

**CAHIER**

# **SANTÉ ET PRISON**



**Une équation insoluble ?**

## **Santé et prison : une équation insoluble ?**

*C'est sur le plan du terrain que nous aborderons la problématique « santé et prison ». Restreignant ainsi notre sujet, nous demeurons dans le champ de la santé, notre compétence, mais nous ne pourrons nous empêcher d'entendre, comme un grondement lointain, « la » question que pose la prison : Qu'est-ce que punir ? Qu'est-ce que priver de liberté ? Qu'est-ce que « enfermer » ? Aussi vieille que l'humanité, cette question se pose à chaque époque dans un contexte spécifique. Il n'est pas innocent que notre population carcérale actuelle soit majoritairement composée d'usagers de drogues, ni qu'elle compte 41,6 % de non belges (chiffre de septembre 2002) ni que la question de l'enfermement des jeunes soulève tant de passions, ni que les peines alternatives à la prison se développent si lentement.*

*Nous n'envisagerons pas plus la situation des établissements de défense sociale, ni la philosophie générale de la prison, ni le statut des victimes : chacun de ces sujets mériterait un développement spécifique.*

*Ainsi dépouillé, notre sujet n'en demeure pas moins vaste et interpellant.*

### **La prison ne s'arrête pas à ses murs** page 74

*Pascale Jamouille, anthropologue au service Toxicomanie du CPAS de Charleroi et au laboratoire d'anthropologie prospective de l'université catholique de Louvain*

C'est avec les « usagers » de la prison que nous entrerons dans notre sujet. Les témoignages recueillis par Pascale Jamouille nous montreront combien les itinéraires judiciaires amplifient les processus de marginalisation et d'exclusion, que ce soit avant, pendant ou après l'incarcération.

### **La prison aujourd'hui, d'un lourd passé à un futur incertain** page 78

*Axel Hoffman, médecin généraliste à la maison médicale Norman Bethune*

Quelles sont les conditions de vie et de santé en prison, comment y sont organisés les soins de santé, quels dispositifs sont-ils mis en place pour préparer la sortie ?

### **Les soins de santé en prison : une vue de l'intérieur** page 91

*Jean-Marc Feron, médecin à la prison de Huy, assistant au Centre universitaire de médecine générale Université catholique de Louvain*

Que faut-il penser de l'équivalence des soins entre l'intérieur et l'extérieur de la prison ?

### **La santé en prison : Santé Publique ou ministère de la Justice ?** page 95

*Jean-Marc Feron, médecin à la prison de Huy, assistant au Centre universitaire de médecine générale Université catholique de Louvain*

Chez nous, la santé en prison est organisée par le ministère de la Santé publique ; des voix s'élèvent pour demander le transfert de cette compétence au ministère de la Santé. Comment cela se passe-t-il dans d'autres pays qui connaissent cette situation ?

### **Boule de Neige en prison** page 97

*Renaud Quoidbach, docteur en philosophie, responsable de projets à Modus Vivendi*

Depuis peu, la promotion de la santé fait son entrée dans les établissements pénitentiaires. A la prison de Namur, un projet de réduction des risques liés entre autres à l'usage de drogues s'est déroulé en novembre 2001.

**Prévention SIDA en milieu carcéral**

page 102

*Bernadette Taeymans, infirmière*

Autre expérience de prévention en milieu carcéral, autre approche, similitudes et différences.

**Santé et prison : une équation insoluble ?**

page 105

*Axel Hoffman, médecin généraliste à la maison médicale Norman Bethune*

Que se cache-t-il derrière la problématique de la santé en prison ?

**Bibliographie**

page 106

*commentée par Mark Vanderveken*

# La prison ne s'arrête pas à ses murs

**Pascale Jamouille**, anthropologue au service Toxicomanie du CPAS de Charleroi et au laboratoire d'anthropologie projective de l'université catholique de Louvain.

Extraits de *Drogues de rue*, paru dans la collection de l'Oxalis, éditions De Boeck Université, Paris, Bruxelles, 2000, avec l'aimable autorisation de l'auteur et de l'éditeur.

.....

*Dans Drogues de rue, Pascale Jamouille a rapporté les récits de nombreux usagers de drogues rencontrés dans leur milieu de vie en région de Charleroi. Ces témoignages montrent combien les itinéraires judiciaires amplifient les processus de marginalisation et d'exclusion, que ce soit avant, pendant ou après l'incarcération. L'arriéré judiciaire crée des situations « d'attente » qui freinent les processus de réhabilitation. L'incarcération précarise les usagers sur les plans psychosocial, familial et sanitaire. Le casier et les dettes judiciaires majorent les difficultés d'insertion socio-économique ultérieures.*

.....

L'attente « d'une affaire qui va tomber » a un effet paralysant dans nombre d'histoires de vie. Généralement, elle augmente le taux d'anxiété de l'usager et donc les recours de défoncé. Elle brouille sa vision de l'avenir. A quoi bon s'engager dans une trajectoire de soins et/ou dans la construction d'un processus de réinsertion (formation, vie de couple, recherche d'emploi, ...) quand on sait qu'on a une « affaire en cours », qu'on est récidiviste et que les peines avec sursis précédemment encourues vont se transformer en peine de prison ferme et s'ajouter à la nouvelle sanction. Cet enquêté décrit sa réalité : « *Quand tu as une affaire, tu as ton jugement que trois ou quatre ans après. Une fois j'ai été jugé cinq ans après les faits que j'avais commis, il y a failli avoir prescription, c'est pas normal. Ça peut être normal qu'on paie mais cinq ans après ça n'a plus de sens. L'attente que tu as du jugement, ça a des conséquences, tu sais que tu vas rentrer en prison, ça t'empêche de construire. Tu oses pas chercher un travail, tu as peur de t'investir, surtout si tu sais que tu as plus droit au sursis. Tu as peur de faire des choses, ça te casse psychologiquement.* »

---

## ... ou brisé

Parfois, pendant les années d'attente entre les faits et le jugement, des enquêtés se sont engagés dans un processus de réinsertion. Lorsque le couperet de la justice est tombé, et qu'une peine de prison a été prononcée, il les a confrontés à la violence institutionnelle et a majoré les risques de rechute. « *Mon amie a eu des problèmes de justice, il y a plusieurs années. Entre-temps elle s'en est sortie, a refait une famille et eu un enfant, ça l'a consolée du premier ménage gâché. La semaine dernière son affaire de stup a été jugée, elle a appris qu'elle aurait deux ans de prison ferme. Ça l'a tout à fait découragée. Elle est retombée, elle a mis son deuxième enfant chez les grands-parents. Elle est désillusionnée, elle n'y croit plus. C'est une dérive du système judiciaire.* »

Plusieurs interviewés ont été incarcérés pour des infractions à la loi sur les stupéfiants datant de plusieurs années, alors qu'ils étaient sortis des systèmes de vie liés aux drogues, avaient

---

## Un avenir bouché...

Les « affaires de justice », déclarent les personnes rencontrées, freinent les processus de sortie des systèmes de vie liés aux drogues. L'arriéré judiciaire est tel que beaucoup d'enquêtés ont, depuis des années, des « affaires en cours ». A Charleroi, la plupart des infractions à la loi sur les stupéfiants sont jugées trois à cinq ans après les faits. A cela s'ajoutent les délais d'application de la peine. Parfois, le billet d'écrou qui ordonne l'application de la peine de prison parvient à l'usager une année après le jugement.

Dans la même collection, Pascale Jamouille vient de publier *La débrouille des familles, récits de vie traversées par la drogue et les conduites à risque. Nous vous en parlerons dans notre prochain numéro.*



un logement et une insertion professionnelle. Le récit de ce jeune homme est à ce sujet éclairant : « *Ils (les forces de l'ordre) m'ont mis un papier dans la boîte aux lettres. Je suis allé me présenter. Ils m'ont dit « arrestation immédiate », une histoire de détention de stupéfiant d'il y a quatre ans. Ils avaient trouvé un gramme sur moi. J'ai dit que je voulais téléphoner à mes parents. Ils m'ont dit : « Pourquoi ? Pour cacher les seringues qui sont dans ton appartement ? ». C'était laid. Ils m'ont fait traverser le quartier à pied, 200 m avec les menottes, rentrer dans mon appartement avec les menottes. Ils voulaient me foutre le moral à zéro. Il y a mon père qui est arrivé. Il a failli faire une crise de me voir avec les menottes dans l'appartement. J'ai vu noir. J'ai tapé un coup sur la table, terrible. Elle est solide, elle a pas cassé. Le carreau était ouvert, je voyais tellement noir que j'ai voulu sauter. Ils voulaient faire chier quelqu'un, ils trouvaient rien et ils croyaient pas que j'avais arrêté. Ils m'ont embarqué à la prison. C'est laid, ça met une personne en l'air. »*

---

## Une formidable fabrique de précarité

Les récits des enquêtés incarcérés mettent en évidence la manière dont la prison est une formidable « fabrique de précarité » sur le plan psychologique, familial, sanitaire et social. La vie sociale en prison semble principalement basée sur l'intimidation, la violence, la loi du plus fort et les alliances entre délinquants. Les « *anciens taulards* », comme ce jeune enquêté, ne cessent d'exprimer leurs difficultés de réinsertion : « *Au début que j'étais dehors, ce que j'avais appris en prison était un problème pour moi. En prison, dire deux fois quelque chose à quelqu'un ça va. Si à la troisième le type n'a toujours pas compris, tu frappes, sinon c'est lui qui frappe. Après, dehors, tu as tendance à avoir les mêmes réactions, puis tu peux plus t'intégrer.* »

Certains ont vécu des expériences particulièrement traumatiques en prison (périodes prolongées de cachot, règlements de compte, agressions, prostitution, ...) qui les fragilisent. L'univers carcéral est un milieu parti-

culièrement anxiogène où nombre d'enquêtés ont initié des conduites addictives multiples : « *Quand j'étais en prison, les Roches (Rohypnol®), c'était une monnaie d'échange. Ceux qui pouvaient s'en passer les gardaient et les vendaient. Maintenant il paraît qu'on te les donne plus comme ça, on les met dans de l'eau, alors tu peux plus les revendre comme avant. J'en connais beaucoup qui sont devenus accro aux Roches en prison, moi c'est là que j'ai commencé. Après il m'a fallu des années pour m'en débarrasser.* »

Les enquêtés expliquent que les drogues sont bien plus accessibles en prison que le matériel stérile d'injection ; les seringues stériles sont des denrées chères, rares et particulièrement prohibées : « *Le problème c'est de passer des seringues. Elles sont très rares. Tu en verras jamais traîner, même pas un morceau. Ça se vend cher. Il y a des fouilles. La personne qui se fait pincer avec une seringue, elle va au cachot, la prison de la prison. Là tu ne gardes que le strict minimum sur toi. Ils veulent pas de suicide. On te retire tes lacets, ta ceinture. Tu n'as pas de couverts, tu dois manger avec tes mains. Tu es cloîtré, tu ne peux pas prendre de douches. Il n'y a pas de lumière, tu ne peux pas lire. C'est la solitude. J'ai connu un mec qui s'était fait pincer avec des insulines (seringues). Il se fixait aux anabolisants. Il a fait douze jours pour vingt insulines. A ce tarif, il y a pas beaucoup de seringues en cellule.* » Un profil d'enquêtés a été contaminé par les virus du SIDA ou des hépatites en milieu carcéral à cause de pratiques de partage du matériel d'injection.

---

## Dehors, la rage

Beaucoup d'enquêtés disent avoir renforcé leur recours aux substances psycho-actives en prison ou à la sortie du milieu carcéral. Ils se sont retrouvés à la rue, désillusionnés, sans logement, ressources ou appuis avec un sentiment d'injustice et de « *rage* » envers le système social qui les avait incarcérés.

