



# LA SANTÉ EN PRISON : UNE DISJONCTION SYMPTOMATIQUE ?

UNE RECHERCHE EXPLORATOIRE VISANT À  
OUVRIR UN ESPACE DE DIALOGUE AUTOUR DE LA  
COLLABORATION INTERPROFESSIONNELLE  
COMME LEVIER DE PROMOTION DE LA SANTÉ  
EN MILIEU CARCÉRAL

Rachelle Rousseaux

En collaboration avec Ségolène Malengreaux & Isabelle Aujoulat

Juillet 2023

Avec le soutien de



## Un rapport du RESO – Service Universitaire de Promotion de la Santé



**Auteure :** Rachelle Rousseaux

**Avec la participation de** Ségolène Malengreaux (RESO-UCLouvain) & Isabelle Aujoulat (RESO-UCLouvain)

Nous remercions toutes les personnes œuvrant pour le milieu carcéral ayant participé à la recherche ainsi qu'à l'atelier de discussion des résultats de la recherche. Nous remercions le professeur Jean Macq (Institut de Recherche Santé et Société (IRSS) UCLouvain) et Marion Guémas (asbl I.Care) pour leur relecture. Les collègues de l'équipe du RESO et de l'Institut de Recherche Santé et Société (UCLouvain), et en particulier, Dominique Doumont et Cécilia Scacchitti ainsi que Vinciane Saliez (asbl I.Care) et Delphine Pouppez (UCLouvain) pour leur soutien et leur participation à l'atelier de discussion des résultats de la recherche. Nous remercions Delphine Pouppez également pour le temps accordé et le partage d'expérience et de connaissances qui a nourri la réflexion de la chercheuse dans la phase de familiarisation avec la problématique de la recherche, tout comme Aurore Van Liefde (KULeuven), Amandine Felten (Service d'Education pour la Santé) et Christophe Dubois (ULiège). Nous remercions à nouveau Vinciane Saliez pour le travail de partenariat et de soutien à la recherche (cfr. Avant-propos). Enfin, pour leur relecture orthographique, nous remercions Nathalie Malevé (IRSS).

**Pour citer ce document :**

Rousseaux R. avec la participation de Malengreaux S. & Aujoulat I. (2023). La santé en prison : une disjonction symptomatique. Une recherche exploratoire visant à ouvrir un dialogue autour de la collaboration interprofessionnelle comme levier de promotion de la santé en milieu carcéral. Rapport de recherche. Woluwé-Saint-Lambert : UCLouvain/IRSS-RESO, 58p.

**Source illustration page de couverture :** Pixabay. Image libre de droits.

**Retrouvez toutes les publications du RESO à l'adresse suivante :**

<http://www.uclouvain.be/reso>

Le Service Universitaire de Promotion de la santé UCLouvain/IRSS-RESO

Le RESO est un service universitaire de promotion de la santé situé à l'Université catholique de Louvain et affilié à l'Institut de Recherche Santé et Société. Le cœur de son programme est de partager et de (co)construire des connaissances, et de renforcer les savoirs des acteur·rices de promotion de la santé, qu'ils ou elles soient décideur·euses ou professionnel·les de terrain dans le but d'augmenter la pertinence et la qualité des interventions de promotion de la santé et des politiques de santé à Bruxelles et en Wallonie.

Editrice responsable : Isabelle Aujoulat  
UCLouvain/IRSS-RESO Clos Chapelle-aux-champs, 30 B1.3014  
1200 Woluwé-Saint-Lambert, Belgique  
Contact : reso@uclouvain.be

En partenariat avec



Avec le soutien de



# TABLE DES MATIÈRES

<b>1</b>	<b>Introduction.....</b>	<b>6</b>
<b>2</b>	<b>Contexte et objectifs de la recherche.....</b>	<b>6</b>
2.1	Contexte carcéral belge.....	6
2.2	Santé et prison.....	7
2.2.1	Etat des lieux.....	7
2.2.2	Pourquoi s'intéresser à la santé des personnes incarcérées ?.....	9
2.3	La collaboration interprofessionnelle comme levier pour le développement de la santé en prison.....	10
2.4	Des changements dans le paysage pénitentiaire belge au moment de la recherche.....	11
2.4.1	La prison de Haren.....	11
2.4.2	La réforme des soins pénitentiaires.....	12
2.5	Les objectifs de la recherche.....	12
<b>3</b>	<b>Méthodes.....</b>	<b>14</b>
3.1	Etape 1 : Entretiens qualitatifs semi-dirigés.....	15
3.1.1	Stratégie de recrutement.....	16
3.1.2	Description du profil des personnes interrogées.....	16
3.1.3	Réalisation des entretiens.....	17
3.1.4	Analyse.....	18
3.2	Etape 2 : Atelier de discussion des résultats préliminaires de la recherche.....	19
<b>4</b>	<b>Résultats.....</b>	<b>20</b>
4.1	Les personnes incarcérées : victimes avant d'être auteur-es.....	21
4.2	Promotion de la santé et prison.....	23
4.2.1	Représentations de la santé des personnes interrogées.....	23
4.2.2	Santé en liberté versus santé sous contrainte.....	25
4.2.3	Ponctualité des activités santé « hors soins médicaux ».....	28
4.2.4	Instrumentalisation de la santé.....	29
4.2.5	Santé des professionnel·les et sentiment d'impuissance.....	30
4.2.6	Etre ou ne pas être acteur·rice de la santé en prison, quelle frontière ?...	32
4.2.7	Dissonance entre les textes et la pratique.....	34
4.3	Déresponsabilisation ou manque de formation comme frein potentiel à la collaboration interprofessionnelle ?.....	35
4.4	Des services déconnectés.....	37
4.5	La prison, une aide et du soin ?.....	40
4.6	La prison n'est pas un système isolé.....	43
4.7	Réflexions autour de pistes pour la pratique.....	44
<b>5</b>	<b>Discussion.....</b>	<b>47</b>
<b>6</b>	<b>Forces et limites.....</b>	<b>51</b>
<b>7</b>	<b>Conclusions et recommandations.....</b>	<b>52</b>
<b>8</b>	<b>Références.....</b>	<b>55</b>

# AVANT-PROPOS

La recherche présentée dans ce document a été réalisée sur une période d'un peu plus d'un an (allant de mars 2022 à avril 2023) grâce à un financement de la COCOF.

Cette recherche a été menée par Rachelle Rousseaux, chercheuse à l'UCLouvain/IRSS-RESO. C'est au travers de son mémoire<sup>[1]</sup> de fin d'études en santé publique que Rachelle Rousseaux découvre le milieu carcéral en étudiant le cas d'un programme de promotion de la santé développé en prison par l'asbl I.Care. Les résultats de ce premier travail ont inspiré la présente recherche.

L'association I.Care est d'ailleurs le partenaire principal de cette recherche puisque l'équipe d'I.Care a notamment collaboré à la rédaction du protocole de la recherche. L'association a également facilité la mise en réseau pour la constitution de l'échantillon de répondant-es ; a facilité l'accès au terrain de recherche ; a accompagné la chercheuse en prison ; et enfin, a aidé à la préparation de la phase de diffusion des résultats. Rachelle Rousseaux a également rejoint l'équipe d'I.Care, à mi-temps, en cours de recherche, en tant que chargée de mission sur un projet spécifique dans une prison en Région wallonne.

---

[1]Rousseaux R. (2021). Comment une intervention de promotion de la santé en milieu carcéral participe-t-elle au développement d'une Prison Promotrice de Santé ? Etude du cas de Care.Connexion. [Mémoire de master, UCLouvain]. DIAL. <https://dial.uclouvain.be/memoire/ucl/object/thesis:29805>

# LISTE DES ABRÉVIATIONS



<b>AS</b>	Assistant·e social·e
<b>CMC</b>	Centre médico-chirurgical
<b>CdS</b>	Commission de surveillance
<b>DGD</b>	Direction Gestion de la Détention
<b>EP</b>	Etablissement pénitentiaire
<b>OIP</b>	Observatoire International des Prisons
<b>OMS</b>	Organisation Mondiale de la Santé
<b>PMS</b>	Service psycho-médico-social
<b>PPS</b>	Prison Promotrice de Santé
<b>PS</b>	Permission de sortie
<b>SPS</b>	Service Psycho-Social
<b>TAP</b>	Tribunal d'application des peines

# LA SANTÉ EN PRISON : UNE DISJONCTION SYMPTOMATIQUE

## Présentation de la recherche et de ses résultats

### 1. INTRODUCTION

Ce document présente les résultats et conclusions d'une recherche exploratoire s'intéressant à la promotion de la santé et à la collaboration interprofessionnelle pour la santé au sein du milieu carcéral. Pour cette recherche, nous avons été à la rencontre d'acteurs et actrices, professionnel·les ou bénévoles, œuvrant dans ce milieu. La première partie de la recherche s'est exclusivement concentrée sur le contexte bruxellois. La seconde partie de la recherche, quant à elle, a permis d'ouvrir les perspectives aux réalités carcérales à l'échelle de la Belgique (cfr. section « 3. Méthodes » pour plus de précisions à ce propos).

Dans le cadre de cette recherche, le concept de « santé » est considéré dans sa globalité, comme une ressource multidimensionnelle de la vie, un état de bien-être tant physique, psychologique que social, comme le définit l'Organisation Mondiale de la Santé (1946)[2]. L'état de santé des individus étant déterminé par une multitude de facteurs (économique, éducatif, social, psychologique, environnemental, politique) dépendants ou non de la personne et interagissant entre eux.

La présente recherche est dite « exploratoire », car elle ne prétend pas à l'exhaustivité, son objectif étant de générer une première base de connaissances pour servir à de futures recherches. Il s'agit de « clarifier un problème qui a été plus ou moins défini, de baliser la réalité à étudier et de déterminer le devis de recherche adéquat pour une éventuelle recherche suivante de plus grande envergure » (Guillemette & Baribeau, 2006).

### 2. CONTEXTE ET OBJECTIFS DE LA RECHERCHE

#### 2.1 Contexte carcéral belge

En 1844, la première prison cellulaire de Belgique, celle de Tongres, voyait le jour[3]. Depuis lors, la Belgique compte une trentaine d'établissements pénitentiaires. Et ce chiffre augmentera dans les années à venir[4]. En effet, construire de nouvelles prisons ou créer des extensions supplémentaires aux établissements existants représenteraient des solutions pour endiguer la surpopulation carcérale[5].

---

[2]<https://www.who.int/fr/about/governance/constitution>

[3][https://justice.belgium.be/fr/themes\\_et\\_dossiers/prisons/prisons\\_belges/prisons/plus\\_d\\_infos/tongres](https://justice.belgium.be/fr/themes_et_dossiers/prisons/prisons_belges/prisons/plus_d_infos/tongres)

[4]<https://www.regiedesbatiments.be/fr/projects/detention-et-internement-dans-des-conditions-humaines>

[5]<https://www.regiedesbatiments.be/fr/projects/detention-et-internement-dans-des-conditions-humaines>



Alors que le gouvernement fédéral construit de nouvelles prisons, des collectifs de citoyen·nes et des associations actives dans le secteur pénitentiaire, en Belgique, remettent en question l'existence même des prisons ainsi que le sens de l'incarcération. Tel est le cas, par exemple, de l'Observatoire International des Prisons qui regroupe sur son site internet une diversité d'articles et de communiqués de presse questionnant le sens de la peine ainsi que l'existence même du système pénal[6].

En effet, la Belgique a été accusée par différentes instances internationales de défense des droits humains pour les conditions indignes de détention imposées aux personnes incarcérées sur son territoire. Cela est le cas, par exemple, du dernier rapport du Comité européen pour la prévention de la torture et des peines ou traitements inhumains et dégradants (CPT) datant de 2021[7].

Par ailleurs, le système carcéral belge ne semble pas remplir son objectif de réinsertion puisque la Belgique fait face à un taux important de récidive. Mais est-ce réellement là l'objectif de l'incarcération, de réinsérer dans la société les personnes ayant commis un acte criminel ? Bien que cet objectif existe, il se retrouve fréquemment absorbé parmi les nombreux autres objectifs que l'on donne à la prison. Ce qui a tendance à provoquer de la confusion quant à la finalité de l'incarcération. Tantôt la prison sert à punir la personne, à la contrôler ou à la surveiller, tantôt elle sert à la protéger elle et/ou ses victimes. Elle peut également servir à responsabiliser les personnes par rapport à l'acte qu'elles ont commis ou, enfin, elle peut remplir un rôle de réparation, voire de réadaptation. La diversité de ces objectifs est représentative de l'évolution constante des politiques pénales au cours de l'histoire (Fassin, 2015).

Pourtant, l'objectif de réinsérer les individus dans la société semble faire sens dès lors que l'on s'intéresse de plus près aux groupes qui composent la population carcérale. Cette dernière est marquée par une sur-représentation de certaines catégories de la population, souvent les plus marginalisées et exclues, voire désinsérées de la société. Il s'y retrouve d'ailleurs un nombre important de personnes issues de milieux socio-économiques défavorisés (Woodall & Baybutt, 2022).

## 2.2 Santé et prison

### 2.2.1 ÉTAT DES LIEUX

Les personnes incarcérées entrent en détention avec un état de santé souvent déjà altéré, notamment du fait de leurs conditions de vie précaires, et l'incarcération aurait tendance à amplifier cette atteinte (UNODC, 2018 ; KCE, 2017). D'ailleurs, les personnes ayant séjourné en prison présenteraient un taux de mortalité supérieur, toutes causes confondues, en comparaison avec les personnes n'ayant jamais vécu d'expérience d'incarcération (Maycock, Meek & Woodall, 2021).

La promiscuité due à la surpopulation, l'isolement, le manque de soutien social, l'insalubrité, les pratiques à risques sans accès à du matériel de protection, l'alimentation peu équilibrée, le manque d'accès aux pratiques sportives et aux soins de santé, etc., sont tant de facteurs qui impactent la santé (physique, psychologique et sociale) et le bien-être des personnes détenues durant leur incarcération. Considérer la santé des personnes détenues ne peut dès lors se résumer à une prise en charge par le biais de soins médicaux uniquement, mais bien en tenant compte de tous les déterminants de la santé.

---

[6] <https://www.oipbelgique.be/thematiques/systeme-penal-et-reflexion-sur-le-sens-de-la-peine/>

[7] Ce rapport est à retrouver ici : <https://rm.coe.int/1680a922ac>

Un rapport du KCE (2017) met en évidence que les pathologies les plus répandues parmi la population carcérale seraient les maladies infectieuses, les troubles psychiques et les assuétudes. Une grande consommation de médicaments agissant sur le système nerveux (antidépresseurs ou anxiolytiques) a également été rapportée par cette même organisation. En outre, la population détenue présente souvent des comorbidités multiples ainsi que des problématiques sociales importantes, ce qui rend sa prise en charge complexe. À ce propos, d'un point de vue strictement médical, certain-es professionnel·les, rencontrés par la chercheuse lors d'un congrès national français organisé par l'APSEP (Association de professionnel·les de Santé Exerçant en Prison)[8], font mention de l'existence d'une formation de spécialisation en « médecine pénitentiaire » pour les futur-es médecins français-es. Cette formation est proposée à l'Université Paris Cité et s'intitule « DU Santé publique en milieu pénitentiaire »[9]. Elle vise le développement de compétences liées aux spécificités des soins médicaux en milieu carcéral, à l'éducation pour la santé ainsi qu'à la collaboration interprofessionnelle, telles que « savoir monter un projet d'éducation pour la santé », « connaître les missions de chaque partenaire intervenant en milieu carcéral et définir les nécessaires articulations entre les soignant-es et ces nombreux-euses partenaires », « savoir respecter le secret médical » et « connaître les particularités des soins en prison ».

En ce qui concerne l'organisation et la pratique des soins de santé, notons entre autres que le personnel médical des prisons est généralement en sous-effectifs (CPT, 2022), cette problématique, s'ajoutant à celle de la surpopulation carcérale, engendrerait des temps de consultation assez courts et des temps d'attente particulièrement longs pour obtenir un rendez-vous, notamment auprès de certain-es médecins spécialistes. Les rapports annuels des Commissions de Surveillance[10] dédient chaque année une section aux soins de santé et évoquent les défis auxquels font face les personnes détenues pour avoir accès à des soins de santé (de qualité), mais également la difficulté pour le personnel médical de prodiguer des soins (de qualité) dans ce contexte pénitentiaire.

---

[8] <https://sante-prison.fr/>

[9] [https://odf.u-paris.fr/fr/offre-de-formation/diplome-d-universite-1/sciences-technologies-sante-STS/du-sante-publique-en-milieu-penitentiaire-FU23\\_981.html](https://odf.u-paris.fr/fr/offre-de-formation/diplome-d-universite-1/sciences-technologies-sante-STS/du-sante-publique-en-milieu-penitentiaire-FU23_981.html)

[10] <https://ccsp.belgium.be/commissions-de-surveillance/mission/>



## 2.2.1 POURQUOI S'INTÉRESSER A LA SANTÉ DES PERSONNES INCARCÉRÉES ?

Nous nous inscrivons dans un courant de recherche engagé vers plus d'équité en santé ainsi que dans le développement de l'étude des solutions à des fins d'équité en santé. Dès lors, cette recherche part de plusieurs postulats.

D'abord, nous pensons que le temps de détention offre à l'action de santé publique l'opportunité d'agir directement à la réduction des inégalités de santé. Comme expliqué ci-dessus, la population carcérale présente un cumul de vulnérabilités symboliques des plus vulnérables de nos sociétés : exclusion sociale, désaffiliations multiples, sans logement fixe, etc. (Woodall & Baybutt, 2022).

Par ailleurs, la santé des personnes détenues est une problématique d'ordre sociétal dès lors qu'elle fait partie intégrante de la santé publique et que les entrées et sorties en prison sont fréquentes, ce qui engendre un risque de transmission de maladies à la population générale (Woodall & Baybutt, 2022). L'amélioration des soins prodigués aux détenu-es, permettrait donc d'agir sur la santé de l'ensemble d'une population. Mais également pour la simple raison que réduire les inégalités et promouvoir la santé et le bien-être représentent respectivement les objectifs numéro 10 et numéro 3 de la liste des Objectifs de Développement Durable (ODD) des Nations Unies pour parvenir à un avenir meilleur et plus durable pour tous et toutes (Nations Unies, n.d.) et que ces objectifs ne peuvent être atteints si on laisse de côté une partie de la population. Promouvoir la santé des personnes incarcérées représenterait donc un objectif en phase avec les objectifs de développement durable.

### **Qu'est-ce que la promotion de la santé ?**

La promotion de la santé est un champ de pratiques spécialisées et de recherches, empreint de valeurs sociétales fortes, telles que la justice sociale et l'équité. La promotion de la santé se détache de la vision défendant le fait que la santé est déterminée uniquement par les comportements individuels des personnes, mais elle considère plutôt que la santé est la résultante des facteurs constitutifs de l'environnement dans lequel elle se développe tels que la situation sociale, environnementale et économique, de façon à réduire leurs effets négatifs sur la santé publique et sur la santé des individus. La promotion de la santé est le processus qui consiste à permettre aux individus de mieux maîtriser les déterminants de la santé et d'améliorer ainsi leur santé (Nutbeam, 1999 cité dans Dorche et al., 2022). En réduisant l'impact négatif de certains déterminants, cette approche contribue à la lutte pour la réduction des inégalités sociales de santé et cela en mettant l'accent sur le renforcement du pouvoir d'agir des individus et des collectivités ('empowerment') (Lambert et al., 2021).

Ces postulats trouvent écho, depuis les années 90, au sein d'un mouvement international de professionnel·les et de scientifiques, soutenu par l'Organisation Mondiale de la Santé, qui tentent de repenser la prison comme un lieu de vie favorable au développement de la santé des personnes qui évoluent dans ce milieu. À la suite de ces réflexions sont nés le concept et le réseau international des « Prisons Promotrices de Santé » (PPS) ou des « Prisons en Santé ».

Le concept des PPS se base sur l'approche de promotion de la santé par les milieux de vie ('healthy settings') qui part du constat que les contextes de vie des individus ont des impacts directs et indirects sur le bien-être et la santé des personnes qui vivent et évoluent dans ce milieu. C'est donc dans ces milieux que se crée la santé (Dooris, Kokko & de Leeuw, 2022). Nombreux sont les milieux investis par cette approche comme, par exemple, les Villes en Santé, les Écoles en Santé, les Hôpitaux Promoteurs de Santé ou encore les Universités Promotrices de Santé.

Développer une approche par milieu de vie c'est avant tout inclure la santé et le bien-être dans la culture, les valeurs et les missions de ces environnements pour adresser l'entièreté des déterminants de la santé qui composent le milieu (individuel, environnemental, politique, organisationnel, social, etc.) et devenir un milieu de vie favorable à la santé ('a supportive environment') (Dooris, 2009 ; Dooris, Kokko & Baybutt, 2022).

