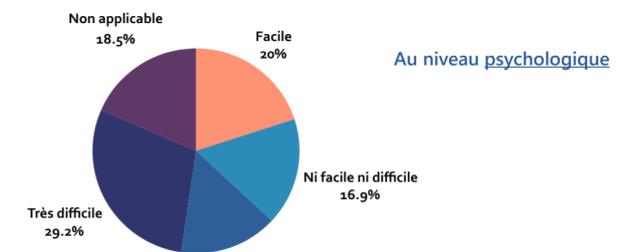
Proposition 6 : Utiliser la télé-médecine pour répondre aux problèmes de délais de consultations auprès des médecins spécialistes.

Proposition 7 : Elaborer des « documents types » informationnels sur les démarches que la personne sortante doit entreprendre une fois libérée, reprenant les services pertinents à l'extérieur, où se procurer ses traitements en cas de traitements médicamenteux, les coordonnées des maisons médicales aux alentours, etc. Ceux-ci seraient remis en amont au greffe qui les transmettrait aux personnes sortantes, au moment de leur libération.

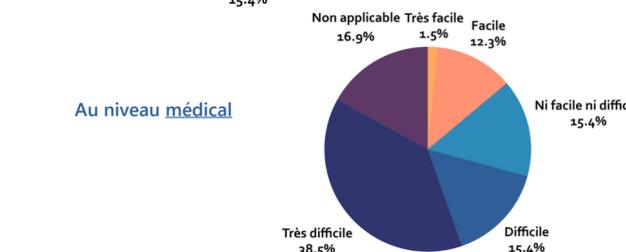
Proposition 8 : Mettre en place un groupe de travail réunissant des professionnel·les internes et externes aux prisons visant à réfléchir à la planification de la continuité du soin.

Parmi les outils envisageables pour assurer une continuité du soin optimale, le secret professionnel partagé semble de prime abord représenter un outil pertinent pour assurer une fluidité de l'information et une approche plus intégrée de l'accompagnement proposé. Cependant, son application reste

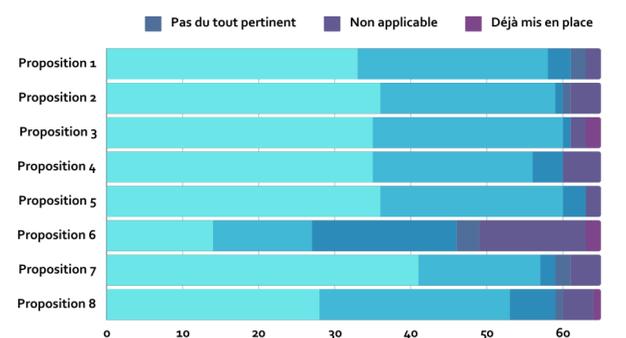
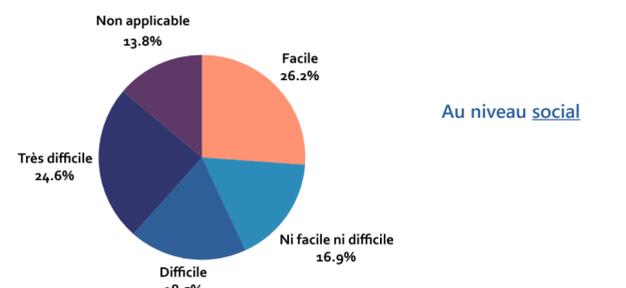
Identifier les professionnel·les et structures qui ont suivi la personne en prison, dans le but d'obtenir des informations sur les démarches et la prise en charge qui ont été initiées durant l'incarcération.



Au niveau médical



Au niveau social



particulièrement sensible, selon les répondant·es ; et ce d'autant plus dans un milieu où les professionnel·les sont tenu·es par des missions parfois tout à fait opposées, comme notamment celles du soin versus de l'évaluation. En effet, les répondant·es semblent l'envisager comme un outil intéressant mais iels mettent d'emblée en garde sur les utilisations qui peuvent être faites de ces informations dans un milieu fait de contrôle, de surveillance et de sanctions disciplinaires. Les répondant·es exemplifient ces situations comme, par exemple, lorsque le partage d'information, divulguée dans une optique d'optimisation de l'accompagnement, est utilisée dans le dossier judiciaire et peut avoir un impact négatif sur la personne et son parcours (par exemple, le fait d'informer le SPS qu'une personne consomme, ou a consommé, des produits stupéfiants pourrait avoir un effet sur l'octroi et les conditions d'obtention d'une permission de sortie ou d'une libération conditionnelle). Les répondant·es mettent également en garde contre le partage d'informations qui n'aurait pas été soumis au consentement du ou de la patient·e au préalable ou encore qui ne respecterait pas le cadre de la déontologie.