La plupart ont consommé dès leur sortie des doses majorées ; parfois, comme ce jeune homme, dans une optique suicidaire : « *Quand*

La prison ne s'arrête pas à ses murs

*je suis sorti de taule, je suis vraiment tombé dans la came. J'avais plus que 3.000 BEF (25 euro). Tout le reste avait été dépensé en prison. Je ne savais pas où aller, je ne voulais plus voir mes parents. D'avoir été en prison ça avait été trop la honte pour moi. Dès que je suis sorti, j'ai été acheter. J'ai fait une overdose ce jour-là, j'ai failli mourir. J'aurais voulu mourir. »*  
 L'incarcération fragilise, jette l'opprobre sur les

*été marqué dans la gazette, un petit article où mon nom était cité, ils disaient que j'avais été arrêtée pour racolage et consommation. Ca m'a fait du tort après, tout le monde me montrait du doigt. Pour ma famille et mes grands-parents, c'était dur. On les jugeait sur ce que j'avais fait. Tout le quartier a su que j'étais en prison, que je me droguais et que je me prostituais. Ma sœur travaillait et ça a été nuisible pour elle. Elle a eu pas mal de problèmes. C'était la sœur d'une putain toxicomane. Ca a été nuisible pour toute ma famille. »*



siens et déforce les recours familiaux : « *Le jour où je suis sortie, je suis allée en ville. Directement j'ai trouvé de quoi et j'ai repris. Quand on est dehors, on veut oublier la prison. Quand on est dedans on se dit qu'on va punir les gens qui vous y ont mis en reconsumant dès qu'on sort, surtout si on doit payer pour des choses qu'on estime pas grave comme du racolage. En fait c'est soi-même qu'on détruit comme ça mais c'est la suite logique de la prison, les filles qui y étaient disaient la même chose que moi. C'était comme systématique que je devais recommencer. J'avais aucune chance. Je ne pouvais même plus faire appel à ma famille, ça avait été trop dur pour eux. C'avait*

Le casier judiciaire diminue considérablement les possibilités d'insertion professionnelle. Un profil d'usagers a perdu l'accès au travail, après une trajectoire judiciaire, alors que l'insertion professionnelle était un mode de régulation de leur consommation dont ils avaient pu bénéficier auparavant : « *Je suis encore passé dans une boîte d'intérim cet après-midi. Ils m'ont demandé un certificat de bonne vie et mœurs. J'ai dû dire que j'avais un casier. La femme m'a posé plein de questions. Je ne suis plus tout jeune. C'est pas évident de revoir sa vie. C'est des occasions comme celles-là qui feraient qu'on replonge à pieds joints. Le casier, c'est un système d'étiquette. Les gens te mettent une étiquette : il a fait ça. Je refuse ce système, je n'ai pas envie que la personne sache ce que j'ai fait, tout simplement, c'est ma vie de maintenant qui compte. »*

Les amendes pénales pour des faits liés à la loi sur les stupéfiants ou des infractions connexes peuvent également grever considérablement les possibilités de réinsertion sociale. Des jeunes les traînent comme un boulet, alors qu'il y a des années qu'ils sont sortis des systèmes de vie liés aux drogues : « *Rembourser mes dettes de mes années de toxicomanie, je traînerai toujours ça. C'est d'anciennes amendes du tribunal, tu en règles une et il y en a sept qui tombent après. Je suis au chômage, au taux le plus bas, j'ai demandé d'étaler le remboursement et de payer 500 BEF (12,5 euros) par mois. Ils ont refusé, ils m'ont dit de payer 2.000 BEF (50 euros). Quand tu comptes le loyer, les charges et le reste, il ne me reste déjà presque plus rien pour vivre. Je leur ai dit : « Mais madame, vous sauriez manger avec 100 BEF*



*(2,5 euros) par jour ? ». Elle s'en foutait, j'ai quand même dû payer 2.000 BEF. C'est dur les dettes, plus tu attends, plus tu as les intérêts dessus mais quand tu ne sais pas payer, tu ne sais pas payer, il n'y a rien à faire ou alors retomber dans l'illégalité. »*

## **Le mythe de la rédemption par le châtement**

Il est relativement exceptionnel que les parcours judiciaires jouent un rôle en matière de sortie des systèmes de vie liés aux drogues. Seuls deux interviewés disent avoir bénéficié de leurs trajectoires pénales.

Le premier a pu étudier en prison : *« A la prison de X., j'ai fait mes études primaires et mes humanités inférieures en dix-huit mois. J'ai vu que j'étais capable d'apprendre, j'ai trouvé beaucoup de confiance en moi grâce à ça. Petit à petit, étudier, ça m'a donné de l'assurance. Mes lettres étaient mieux acceptées que les torchons qui ressemblaient à rien que j'écrivais avant. J'ai eu mon diplôme primaire, j'étais premier de ma sélection. Je me suis dit : tu n'es pas si con. Quand on consomme beaucoup de drogues, la rechute, c'est perdre la confiance en soi, j'avais plus confiance et de voir que je réussissais à étudier, je me suis aperçu que j'étais un homme comme un autre, capable de réussir des choses. Je crois que j'aurais dû apprendre ça ailleurs qu'en taule. »*

Le second dit avoir eu besoin d'être séparé de sa femme pour pouvoir cesser de consommer. Il a été soutenu par des pratiques sportives intensives : *« Il y en a que ça brise la prison. Pour certains, c'est une solution à rien du tout. C'est la ville dans la ville, tous les graves de la ville sont rassemblés là. Y a tout qui circule pire qu'à l'extérieur. Ils consommaient dans ma cellule pourtant j'ai su arrêter en prison, alors qu'à l'extérieur, j'ai jamais su. C'était parce que j'avais la rage, j'avais tout perdu : mes gosses, ma femme. J'avais la rage de ne pas savoir où elle était, ce qu'elle faisait. C'est la rage qui m'a permis d'arrêter, le fait d'être séparé d'elle. Ils consommaient dans ma cellule, je te dis pas comme j'ai eu mal au ventre. J'ai des*

*bons copains qui m'ont aidé et j'ai fait du sport. C'est aussi le fait de voir des copains consommer et être malade le matin, moi j'étais en pleine forme. »*

Hormis ces deux situations, les usagers rencontrés soulignent qu'après être passés par la justice, *« tu as un problème en plus, tu as le casier et avec ce que tu as vécu, c'est encore plus difficile d'y croire et de s'en sortir. »* Les expériences et les apprentissages faits dans le champ pénal ont tendance à déforer les ressources régulatrices dont disposent les usagers (ancrages familiaux, accès au travail, ...).

Dans la plupart des situations, les trajectoires judiciaires alimentent la mésestime de soi et la défiance envers la communauté humaine, les professionnels et les institutions. Elles majorent les dommages sanitaires et sociaux liés aux drogues et détournent l'utilisateur, parfois pour de longues années, du champ de l'aide et du soin. ●

# La prison aujourd'hui, d'un lourd passé à un futur incertain

Axel Hoffman,  
médecin  
généraliste à la  
maison médicale  
Norman Bethune.

.....  
*De la forteresse ou du bagne, on pouvait croire qu'il ne restait aujourd'hui que des images d'Épinal. Pourtant, nos prisons modernes en ont gardé une partie de l'esprit. Les progrès en marche semblent encore bien timides...*  
.....

Avril 2002, la grève du personnel pénitentiaire fait la une des informations. Tous les secteurs y participent, agents de surveillance comme personnel psychosocial et administratif. La police fédérale assure la surveillance, la Protection civile assume les repas et la Croix-Rouge les soins éventuels.

---

## État des lieux

La grève du personnel pénitentiaire met en lumière plusieurs problématiques : conditions de détention particulièrement éprouvantes, surcharge du personnel, carences psychosociales, surpopulation, crise de légalité.

C'est dans ce contexte particulièrement défavorable à la santé (« état de parfait bien-être physique, mental, social... ») que sont plongées des personnes dont l'état de santé est déjà plus précaire que celui de la population générale. Face à cette situation, un personnel soignant souvent critiqué, mal équipé et pas toujours en phase avec l'administration.

Depuis peu pourtant, des améliorations se dessinent. Encore timides, parfois dans l'incohérence ou la méfiance. Ces éléments constitueront les étapes de notre visite derrière les barreaux.

---

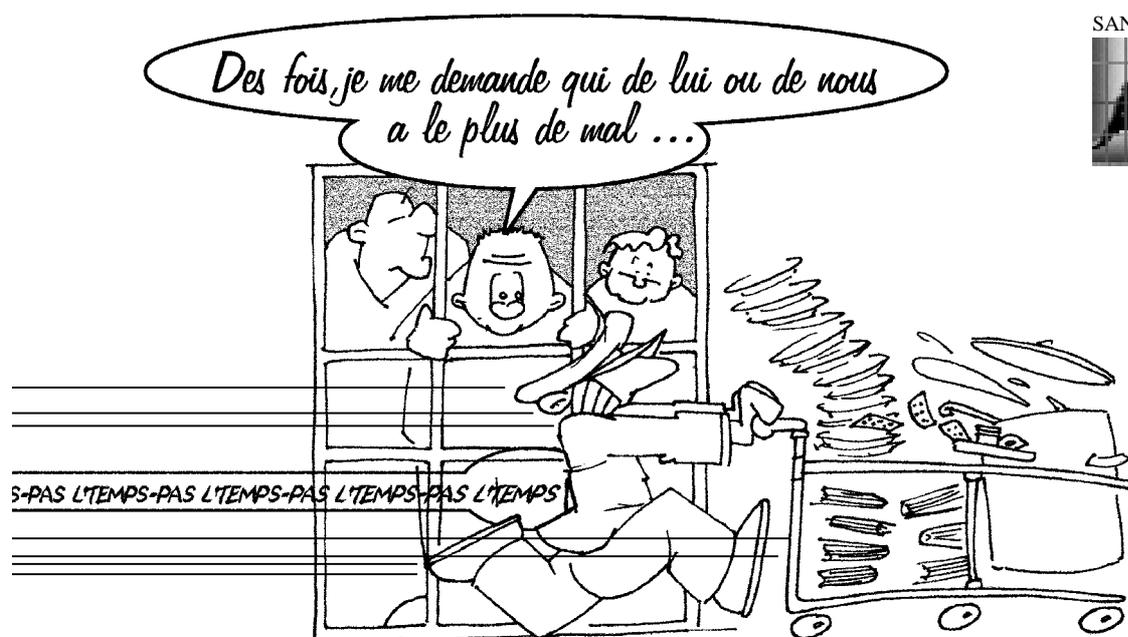
## Des conditions de détention particulièrement éprouvantes

Des détenus décrivent le sentiment de dégradation qui s'installe dès la procédure d'admission : confiscation de la carte d'identité et des papiers personnels, fouille, douche, attribution d'un uniforme (pas toujours à la bonne taille). Puis les cellules, sans intimité : il n'est pas exceptionnel que les détenus se retrouvent à trois ou quatre dans une cellule prévue pour une personne, où des matelas sont rajoutés à même le sol. Faute de place, les toilettes ne sont pas dissimulées, parfois il n'y a qu'un seau hygiénique. L'accès aux douches est restreint.

### La population de nos prisons

*En réponse à une question parlementaire, le ministre de la Justice Marc Verwilghen a livré en septembre 2002 les chiffres de la population de nos prisons. Il y avait à ce moment 9.098 détenus en Belgique, dont 5.305 belges et 3.793 personnes de nationalité étrangère (41,6 %). Cent vingt nationalités sont représentées : 1.066 marocains, 267 italiens, 255 turcs, 253 français, 236 yougoslaves, 221 algériens, 133 néerlandais, 127 albanais, 105 roumains, ... La grande majorité (environ 95 %) sont des hommes.*

*Le parc pénitentiaire compte trente-deux prisons : dix établissements pour peines destinés aux condamnés et vingt-deux maisons d'arrêt où séjournent les prévenus, mais où des sections pour peines ont été implantées en raison de la surpopulation. Seize prisons sont situées en Flandre, quatorze en Wallonie et deux à Bruxelles. La capacité d'accueil est de 7.600 personnes.*



Il faut s'inscrire pour voir le docteur, sans savoir quand on le verra, ni même quand la demande sera acheminée... encore faut-il que le gardien ne refuse pas de vous inscrire (« tu fais des grimaces »).

La vie au quotidien : violence physique, morale et sexuelle, racket, drogue, désœuvrement, manque d'hygiène, suicides, grèves de la faim, problèmes de loisirs, de sécurité, de santé...

### Un personnel surchargé

Le personnel pénitentiaire compte 5.380 gardiens répartis dans les trente-deux prisons du royaume ; il en manque 247 pour compléter le cadre. Les gardiens accumulent les jours de récupération et de congé non pris.

Surchargé de travail, le personnel surveillant est aussi épuisé par le stress, la violence et l'image négative du « maton ». Lors de la grève, le front commun syndical exigera entre autres la semaine de trente-six heures et une revalorisation financière et professionnelle.

Interviewé par le journal *Le Soir* lors de la grève d'avril 2002, un gardien de la prison de Saint-Gilles (cinq cents places, sept cents détenus) décrit la situation comme une « cocotte minute dont on maintient le couvercle pour qu'elle n'explode pas ».

Le personnel est mal formé : on ne demande plus de diplôme, il y a un mois de formation théorique et de rares recyclages (gestion des conflits ou quelques heures d'aikido). On travaille à pauses, parfois dix jours d'affilée en

cas de manque de personnel. Chaque gardien prend en charge soixante à septante détenus constituant une population très mélangée. Il faut gérer les visites, donner les repas, organiser les préaux, intervenir en cellule en cas de problème, assurer la sécurité, éviter les bagarres. Il ne reste pas de temps pour écouter les détenus. Les agents se plaignent d'un manque de soutien psychologique en cas de stress aigu. Ils supportent de plus en plus mal leur image de maton à matraque, mais rien n'est fait pour les aider à la changer.

Un chiffre illustre le malaise des gardiens : en 2001, leur taux d'absentéisme a été de 23,6 jours par agent et par an.

### Les carences psychosociales sont criantes

Le manque touche tous les secteurs : surveillants, mais aussi personnel de santé, travailleurs psychologiques, assistants sociaux, administratifs.

Si le nombre de médecins « de prison » (quatre cents) peut être considéré comme presque suffisant, dans beaucoup d'établissements, le cadre infirmier est déficitaire et une partie de ses tâches est déléguée aux gardiens, comme la distribution des médicaments.

Il n'y a que 145 psychologues prévus pour une population fragile de neuf mille détenus, et seulement 125 sont en exercice.