**Cependant, bien que cette approche soit de plus en plus reconnue, il existe peu d'indications sur la manière de développer des Prisons Promotrices de Santé (Woodall et al., 2014 cités dans Woodall & Baybutt, 2022). Parmi les indications théoriques fournies dans la littérature internationale visant à tendre vers une PPS, nous retrouvons l'importance de développer la collaboration interprofessionnelle pour la santé en prison.**

### **2.3 La collaboration interprofessionnelle comme levier pour la promotion de la santé en prison**

La collaboration interprofessionnelle serait bénéfique pour appréhender la complexité des besoins psychosociaux des personnes détenues (Larsen, Hean & Odegard, 2022). Elle permettrait de créer, au sein de la prison, un espace de réflexion commun présentant un potentiel productif important où les idées multiples se rencontrent et génèrent des solutions innovantes et adaptées pour promouvoir et renforcer le développement du bien-être et de la santé des détenu·es, par la force de l'intelligence collective (Hean, Odegard & Willumsen, 2017). En bref, chaque acteur·rice du milieu carcéral, à son niveau et à son échelle, pourrait influencer l'environnement carcéral pour le rendre plus favorable à la santé.

En outre, la collaboration interprofessionnelle entre les acteur·rices internes et externes à la prison permettrait une continuité de l'accompagnement et du soin initié durant l'incarcération et, par conséquent, favoriserait la réussite de la réinsertion sur le long terme (McLeod et al., 2020).

Sur le plan théorique, la collaboration interprofessionnelle en santé semble donc être une stratégie pertinente à bien des égards. Cependant, la collaboration interprofessionnelle et intersectorielle en milieu pénitentiaire n'est que peu étudiée (Hean, Willumsen & Odegard, 2016). Par conséquent, il existe peu de cadre théorique et d'outils pour soutenir le développement de ces pratiques professionnelles en milieu pénitentiaire (Hean, Willumsen & Odegard, 2016 ; Larsen, Hean & Odegard, 2022).

C'est donc sur cette dimension de recherche que nos investigations se sont concentrées, sans pour autant s'y restreindre.

## **2.4 Des changements dans le paysage pénitentiaire belge au moment de la recherche**

Pour toutes les raisons citées précédemment, la promotion de la santé et la collaboration interprofessionnelle en milieu carcéral sont des objets de recherche pertinents, en particulier pour le contexte belge, compte tenu de l'apparition des changements au niveau bruxellois et national que sont la construction de la nouvelle prison de Haren et la réforme des soins pénitentiaires. En effet, l'existence de ces deux changements représente une opportunité pour le développement de la santé et justifie en partie la temporalité de cette recherche.

### **2.4.1 LA PRISON DE HAREN**

Dans le cadre du Masterplan, définissant un « plan d'action fédéral pour une détention dans des conditions humaines » approuvé par le Conseil des ministres, un des grands points d'action consiste en la construction de nouveaux établissements pénitentiaires pour remplacer les établissements considérés comme « très vétustes ».[11] La construction d'une nouvelle prison à Haren est alors été réalisée pour remplacer les 3 prisons existantes sur la Région de Bruxelles-Capitale. Cette nouvelle prison peut accueillir jusqu'à 1190 personnes détenues et est devenue le plus grand établissement pénitentiaire belge. À cette nouvelle prison est associée une nouvelle vision de la détention qui se veut être centrée prioritairement sur la responsabilisation, la réinsertion des détenu·es, l'autonomie et la vie en communauté, telles qu'en font mention le SPF Justice[12] et la Régie des Bâtiments[13] (le gestionnaire immobilier de l'État Fédéral).

Fin de l'année 2022, les établissements pénitentiaires de Berkendael et de Forest ont fermé leur porte. Les personnes détenues y séjournant ont été transférées à la nouvelle prison de Haren. En ce qui concerne la prison de Saint-Gilles, celle-ci devrait rester opérationnelle pour l'instant pour répondre à la problématique de surpopulation.

L'ouverture de la prison de Haren a donc eu lieu sur la durée de vie de la recherche. Cependant, toute la collecte de données fut réalisée avant le transfert des premières personnes détenues vers cette nouvelle prison.

---

[11] Pour plus d'informations : <https://www.regiedesbatiments.be/fr/projects/detention-et-internement-dans-des-conditions-humaines>

[12] [https://justice.belgium.be/fr/nouvelles/communiqués\\_de\\_presse/inauguration\\_a\\_haren\\_de\\_la\\_plus\\_grande\\_prison\\_du\\_pays](https://justice.belgium.be/fr/nouvelles/communiqués_de_presse/inauguration_a_haren_de_la_plus_grande_prison_du_pays)

[13] <https://www.regiedesbatiments.be/fr/projects/prison-village-penitentiaire>

## 2.4.2 LA RÉFORME DES SOINS PÉNITENTIAIRES

Actuellement, le financement des soins de santé au sein des prisons belges relève du ministère de la Justice. Cependant, depuis plusieurs années, une réflexion est en cours pour envisager un transfert de ces compétences politiques vers le ministère de la Santé Publique. Des groupes de travail ont été menés sur diverses thématiques dans le courant de l'année 2022 pour envisager ce transfert. La chercheuse a participé à certains de ces groupes de travail.

Une première étape de cette réforme a pris cours au 1er janvier 2023. Celle-ci consiste en l'intégration, dans l'assurance obligatoire soins de santé, de toutes les personnes en détention sur le territoire belge. « Ce projet d'arrêté royal règle l'assurabilité auprès des mutualités, créant une nouvelle qualité d'ayant droit détenu. (...) À partir du 1er janvier 2023, les soins médicaux dont ont besoin les détenus en dehors de la prison ou de l'établissement du SPF Justice seront à la charge de l'assurance obligatoire soins de santé »[14].




## **2.4 Les objectifs de la recherche**

Cette recherche a été pensée pour répondre à une finalité par le biais de trois objectifs.

### Une finalité :

Comprendre comment le milieu carcéral participe à promouvoir la santé des personnes incarcérées, en s'intéressant plus particulièrement à la collaboration interprofessionnelle comme levier d'action en ce sens.

### Trois objectifs :

-  Comprendre et décrire ce que signifie « promouvoir la santé en milieu carcéral ».
-  Comprendre et décrire ce que signifie la collaboration interprofessionnelle pour les acteur·rices concerné·es par le milieu carcéral, au regard de l'objectif de promotion de la santé.
-  Mettre en réflexion des résultats de la recherche et développer des perspectives pour promouvoir la santé en milieu carcéral.

---

[14] <https://news.belgium.be/fr/assurance-obligatoire-soins-de-sante-des-detenus#:~:text=A%20partir%20du%201er%20janvier,avis%20au%20Conseil%20d'%C3%89tat.>

Par acteur·rices concerné·es par le milieu carcéral, nous entendons toute personne œuvrant professionnellement ou bénévolement au sein du système carcéral. Ces personnes peuvent tant faire partie de services dits « internes » à la prison que de services dits « externes », ou encore de services juridiques. C'est-à-dire, tout·e acteur·rice dont l'activité a une répercussion sur le quotidien des personnes détenues, et, par conséquent, sur leur bien-être.

Dans le secteur carcéral, les services « internes » sont majoritairement représentés par des services financés par le SPF Justice et pour lesquels leurs locaux se trouvent à l'intérieur des prisons. Ceux-ci font partie intégrante du système carcéral. Parmi ces services, nous retrouvons notamment le Service-Psycho-Social (SPS), les services médicaux, les agent·es, l'équipe de direction, etc. Il existe ensuite les services « externes » qui ne sont pas financés par la Justice et dont les implantations se situent majoritairement à l'extérieur des murs de la prison. Ces services sont moins considérés comme faisant partie intégrante du système carcéral, leur entrée au sein des prisons est d'ailleurs dépendante de nombreuses conditions et est soumise à l'accord de la direction. Ceux-ci sont par exemple, les services psycho-sociaux d'aide à la réinsertion, les organisations de surveillance de respect des droits humains, les services proposant des activités sportives, artistiques et culturelles, les visiteur·euses de prison, etc. Notons cependant que cette distinction « interne » et « externe » est utilisée de manière informelle au sein du secteur carcéral, mais ne relève pas d'une définition consensuelle.

Ces 3 objectifs ont été traduits en sous-questions de recherche que voici :

- Quel est le rôle de la prison au sein de la société selon les acteur·rices ?
- Qu'est-ce que la santé selon les acteur·rices et comment cette définition de la santé s'opérationnalise-t-elle dans le milieu carcéral ?
- Comment envisagent-ils ou elles leur propre rôle par rapport à la santé en tant que professionnel·le œuvrant pour le milieu carcéral ?
- En quoi et pourquoi les pratiques professionnelles collaboratives pourraient-elles représenter une condition favorable au développement de la santé en prison ?
- Quelles sont les conditions pour que les prisons soient davantage favorables au développement de la santé (bien-être, prévention, qualité de vie, etc.) pour les personnes qui y vivent et qui y travaillent ?

Ces objectifs et questions de recherche émanent d'une étape de familiarisation de la chercheuse avec la problématique de recherche qui s'est traduite par diverses activités :

- Lectures de la littérature belge et internationale scientifique et grise ;
- Participation à la formation au croisement des savoirs donnée par ATD-Quart Monde[15] se déroulant sur 4 journées (17/03, 18/03, 5/05, 6/05) à Etterbeek ;
- Participation à plusieurs colloques (ou visionnage en différé) ;
  - « Santé et détention : constats et actions »[16] - CRES (France) - visionnage différé.
  - « Détention, et si nous changions de modèle ? »[17] - FARAPEJ (France) - 22 février 2023, en ligne.
  - « Les femmes incarcérées dans les prisons belges : état des lieux de la recherche et du plaidoyer »[18] - GREPEC et SIEJ - 3 mars 2023, à l'Université Saint Louis.
- Identification et rencontre de « personnes-ressources » : Aurore VanLiefde (KULeuven), Amandine Felten (Service d'Education pour la Santé), Christophe Dubois (ULiège), Delphine Pouppez (UCLouvain) ;
- Partenariat avec I.Care : l'asbl I.Care a collaboré avec la chercheuse tout au long de la recherche. Ce soutien a pris des formes diverses : facilitation de la mise en réseau pour la constitution de l'échantillon de répondant-es ; facilitation de l'accès au terrain de recherche ; accompagnement de la chercheuse en prison ; et aide à la préparation de la phase de diffusion des résultats. Outre ce partenariat, la chercheuse a également rejoint l'équipe d'I.Care en cours de recherche (cfr. Avant-propos) ;
- Événements de mise en réseau au sein du secteur associatif d'aide aux justiciables (aide à l'identification de l'échantillon) : portes ouvertes de l'asbl Rizome, activités lors de la semaine « Prison et Santé-Mentale » organisée par le Réseau RAJ, etc.
- Travail de mémoire de master[19] (cfr. Avant-propos).

Toutes ces démarches en amont du terrain de recherche ont nourri la réflexion de la chercheuse et ont permis d'affiner le protocole de recherche.

### 3. MÉTHODES

Avant d'aller plus loin, il semble bon de préciser que notre recherche porte principalement sur les prisons bruxelloises et cela pour diverses raisons :

- Le financement de la recherche était spécifique à la Région de Bruxelles-Capitale ;
- La recherche étant de courte durée et à caractère exploratoire, nous nous devons de limiter l'étendue du terrain de recherche ;
- L'ouverture de la nouvelle prison de Haren en Région bruxelloise était imminente, et représentait ainsi une fenêtre d'opportunité pour initier une réflexion prospective avec les acteur-rices interrogées sur la santé en prison.

[15]<https://www.atd-quartmonde.fr/nos-actions/action-pour-lacces-a-la-parole/les-co-formations/>

[16]<https://www.cres-paca.org/publications-2/actes-de-colloques/sante-en-detention--constats-et-actions-mai-2021#:~:text=Le%20CRES%20a%20organise%20le,il%20a%20r%C3%A9uni%2070%20participants.>

[17]<https://farapej.fr/Detention-Et-si-nous-changions-de-modele>

[18]<https://grepec.usaintlouis.be/les-femmes-incarcerees-dans-les-prisons-belges/>

[19]Rousseaux R. (2021). Comment une intervention de promotion de la santé en milieu carcéral participe-t-elle au développement d'une Prison Promotrice de Santé ? Etude du cas de Care.Connexion. [Mémoire de master, UCLouvain]. DIAL. <https://dial.uclouvain.be/memoire/ucl/object/thesis:29805>

Dans une moindre mesure, la seconde partie de la recherche (cfr. section « 3.2. Etape 2 – Atelier de discussion des résultats préliminaires de la recherche ») a permis malgré tout la rencontre d'acteur·rices œuvrant pour des prisons hors de la Région de Bruxelles-Capitale.

En mars 2022 (date de début de la recherche), la Région bruxelloise comptait 3 établissements pénitentiaires différents :

- **Prison de Berkendael** : prison pour femmes (+/- 90 personnes détenues)
- **Prison de Forest** : prison pour hommes condamnés (régime semi-ouvert) (+/- 300 personnes détenues)
- **Prison de Saint-Gilles** : prison pour hommes prévenus, condamnés et internés psychiatriques (+/- 900 personnes détenues). Cette prison comprend également un Centre Médico-Chirurgical (CMC) vers lequel sont référées toutes les personnes détenues des 3 prisons pour des soins de santé ne pouvant pas être dispensés dans les services médicaux internes aux deux autres prisons.

Au moment de la collecte de données, le transfert des personnes détenues vers la nouvelle prison de Haren n'avait pas encore eu lieu.

La recherche a été réalisée suivant 2 étapes successives :

**ETAPE 1** : Entretiens semi-dirigés avec des professionnel·les concerné·es par le milieu carcéral pour comprendre et décrire ce que signifie « promouvoir la santé en milieu carcéral » ainsi que la collaboration interprofessionnelle.

**ETAPE 2** : Atelier de discussion des résultats préliminaires de la recherche avec des parties prenantes des enjeux de santé en prison pour mettre en réflexion des résultats de la recherche et développer des perspectives.

### 3.1 Etape 1 : Entretiens qualitatifs semi-dirigés

Cette première étape de la recherche a pris la forme d'entretiens qualitatifs semi-dirigés auprès d'acteur·rices concerné·es par le milieu carcéral bruxellois.

La sélection des personnes à interroger s'est faite sur base de deux critères d'inclusion : celui d'œuvrer (professionnellement ou bénévolement) (ou d'avoir œuvré) dans au moins une prison bruxelloise ; ainsi que celui d'être susceptible, de par ses pratiques professionnelles/de bénévolat, de répondre à des besoins (exprimés ou non) de santé globale chez les personnes détenues.



Le groupe de personnes interrogées devait être le reflet de la diversité des acteur·rices du champ de la santé en milieu carcéral. Nous avons ainsi veillé particulièrement à :

- Une diversité de disciplines d'exercice, de formation, de fonction, de types d'organisations, de systèmes
- La mixité entre des professionnel·les travaillant pour des services « internes » aux prisons et des professionnel·les travaillant pour des services « externes » aux prisons
- La mixité entre des professionnel·les rémunéré·es par le SPF Justice, hors SPF Justice et des bénévoles
- La mixité entre des personnes travaillant depuis peu en milieu pénitentiaire et d'autres y travaillant depuis de longues années
- La diversité des prisons d'activité (Saint-Gilles, Forest, Berkendael)

### 3.1.1 STRATÉGIE DE RECRUTEMENT

L'identification des personnes à interroger a été réalisée, premièrement, avec l'aide de l'asbl I.Care sur base des critères de diversité précités. Ensuite, l'utilisation de la méthode « boule de neige » (Ouellet & Saint-Jacques, 2000), qui consiste à proposer aux personnes interviewées d'identifier d'autres personnes dans leur réseau qui répondent aux critères d'inclusion, nous a permis de compléter notre panel d'entretiens.

### 3.1.2 DESCRIPTION DU PROFIL DES PERSONNES INTERROGÉES

Sur les 46 personnes contactées, 21 personnes (12 femmes et 9 hommes) ont été interviewées permettant de rencontrer en partie le critère de diversité évoqué plus haut. Ci-après est proposé un tableau (Tableau 1) illustrant la répartition du groupe de personnes interrogées selon le sous-secteur d'activité occupé par la personne au moment de la recherche. Certaines personnes ont occupé d'autres fonctions et d'autres secteurs d'activité au sein du milieu carcéral durant leur carrière. Nous avons préféré présenter l'échantillon en fonction du sous-secteur d'activité pour assurer la confidentialité des échanges.

**Tableau 1 : Groupe des personnes interrogées selon le sous-secteur d'activité au moment de la recherche**

<b>Sous-secteur d'activité au moment de la recherche</b>	<b>Nombre de personnes (N=21)</b>
Services et acteur·rices externes à la prison	12 (57.14%)
Services et acteur·rices internes à la prison	3 (14.29%)
Autorités politiques et administrations publiques	3 (14.29%)
Services de surveillance de respect des droits humains	3 (14.29%)
<b>Total</b>	<b>21 (100%)</b>

Le 1er sous-secteur d'activité intitulé « Services et acteur·rices externes à la prison » rassemble des travailleur·euses des services d'aide à la réinsertion, de soutien aux familles de personnes incarcérées et de promotion de la santé, ainsi que les personnes suivantes : visiteur·euse de prison, avocat·e, professeur·e de yoga et aumônier·ère.

Le sous-groupe intitulé « Services et acteur·rices internes à la prison » comprend des membres du personnel soignant d'une prison et d'une équipe de direction de prison.

Le sous-groupe dit « autorités politiques et administrations publiques » rassemble des député·es et délégué·es intramuros.

Enfin, les « services de surveillance de respect des droits humains » comprennent les personnes interrogées œuvrant pour l'Observatoire International des Prisons (OIP) ainsi qu'au sein des Commissions de surveillance (CdS).

Il est important de noter que, pour mener une recherche en prison en Belgique, il est nécessaire de s'adresser à la Direction Générale des Etablissements Pénitentiaires (DG-EPI) en vue d'obtenir leur autorisation. N'ayant pas obtenu de réponse de la DG-EPI malgré de multiples sollicitations, le planning de la recherche ainsi que son échantillon ont dû être adaptés en cours de travail, ne permettant pas d'interroger des personnes détenues ainsi que certain·es professionnel·les de services internes.

### 3.1.3 RÉALISATION DES ENTRETIENS

Des entretiens individuels et collectifs ont été réalisés, au nombre de 18 entretiens (2 collectifs (1x2pers. + 1x3pers.) et 16 individuels) ayant permis de rencontrer 21 personnes. Lors de la prise de contact, la chercheuse a proposé aux personnes de participer à l'entretien seul·e ou avec d'autres collègues. La durée moyenne de ces entretiens a été d'1h30 (min. : 1h ; max. : 2h30).

Les entretiens ont été de type semi-dirigés à l'aide d'un guide d'entretien rédigé en amont. La construction de celui-ci a été facilitée, d'une part, par le travail réalisé dans le cadre du mémoire de la chercheuse et de la recherche ProSess[20]. Et, d'autre part, ce guide a été créé en vue d'explorer les sous-questions de recherche plus précises provenant de la phase de familiarisation et mentionnées précédemment (cfr. section « 2.5. Les objectifs de la recherche »).

Le guide d'entretien a été construit autour de questions ouvertes invitant les personnes interrogées à s'exprimer sur 5 thèmes correspondant à nos 5 sous-questions de recherche (voir tableau 2 ci-dessous). Ce guide a été adapté en fonction des personnes interviewées (ex : politiques vs acteur·rices de terrain) et était évolutif, pour tenir compte de certains apports des entretiens précédents (démarche itérative de collecte et d'analyse des données).

---

[20] L'asbl I.Care étant une des 4 organisations à avoir participé au Cycle 1 de la recherche ProSess. Pour plus d'informations sur la recherche ProSess : <https://uclouvain.be/fr/instituts-recherche/irss/reso/prosess.html>

Tableau 2 : Cadre d'analyse

Cadre d'analyse
Thème 1 : Représentations de la prison et de son rôle au sein de la société
Thème 2 : Représentations personnelles de la santé (globale)
Thème 3 : Santé et prison : état des lieux et pratiques
Thème 4 : La collaboration interprofessionnelle : état des lieux et pratiques
Thème 5 : Les conditions d'une prison favorable pour la santé

En fin d'entretien, la chercheuse a systématiquement proposé à la personne de participer à un atelier de discussion des résultats de la recherche. Les personnes ayant indiqué être intéressées ont dès lors été invitées à cet atelier (cfr. section « 3.2. Atelier de discussion des résultats préliminaires de la recherche »).

### 3.1.4 ANALYSE

Les entretiens ont été retranscrits en amont de l'analyse.

Dans une première étape de l'analyse, la chercheuse a utilisé un cadre d'analyse de départ, qui a été établi sur base du guide d'entretien et des questions de recherche dont les thèmes (voir tableau 2) sont devenus des unités d'analyse.

L'analyse via ce cadre a soutenu au départ l'organisation des données de chaque entretien selon les différents thèmes généraux, qui avaient été prédéfinis au départ.