Nous commençons à lever le voile sur une problématique complexe qui mérite encore d'être approfondie. Ce travail de documentation va se poursuivre dans les mois à venir dans l'objectif de pouvoir questionner les points de vue de l'entière des acteur·rices concerné·es (professionnel·les et personnes détenues).

¹ World Health Organization (2021). The WHO Prison Health Framework : a framework for assessment of prison health system performance.



Créer un espace de parole pour les femmes victimes de violence : le travail de l'asbl Brise Le Silence

Depuis le début de l'année, I.Care collabore avec l'asbl montoise Brise Le Silence dans le cadre de son projet Wow. Gwendoline Faravel, chargée de projets et pair-aidante chez Brise Le Silence, présente ici leur travail.

Quelles sont les missions et les activités de l'asbl Brise Le Silence ?

Les missions et les activités de l'asbl Brise Le Silence sont de différents ordres. L'asbl se donne pour but de :

- Accueillir, accompagner et soutenir les personnes victimes de violences sexuelles, physiques et psychologiques, individuellement ou lors de groupes thérapeutiques ;
- Accueillir et soutenir des proches de victimes ;
- Soutenir des professionnel·es en questionnement ;
- Former les professionnel·es et étudiant·es du secteur psycho-médico-social, de la santé, le personnel juridique et le personnel judiciaire ;
- Sensibiliser un large public au travers de différents médias et divers événements ;
- Mener des actions de prévention dans l'enseignement secondaire et supérieur ;
- Informer et prévenir les violences liées au genre.

Nos activités s'adressent aux victimes, majeures, de violences sexuelles tous genres confondus. Notre public est cependant majoritairement féminin. Nous accueillons également des proches de personnes victimes (maman, compagnon, sœur...). Toutes ces activités sont accessibles gratuitement.

Nos objectifs évoluent et s'adaptent en fonction de la demande de renforcement pour la lutte contre les violences basées sur le genre du Plan d'Action National, et pour la lutte contre les violences faites aux femmes et aux filles, appuyée sur la Convention d'Istanbul. Nous proposons différents ateliers dans le cadre de notre axe d'accompagnement pour les personnes victimes :

- Groupes de parole (femmes, hommes, mixtes) ;
- Ateliers d'art-thérapie et d'écriture ;
- Approche psychocorporelle : sophrologie, expression corporelle, hydrothérapie ;
- Développement personnel : psychologie positive ;
- Hypothérapie ;
- Séances de psychoéducation ;
- Activités d'été diverses (jeux, cinéma, karaoké, promenades, photolangage, etc.).

Quelle est la spécificité de votre approche ?

Nous utilisons la méthodologie du « Triangle de croissance ». La force de notre projet transparait à travers son ADN particulier nourri par la plus-value de la « pair-aidance » qui permet aux personnes victimes de se sentir comprises et respectées dans ce qu'elles vivent au quotidien. Les personnes qui nous accompagnons nous renvoient régulièrement toute la force qu'elles ressentent à travers notre ADN particulier. Dès la création de l'association en 2015, l'accompagnement des personnes victimes a évolué en adaptant une méthodologie spécifique, initiée par la fondatrice de l'association, Pascale Urban : la méthodologie du binôme composé d'un·e pair-aidant·e et d'un·e autre travailleur·se psychosocial·e. D'une part, la fonction du·de la pair-aidant·e permet de mettre des mots sur des ressentis, en résonance à son propre vécu. D'autre part, la fonction de l'autre travailleur·se psychosocial·e permet d'apporter des appuis plus théoriques sur certains états et processus derrière des ressentis. Le binôme est complémentaire et répond de manière globale aux besoins des personnes victimes.