Vingt postes d'assistants sociaux sont non pourvus. Ceux qui tiennent le coup doivent

## La prison aujourd'hui, d'un lourd passé à un futur incertain

affronter un surcroît de travail social depuis la loi sur les libérations conditionnelles de mars 1998 (20 à 25 % de dossiers en plus).

Les carences entraînent un *turn over* important. Seules sont traitées les urgences des urgences, il n'y a pas de place pour créer une relation de confiance et réaliser un travail de fond, notamment en matière de réinsertion.

### Surpopulation, précarité

La surpopulation va toujours s'aggravant : neuf mille détenus pour une capacité d'accueil de sept mille six cents personnes. Chaque année, quatorze à quinze mille personnes passent par la prison. D'un taux d'occupation moyen de 98 % en 1991, on est passé à 127 % en 2001. Selon l'Observatoire international des prisons (OIP), l'augmentation des détentions préventives et des longues peines ainsi que le blocage des libérations conditionnelles jouent un rôle essentiel dans cette surpopulation. Ni l'aménagement des établissements existants, ni la création d'une nouvelle prison à Ittre ne suffiront à résoudre ce problème.

*Décidée en Conseil des ministres du 20 novembre 1996, la construction d'une nouvelle prison à Ittre (Brabant wallon) a pris deux ans. Elle a été inaugurée ce 31 mai 2002. D'une capacité de quatre cent vingt détenus, le bâtiment a coûté trente-sept millions d'euros. Y travailleront trois cent quatre-vingt personnes, surveillants, cadre technique, administration, service médical et service psychosocial. La majorité des détenus (384) disposera d'une cellule individuelle, seules douze cellules étant conçues pour trois personnes. Chaque section comporte une table de ping-pong et un baby-foot ; une salle de sport a été aménagée (basket, minifoot, volley). Des ateliers sont prévus pour mettre les détenus au travail. Cette construction servira d'établissement pénitentiaire pour la Région bruxelloise. Les prisons de Saint-Gilles et Forest accueillent surtout les détenus en préventive, ceux qui sont condamnés étant ensuite répartis dans d'autres établissements du royaume.*

*Si, semble-t-il, un soin particulier a été apporté au « toujours plus de la même chose », aucune construction nouvelle ne parviendra à gagner la course contre la surpopulation (combien de temps le principe un détenu pour une cellule y sera-t-il respecté ?) si la logique de l'enfermement n'est pas sérieusement reconsidérée.*

En juin 2002, le Conseil supérieur de la justice (CSJ), instance indépendante de réflexion sur le fonctionnement de la justice rend un avis qui stigmatise le manque d'analyse critique du flux d'entrée en prison. La détention dans des établissements surpeuplés empêche tout travail de normalisation, notamment dans une optique de réinsertion. Une nouvelle augmentation de la capacité carcérale n'est pas une bonne stratégie et l'effort doit porter sur une application crédible des peines alternatives qui ne sont pas suffisamment appliquées et, quand elles sont employées, ne font pas l'objet d'un suivi adéquat.

La paupérisation croissante de la société se reflète derrière les murs. La population de nos prisons offre un profil de plus en plus précaire. On y trouve plus de « toxicomanes », de délinquants sexuels et d'étrangers en situation irrégulière que par le passé, mais surtout, une énorme proportion de personnes défavorisées au plan socio-économique. Les pauvres vont plus souvent en prison, y restent plus longtemps et en sortent davantage fragilisés. Selon O. Obrecht, « on peut craindre qu'en l'absence d'une réflexion sociale sur le rôle actuel de la prison, elle ne devienne peu à peu le lieu d'une mise à l'écart de populations désinsérées et marginales que la société aura renoncé à intégrer ».

Dans une carte blanche (journal *Le Soir* du 21-22 avril 2002), Michel Graulus, psychiatre requis par les parquets et les juges d'instruction en tant qu'expert, suggère une sortie de la logique de l'enfermement. La prison a pour mission de surveiller et punir, pour reprendre l'expression de Michel Foucault. Actuellement on y ajoute un souci de modification de personnalité et du contexte social du condamné par la pratique du reclassement psychosocial. Surveiller : la prison est un moyen efficace de surveiller les personnes dangereuses, comme les personnalités asociales ayant commis des délits graves, les pervers sexuels de type prédateur,... Mais nombre de détenus ne sont pas dangereux au point de devoir les surveiller : pour eux, une surveillance sociale en dehors de la prison, assortie de certaines interdictions et d'une psychothérapie, suffit à éviter la dangerosité.

Punir : la punition (nécessaire, même les



détenus en conviennent) vise à expier le tort fait à autrui, mais aussi à faire réfléchir, à faire prendre conscience du mal commis. Le temps nécessaire à cette prise de conscience va de trois à douze mois. Au-delà, les effets positifs de la prison s'estompent et s'inversent pour faire place à la révolte et à la marginalisation, sans bénéfice pour l'individu ni pour la société. De plus en plus de gens pensent que la punition pourrait être exécutée hors de la prison.

Reclassement psychosocial : souvent ce terme ne recouvre que la tentative de reclasser socialement des individus que la prison a elle-même désinsérés. Le travail des équipes psychosociales est à souligner, mais les possibilités de reclassement à partir de la prison sont réduites et la désinsertion provoquée par la prison empêche souvent un véritable travail psychique. L'efficacité du but poursuivi exige que la désinsertion liée à l'emprisonnement soit rapidement levée, en tenant compte de la gravité des délits et la dangerosité des personnes.

En conséquence, Michel Graulus propose d'arrêter de voir le problème des prisons par le petit bout de la lorgnette - l'encombrement -, de développer les peines alternatives et d'intérêt général lorsque l'emprisonnement est inutile ou négatif et de soutenir le travail et l'efficacité des commissions de libération conditionnelle, trop peu nombreuses et ne disposant pas toujours de tous les éléments nécessaires à l'évaluation des décisions à prendre.

---

## Crise de légalité aussi

La peine de prison doit se limiter à la privation de liberté et ne peut s'accompagner de souffrances supplémentaires, de vexations, d'humiliations et de non-respect des droits fondamentaux de l'homme. Beaux principes souvent réaffirmés : « la justice ne saurait s'arrêter à la porte des prisons » (déclaration de la Cour européenne de droits de l'homme, arrêt Campbell et Fell du 28 juin 1984), « nul ne peut être soumis à la torture ni à des peines ou traitements inhumains ou dégradants » (Convention de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales du 4 novembre 1950, approuvée par la loi belge du 13 mai 1955, article 3), ou, toujours à propos des prisonniers, « les membres du personnel de

santé (...) sont tenus d'assurer la protection de leur santé physique et mentale et, en cas de maladie, de leur dispenser un traitement de la même qualité et répondant aux mêmes normes que celui dont bénéficient les personnes qui ne sont pas emprisonnées... » (assemblée générale de l'Organisation des Nations Unies du 18 décembre 1982).

Dans les faits, les nombreux règlements en vigueur en Belgique, basés pour la plupart sur les arrêtés royaux de 1965 et arrêtés ministériels de 1971 portant instructions générales pour les administrations pénitentiaires, ne reconnaissent aucun droits aux détenus mais seulement des facultés. L'administration se voit ainsi habilitée à en déduire que ces facultés sont des faveurs toujours révocables sans formalités si l'ordre et la sécurité dans les établissements risquent d'en être perturbés.

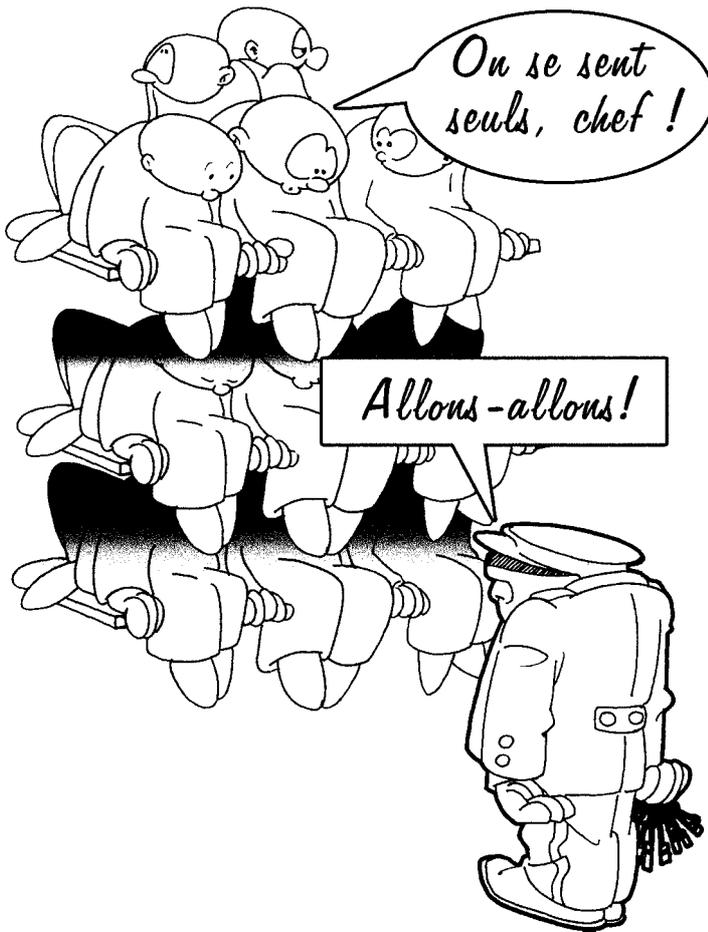
Le Comité européen pour la prévention de la torture et des peines ou traitements inhumains et dégradants (CPT), est un organe créé par la Convention européenne en 1987. Une délégation du CPT effectue des visites périodiques dans les différents États membres de l'Union et rédige un rapport d'appréciation sur la condition et les droits des détenus. Dans ses rapports de 1994 et de 1998 sur la situation en Belgique, le CPT dénonce le manque de protection juridique et de reconnaissance des droits élémentaires des détenus ainsi que l'absence de procédure de plaintes efficace pour les détenus. Dans le rapport 2002, on peut encore lire que des détenus dorment sur des matelas à même le sol à la prison d'Anvers.

Le professeur Lieven Dupont a été chargé en 1997 d'élaborer une loi de principes concernant « l'administration pénitentiaire et le statut juridique des détenus ». Sa commission a déposé un texte novateur tendant à faire du détenu un « citoyen titulaire de droits ». Il donne priorité à la prévention du traumatisme carcéral, à la réparation du mal commis et la réinsertion du délinquant dans la société.

Le document est actuellement en *stand-by* à la commission Justice de la Chambre et d'aucuns, notamment au sein du Réseau pour une réforme globale du régime carcéral belge, craignent que ces propositions ne restent lettre morte faute de volonté politique. Car ce projet est explosif :

## La prison aujourd'hui, d'un lourd passé à un futur incertain

faire d'un détenu un citoyen à part entière, avec un statut juridique, ce n'est pas porteur politiquement à l'époque du procès Dutroux (propos tenu par un directeur de prison, sous couvert d'anonymat).



### Un concentré de problèmes de santé

Le second rapport de l'Observatoire international des prisons (OIP), section belge, a été rendu public début juin 2002. Ce travail n'a pas la prétention d'avoir une valeur scientifique : les observateurs bénévoles collectent des informations relatives aux maisons pénitentiaires et tentent de les recouper auprès des détenus, des visiteurs, des avocats, du personnel pénitentiaire. Seules les informations vérifiées sont publiées dans le rapport. Voici quelques-unes de leurs observations.

L'accès aux soins est difficile pour les détenus, leurs plaintes ne sont pas prises au sérieux.

Les problèmes les plus fréquents sont la drogue, l'alcoolisme, la tuberculose, les hépatites, les maladies sexuellement transmissibles.

La prévalence des maladies infectieuses (notamment SIDA, hépatites virales et tuberculose) est estimée cinq à dix fois plus importante que dans la population tout venant. Les besoins de soins dentaires sont énormes, dans cette population défavorisée, jeune et comportant une grande proportion de toxicomanes. Automutilation, troubles du sommeil et états dépressifs liés au stress psychologique sont très fréquents. Ils peuvent mener au suicide : vingt-huit ont réussi en 1998, seize en 1999, quatorze en 2000, vingt-quatre en 2001, sur un nombre de tentatives inconnu. Une grande partie de ces suicides surviennent dans les premiers mois de l'incarcération et sont accomplis autant par des condamnés que par des prévenus, ce qui suggère un rôle important du choc lié à l'incarcération et des difficultés à s'adapter à l'univers carcéral. Globalement, l'Observatoire international des prisons cite un taux de suicide cinq à dix fois supérieur à ce qu'on rencontre dans la population générale. Les viols seraient nombreux mais très difficiles à vérifier.

Dans ce climat, rien d'étonnant à ce que l'on constate une augmentation constante de la consommation de psychotropes qui permettent aux incarcérés de mieux supporter la dureté de l'enfermement. De 1993 à 1997, la délivrance de benzodiazépines (tranquillisants et somnifères) est passée de 718.700 à 922.900 comprimés par an, celle des neuroleptiques est passée de 138.400 à 275.700, le bond le plus spectaculaire étant celui des antidépresseurs, passés de « négligeable » à 254.100.