Ensuite, dans une seconde étape de l'analyse, plus inductive, le matériau descriptif organisé au sein des thèmes prédéfinis, a été réexaminé pour identifier des éléments transversaux et faire émerger des catégories plus conceptualisantes, en documentant des oppositions, des divergences, des complémentarités, etc., au sein d'un même thème et entre plusieurs sous-thèmes (Paillé & Mucchielli, 2012). Ainsi, dans le cadre de cette démarche de thématisation continue, de nouvelles unités d'analyse ont été créées puis regroupées et fusionnées au besoin, et finalement hiérarchisées sous la forme de thèmes centraux regroupant des sous-thèmes associés etc. (Paillé & Mucchielli, 2012).

Cette démarche a permis de laisser la place aux catégories émergentes composées d'extraits de matériau qui ne correspondaient pas directement à un thème prédéfini mais que la chercheuse estimait malgré tout être d'intérêt au regard des objectifs de la recherche (Paillé & Mucchielli, 2012). Ainsi, nous présentons, dans la section suivante (point 4.2.), des résultats correspondant à notre objectif initial de recherche, à savoir « Comprendre et décrire ce que signifie « promouvoir la santé en milieu carcéral », tout en apportant des résultats sur d'autres aspects qui ont émergé comme importants lors

des rencontres avec les acteur·rices, comme la représentation qu'ont les personnes interrogées de la population carcérale (point 4.1.), le lien que les acteur·rices font entre la santé et la réinsertion (point 4.5), ainsi que la situation de la prison dans un contexte sociétal plus large (point 4.6).

Par ailleurs, au sein de chacun des thèmes, nous avons eu une préoccupation pour la collaboration interprofessionnelle, qui a constitué un thème transversal, pris en compte dans notre analyse.

### 3.2 Etape 2 : Atelier de discussion des résultats préliminaires de la recherche

En vue de prolonger les résultats et d'approfondir certaines questions qui ont émergé, un atelier de présentation et de discussion des résultats de l'analyse a été organisé.

Cet atelier, réalisé sur une matinée, a été divisé en deux moments successifs. Le premier moment a été dédié à la présentation des résultats de la présente recherche. Celle-ci a été accompagnée de deux autres présentations abordant également la collaboration interprofessionnelle en santé en milieu carcéral. Delphine Pouppez (doctorante FNRS en anthropologie) a proposé une présentation de quelques résultats de sa recherche en cours. Ensuite, Vinciane Saliez (directrice de l'asbl I.Care) a présenté des exemples de pratiques de terrain. Ces interventions peuvent être visionnées sur le site du RESO[21].

La seconde partie de la matinée a été consacrée aux échanges entre les participant·es sous la forme de tables de discussion. En proposant aux participant·es de prendre part à des tables de discussion, nous avons répondu à l'ultime objectif de la recherche, à savoir : « Mettre en réflexion des résultats de la recherche et développer des perspectives pour promouvoir la santé en milieu carcéral ».

Chaque table de discussion s'est vue proposer successivement 3 questions à traiter que voici :

- **Question 1** : « Dans la littérature scientifique internationale, il est de plus en plus reconnu que les prisons ont le potentiel de participer au processus de capacitation (empowerment) des individus qui y vivent. À ce titre, les valeurs fondamentales de la promotion de la santé sont d'un réel support pour les établissements pénitentiaires. Selon vous, par quoi passe prioritairement une telle transformation ? »
- **Question 2** : « On observe parfois une tension entre la collaboration interprofessionnelle et le secret professionnel. Sur base de vos propres expériences, à quels leviers pouvez-vous penser pour lever cette tension ? »
- **Question 3** : « Pensez à une situation lors de laquelle vous avez dû faire appel à la collaboration interprofessionnelle interservices dans votre travail quotidien en relation avec les personnes détenues. Qu'est-ce qui a fait que vous avez pu collaborer ? »

---

[21] <https://uclouvain.be/fr/instituts-recherche/irss/reso/quels-enjeux-pour-la-sante-en-detention-la-vision-d-acteurs-du-milieu-carceral-en-region-bruxelloise.html>

Les questions 1 et 2 ont émergé de l'analyse des entretiens. La question 3 a été posée durant les entretiens, mais nous souhaitions l'approfondir au travers de discussions.

À la suite de ces échanges, un retour en plénière a eu lieu lors duquel les trois facilitatrices et secrétaires[22] ont ramené au collectif un résumé des échanges ayant pris cours au sein des sous-groupes.

Lors de cette matinée, 37 acteur·rices concerné·es par le milieu carcéral ont participé (3 de ces personnes avaient également participé à l'étape des entretiens). Une diversité de profils était représentée : assistant·e social·e et psychologue membres d'un Service Psycho-Social (SPS), aumônier·ère, membre du Conseil Central de Surveillance Pénitentiaire (CCSP), membre d'asbl d'aide aux justiciables et à la réinsertion (psychologue, assistant·e social·e, travailleur·euse en promotion de la santé, infirmier·ère), avocat·e, membre de commission de surveillance, chercheur·euse, député·e, autorité politique et représentant·e d'administrations publiques, délégué·e intra-muros, médecin, etc.

L'invitation à cet atelier a été envoyée à l'entièreté de la liste des personnes contactées lors de la phase de familiarisation de la chercheuse avec le terrain ainsi que de la phase des entretiens, aux contacts créés par la chercheuse dans le cadre de son travail chez I.Care, ainsi qu'aux membres de la COCOF (pouvoir subsidiant de la recherche). Cette invitation encourageait les personnes au partage de celle-ci au sein de leur propre réseau. En outre, l'invitation de l'événement a également été relayée dans la newsletter du Conseil Central de Surveillance Pénitentiaire (CCSP).

La section suivante présente les résultats de l'analyse intégrée des données des étapes 1 et 2 de la recherche, à savoir les données provenant des entretiens ainsi que des échanges ayant eu lieu aux tables de discussion.

## 4. RÉSULTATS

Dans cette partie, nous abordons les représentations des acteurs et actrices de la population détenue. Ensuite est présentée la définition de la santé des acteur·rices et comment cette définition s'exprime au sein du milieu carcéral. Enfin, cette vision est mise en perspective au regard du processus de réinsertion et du rôle de la prison au sein de notre société.

**La collaboration interprofessionnelle**, qui avait été identifiée comme un levier de promotion de la santé en prison, a fait l'objet d'une attention particulière. Ce qui la concerne est intégré de manière transversale aux résultats et surligné pour plus de visibilité.

---

[22] Les facilitatrices sont Rachelle Rousseaux (chercheuse de la présente recherche), Vinciane Saliez (directrice de l'asbl I.Care) et Delphine Pouppez (doctorante FNRS UCLouvain en anthropologie).

Les secrétaires sont des collègues de la chercheuse, travaillant à l'Institut de Recherche Santé et Société (IRSS) ou au RESO-UCLouvain : Dominique Doumont, Isabelle Aujoulat, Ségolène Malengreaux et Cecilia Scacchitti.

## 4.1 Les personnes incarcérées : victimes avant d'être auteu-res

Une grande majorité des personnes interrogées lors des entretiens ne réduisent pas les personnes détenues à des auteurs de faits, mais positionnent également cette population comme « victime » de son parcours de vie traumatique marqué par de la violence, des abus, des situations de maltraitance, etc. Ainsi, la plupart des personnes interviewées mentionnent que les personnes qui sont détenues en prison sont des personnes provenant de milieux précarisés ou des personnes sans-papiers évoluant dans des contextes de vie extrêmement défavorables, qui vivent une vie de « survie » avant d'arriver en prison. Pour une grande part des personnes interviewées, la prison réunit en son sein un groupe de personnes déconnectées et désinsérées, en marge de la société et délaissées de notre société. Les prisons seraient dès lors représentatives d'inégalités sociales bien ancrées. Par conséquent, la prison ne serait que la suite logique et inévitable d'une multiplication de difficultés. Les verbatims ci-dessous illustrent les propos des acteur-rices.

« Quand on parle avec ces personnes détenues, on voit qu'il y a une relation de confiance qui s'établit quand on les a vues deux-trois fois, ils se confient, on voit qu'ils ont eu des parcours de vie épouvantables. Des femmes abusées, victimes de violence, des carences affectives des gens qui ont été placés très jeunes, ce sont tous des bras cassés quoi, des enfances brisées, cassées. (...) En fait, la prison, c'est un peu l'entonnoir de la misère sociale quoi. Il y en a qui passent à travers et puis ceux qui arrivent dans la bassine prison. Et donc, tout ce que la société rate au niveau du soin des autres. (...) Et donc c'est ça la prison, on paie tout le manque de soins qui a été donné à ses membres. Que ce soit dans l'enfance, à l'école, au travail, dans le milieu familial, etc., il y a un manque de soins qui a été donné à un individu et puis ça se paie et ce sont des personnes qui se trouvent en prison quoi. Ils ont subi des inégalités, des violences, etc. On ne choisit pas d'aller en prison, ce n'est pas un choix. » [Services de surveillance de respect des droits humains]

« Enfin bon, la plupart des gars qui sont là, ils sont là parce qu'ils n'ont pas eu le choix. Ils n'ont pas eu le choix de délinquer un moment. C'est tout leur environnement socio-économique qui les a menés à ça. » [Services de surveillance de respect des droits humains]

« La délinquance n'est pas le fait du hasard ou de la fatalité. Quand elle n'est pas liée à un trouble mental alors elle est souvent le fruit d'un décrochage familial, d'un décrochage scolaire, d'un manque de repères donc il faut aller voir pourquoi ces personnes sont là, comprendre leur parcours pour pouvoir les accompagner correctement. Un manque de repères, une précarité matérielle, des dépendances, des fréquentations et relations toxiques, etc. Certaines personnes sont dans une recherche désespérée de reconnaissance, d'affirmation, etc. Donc le domaine psychologique là il y a un terrain. Le parcours de vie peut expliquer les dérives et aider à prévenir les dérives. » [Services et acteur-rices externes à la prison]

« Ce qui me préoccupe c'est la place de la grande précarité, la place de la psychiatrie. Il y a une désinsertion profonde de ces personnes. La prison est désocialisante. » [Services et acteur-rices internes à la prison]

Pour une majorité des personnes interviewées, la criminalité ou le passage à l'acte serait à mettre en lien, d'une part, avec les causes sociales sous-jacentes et, d'autre part, avec des problématiques plutôt de l'ordre de la santé mentale. En effet, les participant-es à la recherche partagent qu'une majorité des personnes incarcérées le seraient suite à des délits et des crimes commis en lien avec un problème d'addiction aux drogues ou suite à un trouble psychiatrique. Ce constat amène les interviewé-es à remettre en question la pertinence de l'incarcération pour ces personnes qui, selon ils ou elles, auraient avant tout besoin de soin.

« En tout cas, quand on voit qui va en prison, on estime que plus ou moins 60% des personnes détenues le sont en lien avec des problèmes de consommation de drogues. Qu'est-ce que font ces gens en prison ? Ce sont des consommateurs de drogue. Donc ce sont des gens qu'il faudrait soigner, ce n'est pas en prison que l'on doit mettre ces gens. Ce n'est pas là qu'ils vont se réinsérer et qu'ils vont repartir. » [Services de surveillance de respect des droits humains]

« Parce que ce sont pour la plupart des problèmes de santé au final : toxicomanie, stress post traumatique, dissociation, dépression, etc. Qu'est-ce qui fait qu'une mère en arrive à tuer ses enfants ? Parce qu'elles sont malades en fait. Elles n'ont jamais eu d'aide. Même pour la pédophilie, la plupart ce sont des personnes qui ont subi des abus eux-mêmes et qui n'ont jamais été aidées. Il n'y a jamais eu un espace pour travailler la résilience de ces personnes. C'est de la survie jusqu'à exploser, jusqu'à commettre un acte à la fin. Et c'est seulement quand on est en prison qu'elles se posent et qu'elles me disent « je ne sais pas qui je suis, je ne sais pas ce que j'aime, je ne sais pas comment je fonctionne ». J'ai toujours eu un quotidien où j'ai dû survivre et après je ne comprends pas ce qu'il s'est passé. Elles n'ont jamais eu l'opportunité de prendre du recul et de travailler sur elles-mêmes. » [Services et acteur-rices externes à la prison]

« Pour les autres, ce sont des solutions sociales qu'il faudrait trouver à la place des prisons. C'est investir dans les filets sociaux en amont pour empêcher les gens de se retrouver en prison. Idem pour les personnes psychologiquement malades, si on développait une meilleure prise en charge psychiatrique en amont à l'extérieur, beaucoup de personnes ne se retrouveraient pas en prison. » [Services et acteur-rices internes à la prison]

Le manque de considération pour- et de compréhension des causes sociales et de santé, au moment du jugement et durant l'incarcération, engendreraient le fait que la prison soit envisagée, par les personnes interrogées, comme une réponse inadéquate et inadaptée, en ce sens qu'elle ne représente pas une solution porteuse pour la personne, une solution qui lui permette de sortir de sa situation de vie compliquée, de se soigner, de développer sa santé, et de mener une meilleure vie post-incarcération. Les interviewé-es pointent du doigt un manque de considération de l'histoire de vie des personnes avant leur détention, de leurs besoins durant l'incarcération, de leurs ressentis, de leurs objectifs de vie et de leurs difficultés. Ceci questionne sur la représentation de la fonction et de l'utilité du système pénitentiaire. En résumé, la prison n'offrirait pas la possibilité d'une compréhension approfondie et holistique de la personne, ce qui aurait alors une influence sur le quotidien en détention ou encore sur le parcours juridique des personnes incarcérées, tel qu'illustré par les verbatims ci-après.

« La prison ne fait rien pour combler tous les manques que présentent les détenus, tous les besoins qu'ils ont pendant leur incarcération. Ce qui est proposé actuellement n'est pas adéquat dans la plupart des situations observées. » [Services et acteur-rices externes à la prison]

« On a souvent une image complètement autre que les services internes à la prison. C'est-à-dire que le TAP[23], la DGD[24], ils prennent une décision et parfois j'ai dur à comprendre d'où vient cette décision, car nous on crée un autre lien avec la personne et on voit la vraie personne dans toutes ses facettes qui s'exprime par rapport à comment elle se sent, etc. Et cette personne ne va pas donner toutes les infos jusqu'au bout à des organes de contrôle. Et des fois je trouve ça dommage, mais heureusement que nous on ne doit pas donner des avis. On donnerait des avis plus positifs parce qu'on rencontre la personne dans un autre contexte. Le milieu carcéral ça crée des agressions, violences, mécontentements, des réactions qui débordent et nous on est un peu les seuls qui peuvent stimuler une autre réaction et c'est nous qui voyons ces réactions humaines. C'est normal qu'une personne se fâche de temps en temps. Mais en prison on n'a pas le droit de se fâcher et de crier sur quelqu'un sinon on a un rapport [disciplinaire], si on claque la porte trop fort on a un rapport, etc. » [Services et acteur-rices externes à la prison]

---

[23] Tribunal d'Application des Peines

[24] La direction Gestion de la Détention



« (...) c'est important de rejoindre l'autre dans son parcours, comprendre sa quête, ses combats. C'est vraiment savoir ce que la détenue a besoin pour poursuivre son chemin. Si on n'a pas cette attitude fondamentale d'accueil de l'humain alors on ne pourra pas faire ce travail correctement. Faire en sorte que la personne se sente accueillie en tant que personne et pas en tant que numéro ou dossier judiciaire. Cette relation doit être établie et l'accompagnement doit être fait avec beaucoup de soin, car ce sont des personnes très fragiles. » [Services et acteur·rices externes à la prison]

« Un acte que tu as commis ne te définit pas. La prison ne doit pas juste être punitive, il ne faut pas juste enfermer les gens. Il faut les retirer pour protéger la société civile, mais la prison doit rester humaine. Il faut un rôle d'humanité et de resocialiser ces gens et les aider pour pouvoir mieux les réintégrer après. Il faut qu'il y ait aussi un rôle de compréhension de pourquoi les gens ont fait ça. » [Services et acteur·rices internes à la prison]

Les personnes détenues arrivent en prison avec un déficit de santé préexistant qui est la conséquence d'inégalités importantes nées durant la période pré-incarcération.

## 4.2 Promotion de la santé et prison

Pour rappel, le premier objectif de cette recherche était de comprendre et décrire ce que signifie, pour les acteur·rices interrogé·es, « promouvoir la santé en milieu carcéral ».

### 4.2.1 REPRÉSENTATIONS DE LA SANTÉ DES PERSONNES INTERROGÉES

Les personnes interrogées ont, d'une part, défini ce qu'ils ou elles entendaient par « santé » et ont ensuite mis en parallèle cette définition avec le milieu carcéral.

Voici les définitions/dimensions de la santé rapportées par les personnes interrogées :

**Un bien-être global :  
physique, psychique,  
social**

« L'OMS[25] parle d'un bien-être global qui ne serait pas seulement au niveau de la situation physique, mais aussi la situation sociale, la situation mentale. Et de tous les niveaux de ce qui...c'est très holistique comme définition. C'est vraiment la totalité de ce que la personne vit, y compris son milieu, ses relations, ... » [Services et acteur·rices externes à la prison]

« La santé c'est :

- C'est quand il fait calme à la maison, que les parents ne se crient pas dessus, que l'ambiance est détendue ;
- C'est quand on est avec des amis et que l'on joue, que l'on rigole ;
- C'est quand je ne suis pas dans mon lit avec un mal de tête et mal partout et de la fièvre.

La santé c'est aussi simple que ça. Je reprends ça souvent parce que c'est très très juste. Et parce que quand les détenus te disent ce dont ils ont besoin, ce qui leur fait du bien, ils répètent ces mots-là, avec d'autres mots. Et je trouve ça si vrai, que la santé c'est ça pour moi. Ça veut dire : pas de stress, relax. Et en même temps la confiance, il y a des gens autour d'eux pour veiller sur eux. Tu peux décliner ça de différentes manières. Quand on est avec des amis c'est : les relations sociales sont importantes et qu'elles ne soient pas conflictuelles, on rigole, on joue, on a de l'imagination, on découvre, on s'épanouit. » [Services de surveillance de respect des droits humains]

### ... et spirituel

« Prendre en charge quelqu'un c'est vraiment selon tous les aspects de son être : psycho, social, spirituel. » [Services et acteur-rices externes à la prison]

« Dans le champ du yoga, on dit que l'on est fait de 5 couches : le physique, l'émotionnel, le mental, la clairvoyance ou l'intuition, et le spirituel. La santé reflète une interconnexion de toutes ces couches. » [Services et acteur-rices externes à la prison]

« La santé elle passe d'abord par la santé psychologique. Il y a beaucoup de détenus qui se plaignent toujours de quelque chose. La santé physique dépend en fait de la santé émotionnelle et psychologique donc la santé psychologique est primordiale. La santé physique ça reste des symptômes qui alertent le corps qu'il y a quelque chose qui ne va pas. » [Services et acteur-rices externes à la prison]

« Il y a la santé du corps qui en prison peut être pas mal impactée. Qui serait impacté par les conditions de confort de vie, par la nutrition, par l'accès aux soins de santé, à des soins d'hygiène et corporels. Ça peut aussi être la promiscuité, le fait de ne pas être les uns sur les autres.

Il y a aussi la santé mentale donc la colère, la frustration, l'incompréhension d'une situation. Les émotions plus particulièrement. » [Services et acteur-rices externes à la prison]

### ... et émotionnel

### ... et sexuel

« Un état de bien-être physique, émotionnel et sexuel. » [Services et acteur-rices internes à la prison]

« Ça implique aussi d'avoir un lieu de vie qui est bon pour nous et pas de vivre dans des conditions qui ont un effet néfaste sur notre santé mentale ou physique. » [Services de surveillance de respect des droits humains]

### ... et un lieu de vie sain

### Un équilibre entre des facteurs positifs et contraignants

« C'est d'être bien dans son corps, ce qui veut dire d'être en bonne santé donc ne pas présenter de maladie, mais ce qui veut dire aussi d'avoir un équilibre dans sa vie entre des choses qui sont moins bonnes pour le corps ou l'esprit comme le travail peut l'être parfois et des choses qui sont meilleures. Donc c'est d'avoir un équilibre de vie entre des loisirs, des choses plus contraignantes, une vie de famille, etc. » [Services de surveillance de respect des droits humains]

Certain-es estiment qu'il est compliqué de définir la santé et préféreront lister des facteurs qui l'influencent : les conditions du lieu de vie (l'environnement), la vie de famille, le travail, les relations sociales, la gestion des émotions, le confort de vie, l'alimentation, la promiscuité, l'hygiène, la culture, les soins de santé, l'accès à l'information, avoir de la stimulation intellectuelle, ne pas être stressé-e, la possibilité d'intimité, l'occupation, la vie sexuelle, les loisirs, tenir compte du passé pour mieux comprendre le présent, pouvoir prendre soin du vivant autour de soi, développer sa spiritualité, être autonome, être libre, vivre dans une atmosphère calme et détendue, avoir de vraies rencontres médicales avec de l'écoute et du temps, avoir accès à des formations et à l'éducation, etc. Les définitions des acteur-rices sont multiples et nuancées, mais tous et toutes nomment au minimum que la santé présente deux volets : la santé mentale et la santé physique.