Quelles sont les activités menées par Brise Le Silence dans le cadre du projet Wow ?

C'est à la fin de l'année 2023 que l'équipe de l'asbl I.Care nous a proposé une collaboration dans l'idée d'aller à la rencontre de femmes détenues à la prison de Mons. Cela afin d'encadrer des groupes de parole à la suite d'ateliers spécifiques, destinés à mettre en lumière toutes les différentes formes de violences qu'ont pu subir ces femmes durant leur trajectoire de vie.



Deux pair-aidantes de l'asbl Brise Le Silence, Ingrid Poetter et moi-même, ont été déployées sur le projet Wow. Nous nous insérons, chacune à notre tour, au sein du groupe qui s'est formé à la prison, dès le début de l'année 2024.

Très vite, l'équipe formée dans le cadre de cette collaboration a pu faire une série de constats qui ont confronté certaines attentes et les projections relatives au projet face à la réalité de la vie carcérale de ces détenues. Cela s'inscrit tant au niveau de leurs conditions de vie qu'au niveau des différentes dynamiques relationnelles auxquelles elles doivent faire face (le partage de l'espace au sein de la cellule, la dimension du préau, etc.). Pour toutes ces raisons, dès le départ des groupes, les détenues ont exprimé leurs craintes d'y dévoiler des éléments de leur vécu traumatique, lié à des violences subies dans l'enfance et à l'âge adulte. Cela de peur que ces partages se retourneraient contre elles au sein de ces dynamiques relationnelles où elles sont susceptibles de revivre de la violence.

Il a donc fallu réfléchir à trouver une approche permettant de faire des liens entre leur dimension quotidienne, ce qu'elles portent en elles qu'elles se refusent à partager et ce qu'elles pourraient mettre en travail dans le cadre de ces groupes qui leur donnent justement un espace où elles ont le droit de faire ces liens. Elles semblent ne pas facilement s'autoriser à relier leur trajectoire de vie à leurs traumatismes du passé.

Les pair-aidantes incarnent la vision d'un parcours de vie qui, en conséquence à différentes formes de violences subies depuis l'enfance, a entraîné de nombreuses conduites à risque, mises en danger, relations toxiques menant à d'autres schémas de violences, etc. pour au final, parvenir à s'insérer dans une trajectoire plus sereine et résiliente. Elles peuvent partager au groupe leurs histoires et permettre à chacune de trouver d'éventuelles résonances intérieurement. Les premières séances ont permis de créer un espace de partage où la confiance demeure fragile comme on peut l'être dans un tel « microcosme ». Les prochaines séances devraient permettre aux pair-aidantes de se raconter en douceur dans l'espoir de créer des accroches, de planter des petites graines d'espoir dans des esprits qui peuvent sembler très égarés ou emprunts de honte et de culpabilité.

Nous souhaitons à plus long terme réfléchir à la création d'espaces plus individuels qui leur donneraient la possibilité de briser leur silence et de se sentir soutenues, comprises afin de mettre en mouvement un processus de réinsertion avec des ressources gratuites existantes à l'extérieur telles que l'asbl Brise Le Silence. Nous aimerions collaborer davantage avec l'asbl I.Care et constituer des binômes selon la méthodologie « Le Triangle de Croissance ».

Agir et former au concret pour favoriser l'accès de tous à la santé et aux droits :



L'Equity Health Lab s'implique auprès du public des (ex-)détenu·es et de leurs associations