### Un cas particulier : la drogue

La consommation de drogues en prison, anecdotique dans les années 70, concerne 60 à 70 % des détenus à la fin des années 90 : environ 30 % des incarcérés le sont pour des faits de toxicomanie, 30 % pour des faits connexes et 5 à 10 % d'incarcérés pour des faits tout autres consomme de la drogue au moins de manière occasionnelle.



Manifestement, la drogue entre aisément en prison, lors des visites, à l'occasion de congés pénitentiaires, par courrier, parfois avec la complicité des gardiens, ou simplement lancée au-dessus des murs. Le trafic à l'intérieur des établissements est florissant et l'argent faisant défaut, ce sont les cigarettes et les cartes de téléphone qui servent de monnaie d'échange. Le phénomène a pris une telle ampleur qu'il en est devenu un facteur de stabilité. En 1998, le Dr Van Mol déclarait : « si on trouve un moyen pour empêcher l'entrée de drogues, nous aurons des problèmes parce qu'elles remplissent un rôle dans l'équilibre du milieu carcéral ». Et Jacques Meeus, directeur du centre ouvert de Saint-Hubert : « Le détenu qui prend du haschich nous f... la paix. Je préfère qu'il fasse ça que de consommer de l'alcool, sous l'effet duquel nous avons déjà connu pas mal de réactions d'agressivité ».

Jusqu'en 1995, les traitements de substitution étaient refusés et les patients subissaient un sevrage d'office à l'entrée. Malgré le caractère inhumain de cette pratique, le Ministre Stefaan Declerck s'opposait à toute normalisation des traitements en prison et les recours en justice qui réaffirmaient le droit de recevoir un traitement demeuraient sans effet. Par la suite, les traitements ont été progressivement acceptés, avec beaucoup de réticences au début (le patient était sevré à vive allure).

Avec la circulaire du 18/12/2000 relative à « l'approche intégrale de la problématique drogue dans les établissements pénitentiaires », la poursuite des traitements entamés à l'extérieur est facilitée. Des campagnes sont lancées à destination du personnel afin d'instaurer une « culture pénitentiaire » orientée sur la prévention de la toxicomanie intra-muros et la limitation des risques. Deux experts sont engagés pour visiter les prisons en permanence et inviter les directeurs à travailler au maximum avec des institutions spécifiques dans l'aide aux usagers de drogues.

Le volet thérapeutique est actuellement bien pris en charge, y compris pour le SIDA et l'hépatite, bien qu'il faille déplorer l'absence de confidentialité des tests de dépistage. La prévention des risques liés à l'usage des drogues va s'améliorant, plus ou moins selon chaque établissement : l'accès aux préservatifs est

facilité dans certaines prisons, mais les programmes d'échange de seringues usagées contre des seringues neuves ne sont pas acceptés, refus motivé par le fait que cette pratique constituerait une sorte de reconnaissance officielle de l'usage de drogues en prison et introduirait un facteur d'insécurité.

Ces ouvertures ne doivent pas masquer le fond du problème : la prison n'est absolument pas le lieu où devraient se trouver les toxicomanes. Les conditions environnementales et la détresse psychologique dans laquelle se trouve le détenu sont telles qu'il lui est quasiment impossible de ne pas consommer une drogue illégale ou un substitut. C'est en prison, univers où se droguer est devenu la norme, que certains non-consommateurs s'initient ; d'autres « replongent » pour échapper à la vacuité et à l'angoisse de la vie carcérale. Toutefois les overdoses sont rares en prison.

---

## La qualité des soins mise en cause

L'Observation internationale des prisons et la Ligue des droits de l'homme dénoncent les conditions sanitaires des prisons. Davantage que la motivation, ils accusent surtout le fait que la prise en charge médicale dépende de la Direction générale des établissements pénitentiaires (toute personne détenue « sort » de la sécurité sociale), ainsi que l'insuffisance de moyens budgétaires et humains. Ils relèvent une série inquiétante de décès résultant d'une absence de diagnostic et d'une inadéquation des soins donnés.

Consultations éclairs (on parle de deux minutes par consultation) et suspicion systématique de simulation font que les détenus, déclare l'un d'eux, ne font plus appel aux médecins ou le font trop tard.

Le manque de personnel oblige les infirmiers à se faire aider par les surveillants pour des tâches pour lesquelles ils ne sont pas formés. Parfois il n'y a pas de permanence le week-end.

Les installations sanitaires sont vétustes et insuffisantes, les équipements médicaux périmés. Les traitements à long terme ne sont pas entamés lorsque le détenu est en préventive

ou condamné à une peine courte. Si l'état du détenu exige le transfert en hôpital (notamment quand les centres médico-chirurgicaux pénitentiaires ne peuvent répondre à la demande), il y a une réticence à le faire.

Le secret médical est inexistant quand les consultations ont lieu en cellule devant les autres détenus, quand les gardiens distribuent les médicaments, quand des policiers ou surveillants exigent d'assister aux examens médicaux.

Le libre choix du médecin et l'obligation de consentement éclairé n'existent pas. Jusque tout récemment, le volet préventif de la santé était complètement oublié.

Le Dr Eric Picard, psychiatre, stigmatise le peu de cas apporté aux souffrances psychiques des détenus ; il y a utilisation intensive des tranquillisants pour faire taire l'expression de cette souffrance.

Les médecins de prison nuancent ces critiques. Ils reconnaissent que leurs rangs ne sont pas assez étoffés et que la demande est importante : 10 % de la population carcérale consulte le médecin chaque jour. Les pathologies préexistantes ou acquises en prison sont nombreuses, mais la demande est aussi accrue par les difficultés de la vie en prison. Parfois les détenus ont des demandes exagérées : chirurgie esthétique, créatine pour la musculation (demandes qui se retrouvent aussi à l'extérieur). L'exercice de la médecine en prison respecte les mêmes règles qu'à l'extérieur : le directeur de la prison n'est pas mis au courant des dossiers, le consentement n'est ni plus ni moins éclairé qu'à l'extérieur, la permanence des soins est assurée. Les médecins sont payés à l'heure : ils n'ont pas intérêt à aller vite pour multiplier les consultations.

Pour certains détenus, ceux qui négligent leur santé à l'extérieur ou n'y disposent pas de mutuelle, la prison est paradoxalement une occasion de se soigner, les soins étant couverts par le ministère de la Justice et libérés des contraintes de l'INAMI. Un détenu de Lantin se félicite d'une intervention cardiaque (pose de trois stents, à l'époque non remboursés) qu'il n'aurait jamais pu s'offrir à l'extérieur. Mais d'autres se plaignent des délais pour se faire soigner, de la boucherie dentaire...

Si le discours de l'Observation internationale des prisons et de la Ligue des droits de l'homme et celui des médecins de prison se rencontrent parfois, on remarque qu'ils divergent sur de nombreux points. Certains médecins attribuent les témoignages dramatiques des patients à l'enfermement, qui change complètement le rapport à la réalité. Si pertinente que soit cette analyse, il n'en reste pas moins que les éléments matériels des critiques à l'égard du système pénitentiaire paraissent difficilement contestables, et semblent confirmés de manière indirecte par les programmes des améliorations mises en exergue par le Service médical, ainsi que l'explicitent les deux chapitres suivants.

---

### L'exercice de la médecine en prison

En raison des conditions de la vie carcérale, l'exercice de la médecine ne peut y être complètement équivalent à celui pratiqué à l'extérieur.

Tout en bénéficiant d'une grande liberté thérapeutique, les médecins de prison sont soumis à l'autorité du directeur de l'établissement pour certaines décisions. Cette dépendance est une source potentielle de conflit ou à l'inverse, peut susciter un sentiment d'appartenir au système. Quand il y a un malentendu ou un manque de collaboration ou de concertation avec la direction de la prison, la situation devient vite infernale pour les dispensateurs de soins, qui ne bénéficient d'aucun soutien et vivent dans un système gigantesque avec beaucoup de règles et de restrictions.

Pourtant nombreux sont les médecins qui apprécient le travail en prison. Le Dr Theuwissen, médecin-chef-adjoint à la prison de Mons déclarait au *Journal du Médecin* : « Notre but premier est de soigner les détenus exactement comme les patients de nos cabinets privés. Ce qui est fondamental, c'est de ne pas tenir compte de la raison pour laquelle ils sont ici ». Attitude qui semble appréciée : « Il y a un vrai respect des prisonniers pour les médecins. Ils savent que nous sommes ici pour les aider et constatent que les



confidences ne sont pas répercutées au niveau répressif. Personnellement, j'ai été davantage agressé lors de mes gardes à l'hôpital ».

L'exercice de la médecine en prison est réglé par les articles 96 et suivants de l'arrêté royal du 21 mai 1965 : «... les prévenus et accusés peuvent, avec l'autorisation du directeur, faire appel à leurs frais à l'intervention d'un médecin de leur choix. Dans ce cas, les prescriptions pharmaceutiques sont aussi à leur charge. Les ordonnances des médecins étrangers à l'établissement sont communiquées au médecin attaché à cet établissement. Le médecin peut s'opposer à leur exécution si elles sont contraires à la loi ou à un règlement pris en exécution de celle-ci. En cas de désaccord entre le médecin étranger à l'établissement et le médecin attaché à celui-ci, la contestation est soumise à l'arbitrage du médecin inspecteur des établissements pénitentiaires. En attendant la décision de celui-ci, l'avis du médecin de l'établissement prévaut. » Dans la pratique, il y a eu peu de litiges à l'exception majeure des traitements de substitution à la méthadone, la divergence entre médecin extérieur et celui de l'établissement portant plus sur l'efficacité du traitement que sur sa légalité.

L'Ordre national des médecins soutient que « Pendant la durée de la détention, le médecin traitant de l'institution doit être considéré comme le médecin traitant du détenu. Il porte l'entière responsabilité du traitement. » (Avis paru dans le *Bulletin national de l'Ordre des médecins*, n°73, septembre 1996).

Un avant-projet de loi concernant l'administration pénitentiaire vise à modifier cette situation : tout détenu aurait droit à la consultation et au traitement d'un médecin librement choisi. Les coûts seraient supportés par le détenu avec intervention de l'INAMI. Le détenu pourrait être envoyé dans l'hôpital choisi par le thérapeute, sauf si le directeur de la prison s'y

oppose pour un motif raisonnable, principalement pour des questions d'ordre ou de sécurité. En cas de conflit, une commission des plaintes pourrait trancher.

Le Dr Van Mol, médecin directeur du Service de santé pénitentiaire, pense qu'au cas où le projet prendrait force de loi, les hôpitaux extérieurs n'assumeront pas les contraintes que pourrait imposer l'administration pour un détenu hospitalisé. Il suggère une réglementation plus proche de la réalité de terrain. Le détenu aurait le droit de solliciter un avis d'un médecin extérieur, sauf refus motivé du directeur de la prison ; l'examen se déroulerait dans la prison, aux frais du détenu. Pour un traitement, le détenu pourrait recourir aux soins d'un médecin extérieur uniquement en cas d'affection grave, gravité évaluée par le médecin de la prison ; les frais pourraient éventuellement être assumés par le ministère de la Justice.

A titre de comparaison, en France les détenus sont repris dans le système de la sécurité sociale mais cela n'implique pas le libre choix du médecin.

Par ailleurs, le budget des soins de santé en prison fait l'objet de discussion. Il se monte à cent millions de BEF et dépend du ministère de la Justice, via la Direction générale des établissements pénitentiaires. Pour l'administration, ce montant est équitable : il équivaut à 0,1 % du budget des soins de santé INAMI et



## La prison aujourd'hui, d'un lourd passé à un futur incertain

permet de dispenser des soins à une population carcérale représentant 0,1 % de la population du royaume. Mais la Ligue des droits de l'homme et l'Observation internationale des prisons, partisans d'un transfert de responsabilités de la santé aux ministères habituellement compétents en la matière, soulignent que l'état sanitaire inférieur de la population carcérale nécessite un effort supérieur.

Une recommandation du Conseil de l'Europe préconise que le ministère de la Santé devrait avoir une responsabilité plus étendue dans des domaines tels que l'évaluation de l'hygiène, l'appréciation de l'adéquation des soins de santé, leur organisation dans les établissements pénitentiaires, les différents ministères

concernés devant avoir une politique de santé concertée et intégrée. Mais « jusqu'à présent, nous sommes loin d'une politique de santé basée sur la collaboration et la concertation entre les différents ministères », déplorait récemment maître Reginald de Beco, président de la commission Prisons de la Ligue des droits de l'homme.

Selon le D<sup>r</sup> Van Mol, il est logique que les soins aux détenus soient organisés par le ministère de la Justice, contre l'avis de ceux qui préconisent de transférer cette tâche au ministère de la Santé publique (ainsi que cela se passe en France, où la situation n'est pas forcément meilleure, comme le montre le livre du docteur Vasseur). Ce transfert ne garantirait pas de moyens supplémentaires et provoquerait un morcellement des responsabilités puisque le ministère de la Justice devrait garder son mot à dire, ne fut-ce que pour assurer la sécurité des dispensateurs et gérer les locaux. Par contre, il serait plus logique de placer directement le service de santé pénitentiaire sous l'autorité du ministère de la Justice plutôt que sous celle du directeur général des établissements pénitentiaires.