#### 4.2.2 SANTÉ EN LIBERTÉ VERSUS SANTÉ SOUS CONTRAINTE

Globalement, les personnes interrogées considèrent que la santé est un état de bien-être complet, mais ils ou elles nuancent très vite cette définition au regard du milieu carcéral. Les acteur-rices distinguent la santé en **dehors** de la prison, de la santé **en** prison parce qu'ils ou elles considèrent que la prison ne permet pas le développement de la santé, et cela à différents niveaux. Certain-es évoquent même une incompatibilité totale entre la santé et le milieu carcéral.

« La prison ça reste encore le dépotoir hein, c'est considéré comme ça. Parce que l'on perd à la fois de l'argent, de l'énergie, du temps. On perd tout en prison. Et la santé aussi. » [Services de surveillance de respect des droits humains]

« Alors là, la prison est contre absolument tout ce que je viens de dire évidemment, à tous les niveaux. Parce que, au niveau mental, j'imagine que je ne vous l'apprends pas, mais les pathologies sont bien plus présentes en prison qu'à l'extérieur. Les envies suicidaires sont sept fois supérieures en prison qu'à l'extérieur. Il y a des maladies qui n'existent plus dans la société belge et qui existent encore en prison. Les conditions de détention sont absolument dramatiques donc physiquement ça a aussi un impact. On sait que le fait d'être enfermé dans un endroit où on n'a pas une vue de loin, ça entraîne des problèmes de vue. Rien que ça c'est déjà dingue. C'est-à-dire que l'État entraîne des problèmes de vue par ses décisions à des personnes, pour ne donner qu'un exemple. Et alors, en termes de balance entre hobby, vie familiale et travail, on est dans le néant absolu quoi. » [Services de surveillance de respect des droits humains]

« Mais, tout ce que je décris là n'est ni suffisant, ni suffisamment efficace. Il n'y a rien où je peux vous dire "là ça fonctionne". » [Services de surveillance de respect des droits humains]

#### Soins médicaux

Les acteur-rices interrogé-es développent leurs propos en décrivant de quelle manière les diverses dimensions de la santé existent en prison. La dimension principale évoquée est celle des soins de santé. Ils ou elles décrivent les soins de santé en mentionnant les difficultés d'accès, la faible qualité de ceux-ci et le manque de moyens techniques et humains qui y sont investis.

« Chercheuse : Quelle est la vision de la santé en prison ?

Intervenant-e 3 : Palliative. Moi c'est comme ça que je le vois. Pour moi les soins de santé en prison c'est du palliatif, c'est faire en sorte que...

Intervenant-e 1 : C'est du bricolage.

Intervenant-e 3 : C'est de faire en sorte que Mr. ne meurt pas d'une septicémie à la moitié de son incarcération. Et puis on va le bricoler vite fait comme ça il peut sortir.

Intervenant 1 : En fait on le tient le plus longtemps possible et ce n'est qu'à l'extérieur qu'il pourra faire des soins. Parce que réellement, en prison, je trouve que les personnes ne sont pas [incompréhensible] » [Services et acteur-rices externes à la prison]

« On est parfois étonnés. Moi je me rappelle que j'avais terminé mes études d'infi et j'avais vu le matériel qu'il y avait dans l'hôpital [de la prison], j'avais l'impression d'être presque à un retour moyenâgeux de ce qu'il y avait au niveau du matériel. Le CMC, avec une salle de 20 lits alors que l'on n'a plus ça à l'hôpital. Il y avait une salle médecine, une salle chirurgie avec à chaque fois 15-20 lits. Et quand on vient de l'extérieur, avec la modernité que l'on a à ce moment-là, ça paraît vraiment d'une autre époque. » [Services et acteur·rices externes à la prison]

« Parce qu'il n'y a rien qui fonctionne, enfin je généralise un peu, mais c'est parce que c'est un milieu hyper frustrant quoi. Vraiment, tu as envie de mettre des choses en place, tu contactes la direction et ça prend trois jours pour te répondre. Tu as envie de faire des soins, mais il n'y a pas le matos nécessaire. En fait, tu n'as aucun suivi correct de soins et tu commences à te remettre en question sur ta casquette de soignant. Et tu es hyper démuni face à des détenus en disant : "ben en fait je suis désolé, ça ne dépend pas de moi. Moi j'aimerais bien faire ça, mais ça ne dépend pas de moi, donc en fait moi je ne sais rien faire, rentre dans ta cellule quoi". » [Services et acteur·rices internes à la prison]

« Si on parle du point de vue purement médical, c'est une médecine... Je prenais l'image de la caserne, c'est un peu comme une médecine à l'armée. La personne a mal au dos, elle demande un rendez-vous avec le médecin, il va chez le médecin et ce sont des consultations très brèves, 5-10 minutes, et puis la personne est remballée. Si le médecin soupçonne quelque chose de plus grave, là il a l'occasion de référer vers des spécialistes et là c'est un parcours du combattant. On va utiliser que des termes militaires, mais c'est vrai, c'est un parcours très compliqué. C'est au coup par coup suivant la plainte, etc. » [Services de surveillance de respect des droits humains]

« Le nombre de médecins qui font leurs entretiens au guichet... Donc, ils ne vont pas recevoir le détenu dans un local parce qu'il y a un sous-effectif de médecins et donc ils vont devant la porte de la cellule et ils font l'entretien en soulevant le petit clapet. Et donc ça veut dire que si la personne refuse de parler au médecin parce qu'il y a son duo qui est à côté et qui entend tout alors le médecin il s'en va et puis ça met "il a refusé la consultation" et ce n'est pas grave, au suivant. » [Services et acteur·rices externes à la prison]

### Activités influençant positivement le bien-être

Outre les soins médicaux, les acteur·rices interrogé·es évoquent que, en prison, il existe un panel d'activités auxquelles la personne détenue peut avoir accès et qui peuvent influencer positivement le bien-être : les activités sportives, les activités culturelles et artistiques, les activités développées par les services de promotion de la santé, l'accompagnement psychologique et social d'aide à la réinsertion ou pour des publics spécifiques, les formations, etc. Cependant, bien que ces activités existent en théorie, elles seraient jugées trop sporadiques et difficilement accessibles parce que l'offre ne serait pas suffisante. En outre, les difficultés d'accès à la prison rencontrées par les services menant ces activités pourraient également expliquer en partie ces constats.

« Il y a pas mal de choses mises en place, mais de manière insuffisante. Plein de services compétents pour agir, plein de projets. Mais il manque d'accès aux EP[26], manque de moyens pour faire correctement et innover et améliorer nos pratiques. Donc plein de choses qui sont faites, mais de manière insuffisante. » [Services et acteur·rices externes à la prison]

« Il y a des conditions pour avoir accès au travail en prison ? Oui, c'est-à-dire qu'il en faut assez, il faut assez de postes, assez de surveillants, assez de négociations avec d'éventuelles boîtes qui disent "pour enfilez des perles, on va vous les envoyer chez vous". Enfin, tu vois, tu dois développer l'activité. Mais tu dois y accorder une priorité, une importance et donc dépenser des efforts pour que ça se fasse. Sinon ben il faut nettoyer par terre. Et puis, il faut les bureaux. Par exemple, il y a 4 places à l'atelier parce qu'il y a un peu de travail et puis les autres rien. » [Services de surveillance de respect des droits humains]

« J'ai un détenu qui travaille en prison et le garde n'a pas noté qu'il avait travaillé et donc il n'a pas été payé. Et donc il s'est fâché et il a dit « ta gueule, et quoi alors je travaille pour rien ? ». Et du coup ses permissions de sortie ont été mises en difficulté parce qu'il ne se tient pas bien en prison. Alors que moi aussi si on ne notait pas mes heures de travail je gueulerais. Donc on en attend plus d'eux que ce que l'on en attend de nous [à l'extérieur] et dans un contexte encore plus difficile. » [Services et acteur·rices externes à la prison]

« Le travail, parce que pour moi ça fait aussi partie de la santé de pouvoir travailler et d'avoir un salaire décent, c'est absolument lamentable. C'est que bon, premièrement les listes d'attente sont... enfin il y a très peu de gens en prison qui ont accès à du travail, quand ils ont accès à du travail ils sont dans des ailes avec un système de vie généralement plus ouvert, etc., donc ça vous donne accès à d'autres avantages que ceux qui ne travaillent pas n'ont pas. C'est parfois du travail absolument abrutissant. Et surtout, le salaire est dingue, on est à 1,5€de l'heure. » [Services de surveillance de respect des droits humains]

« Les psychologues, les AS[27] ne sont pas assez nombreux. Et ils ont déjà tellement de travail avec le fait qu'ils doivent rendre des rapports pour permettre des libérations anticipées que, en fait, du vrai traitement ils n'ont pas le temps de le faire. » [Services de surveillance de respect des droits humains]

## Autres

Enfin, certain-es acteur·rices abordent l'inexistence d'outils et de pratiques de prévention, le peu de place laissée à l'aspect émotionnel de la santé, les visites des proches qui seraient trop peu fréquentes et trop courtes, la vétusté des conditions matérielles de détention, le stress important engendré par l'atmosphère ambiante, le peu de liberté laissée à la personne détenue pour poser des choix quant à sa santé et à son quotidien et, enfin, la privation de liberté tout simplement.

« Et ce qu'il n'y a pas du tout en prison c'est de la médecine préventive. Il n'y en a pas du tout, ni au niveau conseils hygiénico-diététiques, prévention du cancer, etc. Enfin, tout ça est ignoré quoi. » [Services de surveillance de respect des droits humains]

« Les visites avec les familles ce n'est pas non plus dans de bonnes conditions, pas suffisamment fréquent, pas assez long. » [Services de surveillance de respect des droits humains]

« Les prisons détruisent les corps. L'humidité, l'insalubrité, le manque d'hygiène, les douches deux fois par semaine, etc. Ça détruit les esprits, mais aussi les corps. » [Services et acteur·rices externes à la prison]

« Les causes du stress sont multiples en prison. Tu mesures le stress en prison, tu leur demandes ce qui les stresse. "Ah oui, à chaque fois qu'un gardien approche, on n'a aucun pouvoir sur la porte, il faut toujours toquer, on dépend des autres, ça me stress" ou bien "ça gueule la nuit, ça stresse". Il y a plein de facteurs de stress. Alors qu'est-ce que l'on fait pour qu'il y ait du calme la nuit, pour qu'ils n'aient plus peur des gardiens, pour qu'ils osent aller au préau (et qu'ils ne se disent pas qu'ils vont se faire tabasser ou qu'ils vont être rançonnés ou sollicités dans des trafics, etc.). Donc, du stress permanent, du stress total. » [Services de surveillance de respect des droits humains]

« Beaucoup ont besoin de canaliser leur sentiment de révolte et de colère par rapport au système. Il y a des salles de sport, mais avec des heures strictes, il faut s'inscrire, etc. Ça devrait être beaucoup plus accessible et beaucoup plus proactif à ce niveau-là. » [Services et acteur·rices externes à la prison]

« Se réinsérer dans la société c'est quand même reprendre une part d'autonomie. Or, en prison, il n'y a pas d'autonomie, tout est décidé, tout est organisé, c'est comme un internat. C'est le modèle... Foucault en avait parlé de ça. Toutes ces institutions, comme l'hôpital, l'école, la prison, la caserne, ça fonctionne sur le même modèle. C'est ce même modèle d'enfermement. (...) si l'on veut avoir des personnes qui deviennent des citoyens responsables dans la société, il faut d'abord leur redonner un peu d'autonomie. » [Services de surveillance de respect des droits humains]

« Oui et peut-être plus de liberté de pouvoir faire appel. Moi j'ai un détenu qui a des problèmes dermatologiques et il n'y a qu'un dermato qui l'a vu et ils ne veulent pas un autre avis, mais lui souhaiterait [avoir un autre avis]. Et il dit "je veux bien même le payer". Mais il n'y a pas cette possibilité. Donc c'est quand même... ne même pas pouvoir aller demander l'avis de quelqu'un d'autre... C'est très vite réduit quoi. Et effectivement, aller à l'hôpital c'est toujours un déplacement compliqué donc c'est assez... » [Services et acteur·rices externes à la prison]

Au terme de ce premier point, nous retiendrons que, pour les personnes interrogées, promouvoir la santé en milieu carcéral signifie d'abord répondre aux besoins de soins primaires, physiques et psychologiques. En outre, ces personnes ont pointé du doigt la dissonance entre les objectifs de santé que le système de santé va chercher à atteindre pour les personnes « libres », et ce qu'il va chercher à atteindre pour les personnes incarcérées. Les personnes iront jusqu'à parler d'un système de « soins palliatifs » pour qualifier le système de santé en prison.

Cinq facteurs explicatifs de ce décalage entre la promotion de la santé en prison et hors de la prison sont revenus à plusieurs reprises dans les entretiens. Nous les détaillons dans les points qui suivent.

#### 4.2.3 PONCTUALITÉ DES ACTIVITÉS SANTÉ "HORS SOINS MÉDICAUX"

Comme mentionné précédemment, les personnes interrogées évoquent l'existence d'activités favorables au développement du bien-être des personnes détenues (les activités sportives et culturelles, le travail, l'accompagnement psycho-social, etc.). Bien qu'existantes, ces activités ne seraient que trop peu accessibles et souvent ponctuelles. Cela s'expliquerait en partie par le fait que ces activités sont principalement proposées par des services externes qui peinent à pérenniser leur présence, et dès lors leurs services, au sein des prisons.

« Pour pouvoir avoir du pouvoir en prison il faut y habiter, dans le sens où il faut y être ancré depuis longtemps. Le problème des services externes c'est qu'il y a énormément de turnover parce que les financements sont précaires et donc il y a énormément de nouvelles têtes tout le temps, ce sont des temps de travail réduits. Pour que ça marche vraiment, pour se faire une place dans l'organisation carcérale, il faut y être depuis de nombreuses années. » [Services et acteur·rices internes à la prison]

Plusieurs personnes notent également le rôle joué par l'interconnaissance des professionnel·les (services externes, agent·es pénitentiaires, services médicaux, etc.) du milieu carcéral dans le développement de collaborations. Les personnes interrogées mettent l'accent sur l'influence d'un contexte où la confiance prend beaucoup de temps à se construire entre professionnel·les pour expliquer l'importance d'une stabilité des services proposés aux personnes détenues. Dans le milieu carcéral, **la stabilité des services proposés serait bénéfique pour développer des collaborations interprofessionnelles.**

« À partir du moment où un travailleur est depuis suffisamment de temps dans ce secteur-là [le secteur carcéral] alors ça va assez vite pour savoir avec qui travailler et comment. » [Services et acteur·rices internes à la prison]

#### 4.2.4 INSTRUMENTALISATION DE LA SANTÉ

La prison semble être marquée par une hiérarchisation de priorités dont la priorité numéro 1 est celle de la sécurité (cfr. verbatims ci-dessous) au détriment des activités sociales et de santé qui passent souvent en dernier plan. En effet, la mise en œuvre de ces activités est conditionnée par une multitude de facteurs dont notamment le respect des normes sécuritaires, la présence d'agent·es en suffisance, ou encore, par un a priori de risque potentiel à l'ordre social. En outre, certain·es acteur·rices évoquent que ces activités sont jugées négativement par d'autres professionnel·les parce que « trop sociales », tel qu'illustré par le verbatim ci-dessous.

« Et je pense que les services internes sont parfois comme les SPS[28]. Alors, oui, ils ont la possibilité de travailler en interne, mais dans certains cas ils ne sont pas considérés comme mieux et ils n'ont parfois pas plus de soutien parce qu'ils sont internes. Parce que, de nouveau, s'ils sont un peu trop "sociaux" selon ce que l'on peut imaginer, ben voilà, ils sont moins bien vus aussi. Et ils devront attendre des plombs pour que le premier détenu arrive. Il y a une espèce de masse inerte aussi où tout peut être beaucoup plus lent et toujours pour de bonnes raisons qui sont celles de la sécurité. » [Services et acteur·rices externes à la prison]

« Donc c'est l'inertie et je pense que cette inertie est culturelle. Ils sont dans cette culture d'enfermement, de sécurité. Il y a les préaux à telle heure, il y a ça à telle heure, il y a des règlementations, ça on peut faire, ça on ne peut pas faire, il y a des punitions, etc. On est dans ce système d'enfermement et ça c'est vraiment dans la tête des gens qui travaillent dans la prison et il n'y a pas d'ouverture vers autre chose, notamment vers l'idée justement que la prison pourrait être un lieu de soin au sens large quoi. Ça c'est tout à fait en dehors. Quand j'ai dit ça au docteur de la prison, il m'a dit que j'étais un utopiste. (...) » [Services de surveillance de respect des droits humains]

« On fait chier certains agents qui nous disent que l'on met la sécurité en péril avec notre travail au quotidien à aller en cellule, etc. » [Services et acteur·rices externes à la prison]

« Ça c'est très important aussi, il ne faut pas que l'on oublie de le mettre [l'absentéisme des agents] parce que c'est aussi un facteur de détérioration pour le moment. Non seulement il y a une surpopulation, mais en plus il y a un absentéisme, par exemple à Berkendael, qui est énorme. Il y a plusieurs jours de la semaine où il n'y a qu'un agent pénitentiaire pour toute une section. Qu'est-ce que l'on décide alors ? "Ah ben alors tout le monde en cellule, on ne bouge plus". Parce qu'évidemment, seul, il ne sait pas régler les mouvements, il ne sait pas faire un préau, faire une douche, non. Tout le monde dans sa cellule et on ne bouge plus. C'est comme ça que l'on gère l'absentéisme. Donc ça a un impact énorme sur la santé, notamment mentale des détenus. C'est les détenus qui paient cet absentéisme parce qu'on leur supprime le préau, on leur supprime la douche, etc. » [Services de surveillance de respect des droits humains]

Les enjeux de santé se retrouvent ainsi mis en tension avec des enjeux de sécurité. La santé se verrait presque instrumentalisée par certain·es professionnel·les pour définir le parcours judiciaire de la personne détenue. La santé prendrait également parfois la forme d'un objet de sanction comme l'illustrent les verbatims ci-dessous qui révèlent que supprimer des heures de travail aux personnes détenues fait partie des sanctions disciplinaires régulières ou encore que l'imposition d'un suivi psychologique pour obtenir l'accord d'une libération anticipée est fréquente.

---

[28] Service Psycho-Social



« Pour sortir de prison, souvent dans les conditions de libération, il y a un suivi psychologique. C'est particulier d'avoir un suivi psychologique sous contrainte. On est là pour favoriser le bien-être et l'apaisement de la personne, mais c'est lié avec le fait que s'ils ne viennent pas alors ils risquent de retourner en prison et normalement un suivi psy ça se fait sur base volontaire et tu peux choisir d'arrêter quand tu veux. Un suivi psy forcé fait parfois plus de mal que de bien. » [Services et acteur-rices externes à la prison]

« Le travail c'est une des sanctions préférées. Le travail c'est vraiment la récompense en prison même s'ils sont payés une misère. Ils préfèrent aller au cachot que de perdre leur travail. » [Services et acteur-rices externes à la prison]

Les personnes interrogées s'interrogent dès lors sur la possible compatibilité entre le fait que la sécurité soit la priorité première des établissements pénitentiaires et une fonction de promotion de la santé des personnes détenues.

#### 4.2.5 SANTÉ DES PROFESSIONNEL·LES ET SENTIMENT D'IMPUISSANCE

Les personnes interrogées évoquent les difficultés existantes à travailler dans le milieu carcéral. Elles observent que le turnover et les situations de burn-out sont fréquentes au sein du personnel pénitentiaire et indiquent que cela serait dû, entre autres, à une surcharge de travail, mais également à un sentiment d'impuissance face à l'inertie du système carcéral. D'ailleurs, ces tendances s'observent tant au sein des services externes que des services internes comme l'illustrent les verbatims ci-dessous.