CÉLINE MAHIEU, LÉA DI BIAGI, CÉLINE VAN VAERENBERGH, JAMIE-LEE FOSSION ET RACHIDA BENSILMAN

Le point de départ

L'enseignement est un levier majeur pour le changement des attitudes et des pratiques permettant de relever le défi de l'accès à la santé, aux droits civiques et sociaux pour toutes. Ceci est particulièrement le cas pour les publics qui, comme les (ex-) détenu·es et les exilé·es, font l'objet de nombreuses formes de stigmatisation et sont confronté·es à des barrières complexes dans l'accès à leurs droits les plus essentiels. Ces publics sont susceptibles de cumuler des problématiques sociales, juridiques et de santé diverses qui nécessitent d'articuler des métiers, organisations et secteurs encore trop souvent hermétiques les uns aux autres et peu préparés à prendre ces vulnérabilités à bras-le-corps. Relever le défi nécessite une préparation adéquate des professionnel·les qui seront les futur·es garant·es de cet accès aux droits. L'ULB et l'HELB, en tant que lieux de formation de ces nombreux professionnel·les et en tant qu'université et haute école ancrées dans la Région Bruxelloise, ont un rôle à jouer dans la lutte contre les inégalités. Ce sont les constats de départ de l'Equity Health Lab, un projet de « form'action » qui met depuis 2021 au cœur de ses principes la collaboration interprofessionnelle et intersectorielle, l'ancrage dans les réalités de terrain grâce à une connexion au réseau associatif et la réponse à un défi sociétal concret. Car il ne s'agit pas de donner des cours, mais de travailler au réel, en prise avec les besoins des publics et les compétences des associations qui en ont l'expertise. Notre objectif est de développer, au concret, parmi les étudiant·es et les enseignant·es les attitudes, pratiques et compétences permettant d'améliorer l'accompagnement disciplinaire et interdisciplinaire des publics en situation de vulnérabilité et plus largement la lutte contre les inégalités sociales.

Ce qui nous motive

Le projet Equity Health Lab s'est d'abord consacré au public exilé et s'est ancré dans le réseau associatif qui travaille avec celui-ci. Or, notre projet ne vise pas à spécialiser ces futur·es professionnel·es dans l'accompagnement d'un public déterminé mais à « capaciter » les étudiant·es et enseignant·es dans l'accompagnement des vulnérabilités au sens large et dans la lutte contre les inégalités sociales. L'acquisition de compétences transversales, de même que la confrontation à différentes formes de barrières, dans l'accès aux droits, et l'articulation à un réseau d'acteur·rices diversifié·es sont donc essentielles. Dans ce contexte, les parcours des (ex-)détenu·es présentent certaines similarités avec ceux d'une partie des exilés : la privation de liberté et l'organisation de l'aide et des soins dans des contextes fortement encadrés par la priorité donnée à des objectifs de sécurité, par exemple. Les deux publics partagent, en outre, une forte stigmatisation sociale de même que certains aspects épidémiologiques (prévalence importante des maladies infectieuses et des troubles de la santé mentale notamment). Les modes d'accompagnement sanitaire, social et juridique des publics sont cependant enchâssés dans des systèmes de régulation et des réseaux très différents. Les possibilités d'agir des différents métiers en sont impactées. Il était donc nécessaire pour le projet Equity Health Lab d'étendre son partenariat aux acteur·rices qui travaillent avec les publics (ex-)détenu·es.

Avec qui ?

L'Equity Health Lab, c'est plus de 80 étudiant·es ultra-motivé·es de différentes filières de la santé, de l'aide juridique et sociale, une vingtaine d'encadrant·es académiques et autant d'associations. Ce projet implique en effet depuis 2022 les Facultés de Santé publique (coordination), de Médecine, de Sciences de la motricité, de Pharmacie, de Droit (en particulier la Refugee Law Clinic), de Psychologie de l'ULB, les filières Assistants sociaux, Infirmiers et Sages-femmes de l'HELB ainsi que des acteur·rices professionnel·les et associations travaillant avec les personnes exilées, parmi lesquelles le Ciré, Médecins du monde, Constats asbl, Aquarelle, Douche Flux, etc. Depuis cette année, grâce à sa collaboration avec Transit, I.Care et Rizome, l'Equity Health Lab travaille également avec le public des (ex-)détenu·es et nous souhaitons étendre son partenariat.

Et au concret ?