### **Médecin-chef à la prison de la Santé**

*C'est le titre du livre de Véronique Vasseur et aussi la fonction qu'elle a exercée pendant sept ans. Cet ouvrage paru en 2000 a déclenché une polémique retentissante. Le D<sup>r</sup> Vasseur y raconte la violence et les tabassages entre détenus, les brimades des gardiens, la promiscuité sexuelle, le sexe « de domination », le calvaire des travestis et des transsexuels, les trafics... Reconnaisant que des progrès sont apportés année après années pour l'hygiène et la qualité de la médecine en prison, elle stigmatise l'insuffisance de ces mesures et surtout l'absence d'évolution des mentalités.*

*A la question que lui posait Dominique Berns (le Soir, 19 septembre 2002) lors de la libération de Maurice Papon pour raison de santé : « les prisons ne sont pas équipées pour accueillir les détenus malades ? ».*

*Véronique Vasseur répondit : « il y a très peu d'établissements pénitentiaires équipés pour accueillir des détenus malades, handicapés ou en fin de vie.*

*Mais la question n'est pas là. La question est la suivante : à quoi cela sert-il de laisser en prison des paraplégiques, des gens paralysés, des personnes âgées de nonante-deux ans et incontinentes, des gens, même jeunes, en fin de vie ? La question n'est pas d'améliorer leurs conditions de détention. La prison sert à enfermer des gens qui sont nocifs pour la société. »*

*Véronique Vasseur est actuellement médecin à l'hôpital Saint-Antoine à Paris.*

### **Améliorations récentes**

L'administration n'est pas sourde aux critiques qui lui sont adressées. Depuis 1999, le Service médical dispose de son propre budget, avec une comptabilité médicale séparée du reste de la comptabilité des établissements pénitentiaires. Il investit environ vingt millions de BEF par an dans la modernisation du matériel, notamment dans les soins dentaires. Chaque prison dispose d'un service de dentisterie, d'un service infirmier et de kinésithérapie. Les plus importantes travaillent également avec des médecins spécialistes et des centres médico-chirurgicaux (CMC) spécialisés ont été organisés à Saint-Gilles et à Bruges. Il était plus que temps de rénover les salles d'opération dont le confort datait des années 60.

Le Service médical s'est informatisé et veille à la transmission des données lors du transfert des détenus d'une prison à l'autre grâce à un



dossier médical unique électronique. Le système permet également une programmation des dépenses médicales et une gestion des médicaments. La circulaire du 18 décembre 2000 relative à la problématique de la drogue autorise la poursuite des traitements de substitution entamés à l'extérieur, mais ne prévoit aucun programme d'échanges de seringues.

La présence des médecins et des infirmiers dans les prisons a été renforcée. Les médecins restent pris entre deux feux : préoccupations de l'administration et intérêt des patients incarcérés.

Jusqu'en 1999, les médecins étaient nommés à temps partiel et n'avaient pas le statut d'agents de l'État. Depuis, le ministère détermine pour chaque prison un quota d'heures de soins nécessaires et a recours à autant de dispensateurs qu'il en faut pour assurer la continuité des soins et une garde ininterrompue dans les grands établissements. Les dispensateurs ont un contrat d'entreprise avec le ministère, ils sont payés à l'heure et à l'acte technique et travaillent en équipe placée sous l'autorité d'un médecin-chef.

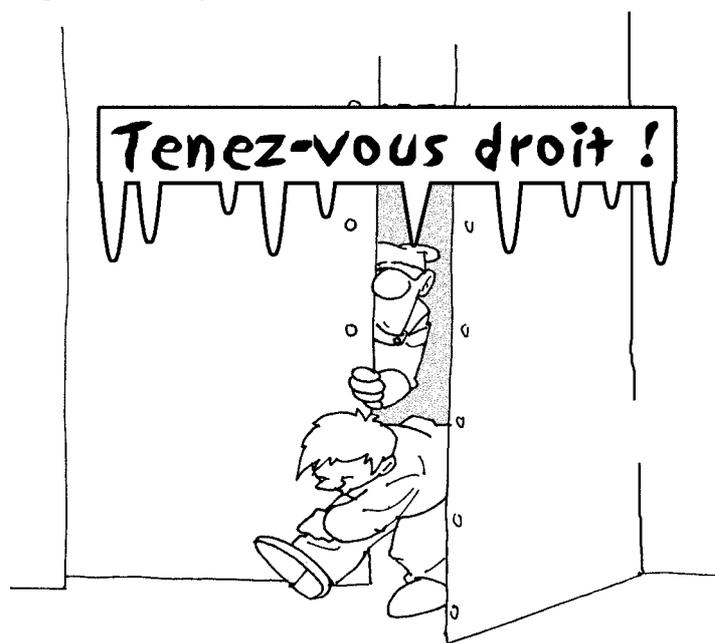
Progressivement, les agents pénitentiaires sont remplacés par du personnel infirmier qualifié, contractuel ou statutaire, parfois aidé d'intérimaires car le recrutement est difficile. Ce qui explique que certaines tâches soient encore accomplies par des agents pénitentiaires, comme la distribution des médicaments. Par contre l'assistance au plan psychiatrique est en retard, malgré l'arrivée de psychologues et d'assistants sociaux.

Depuis une quinzaine d'années, les prisons sont progressivement restaurées et l'hygiène améliorée : lits convenables, toilette dans chaque cellule. Les menus sont étudiés au plan diététique. Il est question que les prisons puissent être soumises au contrôle de l'Agence fédérale pour la sécurité de la chaîne alimentaire.

La prévention fait son entrée en prison depuis l'affaire Dutroux : brochures, distribution de préservatifs, actions dans le domaine des affections liées à l'usage de drogues\* font leur apparition.

Les besoins psychosociaux sont reconnus et les

prisons ouvrent leurs portes à des initiatives extérieures. Deux exemples parmi d'autres. A Berkendael, où séjournent quatre-vingt femmes en attente de transfert, des cours de français, d'informatique et de restauration sont donnés le soir par des enseignants du Centre de formation professionnelle des Femmes prévoyantes socialistes, avec l'aide des psychologues et des assistants sociaux du Service laïque d'aide aux justiciables.



Le projet « football dans les établissements pénitentiaires », mis en œuvre en 1995 à l'initiative de la reine Paola et interrompu en 1997 pour des raisons budgétaires, vient d'être relancé. L'Union belge de football financera durant trois ans les entraînements de détenus dans treize prisons du royaume à raison de deux séances par mois. Le projet bénéficiera d'un budget de vingt-cinq mille euros destiné à financer les équipements, les ballons et les entraîneurs. Le ministre Verwilghen a donné le coup d'envoi du match entre les établissements de Marneffe et Hoogstraeten (3-1). Harry Van Oers, conseiller général à la politique pénitentiaire déclare que « le football est une activité sociale qui fait appel au mental et au physique des détenus. Cela augmente aussi l'estime qu'ils ont d'eux-mêmes. Cela permet aussi de rappeler qu'il faut respecter les règles du jeu. »

*\* voir à ce sujet les articles de Renaud Quoidbach (page 97) et Bernadette Taeymans (page 102).*

## La sortie de prison

Tout le monde n'a pas la chance de s'appeler Pinochet ou Papon et de sortir de prison dans l'aisance. Beaucoup de détenus, surtout les plus démunis, plus faiblement scolarisés aussi, éprouvent des difficultés à se réinsérer dans la société. Certains doivent affronter la perte des relations familiales, de l'emploi et du logement. La descente aux enfers suit des chemins connus, dont le plus classique est : pas de ressource (et impossible de trouver du travail parce que pas de certificat de bonne vie et mœurs), donc pas de logement, donc pas d'adresse, donc difficultés à trouver un CPAS... La seule solution est parfois le retour vers les milieux où ils ont commis les délits qui les ont conduits en prison (les overdoses à la sortie de prison sont de loin plus fréquentes qu'à l'intérieur des établissements).

***Quelqu'un qui est en prison  
doit pouvoir se tenir droit en sortant, pour se réinsérer.  
Or, la prison casse et détruit.***

Véronique Vasseur

Lors de la sortie, des démarches sont réalisées par les services sociaux pour que les ex-détenus retrouvent leurs droits sociaux antérieurs, ce qui signifie que ceux qui n'étaient pas en ordre de sécurité sociale avant l'incarcération retrouveront les mêmes problèmes à la sortie (pas de chômage, pas de couverture soins de santé). A coup sûr, ceux-là arrêteront les traitements entamés en prison (ce qui ne manque pas de démotiver les soignants de prison quand ils revoient ces patients lors d'une nouvelle condamnation).

Depuis 1989, l'aide aux justiciables, auparavant bénévole et caritative, est reconnue et subventionnée par la Communauté française (environ cinquante millions BEF pour quatorze services d'aide sociale aux justiciables agréés en Communauté française). Par le décret du 15 décembre 1989, les services d'aide sociale aux justiciables (ASJ) ont pour mission d'apporter gratuitement aide sociale et accompagnement psychologique à toute personne en rapport avec la justice, qu'elle soit prévenue, condamnée, détenue libérée ou victime, ainsi qu'à leurs proches (la subsidiarité du volet aide aux

victimes a été transféré aux Régions en 1994 lors de la Saint-Quentin). L'aide est dispensée à la demande de la personne (jamais sous contrainte) et peut prendre diverses formes : mise en ordre vis-à-vis des CPAS, de la mutuelle, aide dans les procédures judiciaires, préparation à la sortie par des formations, recherche d'emploi, de logement... En 1994, un protocole d'accord conclu entre le ministère de la Justice et la Communauté française instaure une coopération et une coordination entre les ASJ œuvrant à l'extérieur et les services psychosociaux internes des prisons.

Le travail remarquable des ASJ est souvent déformé par des difficultés administratives (à Bruxelles, les missions des ASJ francophones sont découpées entre Communauté française, Cocof et bicommunautaire), débordé par une demande croissante sans que la subvention suive cette croissance et confronté à des obstacles au reclassement toujours plus lourds (par exemple, depuis quelques années, même les agences d'intérim exigent le certificat de bonne vie et mœurs). Pour corser le tableau, les ASJ sont victimes de certaines incohérences, notamment dans le domaine des libérations conditionnelles.

Les libérations conditionnelles constituent une chance pour le détenu de reprendre pied dans la société avant le terme de sa peine et d'abrégier son séjour dans un univers carcéral pathogène ; elles sont aussi un moyen de faire face au surpeuplement des prisons. Après un parcours long et complexe (comparutions devant la Conférence du personnel, avis du Parquet, passage devant la Commission de libération conditionnelle, évaluation supplémentaire par un service psychosocial pénitentiaire en cas de condamnation pour affaire de mœurs), le détenu doit, aux termes de la loi du 5 mars 1998 sur la libération conditionnelle, présenter un programme de reclassement où apparaissent « sa volonté et son effort de réinsertion » et remplir un certain nombre de conditions parmi lesquelles la justice prescrit de plus en plus un suivi psychothérapeutique auprès d'une personne ou d'un service compétent reconnu par la commission de libération conditionnelle. Cette personne ou ce service sont explicitement relevés de l'obligation du secret professionnel dans ce cadre et doivent remettre un rapport



périodique à l'assistant de justice et alerter la commission en cas de problème : c'est toute la problématique de l'injonction thérapeutique où la frontière entre l'aide et le contrôle se brouille et où la notion même de travail psychothérapeutique est vidée de son sens par l'obligation et l'absence de confidentialité. Cette contradiction est mal vécue par les intervenants, et doublement dans les ASJ (reconnus compétents pour ces suivis) qui dépendent des subventions.

## Un mal nécessaire ?

Au terme de ce tour d'horizon, beaucoup de questions demeurent sans réponse. Tant les critiques des observateurs que les efforts menés par l'administration pénitentiaire montrent qu'il reste beaucoup à faire pour améliorer l'état sanitaire des prisons et la santé des détenus. Pour régler le problème des cellules surpeuplées, faut-il développer les peines alternatives, accélérer les procédures pour les détenus en préventive, optimiser le suivi des libérations conditionnelles, ou construire plus de lieux de détention, voire expulser les ressortissants étrangers au terme de leur peine (la « double peine ») ? Comment organiser la vie en prison pour qu'elle ne reste pas synonyme de violence, de promiscuité sexuelle, d'humiliation, de rupture et qu'elle prenne sens, qu'elle permette à la personne qui a payé de retrouver dignité et confiance, et lui rende la possibilité d'être un citoyen comme les autres ? La société est-elle prête à payer davantage pour renforcer le personnel de surveillance et d'administration et le revaloriser ? Pour optimiser les soins de santé ? Pour donner toutes leurs chances aux sortants ? La liste des interrogations est encore longue et nous mène celle-ci : que pouvons-nous y faire ? Trop souvent, la personne incarcérée est abandonnée à son sort et à la compassion de ses plus proches. N'y a-t-il pas un devoir moral civique d'accompagnement des personnes en difficultés, qui s'adresse d'abord aux victimes des méfaits, mais aussi aux auteurs ? Devoir qui s'impose à nous en tant qu'individus quand nous sommes confrontés à des situations immédiates, mais surtout exigence politique à soutenir. Parmi les déterminants non médicaux de la santé, il en est un que nous oublions trop

facilement dans nos démocraties occidentales, la liberté. La prison doit-elle rester la principale réponse venue du fond des âges au besoin de la société de se protéger et de punir ? Sans doute, pour certains, dont il faut protéger la société.