« Et il faut reconnaître que les conditions sont mauvaises, mais pour les détenues et pour les agents. Eux c'est leur lieu de travail, ils y passent de nombreuses heures et ils se retrouvent dans des prisons comme celle de Mons pour l'instant dont on a parlé il n'y a pas si longtemps. C'est une catastrophe. Mais ce n'est pas une catastrophe que pour les détenus, mais les agents qui travaillent aussi. » [Services et acteur-rices externes à la prison]

« Un directeur de prison gère énormément de choses, trop de choses. Il y a un manquement dans cette hiérarchie, il n'y a pas de cadre intermédiaire. Il y a tout le personnel pénitentiaire et tous les détenus et puis il y a simplement l'équipe de direction qui doit gérer l'entièreté du truc. C'est comme un énorme corps avec une toute petite tête. » [Services et acteur-rices internes à la prison]

« Parce qu'il n'y a rien qui fonctionne, enfin je généralise un peu, mais c'est parce que c'est un milieu hyper frustrant quoi. Vraiment, tu as envie de mettre des choses en place, tu contactes la direction et ça prend trois jours pour te répondre. Tu as envie de faire des soins, mais il n'y a pas le matos nécessaire. En fait, tu n'as aucun suivi correct de soins et tu commences à te remettre en question sur ta casquette de soignant. Et tu es hyper démuni face à des détenus en disant : "ben en fait je suis désolé, ça ne dépend pas de moi. Moi j'aimerais bien faire ça, mais ça ne dépend pas de moi, donc en fait moi je ne sais rien faire, rentre dans ta cellule quoi". » [Services et acteur-rices internes à la prison]

« Dans les prisons bruxelloises, la plupart des directions sont complètement épuisées. Et ça aussi, les détenus le paient parce que comme ce sont les directions qui doivent donner un avis favorable pour les demandes au TAP[29] pour les libérations anticipées, etc. Ils ont du retard fou parce qu'ils ne savent pas traiter tout ça et, du coup, ils ont un TAP pour telle date, mais pour cette date le directeur n'a pas eu le temps de faire son rapport et alors c'est reporté. Donc ça c'est l'absentéisme et ça c'est le témoin aussi d'un mal-être au travail. L'absentéisme ça a des causes objectives : le mal-être au travail, la charge de travail, et puis je pense aussi la perte de sens. » [Services de surveillance de respect des droits humains]

[28] Service Psycho-Social

[29] Tribunal d'application des peines

« Tu as en permanence l'impression d'être un petit machin face à une énorme machine et que pour faire bouger le moindre bidule il va falloir déplacer des montagnes quoi alors que ça ne devrait quand même pas être très compliqué d'amener un médecin en prison. (...) Mais, à nouveau, l'État a une responsabilité différente quand ce sont des personnes qui sont enfermées. Et cette espèce de sentiment d'être face à un énorme truc hyper statique. » [Services et acteur·rices externes à la prison]

Les acteur·rices observent une influence réciproque entre la santé des travailleur·euses et celle des personnes détenues. D'une part, la santé des professionnel·les influencerait la santé des détenu·es. En effet, lorsque le personnel est épuisé, celui-ci ne peut réaliser son travail comme il le souhaite et cela aurait des répercussions sur le quotidien, et par conséquent, sur le bien-être des personnes incarcérées. D'autre part, améliorer le bien-être des personnes détenues apaiserait le climat au sein des prisons et faciliterait le travail des professionnel·les. Ces derniers verraient leurs conditions de travail améliorées. Les personnes interrogées présentent ainsi la promotion de la santé des détenu·es comme un cercle vertueux.

« Le fait de pouvoir répondre aux demandes des personnes détenues, ça permet d'influencer le climat de la prison qui sera plus serein donc bénéfique pour les agents. Une personne qui peut faire du sport, suivre une formation, qui a son temps occupé à des choses utiles pour lui c'est bénéfique pour l'ambiance dans la prison et donc pour le travail des agents. » [Autorités politiques et administrations publiques]

**L'existence de temps d'échanges et de moments de réunion en équipe** pourrait également représenter une forme de soutien pour les professionnel·les, selon les acteur·rices interrogé·es. Les mêmes constats ont été faits par les participant·es à l'atelier de discussion qui ont fait remarquer que ces espaces de réflexion interprofessionnels (spécifiques au milieu carcéral) n'existeraient que trop peu. Cet atelier de discussion aurait permis une forme d'interconnaissance. Plusieurs participant·es ont d'ailleurs émis le souhait de voir ces espaces d'échanges se réitérer. Il existerait dès lors une **volonté des professionnel·les à se mettre en lien** pour œuvrer ensemble à des évolutions positives.

« Si on travaille en équipe, on peut tenir bon je crois. Le fait d'être ensemble, d'échanger nos expériences, ça donne une force. Et je crois que s'il y avait des équipes pluridisciplinaires en prison (...), les gens vont pouvoir se soutenir et alors bon il y a l'intelligence collective qui se met en route et ils auront plus de poids aussi vis-à-vis de la direction. » [Services de surveillance de respect des droits humains]

« Je pense que c'est important que l'on puisse avoir des réunions d'équipe. On n'en a pas malheureusement. Que ce soit entre les services ou dans le service même. Maintenant, ça dépend des services. Il y a des services qui font beaucoup de réunions et c'est très bien. Mais c'est important de pouvoir faire aussi avec d'autres services parce que ça peut soulever d'autres questionnements, ça peut nous aiguiller sur notre façon de faire aussi. » [Services et acteur·rices externes à la prison]

Au vu des nombreuses difficultés du travail en milieu pénitentiaire, nous nous sommes intéressé·es au sens que les professionnel·les donnent à leur métier. À l'unanimité, c'est le côté humain du travail qui est la raison pour laquelle les acteur·rices interrogé·es continuent à travailler dans ce milieu. Et cela tant pour les personnes interrogées travaillant dans des services internes aux prisons que pour celles travaillant dans des services d'aide externes. Le milieu carcéral serait particulièrement violent pour les travailleur·euses qui attribuent à leur métier des valeurs humanistes.

D'après les observations des personnes interrogées, les agent-es n'oseraient pas toujours démontrer une posture professionnelle plus humaine, car ce type de posture serait parfois jugé négativement par leurs pairs comme l'illustrent les verbatims ci-dessous.

Toujours selon les observations des personnes interrogées, le manque de formation des agent-es expliquerait le rejet de cette approche de travail. Ce rejet d'une éthique professionnelle plus humaniste par certain-es agent-es pénitentiaires l'emporterait le plus souvent et créerait **un climat peu propice aux collaborations avec ces professionnel·les** (« ils n'osent pas le dire devant leurs collègues agents », « certains viennent nous parler (...), mais à demi-mots pour ne pas être entendus par leurs collègues »).

« Certains agents ont même des discours très positifs sur les détenus quand on en discute en tête à tête, mais ils n'osent pas le dire devant leurs collègues agents. » [Services et acteur·rices internes à la prison]

« Les agents ne sont pas beaucoup formés, il y a beaucoup de jugements de valeur. Certains font vraiment preuve, en s'appuyant juste sur leurs acquis humains, qu'ils font preuve d'humanité. Certains agents nous parlent de leurs difficultés au quotidien. Certains viennent nous parler de certaines détenues, mais à demi-mots pour ne pas être entendus par leurs collègues, car cela pourrait être mal vu. Mais il y a un grand manque au niveau de la formation des agents. Donc cela se joue beaucoup à l'individuel. » [Services et acteur·rices externes à la prison]

Lors de l'atelier de discussion, les participant-es ont relevé l'influence considérable des normes sociales du milieu carcéral dans le travail quotidien, au point que ces normes peuvent profondément transformer les professionnel·les. Certain-es diront qu'il est facile de se retrouver « pris dans le système » et qu'il est compliqué de pouvoir exprimer des pratiques professionnelles humanisantes car celles-ci ne sont que peu valorisées, non légitimées, voire mal vues par d'autres membres du personnel.

#### 4.2.6 ÊTRE OU NE PAS ÊTRE ACTEUR·RICE DE LA SANTÉ EN PRISON, QUELLE FRONTIÈRE ?

Un autre facteur qui participerait à rendre la santé en prison si différente de celle que l'on observe dans le monde libre est celui ayant trait à la distribution des « compétences santé ».

D'une part, les personnes interrogées relèvent la complexité de la distribution des compétences de santé en milieu carcéral entre les niveaux de pouvoir. Parmi celles-ci, la compétence politique des soins de santé, endossée actuellement par le ministère de la Justice, semble être reconnue par les acteurs et actrices comme le niveau de pouvoir ayant le plus d'influence sur les questions de santé en prison. Outre celle-ci, il existe d'autres compétences politiques déléguées à d'autres niveaux de pouvoir (comme la prévention et la promotion de la santé, par exemple) qui, elles, peinent à se développer au sein du milieu carcéral et à se faire une place complémentaire aux soins de santé organisés par la Justice.

« C'est compliqué parce que l'État fédéral va dire "ah oui, mais la promotion à la santé ça ce n'est pas moi, l'enseignement ce n'est pas moi, c'est la COCOF". Puis, la COCOF va dire "oui, mais bon, le bâtiment et la prison c'est fédéral, c'est la justice". »  
[Services de surveillance de respect des droits humains]

« La prévention est confiée aux communautés donc on ne prend pas ça en charge. » [Services et acteur·rices internes à la prison]

Sur le terrain, les acteur-rices associent la responsabilité de la santé aux services médicaux principalement. Pourtant, leurs récits montrent que tout-e acteur-ric-e du milieu carcéral jouerait un rôle par rapport à la santé des personnes détenues, même si ces acteur-rices ne s'en rendent pas toujours compte ou n'identifient pas la santé comme faisant partie des compétences formalisées de leur fonction.

Notons, par exemple, la situation (illustrée par les verbatims ci-dessous) d'un-e juge qui détermine les conditions de libération provisoire d'une personne en définissant les démarches de soin que celle-ci devra entreprendre à sa sortie. Ou de cet-te avocat-e qui ira interpellier les responsables pour faire sortir une personne détenue du cachot. Ou de la personne, membre de la direction, qui a dû juger de la nécessité de l'enfermement au cachot comme sanction disciplinaire. Ou encore, ce membre de la commission de surveillance qui viendra juger du bienfondé de cet enfermement au cachot pour la personne détenue. Et enfin, de l'agent-e qui aura dû intervenir pour permettre à la personne détenue de disposer d'un matelas spécifique qui la soulagera de ses douleurs dans les cervicales.

En conclusions, le ou la juge, l'avocat-e, le directeur ou la directrice, le membre de la commission de surveillance, l'agent-e sont tant d'acteur-rices qui n'ont pas formellement parmi leurs missions de s'inquiéter de la santé des personnes détenues, mais qui, malgré tout, l'impactent d'une manière plus ou moins directe, en définissant un plan de cure, en enfermant quelqu'un au cachot pour plusieurs jours, ou en donnant accès à du matériel.

« (...) la justice n'a aucune idée de ce qu'ils demandent à ces personnes. Enfin, je veux dire, tout ce qui est demande de cure, de post-cure, de services spécialisés, etc. En fait, la justice et les magistrats ils n'y connaissent rien. Ils mettent juste la petite condition en mode "boaf, aller, la personne est consommatrice alors on va lui demander d'arrêter de consommer et il aura un suivi psy une fois par mois et puis il a intérêt à respecter sa condition parce que sinon ça veut dire qu'il n'essaie pas de se réinsérer". Donc ils n'ont aucune idée de ce que ça implique. Parfois, ils attendent des détenus d'être en bracelet dans un centre de cure. Chose qui est complètement... c'est de la science-fiction, ça n'existe pas. Il y a des trucs comme ça où ils sont tellement ailleurs. » [Services et acteur-rices externes à la prison]

« Mais parfois même quand c'est conforme à la loi, ils ne sentent pas bien, pas respectés, dignes. Le problème des avocats c'est qu'ils vont voir si la loi est respectée. Donc, si un gars reste 10 jours au cachot, eux tombent dessus en disant "oh la loi n'est pas respectée", mais moi j'attends que le détenu me dise "ah j'étais content d'être resté 12 jours au cachot, j'ai eu la paix. Ce n'est pas un lieu sympa, mais dans ma cellule je n'en pouvais plus". Donc cette espèce de décalage là quoi. » [Services de surveillance de respect des droits humains]

« J'ai en tête un patient comme ça. Le gars qui avait eu une opération très sérieuse, je crois que c'était dans les cervicales. Et la personne demandait à ce que l'on change de matelas parce que le matelas lui faisait souffrir le martyr. Il a une fois demandé, deux fois demandé. Et il essaie après de contacter le CMC[30], de voir ce qui est possible. Et là, (...) ce qui avait été dit c'est "ah non, mais nous, au CMC, on ne peut pas prescrire un nouveau matelas parce que les agents nous ont déjà tapé sur les doigts du fait que ce soit leur responsabilité la gestion du matériel dans les cellules. » [Services et acteur-rices externes à la prison]

Certaines personnes interrogées évoquent cette répartition des « compétences santé » et le manque de reconnaissance de ce « rôle santé » comme des freins pour une prise en charge globale de la santé en prison, car la scission de ces compétences irait de pair avec une certaine déresponsabilisation de certain-es acteur-rices, et représenterait un risque de discontinuité dans l'accompagnement et les soins de santé.

« La structure institutionnelle belge fait que c'est très scindé. D'une part les prisons et d'autre part les services qui peuvent entrer en prison. Ils ne collaborent pas bien et donc l'offre n'est pas toujours bien intégrée au sein de la prison. Tous les services participent en fait à la santé globale, mais sans forcément s'en rendre compte. Chaque entité a sa propre compétence et des fois des services ont du mal à voir la complémentarité que peut avoir leur intervention par rapport à celle d'un autre service. Parfois certains services ne reconnaissent pas qu'ils participent à la réinsertion du détenu, car ils pensent seulement apporter une aide pratico-pratique au détenu, mais cela fait en fait partie de la réinsertion. Ils manquent parfois de recul sur leur pratique pour s'en rendre compte. Les autres services font aussi de la promotion à la santé, mais sans le savoir parce qu'ils travaillent sur les déterminants de la santé. » [Autorités politiques et administrations publiques]

« Donc une fois que la personne est libérée, notre travail s'arrête-là. C'est pour ça que c'est intéressant d'avoir des collaborations avec d'autres services externes (...) qui eux font du intramuros et du extramuros. » [Services et acteur-rices externes à la prison]

Bien que la **collaboration interprofessionnelle** représente un levier pour le développement de la santé en milieu carcéral, celle-ci ne peut se développer si les professionnel-les œuvrant pour ce milieu n'ont pas conscience du rôle qu'ils ou elles ont à jouer et s'ils ou elles se sentent déconnecté-es du travail d'autres services.

#### 4.2.7 DISSONANCE ENTRE LES TEXTES ET LA PRATIQUE

Un constat inattendu émanant de l'analyse est celui d'une dissonance entre les textes et la pratique. Celle-ci a été constatée par les personnes interrogées en entretien et appuyée par les participant-es à l'atelier de discussion. À ce propos, à plusieurs reprises, les acteur-rices vont mettre en perspective ce qui est fait mention dans les textes législatifs, les accords de gouvernement et les recommandations internationales, et le fait que cela n'est pas respecté dans la pratique. Cela fut le cas, par exemple, pour le plan de détention, pour le screening systématique à l'entrée en prison, ou encore pour le principe de normalisation<sup>[31]</sup> et d'autonomie, ou encore par rapport à la réinsertion et à la continuité des soins, etc. qui sont considérés par les participant-es comme inexistantes dans les faits bien que prévus dans les textes. Les verbatims ci-dessous exemplifient cette dissonance.

« Il existe un accord de gouvernement entre les sept partis de Vivaldi et des lignes de conduite qui en sont sorties. Ce sont de très bonnes lignes de conduite. Mais lorsque les mois et les années passent et que l'on arrive à espérer du concret par rapport à ça, à ce moment-là c'est en charge du ministre d'exécuter ces belles lignes de conduite, on se rend compte que c'est beaucoup plus compliqué, ça prend beaucoup de temps. C'est frustrant de voir que ces lignes de conduite ne sont pas concrétisées. » [Autorités politiques et administrations publiques]

[30] Centre Médico-Chirurgical

[31] « La normalisation (des conditions de la vie carcérale) est le concept qui rend compte de l'objectif politique auquel s'indexent notamment les droits des détenus : il s'agit de tendre vers une prison dans laquelle les conditions de vie ressemblent le plus possible aux conditions de la vie libre. », Kaminski (2010).

« Il a fallu 10 ans aux autorités pour écrire l'accord de coopération entre le fédéral et la COCOM (...). Le but pour les politiques c'est d'avoir un texte à appliquer, mais sur le terrain ça ne change rien. » [Services et acteur·rices internes à la prison]

« On n'a pas du tout une légitimité d'être là. Tout a été construit ou mis dans les lois ou des accords, etc. Tout est mis sur papier, mais en physique [dans la pratique] on n'a pas du tout une légitimité d'être là [à l'intérieur] quand il y a un souci dans la prison. » [Services et acteur·rices externes à la prison]

« Voilà encore une belle hypocrisie, chaque détenu normalement a un plan individuel de détention pendant son séjour. Mais tout ça c'est du papier, il n'y a rien qui se fait. » [Services de surveillance de respect des droits humains]

« Quelques fois il y a des personnes pour lesquelles rien n'est mis en place pour leur sortie et donc c'est sûr qu'elles reviennent en prison très vite. » [Services et acteur·rices externes à la prison]

« Ce n'est pas là qu'ils vont se réinsérer et qu'ils vont repartir. Il y a très peu de moyens pour la réinsertion en fait. Parce que, bon, c'est le grand discours la réinsertion, mais c'est vraiment totalement insuffisant. » [Services de surveillance de respect des droits humains]

« La loi en tout cas, dans le protocole, prévoit que le détenu qui sort a droit à 3 jours de traitement, 72 heures de traitement, que la prison lui fournit. Ça, le détenu doit le savoir pour le demander parfois parce que ça ne se fait pas spontanément. Il y a des détenus libérés et le service médical n'est même pas au courant. Ils sont là "hein, zut, il est libéré là maintenant, il n'aura pas sa méthadone". » [Services et acteur·rices externes à la prison]

### 4.3 Déresponsabilisation ou manque de formation comme frein potentiel à la collaboration interprofessionnelle ?

Comme mentionné précédemment, l'existence de compétences politiques formelles pour la prise en charge de la santé en prison va de pair avec la reconnaissance de fonctions spécifiques à la santé. Dès lors, les autres acteur·rices n'ayant pas officiellement la santé parmi leurs missions de travail auraient tendance à ne pas se préoccuper des situations des personnes détenues lorsqu'elles relèvent selon elles et eux de la santé.

Pendant, une section précédente nous a montré que le développement et la prise en charge de la santé en milieu carcéral ne relevaient pas uniquement du rôle de ces professionnel·les identifié·es formellement comme « acteur·rice de la santé ». En effet, l'entièreté des personnes œuvrant dans ce milieu de vie semblerait avoir un impact plus ou moins direct sur la santé des personnes détenues puisqu'elles interagissent au quotidien avec ces dernières, prennent des décisions avec et pour elles, permettent l'accès à du matériel, à des services et à des activités, etc.

Cela s'observe également concernant la réinsertion. Bien que, sur papier, la réinsertion semble être mentionnée comme l'objectif final de l'incarcération, la responsabilité de l'accompagnement à la réinsertion relève des professionnel·les identifié·es comme « les acteur·rices de la réinsertion ». On observe à ce propos que chaque service répond à des objectifs qui lui sont propres. Et que lorsque les tâches semblent dépasser les frontières du service, alors la carte de la « non-responsabilité » serait brandie comme excuse de non-engagement dans la poursuite du **travail collaboratif**.

« Parce que je pense aussi que c'est un système assez énorme une prison. Il y a aussi une dilution des responsabilités. Personne ne se sent vraiment responsable. Et ils s'attendent toujours à ce que ce soit un autre qui le fasse ou ils espèrent que ce soit un autre qui le fasse. Mais en même temps du coup les chaînes de transmission des informations ne se font pas correctement et il y a des gens qui sont comme ça à attendre parce qu'ils ont demandé à quelqu'un, mais il n'y a rien qui bouge. Et il y a toujours cette espèce de dilution de qui va se sentir responsable de... Ne fut-ce que de faire une démarche. » [Services et acteur·rices externes à la prison]

Mais ces constats sont-ils réellement la conséquence d'un manque de responsabilisation de ces professionnel·les au regard de la santé ? La situation évoquée précédemment, abordant le manque de formation des agent·es comme frein potentiel au développement de **pratiques humanisantes et collaboratives** interpelle sur la formation des professionnel·les œuvrant en milieu pénitentiaire de manière générale. Le verbatim ci-dessous illustre l'entrée en fonction d'un·e infirmier·ère au sein du service médical d'une prison. Il ou elle aborde la manière dont il ou elle a été formé·e à son arrivée.

« Rien du tout. Pour te dire, j'ai eu mon entretien pour rentrer en prison le vendredi et le lundi j'étais dedans. Et tu as un écolage, donc tu es accompagné·e par une autre infirmière. Moi j'ai été accompagné·e deux-trois jours. Et après t'es lâché·e tout·e seul·e. » [Services et acteur·rices internes à la prison]

Lors de l'atelier de discussion des résultats de la recherche, il a été proposé aux participant·es de réfléchir à la manière dont les prisons pourraient permettre le développement du processus de capacitation (empowerment) (tel que compris en promotion de la santé) chez les personnes détenues. À cette question, les participant·es ont proposé diverses pistes de réponse dont notamment l'importance de reconnaître les compétences « humaines » des professionnel·les et de valoriser ces compétences dans les pratiques professionnelles. Ils ou elles mentionnent également que les barrières à l'autonomisation en milieu carcéral ne seraient pas uniquement liées aux infrastructures, mais également idéologiques. Les participant·es pointent du doigt la formation des professionnel·les (et particulièrement des agent·es) pour outrepasser ces barrières en provoquant un changement culturel. Il serait alors question de sensibiliser le personnel à un objectif partagé par tous et toutes qui serait celui de « prendre soin » avant tout. L'existence d'espaces de rassemblement et de concertation entre professionnel·les serait essentielle pour parvenir à cela.