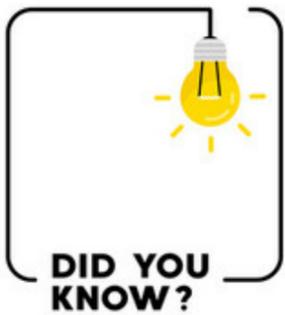
L'Equity Health Lab, ce sont six modalités d'action concrète :

- **Contribuer avec les professionnel·les du secteur à des suivis individuels** : par exemple, les étudiant·es de Médecine, Droit, Santé Publique et Pharmacie collaborent avec des avocat·es pour écrire des lettres accompagnant une procédure de demande de séjour de type 9 ter : les étudiant·es en Droit préparent le dossier légal, ceux de Médecine aident à déterminer la gravité de la maladie, les étudiant·es en Santé publique documentent le manque d'accès aux services de santé dans le pays d'origine, ceux de Pharmacie ont étayé la non-équivalence du traitement disponible dans le pays d'origine.
- **Concevoir et mettre en œuvre une activité collective et interdisciplinaire avec les publics** : cette année, sept projets sont lancés, parmi lesquels : poser les bases d'une « Toolbox sortie de prison » avec les asbl Transit, I.Care et Rizome-bxl ; construire un outil interdisciplinaire sur la santé sexuelle et affective et un outil d'accès aux droits avec la Sister House ; ou encore organiser des ateliers nutrition avec la Maison Babel Asbl, la Sister House et la Plate-forme citoyenne.
- **Participer à une permanence d'aide (juridique, sociale, sanitaire)** : chacun·e des étudiant·es est invité·e à participer à une permanence (si possible impliquant d'autres métiers que le sien) dans au moins une des associations partenaires pour découvrir les réseaux d'acteur·trices de l'accompagnement et leurs spécificités tout en apportant une expertise parfois complémentaire aux professionnel·les présent·es.
- **Visiter des lieux porteurs de sens et de compétences** : depuis 2022, les étudiant·es visitent par exemple le Conseil du Contentieux des Étrangers où ils peuvent écouter des magistrat·es leur expliquer l'importance de la collaboration entre avocat·es et professionnel·les de la santé et du social.
- **Participer à une conférence** : afin de développer les compétences des étudiant·es et des enseignant·es, nous invitons différent·es spécialistes à nous faire part de leur expérience. En 2024 par exemple, nous avons reçu deux expertes de la prise en charge interdisciplinaire, l'une sur l'accompagnement des traumatismes et l'autre sur la traite des êtres humains à des fins d'exploitation sexuelle.
- **Disséminer les compétences et les savoirs** : le projet mise fortement sur le fait de contribuer à donner du sens à la formation et sur l'*empowerment* des étudiant·es dans l'acquisition des compétences qui leur sont nécessaires. Les étudiant·es de l'année académique 2022-23 de l'Equity Health Lab se sont approprié le projet en créant « l'Equity Health Lab – étudiants » et en organisant en 2023 et en 2024 la Semaine des Exilé·e.s (Lauréate du Prix Hessel), suite de conférences et de débats par et pour les étudiant·es qui a servi de lancement et d'événement de recrutement aux éditions de l'année académique suivante.

À la fin de chaque année académique, les étudiant·es ayant participé à l'Equity Health Lab partagent en outre auprès de leur cohorte leur expérience : l'occasion de débats riches et d'un échange de représentations et de pratiques sur les publics.

En conclusion

L'Equity Health Lab construit au fil du temps un véritable *win-win* entre étudiant·es, enseignant·es et associations : échange de compétences, approfondissement de l'interdisciplinarité, extension du réseau (en vue de futurs recrutements, mémoires, stages ou collaborations) et contribution au développement du sens de l'activité de chacun. Nous recherchons davantage de collaboration dans le secteur du travail avec les (ex-)détenu·es. Si vous souhaitez un rendez-vous pour explorer les possibilités de collaboration, contactez-nous : celine.j.mahieu@ulb.be et lea.di.biagi@ulb.be.

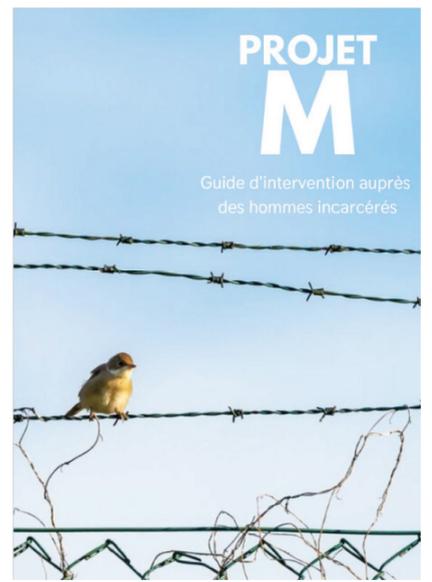


MoveMen publie un guide pour intervenir auprès des hommes détenus sur les questions de masculinité

Dans le précédent numéro de MursMurs, nous vous présentions le projet M porté par MoveMen. Ce projet vise à sensibiliser et à informer sur les stéréotypes et les conceptions préjudiciables de la masculinité et sur la manière dont ces conceptions sont liées à l'(in)égalité des genres, aux relations, à la discrimination, aux privilèges et à la violence.