*« Parler de santé en prison, ce n'est pas seulement aborder le problème des malades et des malades mentaux. C'est aussi aborder les conséquences de la privation de liberté et de la solitude forcée qu'elle engendre. La santé en prison n'implique pas seulement la présence d'un cadre médical adéquat : elle appelle aussi des moniteurs de sport, des éducateurs, des enseignants... Mais ceci demande un investissement en hommes et un investissement financier que la société ne semble pas encore prête à fournir. »*

*De l'organisation des soins  
en milieu pénitentiaire en Belgique,  
Catherine Detry.*

Pour ceux-là les efforts d'humanisation de la prison doivent être soutenus, tant dans l'enceinte carcérale qu'après la libération : le niveau de civilisation d'une société se mesure à l'aune de la manière dont elle traite ses membres les plus affaiblis. Pour d'autres, ceux qui ne représentent pas un réel danger, la prison n'apporte qu'humiliation, dégradations et rancœur, elle renforce le manque d'estime de soi et la conviction de l'exclusion, elle introduit à un monde où la transgression est un mode de vie et non un égarement qui peut rester passager. Pour ceux-là, la prison outrepassa son rôle de punition car elle les poursuit bien après la punition, elle n'est pas ce lieu de réflexion sur le mal commis, mais celui où s'instille une peur dont la valeur éducative et autonomisante est suspecte. On aura beau y mettre les formes, la prison ressemble parfois autant à une vengeance qu'à une punition. L'apparition des peines alternatives (travail d'intérêt général, récemment rebaptisé « peine de travail », peines à visée réparatrices, enfermement sur les lieux de vie grâce aux moyens de surveillance électroniques, etc.) représente peut être l'amorce d'un changement de mentalité. Encore faut-il encourager le recours à ces peines alternatives et y

consacrer les moyens légaux, techniques, humains et financiers nécessaires.

Mais c'est en amont de la prison, dans le travail contre les inégalités et les injustices que se trouve l'espoir. Victor Hugo disait que pour fermer des prisons, il faut ouvrir des écoles\*.

## Sources

Outre des rencontres avec des détenus, ex-détenus et intervenants dans le champ médico-psycho-social, les informations utilisées dans cet article proviennent d'articles récents parus dans la presse (essentiellement *Le Soir*, *le Monde*, *Le Journal du Médecin*, *le Généraliste*, *les Bulletins du Conseil de l'ordre des médecins national et du Brabant francophone*) ainsi que de :

*De l'organisation des soins en milieu pénitentiaire en Belgique*, Catherine Detry, UCL, faculté de médecine, 1999 (mémoire de fin d'études en sciences de la santé publique).

*L'aide sociale aux justiciables*, dossier rassemblé par Sophie Lefèvre et Alain Willaert, BIS n° 147, septembre 2000.

« L'univers carcéral », Reginald de Beco, in *Réflexions* n°31, janvier 1999.

*Médecin-chef à la prison de la Santé*, Véronique Vasseur, Le Cherche Midi Éditeur, 1999.

*Précarité et prison*, participation de Olivier Olbrecht à l'ouvrage collectif *Précarité et santé*, Flammarion 1998.

*Santé mentale et justice*, interview de Sophie Nyssen dans *Bruxelles Santé* spécial 2001, - Facettes de la santé mentale, réalisation Questions santé.

« Santé et prison », dossier réuni par Françoise Kinna et Alain Cherbonnier, *Bruxelles Santé* n° 16, décembre 1999.

\* Les juges disposent d'un éventail de peines alternatives qui va s'élargissant. Depuis quelques années, les « formations socio-éducatives » ont été introduites dans le système pénal et connaissent un succès croissant, porté par la reconnaissance des limites des peines traditionnelles (notamment en termes de récidive) et la volonté de favoriser la responsabilisation et la prise de conscience des auteurs de délits. Mais les asbl responsables de projets de formations socio-éducatives ne disposent pas de reconnaissance officielle et dépendent pour leur financement du bon vouloir du ministère de la Justice. Tout récemment, le ministre Verwilghen a manifesté sa volonté d'abandonner le financement de ce type de peines alternatives et de le transférer aux Communautés. D'ores et déjà, la subsidiation de ces peines est rabotée de 6 %.



# Les soins de santé en prison: une vue de l'intérieur

.....

*Dans la petite prison de Huy (construite au 19<sup>ème</sup> siècle), la chapelle a été investie par une salle de body building. Passons sur l'interprétation symbolique de ce « déménagement », le fait est que la volonté des autorités pénitentiaires est de rendre les conditions de vie dans la prison les plus proches possibles des conditions de vie en liberté<sup>1</sup>.*

.....

en grande partie occupés par leur mission d'expertise (exemple : libération conditionnelle). Une deuxième ligne de soins comprenant des médecins spécialistes et des lits d'hospitalisation est centralisée dans les Centres médico-chirurgicaux (Saint-Gilles pour la partie francophone et Bruges pour la partie néerlandophone du pays).

L'équivalence des soins entre prison et population reste toutefois une notion toute relative, et cela pour plusieurs raisons :

1. La population carcérale n'est pas comparable au reste de la population. Les détenus sont des jeunes hommes : 52 % a entre 18 et 34 ans, les femmes représentent moins de 4 % du total des détenus<sup>4</sup>. Les hommes nés à l'étranger sont deux fois plus nombreux que dans la population, notamment les détenus originaires des pays de l'est (qui ne parlent ni français ni anglais). La prévalence des toxicomanies est estimée à 50 %<sup>5</sup> ; celle du SIDA à 2 %<sup>6</sup>, soit dix à quinze fois supérieure à celle de la population. La prévalence de la tuberculose et des hépatites est également plus importante. La prévention, l'éducation à la santé, la protection de la santé des détenus et des agents en deviennent des missions essentielles et pourtant difficiles. Dans le cas de l'hépatite C par exemple, le traitement est long, pénible et incertain, il exige du patient un sevrage complet et la continuation du traitement après la fin de l'incarcération. Entamer un tel traitement est toujours une décision difficile et négociée.

2. Le système de soins est organisé différemment<sup>7</sup>. En prison, quasiment tous les problèmes de santé passent par la première ligne de soins (voir figure). L'accès à la consultation du généraliste de la prison est libre (pas de paiement, pas de liste d'attente). Le généraliste a un rôle de référent essentiel (*gatekeeper*) par rapport à la deuxième ligne. Les problèmes urgents sont référés dans les hôpitaux locaux (préférés par les détenus) mais cela coûte en agents (il faut en permanence deux agents détachés pour surveiller et protéger le détenu). Chaque fois que cela est possible, les détenus sont donc envoyés dans le Centre médico-chirurgical de Saint-Gilles pour les soins de deuxième ligne.

Qu'en est-il des soins de santé ? « Un service de santé en milieu pénitentiaire devrait pouvoir dispenser des soins (...) dans des conditions comparables à celles dont bénéficie le reste de la population. »<sup>2</sup> Le principe d'équivalence des soins est clairement énoncé par le Conseil de l'Europe en tant que principe fondateur dans la politique des soins en prison. La Belgique se veut fidèle à ce principe et a récemment restructuré<sup>3</sup> le Service de santé pénitentiaire qui dépend du ministère de la Justice et qui dirige, dispense et surveille les soins de santé. Les soignants de première ligne présents dans chaque prison sont les infirmiers, médecins généralistes, kinésithérapeutes et dentistes. Les psychologues, psychiatres et assistants sociaux sont également accessibles mais dépendent d'un autre service (Service psychosocial) et sont

*Jean-Marc Feron, médecin à la prison de Huy, assistant au Centre universitaire de médecine générale, Université catholique de Louvain.*

## Les soins de santé en prison: une vue de l'intérieur

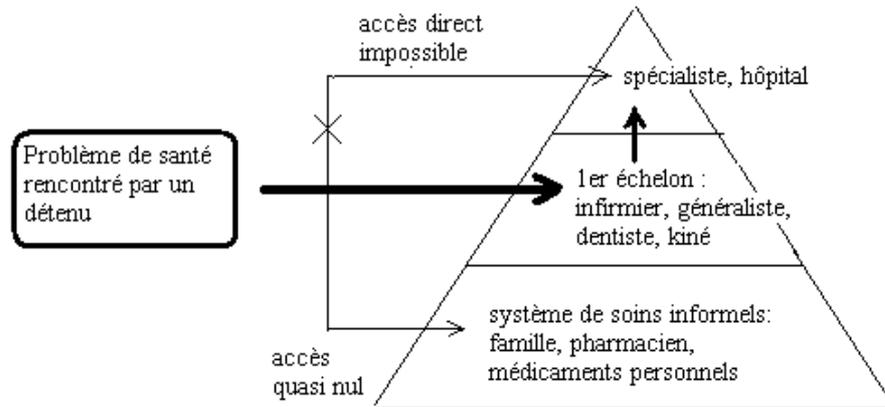


Fig. : organisation des soins en prison

Du point de vue de la santé publique, ce type de système très échelonné est idéal (exception faite de l'accès quasi nul aux soins informels). Il est d'ailleurs assez proche des systèmes adoptés par nos voisins hollandais et anglais. Il donne au généraliste une place centrale pour procurer des soins continus (le dossier médical électronique suit le détenu dans chacun de ses transferts), globaux, intégrés (la communication avec les agents est souvent très riche d'enseignement sur ce que les détenus vivent), accessibles et efficaces. Du point de vue individuel du patient, ce système engendre plusieurs sources d'insatisfaction : autonomie très restreinte, consultations très rapides et fonctionnelles<sup>8</sup>, absence de choix du médecin (sauf démarche spéciale), pas d'accès direct à la deuxième ligne, pas d'accès aux médicaments qui leur sont familiers à cause du formulaire pharmaceutique qui limite le nombre de marques par classe thérapeutique. En outre le Centre médico-chirurgical a très mauvaise réputation auprès des détenus, ses locaux sont très vétustes, la qualité de son équipement très inégale et le personnel infirmier en pénurie (ce dernier problème étant général dans la Région bruxelloise).

Concrètement, la consultation de médecine générale dans toutes les prisons belges accueille tous les jours ouvrables en moyenne 10 % des personnes détenues. Les personnes détenues consultent approximativement 3,8 fois plus fréquemment le médecin généraliste que les non détenus, tous âges et sexes confondus. Bien que tous les généralistes qui travaillent en prison travaillent aussi en patientèle libre (ce qui

garantit une qualité de formation équivalente), la manière de travailler est différente, beaucoup plus directe. Il y a certainement un besoin d'efficacité, il y a peut-être un sentiment de frustration par rapport à la bénignité *apparente* des plaintes. « C'est que la population carcérale a des besoins particuliers criants dans le domaine de la santé (...) : l'offre des soins reste toujours insuffisante par rapport à une demande qui va, elle, grandissant, (...). Comment la gent médicale ne se sentirait-elle pas alors débordée, elle qui doit non seulement soigner des pathologies antérieures ou consécutives à la détention mais aussi tout le mal à l'âme qui est somatisé dans ces lieux de *peine* »<sup>9</sup>.

3. Les conditions de travail, largement influencées par les impératifs de sécurité, ne sont pas comparables. L'institution prison a tendance à continuellement instrumentaliser les acteurs qui y travaillent. C'est ainsi que le médecin de la prison est souvent appelé à quitter son rôle de soignant pour devenir contrôleur et délivrer des certificats en tous genres : aptitude à la pratique du sport, aptitude au travail, aptitude à rester au cachot, certificat pour douche quotidienne, certificat pour boire du lait sans devoir « cantiner » (c'est-à-dire le payer sur fonds propres). Cette double casquette ne favorise en rien le lien de confiance qui doit s'établir entre le patient et le médecin, mais heureusement un projet de réglementation est en route pour distinguer clairement les rôles de soignant et d'expert<sup>10</sup>. Ce problème des certificats rappelle une fois de plus que la santé doit être vue globalement et que les médecins



ne sont pas les seuls acteurs : les agents pénitentiaires jouent également un rôle essentiel dans le bien-être des détenus, ils ont besoins pour cela d'objectifs clairs, de moyens et de reconnaissance<sup>11</sup>.

4. La consommation de médicaments psychotropes<sup>12</sup> en prison est largement supérieure à la population. Elle témoigne certainement d'une santé mentale plus précaire au départ, mais aussi de la difficile expérience qu'est l'enfermement. Les psychotropes ont une fonction à la fois personnelle, pour rendre moins pénibles les conditions de vie, et institutionnelle, pour contribuer au calme dans la communauté. Tous les médicaments psychotropes sont soumis à la prescription, et le médecin joue le plus souvent un rôle de modérateur dans la consommation des calmants et hypnotiques. L'usage des psychotropes est toutefois beaucoup plus intensif dans les annexes psychiatriques.