## 4.4 Des services déconnectés

Fréquemment, **les acteur·rices mettent en opposition ou différencient des « secteurs »** au sein du système carcéral. Comme mentionné précédemment, le jargon carcéral comprend une distinction entre les services « externes » versus les services « internes ». Les acteur·rices distinguent également les organisations financées par la Justice de celles dites « indépendantes ». Enfin, on retrouve une segmentation en fonction de l'activité réalisée comme, par exemple, les professionnel·les appelé·es « les sociaux », « les médicaux » ou encore « ceux et celles qui gèrent la sécurité », créant alors une segmentation supplémentaire en sous-systèmes d'activité.

Parmi ces secteurs d'activité, les personnes interrogées nomment notamment : le système des soins de santé ; le système d'aide aux justiciables ; le système judiciaire avec les avocat·es, les juges, etc. ; le système de surveillance du respect des droits humains ; le système de contrôle et de sécurité ; etc. Chaque sous-système remplit des missions et tend vers des objectifs qui lui sont propres. **Chaque sous-système ayant sa manière de travailler et de fonctionner avec une circonscription de son champ d'action et des profils de professionnel·les relativement homogènes.**

Bien qu'il existe une multitude d'acteur·rices au sein du milieu carcéral et que ceux-ci et celles-ci répondent à des objectifs spécifiques, **la collaboration interprofessionnelle existe**. Cependant, selon les personnes interrogées, les collaborations inter-secteurs se feraient **majoritairement pour des demandes précises et ponctuelles**. La collaboration interprofessionnelle ne serait pas une pratique formalisée ou ancrée officiellement. « Il n'existe pas de protocole », mentionne un·e des acteur·rices interrogé·es.

Les collaborations qui existent et qui fonctionnent auraient le plus souvent **émergé sur base de bonnes relations interpersonnelles et d'une confiance** établie au fil des années. Les participant·es rapportent que la méfiance étant très prégnante entre les professionnel·les du milieu carcéral et le turnover important, il serait d'autant plus compliqué de construire cette confiance.

« Je pense qu'il faudrait une collaboration plus cadrée, plus structurée et pas quelque chose un peu dans le flou, entre tout le service médical, les services externes, etc. » [Services et acteur·rices externes à la prison]

« Alors là en termes de collaboration chacun sait de quel côté de la barrière on est on va dire. Ce n'est pas noir ou blanc, les gentils et les méchants. Non, il y a vraiment un travail de collaboration qu'il y a vraiment moyen de mettre en place. On a tous nos intervenants (...) avec qui le courant passe très bien, avec qui on sait ce que l'on peut dire, avec qui on sait ce que l'on peut faire. Et réciproquement aussi. » [Services et acteur·rices externes à la prison]

« Oui, ça peut être ponctuellement sur des dossiers. (...) On travaille avec tous les services qui vont être liés à la pratique que l'on met en œuvre. (...) C'est ponctuel hein comme truc. » [Services et acteur·rices externes à la prison]

« Et j'aimerais bien qu'il y ait quelque chose de constructif et quelque chose qui tienne la route quoi. Voilà, on a un souci, on a une personne [détenue]. Elle passe chez cette personne [professionnel·le], chez cette personne [professionnel·le], et chez cette personne [professionnel·le]. On fait une réunion d'équipe, il n'y a pas de secret professionnel. À ce moment-là il y a une charte entre nous [qui dit que] il ne doit pas y avoir de secret professionnel entre nous. C'est important de pouvoir parler de cette personne pour pouvoir l'aider. On est là pour l'aider. "Mme la psychologue qu'est-ce que vous avez à dire pour cette personne, qu'est-ce que vous voyez ?", "Le médecin, est-ce qu'il y a quelque chose de médical ?", la promotion à la santé, l'écoute, etc. Donc, chacun doit ramener sa compétence et faire une synergie de tout ça. » [Services de surveillance de respect des droits humains]

« Quand je me dis que la personne a besoin de plusieurs personnes, moi je ne peux pas empiéter sur le domaine des autres, sur leurs compétences. Et donc je ne peux qu'amener la personne à aboutir à sa démarche de demande. Et parfois les services eux-mêmes envoient les personnes [détenues] chez moi. Donc je pense que l'on est complémentaires, sans pour autant toujours trouver le temps de faire un échange. Parfois on a cette possibilité d'échanger, parfois pas. (...) Ces échanges se passent spontanément, sans réunion, sans protocole. Et ça aide énormément. Parce que le regard que porte l'un sur un détenu n'est pas le même que celui que moi je porte parce qu'il a d'autres lunettes et il voit un autre aspect. » [Services et acteur·rices externes à la prison]

D'ailleurs, lors de l'atelier de discussion, nous avons observé que le climat des échanges a évolué au cours de la matinée. L'équipe de recherche a eu le sentiment que le premier temps d'échanges était hésitant et peut-être marqué par de la méfiance. Une fois ce moment d'apprivoisement dissipé, le dialogue a pu s'instaurer de manière constructive. Cela reflèterait **l'importance de l'interconnaissance**. Cette méfiance serait également ressentie par les acteur·rices dans les pratiques de collaboration sur le terrain. Cependant, l'expérience des tables de discussion nous apprend que, dans un cadre différent et facilitant, cette méfiance peut être outrepassée et laisser la place à des réflexions constructives.

Les échanges révèlent également qu'il est **difficile de partager des informations confidentielles entre professionnel·les interservices** en toute confiance dès lors que ces services revêtent des frontières peu poreuses et que dépasser ces frontières n'est pas aisé. En effet, l'opposition existante entre le contrôle et le soin ou l'accompagnement social nécessiterait un ajustement du secret partagé selon la personne à laquelle on s'adresse. En effet, les informations partagées pourraient être utilisées à des fins de contrôle plutôt qu'à des fins d'accompagnement et de soin. Outre cet ajustement, le partage d'informations se réalise selon les volontés de la personne détenue et selon la déontologie de la profession exercée par le ou la professionnel·le.

« La commission les [les personnes détenues] rencontre en cellulaire et discute de l'objet de la rencontre. Les motifs sont variés, mais souvent en rapport avec la santé. En fonction du problème, la commission interpelle la direction ou autre. Ça peut être pour des objets qui disparaissent, des cantines qui sont incorrectes. Au niveau santé, si un détenu, dans le billet mentionne un motif médical, alors le commissaire du mois me contacte puisque je suis médecin. Et alors je me mets en contact avec le médecin de la prison. (...) Là il y a quand même un secret médical partagé. Donc nous pouvons avoir un partage avec lui et cela à la demande du détenu qui me signe une attestation et il me donne alors accès à son dossier médical. Je vais alors au cabinet médical muni de cette attestation et j'ai accès au dossier du patient. » [Services de surveillance de respect des droits humains]

« Des avocats, des assistants de justice oui qui nous appellent parfois. Là c'est plus délicat, on doit quand même toujours marcher sur des œufs quoi. Mais souvent, l'avocat ça peut aussi être à la demande de la personne ou alors envoyer des documents comme des attestations de suivi pour les aider. [Services et acteur·rices externes à la prison]

« Avez-vous des collaborations avec d'autres services externes ou internes ? Un incontournable c'est le SPS[32]. Là, c'est de la collaboration, mais chacun sait de quel côté de la barrière il est. Mais ce n'est pas "les gentils et les méchants". Non, il y a un vrai travail de collaboration qu'il y a moyen de mettre en place. » [Services et acteur·rices externes à la prison]

La difficulté du partage du secret professionnel a été travaillée en particulier en tables de discussion (cfr. section « 4.7. Réflexions autour de pistes pour la pratique »).

La segmentation en divers sous-systèmes et leur cloisonnement tendraient à provoquer une **méconnaissance inter-systèmes**, avec une difficulté à identifier les professionnel·les ressources ou l'état d'avancement de la situation de la personne détenue.

« Il n'y a aucun système qui généralise la diffusion d'informations ou qui permet une visibilité très claire sur la manière dont les choses se passent. » [Services et acteur·rices internes à la prison]

« Parce que, entre ce que la Justice a dit, ce que le SPS a reçu et ce que le détenu a compris... Oui, ce n'est pas toujours... Parfois nous-mêmes on est dans le flou autant que la personne parce que l'on ne comprend pas très bien où elle en est. » [Services et acteur·rices externes à la prison]

**Les leviers à la collaboration interprofessionnelle** ont également été investigués lors de l'atelier de discussion. Les participant·es à l'atelier font mention de l'importance du lien, d'apprendre à se connaître et d'apporter du soin à ces liens interprofessionnels pour qu'ils deviennent des liens de confiance. Pour cela, il faut oser passer saluer les personnes, poser des questions et montrer une attention même si a priori il y a un clivage qui semble infranchissable, selon les participant·es.

De plus, il serait également important de trouver un langage commun ou au moins de pouvoir adapter son propre langage à celui de l'autre. En outre, être capable de pédagogie pour expliquer ses propres missions, rôles et fonctions aux autres est important.

Une limite d'ordre structurel est mise en avant par les participant·es, celle des temps partiels qui sont fortement présents en milieu pénitentiaire et qui ont tendance à complexifier la mise en relation, car il serait plus compliqué de trouver des moments de rencontre.

Enfin, reconnaître et valoriser mutuellement les différentes fonctions, reconnaître les accomplissements positifs de chacun·e, respecter le travail de chacun·e en faisant un effort de compréhension des limites des différentes fonctions semblerait prometteur également.

Cette première partie de résultats illustre comment s'organise la promotion de la santé en milieu carcéral et démontre une disjonction entre la manière dont la santé et la collaboration interprofessionnelle pour la santé sont développées à l'intérieur et l'extérieur des prisons.

---

[32] Service Psycho-Social

## 4.5 La prison, une aide et du soin ?

Malgré cette dissonance importante entre la santé « en liberté » évoquée par les acteur·rices et celle décrite en détention[33], une grande partie des personnes interrogées mentionnent que la prison pourrait malgré tout prendre la forme d'un tremplin positif pour la personne, à condition d'un changement de paradigme important. La prison pourrait représenter un temps dans la vie de la personne qui pourrait être favorable à condition que ce temps soit consacré au soin de la personne, à son accompagnement, qu'il prenne la forme d'une aide soutenante et reconstructrice, comme l'illustrent les verbatims ci-dessous.

« Je suis complètement pour la justice transformative. Un tremplin. Pour moi c'est un arrêt dans la vie. Ça permet de prendre ses responsabilités. L'idée ce n'est pas d'aller détruire, mais plutôt d'aller reconstruire l'individu et qu'il puisse, dans un cadre un peu plus agréable que ce qu'il y a aujourd'hui, se poser les bonnes questions, faire un temps d'arrêt sur sa vie et se demander comment est-ce qu'il peut rebondir. J'aimerais tellement qu'elle [la prison] soit comme ça. » [Services et acteur·rices externes à la prison]

« Pour certaines personnes, la prison permet de remettre tout à zéro, de mettre un cadre, surtout pour les personnes toxico et SDF. Donc permettre à ces personnes de sortir de leur système toxique, de leur apporter le soutien dont elles ont besoin et après le truc des TAP c'est pas mal, l'idée de réinsérer, d'avoir un projet derrière c'est pas mal. » [Autorités politiques et administrations publiques]

« Donc il faudrait proposer de nouvelles prisons, sortir les personnes qui ne devraient pas y être. Celles qui ont des troubles mentaux, il faut les soigner. Idem pour les toxico et les femmes abusées. Car au final ce sont des victimes. Avec un accompagnement spécifique. Ces personnes s'en sortiraient beaucoup mieux après. La prison doit être là pour protéger la société temporairement et pendant ce temps-là vraiment aider les gens. » [Autorités politiques et administrations publiques]

« Cette porte d'entrée, ce sera un jour la porte de sortie aussi. Donc, selon qu'ils auront ou non trouvé durant ce séjour carcéral des moyens de se reconstruire, de se former, d'élaborer un nouveau projet, ils vont soit tomber ou non dans la récidive lorsqu'ils vont retrouver leur liberté. Ils vont être livrés à eux-mêmes et ça c'est quelque chose que beaucoup de détenus me rapportent. » [Services de surveillance de respect des droits humains]

« Il n'y a jamais eu un espace pour travailler la résilience dans l'existence de ces personnes. C'est de la survie jusqu'à exploser, jusqu'à commettre un acte à la fin. Et c'est seulement quand elles sont en prison que des fois elles se posent un peu et elles disent "mais en fait je ne sais pas qui je suis". » [Services et acteur·rices externes à la prison]

À l'opposé de cette vision se situe le reste des personnes interrogées qui estiment impensable que la prison puisse d'une quelconque manière devenir bénéfique pour la personne détenue.

Comme mentionné précédemment, toutes les personnes interrogées s'accordent pour dire que la population carcérale rassemble en son sein des personnes particulièrement abimées par la vie et fortement affectées par des difficultés sociales et de santé importantes. À l'heure actuelle, les prisons ne permettraient pas de tenir compte de- et de travailler ces difficultés, disent les acteur·rices. Considérer ce continuum serait pourtant bénéfique pour la personne détenue, notamment en vue de sa réinsertion.

---

[33] Cfr. section « 4.2.2. Santé en liberté versus santé sous contrainte ».

Les propos des acteur·rices font entrevoir également l'importance d'une plus grande compréhension des besoins de la personne en vue de lui procurer le soin adapté pour faire de ce temps d'incarcération, un temps qui lui permettrait de retrouver des conditions de santé plus souhaitables à la sortie. Le séjour en détention pourrait alors prendre la forme d'un temps d'apprentissage, d'écoute, d'accompagnement et de reprise de contrôle sur sa propre vie.

« La prison ce n'est pas un lieu de soin. Mais c'est exactement ça que ça devrait être. La prison devrait être un lieu de soin. On voit que les détenus ont des parcours de vie épouvantables. Des femmes qui ont été abusées, qui ont subi des violences, des carences affectives énormes. Ce sont tous des bras cassés, des enfants brisés, cassés. Ça c'est la majorité. Donc ce sont des personnes qu'il faudrait aider à se reconstruire. Donc la prison devrait être une unité de soin d'abord. La prison ça devrait être la dernière case quand on veut protéger la société d'individus dangereux. » [Services de surveillance de respect des droits humains]

« Des détenus qui auraient été soignés correctement, notamment au niveau psychiatrique, auront beaucoup moins de risque de récidiver parce qu'ils n'auront pas un ressentiment vis-à-vis de la société. » [Services et acteur·rices externes à la prison]

« Il faut un minimum de bonne santé pour bosser. Et sans ça vous n'aurez pas de logement. Et sans logement vous vous retrouverez dans des endroits où votre santé va être impactée probablement. » [Services de surveillance de respect des droits humains]

Dans les verbatims ci-après, les personnes interrogées associent timidement la santé et la réinsertion. Certain·es acteur·rices considèrent le fait d'être malade comme un frein évident à la réinsertion. En outre, travailler avec la personne détenue sur sa situation et lui permettre de se forger de nouvelles ressources de résistance, de nouvelles compétences, et développer l'autonomie de ces personnes serait bénéfique pour leur réinsertion.

« Se réinsérer dans la société c'est quand même reprendre une part d'autonomie. Or, en prison, il n'y a pas d'autonomie, tout est décidé, tout est organisé, c'est comme un internat. C'est le modèle... Foucault en avait parlé de ça. Toutes ces institutions, comme l'hôpital, l'école, la prison, la caserne, ça fonctionne sur le même modèle. C'est ce même modèle d'enfermement. (...) si l'on veut avoir des personnes qui deviennent des citoyens responsables dans la société, il faut d'abord leur redonner un peu d'autonomie. » [Services de surveillance de respect des droits humains]

« Il est plus difficile de se réinsérer si on a des problèmes de santé, par exemple, pour travailler. Le volet psychiatrique, par exemple, il est nécessaire de le prendre en charge pour prévenir la récidive. Et la réinsertion, d'ailleurs, elle passe par l'assistance morale, la formation, le travail, la santé, etc. » [Autorités politiques et administrations publiques]

« La détention ça marque un individu physiologiquement parlant. Ce qui me marque moi c'est les dents. Ça a un impact et ça se voit. Et avec le temps moi je reconnais quelqu'un qui est sorti de prison quand je suis dehors. J'ai appris à voir ça, le visage est marqué. Pour moi c'est quelque chose de l'ordre de la santé. Si c'est marqué sur votre gueule que vous êtes passé en détention ben la réinsertion c'est quelque chose qui passe aussi par la disparition de cette information. Mais est-ce que ça a un impact direct ? À tout un tas d'égards je le pense. Les deux principales problématiques quand vous sortez de prison c'est l'accès au logement et la suivante c'est l'accès à un emploi. Il faut être en bonne santé pour bosser. Il faut un minimum de bonne santé pour travailler. Et sans ça vous n'aurez pas un logement. Et si vous n'avez pas de logement vous vous retrouverez dans des endroits où votre santé ne sera pas impactée positivement. Je ne sais pas si c'est un facteur aggravant des difficultés liées à la réinsertion ou si c'est constitutif. » [Services et acteur·rices externes à la prison]

« Ce qui fait la différence entre ceux qui sortent et ceux qui ré-entrent c'est... Les 4 choses qui sont fondamentales ce sont : les liens sociaux, les troubles mentaux traités, même chose pour les addictions, le logement. Si tu as tout ça alors tu risques de t'en sortir sinon tu retournes à la case départ, c'est quasi sûr. » [Services de surveillance de respect des droits humains]

Les déterminants de la réinsertion, ou d'une « incarcération positive », avancés par les personnes interrogées trouvent leurs similitudes avec ceux de la santé globale, à savoir le travail, le logement, l'absence de maladie, l'autonomie, les ressources psychosociales, etc. Qu'une prison permette le développement de l'autonomie ainsi qu'un processus de recapacitation alors qu'elle a pour essence même de priver les personnes de leur liberté, de leurs mouvements et de leur pouvoir de décision semble paradoxal, comme le démontrent les verbatims ci-dessous. Cette question a été abordée plus en profondeur lors des tables de discussion.

« Déjà se loger et trouver un emploi c'est déjà un défi pour le commun des mortels alors qu'est-ce que l'on va dire de quelqu'un qui sort de prison ? » [Services de surveillance de respect des droits humains]

« On demande aux personnes d'être autonomes, mais on leur retire cette autonomie en prison. On prend l'identité de la personne, la Justice la prend et on ne donne rien comme responsabilité. Mais les attentes de la prison pour réussir après la prison sont hyper élevées, la responsabilité individuelle est énorme. » [Services et acteur-rices externes à la prison]

Cependant, bien que les acteur-rices identifient de multiples déterminants à la réinsertion, celle-ci se résume généralement, dans la pratique, à la recherche d'un logement, d'un emploi ou d'une formation et d'une prise en charge des troubles psychologiques quelque temps avant la sortie de prison. Les personnes interrogées dénoncent à quel point la réinsertion des personnes détenues n'est que trop peu investie. Celle-ci devrait être pensée dès le moment d'entrée en prison disent certain-es, mais elle est souvent envisagée que peu de temps avant la sortie. Actuellement, seuls les services d'aide à la réinsertion endossent ce rôle de soutien de la personne dans la préparation de sa sortie de prison. Bien que la réinsertion soit reconnue comme un des objectifs prioritaires de l'incarcération aujourd'hui, les acteur-rices évoquent que cela ne se traduit pas en pratique, et que l'existant n'est pas suffisant pour réellement sortir les personnes de leur situation de vulnérabilité.

« Ce n'est pas là qu'ils vont se réinsérer et qu'ils vont repartir. Il y a très peu de moyens pour la réinsertion en fait. Parce que bon c'est le grand discours la réinsertion, mais c'est vraiment totalement insuffisant. » [Services de surveillance de respect des droits humains]

« Mais certaines ne veulent pas sortir parce que tu passes de la prison et de cet encadrement à plus rien et donc ça fait peur, il n'y a plus d'accompagnement et de suivi. Donc il faut vraiment continuer à l'extérieur tous les suivis qui ont été entamés à l'intérieur. » [Services et acteur-rices externes à la prison]

« Aujourd'hui, on parle massivement de réinsertion. Donc, l'objectif de la prison c'est de réinsérer quelqu'un dans la société. Aujourd'hui c'est plutôt celui-là qui est attribué. Il n'est pas rempli. D'abord, les chiffres de la récidive le disent. Et puis, déjà idéologiquement, essayez d'expliquer à quelqu'un que pour le réinsérer vous le sortez de la société en l'enfermant dans une boîte, c'est quand même conceptuel... Il faut quand même le vouloir. » [Services de surveillance de respect des droits humains]

Pour tendre vers une vision de la prison qui est reconstructrice et positive pour la personne, les personnes interrogées évoquent toute une série de pistes de solution. Citons notamment la transformation de la prison en une maison médicale, le fait de développer plus amplement l'accompagnement à la réinsertion, soutenir les professionnel·les par le biais de formations et en portant une attention à leur bien-être, en proposant plus de moments en régime « portes ouvertes », en développant des espaces de convergence, en favorisant l'autonomie et le pouvoir d'agir, en permettant des conditions de vie dignes, en offrant aux personnes détenues la possibilité de travailler la gestion des émotions, en développant le rôle d'éducateur-rice ou d'accompagnateur-rice, en offrant un accompagnement individualisé et adapté à la personne détenue, en développant la promotion et la prévention de la santé, en développant plus amplement les activités d'occupation, **en proposant une collaboration interprofessionnelle plus cadrée et structurée qui permette l'interdisciplinarité**, etc.