Avec le soutien de la politique fédérale pour l'égalité des genres, un projet-pilote a été déployé dans trois prisons flamandes. En novembre, il a abouti à la publication d'un guide à l'attention des professionnel·les travaillant avec des personnes détenues qui propose différents outils pour proposer des activités visant à déconstruire les stéréotypes de genre, renforcer la confiance des participants, améliorer leurs relations (actuelles et futures) et prévenir les violences basées sur le genre.

Le guide peut être consulté sur le site de l'asbl ZIJN : <https://vzwzijn.be/project-m/>



Publication d'un rapport sur les personnes usagères de drogues en prison

À travers différents projets, I.Care accompagne depuis sa création des personnes consommatrices de drogues en prison. Quels sont leurs parcours de vie ? Comment se passe leur détention ? Quels sont leurs besoins ? Sur la base de l'expertise tirée de nos projets et d'entretiens menés avec plusieurs personnes incarcérées, I.Care publiera, début 2025, un rapport mêlant témoignages, littérature scientifique et reprenant une série de recommandations afin d'améliorer la prise en charge de ce public spécifique pendant l'incarcération ainsi que la continuité des soins.

Vous souhaitez le recevoir ? Écrivez-nous à : info@i-careasbl.be.



De nouveaux outils contre l'hépatite C

Dans le cadre de son projet Translation, I.Care a publié de nouveaux outils afin de faciliter la continuité des soins en matière d'hépatite C (VHC). Des flyers pour les différentes régions wallonnes sont librement accessibles sur notre site Internet (www.i-careasbl.be/outils-vhc) afin de mieux orienter les patient·es à leur sortie de prison.

Par ailleurs, l'*International Network on Health and Hepatitis in Substance Users* (INSHU) a publié une série d'outils afin « d'informer et inspirer le dépistage, le diagnostic, la liaison aux soins et le traitement de l'hépatite C à l'échelle mondiale pour les personnes qui consomment des drogues ». Ils sont disponibles sur : <https://inhsu.org/>

Enfin, la coalition belge contre l'hépatite C, devenue en 2024 coalition contre les hépatites virales et dont I.Care est membre, a mis à jour une série de notes mettant en avant les actions à mettre en œuvre prioritairement pour atteindre l'objectif d'éradication du VHC à l'horizon 2030, en particulier en ciblant les publics les plus exposés à cette maladie. Les recommandations politiques et la note relative aux personnes détenues sont disponibles sur notre site Internet : www.i-careasbl.be/notre-reseau.

Retrouvez facilement nos analyses et recommandations

Quotidien en détention, prise en charge des publics avec des besoins spécifiques, drogues et détention, etc. Autant de sujets sur lesquels I.Care a eu l'occasion de publier différents documents d'analyse et des recommandations. Vous les retrouverez facilement sur notre site Internet : <https://www.i-careasbl.be/analyses-et-recommandations>.

17

Prochain MURSMURS (été 2025)

Vous avez des articles à proposer ? Merci de nous écrire à l'adresse suivante : mursmurs@i-careasbl.be.

Vous voulez témoigner de situations en lien avec notre travail, nos recherches... ? C'est par ici temoignages@i-careasbl.be

Vous souhaitez vous inscrire à notre newsletter, c'est par ici mursmurs@i-careasbl.be

Avec le soutien de



Dans le cadre de ses écrits, I.Care a recours à l'écriture inclusive. Toutefois, en raison de certaines contraintes (et notamment de maquette), cela ne nous est pas toujours possible. Merci de votre compréhension.



MURSMURS

Editrice responsable : Véronic Thirionet
Avenue Plasky 179
1030 Schaerbeek
Belgique
info@i-careasbl.be
www.i-careasbl.be