Toutes ces raisons font que la qualité des soins est également très difficile à comparer entre prison et population. De nombreux efforts ont été entrepris ces dernières années pour rendre les services performants et modernes<sup>13</sup>. L'essentiel n'est cependant pas de soigner les détenus comme les personnes libres, l'essentiel est de fournir un service adapté aux besoins spécifiques des détenus, de qualité au moins équivalente à la qualité du service dont

bénéficie le reste de la population<sup>14</sup>. Pour donner un exemple concret, le traitement antiviral procuré au Centre médico-chirurgical de Saint-Gilles pour les patients sidéens est à la pointe des connaissances actuelles, il ne coûte rien au patient et le médecin n'est pas soumis aux contraintes inamiables pour le remboursement de certains examens très spécialisés (*genotyping*). A ceux qui s'insurgeraient contre le fait que les prisonniers sont parfois

### Un cas concret

*Ce lundi à la consultation de la prison, deux personnes doivent être vues par le médecin parce qu'elles sont au cachot et que quand une personne est au cachot, elle doit être vue tous les jours par un médecin, c'est le règlement. Le surveillant m'apprend qu'ils sont au cachot parce qu'ils se sont violemment battus dans leur cellule et qu'on les a retrouvés le lendemain matin tous les deux couchés dans le même lit.*

*Les deux consultations successives se déroulent sur le même ton, un ton conflictuel, chaque détenu réclamant plus de médicaments, ou des cigarettes, ou finalement plus de justice face à la décision arbitraire qui a été prise de les mettre au cachot « pour des conneries ». « C'est normal, ton copain a dit une bêtise sur ta femme, ou n'importe quoi, tu lui en fous une ! Tout ça pour un miroir et une radio cassés ! Et puis après on a dormi ensemble pour montrer qu'on était réconciliés. »*

*A la première lecture, ce genre de consultation (heureusement assez rare) est nerveusement épuisante, inutile, frustrante. On se demande ce qu'ils sont venus faire chez un médecin, à part hurler.*

*A y réfléchir de plus près, je me demande si cette séance de doléances n'est pas l'aboutissement inéluctable de ce type d'enfermement (quatre murs, une planche pour dormir, une cuvette de toilette et une lucarne), pour avoir le sentiment quelques minutes de détruire le système, d'exprimer sa haine au monde, d'être en dialogue avec quelqu'un. La logique qui domine est une logique d'exclusion et de conflit avec le monde social " normal ", probablement ancrée bien en amont dans l'histoire personnelle de ce détenu.*

*Pas de solution facile dans de tels cas, mais beaucoup d'humilité et de détachement sont nécessaires pour ne pas céder au sentiment d'impuissance.*

mieux soignés que les personnes libres, il faut poser la question finale de ce que la société désire pour la prison et de la conception qu'elle se fait de l'enfermement.

### Bibliographie

- (1) « Règles pénitentiaires européennes », 1987.
- (2) Recommandation R(98)7, Conseil de l'Europe, comité des Ministres, avril 1998.
- (3) Van Mol F., *Restructuration des services médicaux*. Établissements pénitentiaires, rapport établi à la suite de l'audit de Tractebel Consult, avril 1996.
- (4) Cassan F., Mary-Portas F-L., *L'histoire familiale des hommes détenus. Synthèses*, Institut national de la statistique et des études économiques, Paris 2002, 181 pages.
- (5) Detry Catherine, *De l'organisation des soins de santé en milieu pénitentiaire en Belgique*, Mémoire de licence en santé publique UCL, 1999. p. 81.
- (6) Allwright S., Barry J., Reynolds SR., Thornton L., Bradley F., Parry JV., Long J., « Prevalence of antibodies to hepatitis B, hepatitis C, and HIV and risk factors in entrants to Irish prisons : a national cross sectional survey », *British Medical Journal* 323 (7323) : 1209-1213, 2001.
- (7) Marshall T., Simpson S., and Stevens A., « Health care needs assessment in prisons : a toolkit », *Journal of Public Health Medicine* 23 (3) : 198-204, 2001.
- (8) Milly Bruno, *Soigner en prison*, Presse Universitaire de France 2001, p. 148.
- (9) Marchetti A-M., *La prison dans la Cité*, Paris, 1996, Desclée de Brouwer, p.105.
- (10) Van Mol F. *Santé et détention. Un avant-projet de réglementation de base*, septembre 2001.
- (11) De Coninck G. and Loodts P., « Les risques professionnels des surveillants de prison : recherche exploratoire sur le risque d'être agressé par les détenus et le syndrome de stress post-traumatique », *Revue internationale de criminologie et de police technique et scientifique* 1/99 : 81-98, 1999.
- (12) Jaeger M. and Monceau M., *La consommation des médicaments psychotropes en prison*, érès 1996, 139 pages.
- (13) Ruidant Luc, « La médecine pénitentiaire en Belgique », *Journal du médecin* 1377 : 22, 2001.
- (14) Bartholeyns F., *Les détenus et le droit à la santé - de la médecine pénitentiaire à la médecine en milieu pénitentiaire*, mémoire de licence en criminologie ULB, 1998. ●



# La santé en prison: Santé publique ou ministère de la Justice?

.....

*Les soins de santé en prison sont depuis longtemps organisés, dirigés et financés par la justice et les autorités correctionnelles, en Belgique comme dans de nombreux autres pays. Ce type d'organisation pose la question de l'indépendance des soignants par rapport à la prison. Comment en effet concevoir qu'une même institution puisse enfermer et soigner, simultanément ? Les soins de santé prodigués aux personnes détenues participent en effet à ce paradoxe constant d'essayer de répondre à un malaise, ce malaise étant favorisé par la détention elle-même. Pour tenter de répondre à ce paradoxe, certains pays comme la France, le Royaume Uni et Norvège ont transféré les soins de santé en prison aux services de santé publique. Ce transfert est souvent accompagné de moyens supplémentaires et est prudemment encouragé par le conseil de l'Europe depuis quelques années : « la politique de santé en milieu carcéral devrait être intégrée à la politique nationale de santé et être compatible avec elle. »<sup>1</sup>*

.....

## Le cas de la France<sup>2</sup>

La réforme des soins en milieu pénitentiaire instaurée par la loi du 18 janvier 1994 a permis à partir de 1995 de confier la responsabilité et le contrôle des soins en prison à l'Administration de la santé. Tout détenu entrant en prison est automatiquement « immatriculé » à la sécurité sociale française, ce qui permet une régularisation dans de nombreux cas. Les soignants dépendent d'un hôpital de rattachement avec un réseau spécifique de correspondants à l'extérieur et ont une triple mission : la délivrance de soins primaires, le développement de projets d'éducation à la santé et la préparation à la sortie des détenus. Pour concrétiser ce projet ambitieux, les moyens humains et financiers ont été doublés par rapport à l'avant 1994. Le résultat a été d'améliorer de façon très sensible la prise en charge sanitaire des détenus<sup>3</sup>, sachant qu'avant cette réforme la dignité des personnes était souvent bafouée. Par exemple, les médicaments sont maintenant distribués sous leur forme originale de comprimés, alors qu'avant ils étaient broyés et dilués dans une fiole, ce qui diminuait leur efficacité thérapeutique et empêchait les détenus d'estimer ce qui leur était administré. Les traitements lourds tels que celui de l'infection par le SIDA semblent correctement assurés dans l'ensemble des établissements. Talon d'Achille, la mise en place d'actions d'éducation à la santé en milieu pénitentiaire reste une réelle aventure dans le sens où il ne s'agit pas d'une des préoccupations des médecins français de manière générale et encore moins de l'institution hospitalière en particulier.

## Le cas du Royaume Uni<sup>4</sup>

Une directive de 1999 recommande que le National Health Service et le Prison Service travaillent de façon conjointe pour planifier et procurer les soins de santé aux détenus, travail qui était précédemment uniquement confié au service pénitentiaire. Fidèles à leur tradition d'organisation et de planification, les autorités

*Jean-Marc Feron, médecin à la prison de Huy, assistant au Centre universitaire de médecine générale, Université catholique de Louvain.*

## La santé en prison: Santé publique ou ministère de la Justice?

ont mis en œuvre des outils pour aider les travailleurs du terrain à évaluer les besoins de santé des détenus.

### Et en Belgique ?

Le transfert des soins de santé de la Justice vers la Santé publique ne se justifie pas pour plusieurs raisons<sup>5</sup> : d'abord les compétences du ministre de la Santé publique sont réparties entre les autorités fédérales et communautaires, ce qui serait la source d'un premier morcellement. Ensuite ces autorités sont responsables de la politique et du contrôle, mais pas de l'organisation qui en Belgique reste fort libérale pour la première ligne et attachée à des groupes « politiquement colorés » pour la deuxième ligne. Enfin le transfert des soins de santé en prison de la Justice vers la Santé publique ne signifierait pas nécessairement une augmentation de moyens mis en œuvre. Et en Belgique les moyens utilisés pour les soins aux détenus (*per capita*) sont au moins équivalents aux moyens utilisés pour la communauté<sup>6</sup>. La Belgique est trop petite et trop compliquée pour encore risquer un morcellement supplémentaire de responsabilités dans un domaine aussi éthiquement important.

### Bibliographie

- (1) *Recommandation R (98) 7*, Conseil de l'Europe, Comité des ministres avril 1998.
- (2) Conseil de l'Europe, *Les soins de santé en prison*, conférence multilatérale organisée par le Conseil de l'Europe, Strasbourg, 1999.
- (3) « Soins de santé aux détenus. Des améliorations à petits pas dans la prise en charge sanitaire des détenus », *Prescrire* 21 (21) : 626, 2001.
- (4) Marshall T., Simpson S., and Stevens A., « Use of health services by prison inmates : comparisons with the community », *J Epidemiol Community Health* 55 : 364-365.
- (5) Van Mol F., *Santé et détention Un avant-projet de réglementation de base. Partie 1 Exposé des motifs*, p. 9 sept 2001.
- (6) Van Mol F., « Médecine pénitentiaire : une lettre du D<sup>r</sup> Francis Van Mol », *Journal du médecin* 1399 : 8, 2002. ●





# Boule de Neige en prison

•••••

*Depuis peu, la promotion de la santé fait son entrée dans les établissements pénitentiaires. A la prison de Namur, un projet de réduction des risques liés entre autres à l'usage de drogues s'est déroulé en novembre 2001.*

•••••

A l'origine du projet, il y a la rencontre entre une demande de la prison de réduire les risques d'overdose liés à la prise de médicaments et le souhait de différents partenaires, désireux de construire une action coordonnée de réduction des risques auprès des personnes incarcérées et aussi de susciter une dynamique de réduction des risques auprès des intervenants de la prison. La volonté de mener une action participative, de type prévention par les pairs, a conduit au développement d'une campagne « action santé Boule de Neige ».

---

## Boule de Neige : faites passer le message

Boule de Neige est une action de réduction des risques liés à l'usage de drogues qui s'adresse directement aux usagers ou ex-usagers. L'objectif est de développer une prévention des hépatites et du SIDA liés à l'usage de produits, aux relations sexuelles et à d'autres pratiques comme le piercing, le tatouage, le partage des rasoirs et des brosses à dents. Le projet cible également la tuberculose ainsi que la réduction

des autres risques (overdose, etc.).

Dans le cadre de cette action, des usagers ou ex-usagers sont recrutés et réunis lors de séances d'échange d'information qui les préparent à faire passer des messages de réduction des risques à d'autres usagers, leurs pairs. Le groupe, constitué de six à douze participants ou « jobistes », reçoit une information sur le SIDA, les hépatites, les risques liés aux produits (mélanges de produits, médicaments, alcool), les overdoses, la tuberculose. Le contenu des interventions est adapté à l'évolution des modes de consommation, comme la diminution des injections, et à celle des produits : consommation croissante de méthadone et de nouvelles drogues de synthèse.

L'action santé Boule de Neige en prison reprend les principes de Boule de Neige réalisée en rue. L'institution pénitentiaire et les différents partenaires ont adapté l'action au contexte pénitentiaire, en fonction de la population, des réalités de vie, des prises de risques présentes.

---

## Mise en place

Il nous semblait important de ne pas stigmatiser les détenus consommateurs et d'élargir le public-cible à l'ensemble des condamnés (quatre-vingt personnes dans les deux ailes ciblées) et pas uniquement aux usagers de drogue. Cela permettait aussi de toucher certaines pratiques à risques communes aux détenus, comme le tatouage et le piercing.

Notre souhait, partagé par la direction de la prison, était aussi de travailler avec l'ensemble des détenus, c'est-à-dire condamnés et prévenus, ces derniers représentant à nos yeux un public plus vulnérable. Il n'a cependant pas été possible d'inclure les prévenus. Ces détenus disposent de peu de temps hors cellule et sont engagés dans des démarches judiciaires qui leur laissent peu de disponibilité mentale ; d'autre part, les contacts ne sont pas autorisés entre prévenus et condamnés ; enfin, une libération étant possible, il était probable que le groupe de participants diminue avant la fin de la campagne. Notre action s'est donc centrée sur

**Renaud Quoidbach,**  
docteur en philosophie,  
responsable de projets à Modus Vivendi.

les condamnés. Des femmes ont manifesté de l'intérêt pour cette action mais n'ont pu être intégrées à ce stade.

Pour une première expérience Boule de Neige en prison, nous voulions assurer un déroulement correct de l'action avec un nombre de participants stable, pouvant être présents à toutes les séances d'information et de formation, disposant d'un minimum de liberté de mouvement pour discuter avec d'autres détenus, leur transmettre des informations et remplir ensemble les questionnaires.