## 4.6 La prison n'est pas un système isolé

Prendre connaissance des causes sociales et de santé préexistantes à l'incarcération replace la prison dans un système plus large, celui de notre société. « La prison ne peut être considérée comme un système isolé », mentionne une des personnes interrogées. Les verbatims ci-dessous démontrent qu'améliorer le système reviendrait alors à penser la période de l'incarcération, mais également celle qui la précède et celle qui lui succède.

« Quand on parle des améliorations qu'il faut faire en milieu carcéral, ce n'est pas un système isolé la prison. Ça veut dire qu'il faut regarder ce qu'il se passe avant. (...) C'est vraiment toute une chaîne qu'il faut imaginer. Et pas comme un système seul. Parce que pour l'instant la prison de Haren est en train de se construire comme si c'était quelque chose de totalement isolé du reste, mais on n'améliore pas ce qu'il se passe avant ni ce qu'il se passe après. Et donc, juste de faire une belle prison avec des badges et des unités de vie comme ils appellent ça, ce n'est pas faux, mais ce n'est pas suffisant. C'est comme si on pensait la prison comme un élément... en fait, la justice c'est comme une chaîne et le maillon prison fait partie de la chaîne au total. Mais si on n'améliore pas ce qu'il y a avant et après... » [Services et acteur·rices externes à la prison]

« Plus vraiment quelque chose de plus fluide entre la prison et l'après. Parce que l'on sent vraiment encore qu'il y a des freins énormes, on ne sait pas mettre beaucoup de choses en place quand ils sont encore en prison. C'est que quand ils sont les PS[34], les congés [pénitentiaires] que l'on y arrive. Et encore. C'est vraiment compliqué. Il y a vraiment un frein entre le moment où ils sortent et mettre des choses en place. » [Services et acteur·rices externes à la prison]

Concernant la période « pré-incarcération », les personnes interrogées suggèrent d'investir plus amplement dans l'éducation, la prévention et l'aide à la jeunesse (comme évoqué dans le verbatim ci-dessous). Concernant la période « post-incarcération », certaines interviewé·es mettent en évidence le 'housing first' et la réduction de la période de reprise des droits au CPAS comme des solutions pratiques potentielles.

« Ben pas en prison, mais quand on parlait de l'idéal des moyens qui pourraient être mis en place, c'est bien avant la prison. Toi tu parlais de chaînes comme ça et c'est vrai que, en fait, moi qui ai aussi un mi-temps en PMS[35] avec des enfants, moi je trouve qu'il y aurait énormément de moyens à mettre là aussi. Parce que déjà chez les enfants, chez les jeunes, on voit déjà malheureusement ceux qui sont plus à risque d'un jour se retrouver en prison parce que simplement il n'y a déjà pas de moyens dans la jeunesse. Et en fait tous ceux que l'on voit en prison ont souvent une jeunesse terrible. Et donc s'il y avait déjà des choses qui avaient été mises en place à plein de moments dans la scolarité et dans la famille ben en fait ces personnes [s'en sortiraient]. Parce que finalement beaucoup parlent de leur scolarité aussi où ils n'ont pas eu les bonnes personnes au bon moment, où il y a déjà eu beaucoup de violences. Moi je pense que c'est déjà bien avant en fait qu'il faut mettre des moyens. Avant d'arriver à l'étape prison. » [Services et acteur·rices externes à la prison]

Nous évoquions précédemment une disjonction importante dans la manière dont la santé est prise en charge en milieu carcéral par rapport au monde libre. Mais ce constat est applicable plus largement puisque l'on observe également des frontières épaisses et nettes entre les trois périodes de vie de la personne « justiciable » à savoir : la période pré-incarcération, la période de détention, et la période post-incarcération. Ce parcours de vie n'est pas considéré comme une chaîne, mais bien comme des périodes scindées, qui dépendent de **systèmes isolés** et qui proposent des **services distincts**. Ces trois périodes sont déconnectées les unes des autres rendant alors impossibles l'accompagnement continu de la personne et la continuité des services d'aide et du soin. Cela se marque notamment par la **scission existante entre les services intramuros et extramuros** qui ne parviennent pas à faire du lien pour assurer cette continuité.

---

[34] Permissions de sortie

[35] Service Psycho-Médico-Social

## 4.7 Réflexions autour de pistes pour la pratique

Les tables de discussion, ayant eu lieu lors de l'atelier de discussion et de présentation des résultats de la recherche, ont été le lieu pour approfondir certaines questions abordées durant les entretiens ou ayant émergé parmi les résultats de la recherche. Les participant-es ont dès lors pu aborder le processus de recapacitation ('empowerment') durant l'incarcération, le secret professionnel et les leviers à la collaboration interprofessionnelle. Pour chacune de ces questions, il a été demandé aux participant-es de se concentrer sur la recherche de pistes d'action, de pistes de solution concrètes. Voici ce qui a été amené par les participant-es :

**À la question : « Dans la littérature scientifique internationale, il est de plus en plus reconnu que les prisons ont le potentiel de participer au processus de capacitation ('empowerment') des individus qui y vivent. À ce titre, les valeurs fondamentales de la promotion de la santé sont d'un réel support pour les établissements pénitentiaires. Selon vous, par quoi passe prioritairement une telle transformation ? », les participant-es ont proposé les pistes suivantes :**

### En milieu carcéral :

- L'importance de l'accès à l'éducation (« sensibiliser », « informer », « éduquer ») durant la détention en vue de développer de nouvelles compétences, notamment des compétences qui permettront de devenir un-e acteur-riche proactif-ve de sa santé, mais également des compétences qui permettront de gérer les tâches administratives quotidiennes telles que payer des factures, gérer un budget ou un horaire, etc. ;
- Avoir accès au téléphone en cellule ;
- Développer un plan de détention qui permette de considérer cette capacitation. Bien que le plan de détention soit mentionné dans les textes comme un outil qui doit être développé avec la personne détenue en début d'incarcération, et mis à jour tout au long de l'incarcération, les participant-es font mention que cet outil n'est que peu utilisé dans la pratique. ;
- Redonner aux personnes détenues la responsabilité de certaines tâches quotidiennes. Par exemple, prendre rendez-vous soi-même auprès des différents services de la prison, permettre aux personnes détenues de se rendre dans un petit magasin au sein de la prison pour qu'elles puissent faire leurs courses elles-mêmes, idem avec une parapharmacie ;
- Faire de la santé un sujet à part entière des organes de concertation intracarcéraux ;
- La formation des professionnel·les (et particulièrement des agent-es) pour sensibiliser le personnel à un objectif partagé par tous et toutes qui serait celui de « prendre soin » avant tout. L'existence de lieux de rassemblement et de concertation serait essentielle pour parvenir à cela. ;
- Utiliser la méthode de l'éducation par les pairs pour favoriser le développement de ce pouvoir d'agir ;
- Développer des outils de démocratisation pénitentiaire qui ne soient pas « instrumentalisables » ;
- Reconnaître les compétences « humaines » des professionnel·les et leur donner une place dans la pratique professionnelle.



Au sein du système de santé :

- Former le personnel médical à la promotion de la santé et à la médecine pénitentiaire.

Au niveau politique :

- L'importance de diversifier les systèmes d'incarcération en termes de régimes de sécurité, de taille, etc. ;
- La réforme des soins pénitentiaires comme opportunité pour le développement du processus de capacitation.

**À la question : « On observe parfois une tension entre la collaboration interprofessionnelle et le secret professionnel. Sur base de vos propres expériences, à quels leviers pouvez-vous penser pour lever cette tension ? », les participant-es ont amené les réponses suivantes :**

En milieu carcéral, disposer d'information serait assimilé à une forme de pouvoir. Le secret professionnel aurait alors parfois tendance à servir d'argument pour ne pas s'engager dans un travail de collaboration interprofessionnelle.

Certain-es participant-es estiment que la personne détenue est maîtresse de son secret et qu'il convient donc de l'inclure dans l'entièreté des démarches entreprises. Selon les participant-es, un simple document de consentement ne suffit pas pour lever le secret professionnel.

Les participant-es mettent également en évidence l'importance de la formation initiale et continue au secret professionnel, car des manquements sont fréquemment observés au quotidien. Dans ces situations, il serait très compliqué de réagir. Mentionner simplement que l'on n'est pas supposé-e entendre ce que l'on est en train d'entendre pourrait participer à sensibiliser au respect du secret.

De plus, il apparaît important pour les participant-es de garder à l'esprit que le secret professionnel n'est pas toujours dépendant de la formation, mais également du poste occupé. Par exemple, au sein du milieu pénitentiaire, un-e professionnel-le formé-e à la psychologie peut tant occuper un poste de soin que d'évaluation (ex : SPS). La personne n'est alors pas tenue au secret de manière équivalente. Il existe d'ailleurs une nuance à considérer entre secret professionnel et devoir de discrétion.

Enfin, suite à l'absence de certaines fonctions au sein des établissements pénitentiaires telles que, par exemple, des traducteur-rices, certaines personnes non tenues par le secret se retrouvent à traduire des échanges à caractère confidentiel, ce qui peut être problématique.

Les participant-es amènent également une proposition plus concrète, celle de permettre aux personnes détenues de disposer, dans leur cellule, d'un espace pour mettre sous clé des documents personnels.

**À la question : « Pensez à une situation lors de laquelle vous avez dû faire appel à la collaboration interprofessionnelle interservices dans votre travail quotidien en relation avec les personnes détenues. Qu'est-ce qui a fait que vous avez pu collaborer ? », les participant-es ont proposé les pistes suivantes :**

La collaboration interprofessionnelle serait parfois compliquée par la difficulté à identifier les différents professionnel·les. La construction et mise à jour tous les mois d'un organigramme serait un moyen de comprendre les rôles de chacun·e et d'y insérer les coordonnées de contact de chaque professionnel·le.

Les moments de rencontre entre professionnel·les sont jugés trop peu existants, notamment les moments informels. Pour contrer cela, les participant-es proposent, par exemple, l'organisation de journées portes ouvertes ou de BBQ collectifs qui se feraient d'ailleurs déjà actuellement dans certaines prisons et qui sont considérés positivement par les participant-es. Les lieux de rencontre (par exemple, une simple machine café) et la proximité géographique des professionnel·les ont également été identifiés comme des éléments facilitant la collaboration.

Un autre moyen d'améliorer la collaboration serait de s'appuyer sur certaines personnes-clés. Par exemple, s'adresser à des personnes-ressources ou travailler avec les services externes à la prison pour créer du lien entre les travailleur·euses. Les participant-es ont également proposé de partir des besoins spécifiques de la personne détenue pour travailler ensemble sur base de ce but commun.

## 5. DISCUSSION

Cette recherche a exploré un champ peu investigué de la santé publique : celui de la promotion de la santé en milieu carcéral. Par le biais d'entretiens avec des professionnel·les et bénévoles concerné·es par le milieu carcéral en Région bruxelloise (par le biais d'entretiens), et d'un espace de discussion rassemblant des professionnel·les œuvrant dans toute la Belgique, nous avons cherché à comprendre les principales conditions de compatibilité d'une approche de promotion de la santé dans le milieu carcéral bruxellois. Identifiée dans la littérature comme une condition importante, la collaboration interprofessionnelle a fait l'objet d'une attention particulière dans cette recherche. Nous synthétisons nos principaux résultats ci-après.

Nos résultats indiquent que les acteur·rices du milieu carcéral voient en la prison un milieu de vie où la santé des individus est actuellement en péril, alors qu'une grande part des personnes incarcérées a un état de santé dégradé à leur entrée en prison en raison de conditions de vie pré-incarcération défavorables à la santé. Les services d'aide et de soins proposés sont par ailleurs principalement guidés par une vision pathogénique de la santé, où l'objectif est l'absence de maladie. En effet, les acteur·rices exemplifient les situations de santé en milieu carcéral principalement par le biais d'actes médicaux, qui restent néanmoins non garantis ou difficiles d'accès. En résumé, l'absence de considération des conditions de vie pré-incarcération et la vision pathogénique dominante mettent en avant la nécessité d'un changement de paradigme de santé publique : de la prévention de la maladie à la promotion de la santé ; ou de la dominance d'une approche centrée sur la maladie à une approche centrée sur les déterminants de la santé. Les personnes qui ont participé à notre recherche ont par exemple fait part des nombreux obstacles à l'implémentation et à la pérennisation de projets et programmes élaborés dans un paradigme de promotion de la santé et à l'accessibilité de ceux-ci pour les personnes détenues. Les acteur·rices interrogé·es vont jusqu'à penser que ce type de projets (les formations, le travail, le sport, la culture, etc.) contribuerait à la réinsertion de la personne détenue car il participerait au renforcement des capacités des individus à se reconstruire. Tel est l'objectif dont pourraient se doter les prisons pour que le temps de détention puisse être force d'aide et de soin pour la personne détenue, et prévenir la récidive à la sortie de prison. Pourtant, et il s'agit d'une deuxième condition de compatibilité identifiée, les valeurs prioritaires des missions des prisons ne permettraient pas actuellement d'ancrer la promotion de la santé dans la culture institutionnelle de celles-ci. L'absence de cadre de référence de l'intervention de santé publique en prison constitue d'après nos résultats un réel frein à cette compatibilité.

Sur la question de la collaboration interprofessionnelle, troisième condition de compatibilité, nos résultats appuient le manque de connexions et de collaborations pérennes et structurelles entre les différent·es professionnel·les du milieu carcéral. Les personnes interrogées soulèvent que, actuellement, la collaboration interprofessionnelle existerait principalement de manière informelle et ponctuelle.

s et elles partagent également que les pratiques de collaboration interprofessionnelles sont soumises à de nombreux défis tels que le cloisonnement des services, la mise en tension de valeurs personnelles avec les priorités de la prison, le manque d'objectif partagé, le manque d'engagement des acteur·rices par rapport à la santé, l'impuissance ressentie des professionnel·les par rapport au système et, enfin, le manque de valorisation des pratiques professionnelles humanisantes.

Dans un contexte d'importantes transformations de l'organisation de la santé en prison (avec le transfert des compétences des soins pénitentiaires et l'ouverture de la prison de Haren, cfr. Section « 2.4. Des changements dans le paysage pénitentiaire belge au moment de la recherche »), nos résultats viennent interpeller plus qu'expliquer. Ils ouvrent des pistes de réflexion sur des enjeux contemporains de la prison, dominés par l'angle judiciaire. Nos résultats apportent également des éclairages au débat public que nous étoffons maintenant à l'aide de la littérature belge et internationale.

En début de document, nous vous proposons le postulat selon lequel la prison peut être considérée comme un milieu de vie ('a setting') c'est-à-dire un milieu qui inclut la santé et le bien-être dans la culture, les valeurs et les missions de son environnement pour tenir compte de l'entière des déterminants de la santé qui le composent (individuel, environnemental, politique, organisationnel, social, etc.) et devenir un milieu de vie favorable à la santé (Dooris, Kokko & Baybutt, 2022). En effet, la prison offre, aux individus qui vivent et évoluent dans ce milieu, un contexte de vie qui a des impacts directs et indirects sur le bien-être et la santé de ces personnes. Cependant, ces impacts sont décrits par les acteur-rices comme majoritairement néfastes pour la santé des individus et agiraient sur une diversité de dimensions de la santé. Les services œuvrant pour la santé au sein du milieu carcéral se concentreraient prioritairement sur le volet pathogénique de la santé, au détriment d'activités dites plutôt « salutogènes » permettant pourtant de promouvoir le renforcement de facteurs individuels et environnementaux qui sont susceptibles de renforcer les « ressources de résistance » dont sont dépourvues les personnes détenues (Mittelmark et al., 2022), et qui permettent d'affronter les défis quotidiens de la vie et de s'adapter à son environnement. La littérature soutient ces observations. Mittelmark et al. (2022) mentionnent : « La "santé en milieu carcéral" est généralement comprise et interprétée comme une construction biomédicale se rapportant à la commande, à la gestion et à la prévention des maladies et des handicaps au sein des populations carcérales. Une telle approche ne tient pas compte du vaste contexte social, économique et environnemental de la santé et de la maladie, et a une orientation individualiste, associant la santé en prison au prisonnier, au délinquant ou à l'agent individuel plutôt qu'aux circonstances entourant l'individu - la prison, le milieu correctionnel, le système de justice pénale ou la société en général. ».

Mittelmark et al. (2022) ajoutent que « cette version réactive et réductionniste de la santé incite les professionnels de la santé à intervenir au niveau clinique ou comportemental individuel pour "régler le problème" plutôt que de s'attaquer aux causes sous-jacentes. Elle détourne les ressources des causes fondamentales de la mauvaise santé et de la délinquance, à savoir les déterminants sociaux et criminogènes plus larges, les inégalités et les conditions préalables à la santé. ». À ce propos, la littérature reconnaît également un lien entre le fait de subir un désavantage social (la pauvreté, le manque d'opportunités éducatives, l'oppression raciale ou les abus interpersonnels, particulièrement en combinaison) ou être dépourvu-e de prédispositions protectrices et le fait d'entrer dans le système de la justice pénale (Ewing, 2018 cité dans Mittelmark et al., 2022).

Les acteurs et actrices ont également évoqué l'existence d'un lien entre la santé et la réinsertion. Cependant, bien qu'ils ou elles en reconnaissent l'existence, ils ou elles ont des difficultés à l'expliquer. La littérature internationale reconnaît également l'existence d'un lien entre le développement d'une santé positive et la réinsertion. À titre d'exemple, Auty & Liebling (2020) mentionnent que disposer d'une bonne qualité de vie augmenterait les chances d'une réinsertion réussie dans la société. Cependant, lorsque l'on s'intéresse plus amplement au concept théorique de la réinsertion, celui-ci ne permet pas, dans sa définition, d'appréhender la santé comme un vecteur de son accomplissement, à l'opposé du concept de « réhabilitation » dont la définition fait écho à la santé telle que comprise en promotion de la santé. En effet, la réhabilitation serait comprise comme la mise à profit du temps durant lequel la personne est incarcérée en vue de la « recapacitation » et de la « reconstruction ». Ainsi, la réhabilitation, aussi appelée « réadaptation », consiste en le fait d'améliorer les capacités de la personne dans les gestes et activités ordinaires en vue de lui rendre tant que possible son autonomie qui avait été restreinte ayant créé une certaine forme de dépendance (Chapireau, 1996). Le terme « réinsertion », quant à lui, fait alors plutôt référence au moment très précis de la sortie de prison qui doit être préparé en amont mais sur une durée bien plus courte et de façon très pratico-pratique puisque cette préparation concerne l'intégration dans la société par le biais de droits sociaux, d'un travail et d'un logement (Chapireau, 1996).

En Belgique, la Loi de principes (12/01/2005) concernant l'administration pénitentiaire et le statut juridique des détenues (loi belge régissant l'ensemble de la gestion interne de la prison : les droits fondamentaux des personnes détenues, les mesures disciplinaires, les visites, le travail et sa rémunération, le plan de détention, l'aide sociale, etc.) utilise massivement le concept de « réinsertion ». Celui de « réhabilitation », quant à lui, n'est mentionné qu'à une seule reprise. En parallèle de ce concept de réhabilitation existe également celui de la désistance. Suscitant l'intérêt des scientifiques et acteur·rices de terrain, le concept de désistance porte « sur les processus permettant d'expliquer la diminution des activités délictueuses, apparaissant dans toutes les formes, voire leur arrêt, et ce, indépendamment des manifestations et variations de leur gravité » (Born & Glowacs, 2014 cités dans Mathlouthi, 2020). Ce processus se distingue du concept de récidive en ce sens que la désistance passerait également par la réappropriation d'un mode de vie conventionnel et ne se résumerait pas à l'absence de récidive (Bottoms & Shapland, 2016 cités dans Mathlouthi, 2020). Bien qu'il n'existe pas encore de consensus quant aux critères favorisant le processus de désistance (Born & Glowacs, 2014 cités dans Mathlouthi, 2020), les récents travaux de Benazeth (2023) évoquent le développement de la capacité d'agir comme un facteur constitutif de ce processus.

Dès lors, investir dans la santé en milieu carcéral, dans une approche de promotion de la santé, visant un objectif de réhabilitation, permettrait non seulement une amélioration globale de la santé de l'individu durant son temps de détention mais également de ses perspectives de réinsertion et de désistance.

La littérature internationale reconnaît le potentiel de la collaboration interprofessionnelle comme levier pour la promotion de la santé en milieu carcéral et rejoint les défis amenés à ce propos par les acteur·rices.

D'abord, le travail en prison vient soulever des différences profondes de philosophie du sens de l'incarcération opposant la punition et le soin (Hean et al., 2021 cités dans Dugdale et al., 2021), engendrant, par conséquent, des désaccords dans la manière d'accompagner la personne détenue durant son incarcération. Ces différences de point de vue ont tendance à provoquer de la méfiance dans les relations interprofessionnelles devenant alors un frein pour la collaboration.

Ensuite, le milieu carcéral est particulièrement marqué par ce que Hean et al. (2018) appellent des « passeurs de frontières » ('boundary spanners'), c'est-à-dire des intervenant-es qui sont confronté-es à des limites institutionnelles, mais qui utilisent la marge de manœuvre qui leur est accordée afin de mettre en place des stratégies ou des partenariats informels pour les aider à mieux répondre aux besoins des personnes détenues. Ce sont des professionnel·les qui ont appris à naviguer à travers les différents secteurs d'intervention dans le but d'instaurer des collaborations sur une base ponctuelle et souvent informelle (Hean et al., 2018 cités dans Quirion et al., 2021).

La littérature soutient également que l'organisation en « secteurs » au sein des établissements pénitentiaires aurait tendance à maintenir le cloisonnement entre les intervenant-es, ce qui pourrait conduire à offrir des interventions en silos et selon une logique de segmentation des services. Cela représenterait alors un obstacle important à l'élaboration d'une offre de service pouvant véritablement prendre en compte la complexité des personnes judiciairisées (Fox, 2015 cité dans Quirion et al., 2021 ; Larsen, Hean & Odegard, 2022).

En outre, chaque professionnel·le poursuit des objectifs et des missions suivant les compétences dévolues à son service. La subdivision de l'organisation carcérale en sous-secteurs d'activités multiplie les objectifs de travail auxquels s'ajoute l'ambiguïté quant aux objectifs de l'incarcération. À ce propos, la littérature soutient que pour tendre vers des pratiques de collaboration interprofessionnelle, les parties doivent s'engager dans un processus d'ajustement mutuel s'appuyant sur la négociation, l'échange et le partage d'une vision commune ou le développement d'un objet d'activité collective (Quirion et al., 2021 ; Dugdale et al., 2021). Agir en collaboration c'est développer des valeurs, de l'éthique et des objectifs communs et partagés. Cela relève dès lors du changement culturel de l'organisation et met en évidence l'importance de la valorisation d'un objectif commun dans le parcours de formation des professionnel·les (Newton, Dooris & Wills, 2016).

## 6. FORCES ET LIMITES

Une première limite à cette recherche est celle de l'absence de certains profils au sein du groupe des personnes interrogées. Tel est le cas notamment pour les personnes détenues, dont l'accès n'a pas été rendu possible par la DG-EPI, ou les familles des détenu·es qui auraient pu amener des éclairages supplémentaires. Nous relevons également la faible représentativité des professionnel·les des services internes aux prisons en comparaison avec les acteur·rices associé·es à la catégorie des services externes.

Il semble également pertinent de considérer que la stratégie d'échantillonnage utilisée, à savoir la méthode « boule de neige », a possiblement influencé les résultats dans le sens d'une certaine homogénéisation des propos des personnes interrogées dès lors que ce sont ces personnes elles-mêmes qui ont dirigé la chercheuse vers les interviewé·es suivant·es.

Notons également que des obstacles à la recherche en milieu carcéral ont impacté le planning de la présente recherche tout comme son échantillon qui ont dû être adaptés en cours de travail.

Enfin, nous considérons la double casquette de la chercheuse, qui travaillait à la fois comme chargée de mission à l'asbl I.Care et comme chercheuse à l'UCLouvain/IRSS-RESO pendant la durée de la recherche, comme un atout pour la recherche. Sa position si particulière lui a permis une immersion indispensable à l'étude de ce milieu si complexe et codé. La chercheuse a bénéficié de plusieurs espaces de réflexivité pour lui permettre de prendre du recul par rapport à sa position imbriquée, qui ont indéniablement servi le projet de recherche.

## 7. CONCLUSIONS ET RECOMMANDATIONS

L'objectif de cette recherche était de comprendre comment le milieu carcéral contribue et peut contribuer durablement au développement de la santé des personnes évoluant dans ce milieu de vie. Nos résultats soutiennent que la prison n'est pas un système isolé, qu'elle ne représente que le maillon d'une chaîne bien plus complexe, pour laquelle la promotion de la santé joue un rôle à chacun de ses maillons. Selon les acteur·rices, on ne peut s'intéresser à la prison sans la considérer comme étant un moment ponctuel faisant partie intégrante du parcours de vie plus large de la personne ou comme un micro-système intégré à un système plus large, celui de la société. Considérer la prison en ce sens permet alors de tenir compte des périodes de vie pré-incarcération et post-incarcération qui sont des moments charnières qu'il faut considérer si l'on souhaite que la prison devienne une réponse durable à la criminalité. Pourtant, actuellement, ce maillon est disjoint de la chaîne. Le développement de la santé des détenu·es s'en trouve être contraint et non durable. En effet, actuellement, nos résultats suggèrent une disjonction entre la période avant l'incarcération et la période de détention en termes de santé globale. Nous développons cette affirmation sur base de 3 constats issus des entretiens que nous avons menés auprès d'une diversité d'acteur·rices intervenant en milieu carcéral :

**1er constat :** Il existerait des inégalités nettes entre les soins de 1ère ligne dits « universels » offerts par le système d'aide et de soin en société libre et ceux proposés par le système d'aide et de soins propres au milieu carcéral.

**2ème constat :** Les services d'aide et de soin universels seraient très peu accompagnés de services spécialisés et ajustés aux spécificités de la population carcérale. En effet, ces services dits « proportionnés », parviennent difficilement à entrer en prison et à s'y faire une place.

**3ème constat :** Les services d'aide et de soin internes feraient eux-mêmes face à des obstacles considérables qui ne leur permettent pas de compenser les services extérieurs auxquels les personnes détenues n'ont pas accès.

Cette frontière existante entre l'intramuros et l'extramuros provoque la déconnexion des services internes avec le monde extérieur. Cela crée une importante discontinuité dans les accompagnements et renforce les inégalités préexistantes à l'incarcération. Pourtant, des acteur·rices spécialisé·es pourraient faire du relais et créer du lien entre ces services. Développer la collaboration interprofessionnelle entre ces services représenterait un levier pour reconnecter ces deux mondes et offrir aux personnes détenues un accompagnement holistique et adapté qui offre une forme de « protection dynamique à la personne qui, à l'échelle de l'individu, respecte et soutient sa capacité d'agir et qui, à l'échelle de l'action publique, lutte contre les inégalités et offre des opportunités » (Bonney et al., 2022).



## Perspectives pour les pratiques et politiques

Ces constats peuvent être considérés au regard de la réforme des soins pénitentiaires. Celle-ci devrait permettre une réorganisation des soins de santé au sein des prisons durant l'incarcération. Bien que cela représente un premier pas dans la lutte contre les inégalités, cette nouvelle offre pourrait être étoffée dès lors que la littérature soutient que les mesures universelles, mises à disposition par le système de soin et d'aide général, ne peuvent à elles seules couvrir l'ensemble des besoins des populations (Lutz et al., 2019). Ces interventions et mesures universelles devraient alors être complétées par d'autres qui elles seraient adaptées aux besoins spécifiques de la population carcérale. Ces interventions supplémentaires, adaptées et ajustées, peuvent dès lors être qualifiées de proportionnelles ciblées (Lambert et al., 2021 ; Lutz et al., 2019). La prison représente une opportunité pour offrir à la population carcérale, ayant déjà un accès difficile aux mesures universelles, de pouvoir bénéficier d'interventions adaptées à leurs spécificités durant leur détention ainsi qu'à leur libération.

Au cours de l'incarcération, ces interventions proportionnelles ciblées se concentreraient sur l'aspect de bien-être dans un processus de réhabilitation de l'individu incarcéré particulièrement atteint par des inégalités sociales existantes avant l'entrée en prison et renforcées durant la détention. Il s'agirait alors d'apporter ce coup de pouce supplémentaire qui soutiendrait l'individu dans un processus de recapacitation permettant de temporiser la perte d'autonomie imposée par l'enfermement. Pour tendre vers cela, ces services seraient empreints des aspects de prévention et de promotion de la santé, à savoir qu'ils proposeraient une vision positive et globale de la santé, ils auraient pour volonté de contribuer à l'équité en matière de santé et viseraient la promotion du développement du pouvoir d'agir des individus (Bonney et al., 2022).

Cependant, les résultats de cette recherche ont montré que le contexte carcéral actuel n'est pas favorable au déploiement de la promotion de la santé en son sein. Nous formulons dès lors 3 brèves recommandations qui représentent les prémisses d'une réflexion plus large sur la manière de rendre ce contexte plus favorable à cette évolution :

**Recommandation n°1 :** Augmenter l'offre des services de prévention et de promotion de la santé au même titre que les soins de santé.

**Recommandation n°2 :** Créer les conditions favorables à la collaboration interprofessionnelle entre services internes et externes pour réduire cette frontière existante entre le monde carcéral et le monde libre. Cela passe, par exemple, par :

- La création d'espaces de réflexion et d'échanges pour les professionnel·les ;
- La mise en place d'équipes pluridisciplinaires œuvrant pour un objectif partagé ;
- La formalisation des pratiques de collaboration interprofessionnelle ;
- Un changement culturel au niveau de l'organisation, valorisant les pratiques professionnelles humanisantes.

**Recommandation n°3 :** Former les acteur·rices en milieu carcéral à la promotion de la santé.

### Perspectives de recherche

La présente recherche, bien qu'exploratoire, ouvre la voie vers de nouvelles questions méritant un approfondissement ultérieur.

Parmi celles-ci, la question de la mobilisation des acteur·rices concerné·es par le milieu carcéral par rapport à la santé au sein de ce milieu de vie semble d'importance. Comment développer un sentiment d'engagement et une éthique professionnelle favorable à la santé de ces personnes, d'autant plus lorsqu'il n'existerait pas clairement d'objectif commun mais qu'il existerait une incohérence des objectifs professionnels et un conflit de valeurs pour les professionnel·les dans leur métier ?

Outre la responsabilité, questionner les déterminants de la collaboration interprofessionnelle en prison semble pertinent pour mieux comprendre comment la développer.

Par ailleurs, les résultats de la recherche suggèrent également de porter un plus grand intérêt pour le lien entre la santé et la réinsertion. En effet, d'autres milieux de vie envisagent la santé comme faisant partie intégrante des missions et valeurs de leurs organisations. En ce qui concerne les Ecoles Promotrices de Santé, par exemple, il est reconnu socialement que la santé et le bien-être vont conditionner la réussite scolaire des élèves. Dans le cas des prisons, la santé et le bien-être ne conditionneraient-ils pas la réhabilitation et la réinsertion ? Ce lien entre santé et réinsertion mériterait d'être plus amplement étudié. Intrinsèquement, la santé est vectrice d'émancipation, de développement, de recapacitation et d'épanouissement. Il y a lieu de se demander en quoi ces processus positifs permettant de promouvoir la santé des individus peuvent être bénéfiques pour une population carcérale endossant une superposition de vulnérabilités. Pour aller plus loin, outre l'étude du développement de ces processus, ceux-ci pourraient être investigués au regard de leur indépendance à des facteurs contextuels spécifiques (par exemple, en fonction du type de prison, de sa taille, de la région dans laquelle est implanté l'établissement pénitentiaire étudié, etc.).

## 8. RÉFÉRENCES

Auty K. & Liebling A. (2020). Exploring the relationship between Prison Social Climate and Reoffending. *Justice Quarterly*, 37 (2), 358-381. Doi :<https://doi.org/10.1080/07418825.2018.1538421>

Benazeth V. (2023). Les travaux sur la désistance. Etendre l'examen des parcours de changement pour renforcer le soutien aux trajectoires de sortie. *Déviance et Société*, 47, 121-149. Doi : 10.3917/ds.471.0123

Bonnefoy M., Colombo M-C., Garrigues C. & Suesser P. (2022). Quelle prévention universelle et ajustée à la vulnérabilité ? *Erès*.

Centre Fédéral belge d'Expertise des soins de santé (KCE). (2017). Rapport 293Bs : Soins de santé dans les prisons belges : situation actuelle et scénarios pour le futur. Centre Fédéral belge d'Expertise des soins de santé. Disponible sur : <https://kce.fgov.be/fr/soins-de-sant%C3%A9-dans-les-prisons-belges>.

Chapireau F. (1996). Dossier : Santé mentale : l'individu, les soins et le système. *Actualité et dossier en santé publique*, 15, 25. Disponible sur : <https://www.hcsp.fr/Explore.cgi/Adsp?clef=37>

Comité européen pour la prévention de la torture et des peines ou traitements inhumains ou dégradants (CPT). (2022). Rapport au Gouvernement de Belgique relatif à la visite effectuée en Belgique par le CPT. Conseil de l'Europe - CPT. Disponible sur : <https://www.coe.int/fr/web/cpt/-/council-of-europe-anti-torture-committee-publishes-the-report-on-its-visit-to-prisons-in-belgium>

Dooris M. (2009). Holistic and sustainable health improvement : the contribution of the settings-based approach to health promotion. *Perspectives in Public Health*, 129 (1), 29-36. Doi : 10.1177/1757913908098881

Dooris M., Kokko S. & de Leeuw E. (2022). Chapter 1 : Evolution of the Settings-Based Approach dans Kokko S. & Baybutt M. (Eds), *Handbook of Settings-Based Health Promotion*. (pp. 3-22). Springer. Disponible sur : <https://link.springer.com/book/10.1007/978-3-030-95856-5>

Dooris M., Kokko S. & Baybutt M. (2022). Chapter 2 : Theoretical grounds and practical principles of the Settings-Based Approach dans Kokko S. & Baybutt M. (Eds), *Handbook of Settings-Based Health Promotion*. (pp. 23-44). Springer. Disponible sur : <https://link.springer.com/book/10.1007/978-3-030-95856-5>

Dorche M., Fouga C., Marchais S., Maurel V., Morin S., Vaz P. & Ziolkowska M. (2022). Dossier documentaire. La méthodologie de projets en Education et Promotion de la Santé. [Document non publié]. Ireps, Cres, Codes, Codeps. Disponible sur : <https://codes06.profiles-v7web-01.oxyd.net/centre-documentaire/dossiers-documentaires-et-bibliographies/la-methodologie-de-projets-en-education-et-promotion-de-la-sante-dossier-documentaire>

Dugdale W., Lahtinen P., Kajamaa A. & Hean S. (2021). Organizational dynamics of interprofessional practice in the Norwegian prison system. *Journal of Interprofessional Care*, 36 (3), 340-349. Doi : <https://doi.org/10.1080/13561820.2021.1922365>

Fassin D. (2015). Introduction : L'extension du domaine carcéral. Dans *L'ombre du monde. Une anthropologie de la condition carcérale*. Editions du seuil.

Fox K. J. (2015). Trying to restore justice : Bureaucracies, risk management, and disciplinary boundaries in New Zealand criminal justice. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 59 (5), 519-538. Doi : 10.1177/0306624X13511403

Guillemette F. & Baribeau C. (2006). Recherches qualitatives. [Actes de colloque]. Colloque de l'Association pour la recherche qualitative (ARQ) organisé dans le cadre du congrès de l'ACFAS, Montréal. Disponible sur : [https://www.researchgate.net/profile/Lorraine-Savoie-Zajc/publication/237504691\\_Comment\\_peut-on\\_construire\\_un\\_echantillonnage\\_scientifiquement\\_valide/links/560951f408ae1396914a0131/Comment-peut-on-construire-un-echantillonnage-scientifiquement-valide.pdf#page=41](https://www.researchgate.net/profile/Lorraine-Savoie-Zajc/publication/237504691_Comment_peut-on_construire_un_echantillonnage_scientifiquement_valide/links/560951f408ae1396914a0131/Comment-peut-on-construire-un-echantillonnage-scientifiquement-valide.pdf#page=41)

Hean S., Johnsen B., Kajamaa A., & Kloetzer L. (2021). Improving collaboration, innovation and organisational learning in penal systems. Palgrave Macmillan.

Hean S., Odegard A. & Willumsen E. (2017). Improving collaboration between professionals supporting mentally ill offenders. *International Journal of Prisoner Health*, 13 (2), 91-104. Doi : 10.1108/IJPH-12-2016-0072

Hean S., Willumsen E. & Odegard A. (2016). Collaborative practices between correctional and mental health services in Norway : Expanding the roles and responsibility competence domain. *Journal of Interprofessional Care*, 31 (1), 18-27. Doi : 10.1080/13561820.2016.1233392

Hean S., Willumsen E. & Odegard A. (2018). Making sense of interactions between mental health and criminal justice services : The utility of cultural historical activity systems theory. *International Journal of Prisoner Health*, 14(2), 124-141. Doi : 10.1108/IJPH-01-2017-0006

Kaminski D. (2010). Droits des détenus, normalisation et moindre éligibilité. *Criminologie*, 43 (1), 199-226. Doi : <https://doi.org/10.7202/044057ar>

Lambert H., Aujoulat I., Delescluse T., Doumont D., Ferron C. (Décembre 2021). Onze fondamentaux en promotion de la santé : des synthèses théoriques. Bruxelles : UCLouvain/IRSS-RESO & Promotion Santé Normandie & Fnes, 64 p. (citation proposée par les auteur·rices)

Larsen, Hean & Odegard (2022). Exploring norwegian prison frontline worker's perceptions of interprofessional collaboration. *International Journal of Prisoner Health*, 18 (4), 429-442. Doi : <https://doi.org/10.1108/IJPH-08-2021-0084>

Lutz A., Zuercher K., Nanchen D. & Pasche M. (2019). Vers un universalisme proportionné en promotion de la santé et prévention : réflexions et pistes d'action. *Rev Med Suisse*, 15. Doi : 10.53738/REVMED.2019.15.669.1987

Mathlouthi S. (2020). Facteurs favorisant le processus de désistance chez les jeunes Tunisiens déviants : analyse diachronique et synchronique d'une intervention interdisciplinaire. *Ecrire le social*, 2, 72-94. Doi : 10.3917/esra.002.0073

Maycock M., Meek R. & Woodall J. (2021). Issues and innovations in prisons health research. *Methods, Issues and Innovations*. Palgrave Millan.

McLeod K.E., Butler A., Young J., Southalan L., Borschman R., Sturup-Toft S., Dirkzwager A., Dolan K., Acheampong L., Topp S., Martin R. & Kinner, S. (2020). Global prison health care governance and health equity : a critical lack of evidence. *American Journal of Public Health*, 110 (3), 303-308. Doi : <https://doi.org/10.2105/AJPH.2019.305465>

Mittelmark M.B., Bauer G.F., Vaandrager L., Pelikan J.M., Sagy S., Eriksson M., Lindtröm B. & Magistretti C.M. (2022). *The handbook of salutogenesis* (2nd edition). Springer.

Nations Unies. (n.d.) Objectifs de développement durable - 17 objectifs pour sauver le monde. Nations Unies. Consulté en mai 2023 : <https://www.un.org/sustainabledevelopment/fr/objectifs-de-developpement-durable/>

Newton J., Dooris M. & Wills J. (2016). Healthy universities : an example of a whole-system health-promoting setting. *Global Health Promotion*, 23 (1), 57-65. Doi : 10.1177/1757975915601037.

Nutbeam D. (1999). Glossaire de la promotion de la santé. [Document non publié]. Organisation mondiale de la santé. Disponible sur : [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/67245/WHO\\_HPR\\_HEP\\_98.1\\_fre.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/67245/WHO_HPR_HEP_98.1_fre.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

Organisation Mondiale de la Santé. (1946). Constitution. [Document non publié]. Organisation Mondiale de la Santé. Disponible sur : <https://www.who.int/fr/about/governance/constitution>

Ouellet F. & Saint-Jacques M-C. (2000). Chapitre 3 – Les techniques d'échantillonnage dans Mayer R., Ouellet F., Saint-Jacques M-C., Tucrotte D. et collaborateurs (Eds.), *Méthodes de recherche en intervention sociale*. (pp. 71-90). Gaëtan Morin Editeur.

Paillé P. & Mucchielli A. (2021). Chapitre 12 : L'analyse thématique dans Paillé P. & Mucchielli A. (Eds), *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales*. (pp. 269-357). Armand Colin. Disponible sur : <https://www.cairn.info/l-analyse-qualitative-en-sciences-humaines--9782200249045.htm>

Quirion B., Hamel S., Gadbois J. & Brunelle N. (2021). La (ré)intégration sociocommunautaire comme réponse au morcellement organisationnel et clinique des personnes judiciairisées. *Criminologie*, 54 (2), 13-38. Doi : <https://doi.org/10.7202/1084287ar>

United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC). (2018). Introductory handbook on the prevention of recidivism and the social reintegration of offenders. *Criminal Justice handbook series*. UNODC. Disponible sur : [https://www.unodc.org/documents/justice-and-prison-reform/18-02303\\_ebook.pdf](https://www.unodc.org/documents/justice-and-prison-reform/18-02303_ebook.pdf)

Woodall J. & Baybutt M. (2022). Chapter 10 : Prisons as setting for health dans Kokko S. & Baybutt M. (Eds.), *Handbook of Settings-Based Health Promotion*. Springer. Disponible sur : <https://link.springer.com/book/10.1007/978-3-030-95856-5>