La promotion orale du projet a été assurée par les deux infirmières et les trois médecins de la prison, ainsi que par les services Sésame et Phénix lors de leurs contacts avec les détenus. Des affichettes comprenant un bulletin d'inscription ont été disposées par Sésame dans les ailes des condamnés, dans les locaux des intervenants extérieurs, à l'infirmerie et dans les bureaux des surveillants, et insérées par la direction dans le journal de la prison remis aux condamnés. Les détenus intéressés ont été invités à remplir un talon d'inscription et à le remettre dans le casier de Sésame.

Le nombre de participants a été limité à huit personnes, sélectionnées selon l'ordre d'arrivée des inscriptions. Chaque jobiste a signé avec l'asbl Namur Entraide SIDA une convention précisant les engagements des deux parties. Les règles étaient similaires à celles des actions Boule de Neige de rue : ne pas venir en possession de produits, être en état de participer activement, arriver à l'heure, respecter l'autre, la confidentialité, etc. Une mention a été ajoutée sur proposition de la direction : « ce projet santé est organisé par des services extérieurs à la prison », afin que les détenus se sentent à l'aise et en confiance.

Le jobiste, dans sa mission de sensibilisation, doit faire remplir par d'autres détenus un certain nombre de questionnaires et reçoit 5.000 BEF (124 euros) pour sa participation à la campagne. Malgré des avis partagés, il a été décidé de maintenir ce montant habituel et de ne pas le lier aux tarifs de travail en vigueur à la prison. La rémunération n'était pas annoncée au départ afin d'éviter un nombre trop important d'inscriptions.

La confidentialité est garantie par rapport à tout ce qui se dit lors des séances : seul les jobistes et les animateurs sont présents dans le local, un gardien se tenant à l'extérieur.

Les agents pénitentiaires ont été conviés par la Coordination SIDA Assuétudes à une réunion questions-réponses et invités à collaborer au bon déroulement des séances de cette intervention « sanitaire ». Les autres intervenants, équipe psychosociale, service d'aide aux justiciables, aumônier, pasteur, conseiller laïc, etc., ont été informés lors d'une réunion du groupe Espace (groupe d'échange mis en place à la prison à l'attention de ces différents intervenants). Sésame et Phénix y ont présenté le projet et les ont invités à participer à la dernière séance de la campagne.

---

## Déroulement

Le groupe des jobistes a été limité par la direction à huit personnes, retenues en fonction de l'ordre d'arrivée des inscriptions. Onze candidats se sont présentés et les trois personnes non retenues ont reçu un courrier de l'équipe pour les remercier et leur signaler qu'elles étaient prioritaires pour une prochaine campagne.

Un détenu ayant été transféré après la première séance, sept personnes ont participé à toute l'action. Tous étaient des condamnés, dont six détenus de la même aile (petites peines). Âgés de 19 à 34 ans, ils provenaient des provinces de Namur, du Brabant wallon et de la Région bruxelloise ; deux étaient d'origine maghrébine et ont pu contacter des personnes de même origine généralement peu touchées par les actions Boule de Neige en rue.

Les jobistes se sont dits motivés pour pouvoir faire attention à la sortie de prison, améliorer leurs connaissances en matière de toxicomanie et de risques qu'ils prennent, aider les autres en général. Ils souhaitaient aussi qu'une confiance s'installe entre les détenus, usagers de drogues ou non.

L'action santé Boule de Neige s'est déroulée du 23 octobre au 22 novembre 2001 à raison de deux séances hebdomadaires de deux heures,



## Organisateurs du projet

*Phénix, service local spécialisé en toxicomanie intervenant dans le cadre des mesures judiciaires alternatives ; il assure des permanences psychosociales à la prison dans le quartier des femmes et des hommes.*

*Sésame, autre service local spécialisé en toxicomanie ; il assure des permanences psychosociales à la prison dans le quartier des hommes et des femmes.*

*Modus Vivendi, organisme communautaire ayant pour missions la coordination des projets de réduction des risques liés à l'usage de drogues, la formation d'intervenants, la diffusion de matériel de prévention.*

*Coordination SIDA Assuétudes (CSA) et ASBL Namur Entraide SIDA, services ayant pour missions le développement et la coordination de projets en matière de prévention du SIDA, des autres maladies sexuellement transmissibles, des hépatites, des assuétudes et la réduction des autres risques liés à l'usage de drogues ; la diffusion de matériel de prévention.*

*La maison médicale de Bomel représentée par le Dr Pierre Doumont, médecin généraliste et référant pour les opérations Boule de Neige sur Namur. Il présente les informations médicales lors de campagnes.*

*Le programme Boule de Neige dont il est question ici est une décentralisation du programme communautaire de Modus Vivendi, développé par la Coordination SIDA Assuétudes et l'ASBL Namur Entraide SIDA, visant les consommateurs par voie intraveineuse en province de Namur.*

*La prison de Namur a participé à la construction du projet et à son adaptation aux conditions pénitentiaires.*

soit sept séances animées par des responsables de l'action santé Boule de Neige

Après une première séance présentant le projet, la suivante était consacrée à l'information médicale. Les jobistes ont été vivement intéressés par les risques de transmission, notamment à l'occasion de tatouages et piercings pratiqués dans des conditions d'hygiène inadéquates, et par les moyens de prévention et de dépistage possibles en prison. La question du préservatif a été difficile à aborder. Étant donné la promiscuité, l'accent a été mis sur la tuberculose.

Lors de la troisième séance, les jobistes ont visionné des scénarios portant sur la séropositivité, le dépistage du SIDA, l'échange de seringues, l'homosexualité, le préservatif, et reçu des brochures et du matériel de prévention. Ils ont estimé que les scénarios n'abordaient pas suffisamment les maladies et mené également une réflexion sur les comptoirs d'échanges de seringues et leur mise en place en prison.

Au programme de la quatrième séance, lecture du questionnaire à proposer aux co-détenus, échanges sur les informations médicales en présence du médecin, préparation de l'action de terrain, jeux de rôle. Certains jobistes ont trouvé le questionnaire trop axé sur la consommation de produits et ont souhaité avoir un retour des données recueillies. Les jeux de rôle ont été ressentis comme stressants par certains. Ils leur ont cependant permis de se rendre compte des difficultés de se livrer en prison, de se rappeler toutes les informations à transmettre, d'aller vers des personnes inconnues.

La cinquième séance poursuivait la préparation de l'action de terrain. Les jobistes ont manifesté leur souci de donner de bonnes informations. Une de leurs plus grandes craintes était d'aborder les personnes qu'ils ne connaissaient pas. De nombreux conseils ont été échangés afin de faciliter le travail de terrain. Un jobiste a suggéré qu'une pièce de théâtre soit montée à la prison.

Les jobistes ont alors fait leur job sur le terrain et rencontré les autres détenus pour passer les messages et faire remplir les questionnaires.

La sixième séance était consacrée à une



première évaluation de l'action. Positive. Les jobistes ont vécu leur travail comme valorisant, suscitant l'intérêt de détenus et de membre du personnel.

Certaines difficultés ont été évoquées : il s'est avéré que le questionnaire n'était pas adapté aux non-consommateurs. Un jobiste a suggéré de demander l'avis de non-consommateurs à ce sujet. Le temps nécessaire pour remplir le questionnaire avec les détenus s'est révélé insuffisant et certains jobistes ont préféré donner le questionnaire dans un premier temps et répondre aux demandes d'informations dans un second temps. Ceci était d'autant justifié que certains détenus étaient très réservés et ne faisaient pas facilement confiance aux jobistes. Les réactions des détenus étaient diverses : surprise, intérêt, méfiance. Certains n'ont pas pris le projet au sérieux, d'autres ont répondu aux questionnaires pour « faire plaisir ».

Des jobistes ont estimé qu'il aurait été utile de disposer d'une synthèse des informations à faire passer.

Septième et dernière séance : évaluation globale de l'opération et présentation de l'opération aux services invités. Au total, trente-sept questionnaires ont été remplis, presque un détenu sur deux. De manière générale, les jobistes se sont montrés satisfaits d'avoir appris un certain nombre de choses et d'avoir pu faire passer le message à leur tour. Ils ne se rendaient pas compte des risques qu'ils pouvaient prendre.

## Évaluation

### ● Par rapport aux jobistes

Le groupe a respecté les règles de fonctionnement et a été plus facile à gérer que les groupes « extérieurs » des Boules de Neige en rue. Ils se sont dits satisfaits de leur participation au projet et pensent avoir ainsi une « corde de plus à leur arc ».

Malgré une volonté d'élargir le projet aux non-consommateurs, celui-ci a quand même été perçu comme s'adressant à des usagers. Nous avons constaté que cela a provoqué quelques réticences de non-usagers craignant d'être considérés comme toxicomanes.

### ● Par rapport au public visé

Les jobistes ont touché une petite cinquantaine de détenus, d'origine différente, purgeant des peines de trois à dix ans. Il s'agissait en majorité de détenus qu'ils connaissaient. Les détenus se sont montrés intéressés par les brochures de réduction des risques et souhaitaient disposer d'exemplaires supplémentaires.

L'évaluation montre aussi que Boule de Neige peut aider à faire évoluer les mentalités au sein de la prison, à changer aux yeux des non-toxicomanes l'image des toxicomanes, parfois difficilement acceptés dans des cellules.

La participation de consommateurs de différents types a suscité un travail de réflexion dans le groupe de jobistes sur les représentations de la toxicomanie et le (non) jugement mais, en même temps, semble avoir représenté aussi un frein dans l'expression des consommateurs de drogues « dures ». Les détenus ont perçu l'action comme ciblant la toxicomanie et s'adressant à des usagers, ce qui aurait freiné les inscriptions. Pour une prochaine campagne,



les messages d'informations seraient donc à revoir.

### ● Par rapport aux objectifs de réduction des risques

La pratique de l'injection a été estimée peu présente dans la prison. Quoi qu'il en soit, rendre accessible du matériel stérile d'injection n'est pas réalisable à l'heure actuelle. Par contre, la pratique du tatouage et du piercing est courante.

Les détenus sont moins informés sur les hépatites, la tuberculose et la syphilis que sur le SIDA. L'importance de l'écoute dans les traitements de substitution à la méthadone et de la compréhension lors de la prescription d'examens médicaux en général ont été mis en avant. La nécessité d'un suivi médical dès l'entrée en prison a également été relevée. Durant la campagne, le service infirmier a constaté une forte demande des détenus pour la vaccination contre l'hépatite B.

### ● Par rapport à l'impact du projet

Depuis l'action santé, les services spécialisés et leurs intervenants semblent être mieux identifiés par le personnel et les détenus comme étant des acteurs dans le cadre de projets relatifs à la toxicomanie et à la réduction des risques. Suite à l'action, des jobistes ont pris des contacts avec Sésame et Phénix pour des demandes d'information, d'aide, de suivi.

### ● Par rapport au système pénitentiaire

Le projet avait au départ une mauvaise image auprès des agents. Ils pensaient que l'action faciliterait le deal entre les détenus et rendrait leur tâche répressive plus difficile : rien de tout cela ne s'est produit.

Les agents se sont aussi posés beaucoup de questions sur leurs risques par rapport aux maladies.

La direction estime le projet valorisant pour les détenus car il contribue à leur redonner une identité, une certaine dignité et une image plus positive d'eux-mêmes. Ce type de projet entre dans la philosophie d'humanisation des prisons et la direction est preneuse d'autres actions

santé Boule de Neige dont une dans l'aile des femmes.

Le projet a eu un impact au-delà de la prison de Namur : d'autres prisons ont eu écho de l'expérience et ont manifesté leur intérêt pour ce type d'action.

Globalement, l'impact de la campagne peut être considéré comme positif. Le soutien du projet par des membres du personnel et de la direction, l'accueil positif de certains agents pénitentiaires pour le travail des jobistes, la bonne coordination entre les partenaires y sont pour beaucoup. Les critiques et obstacles rencontrés serviront à améliorer nos actions futures. ●

*Ce texte s'est largement inspiré du rapport d'activité de la coordination SIDA Assuétudes de la province de Namur - 2001.*

# Prévention SIDA en milieu carcéral

Propos recueillis par **Bernadette Taeymans**, infirmière.

Article paru dans la revue *Education Santé* n° 172, septembre 2002.

.....

*Depuis plus de trois ans, l'asbl Service éducation pour la santé (SES) située à Huy, développe un programme de prévention du SIDA, des hépatites et des maladies sexuellement transmissibles (MST) essentiellement en milieu carcéral.*

*Subsidiée par la Communauté française et bénéficiant de l'aide de la Région wallonne, l'équipe Prévention SIDA-hépatites-MST du Service éducation pour la santé travaille avec les établissements pénitentiaires de l'arrondissement de Huy-Waremme, ou qui en sont proches, à savoir les prisons de Huy, Marneffe et Andenne. Soit près de six cents détenus et quatre cent soixante membres du personnel.*

*Nous avons rencontré deux collaborateurs du Service éducation pour la santé Huy, Mark Freyens et Sabine Dewilde.*

.....

## ● **Éducation Santé : En quoi consiste votre projet ?**

○ SES Huy : L'objectif est d'instaurer une dynamique globale de prévention du SIDA, des hépatites et des maladies sexuellement transmissibles en milieu carcéral auprès d'un maximum de personnes (détenus, surveillants et intervenants) afin de réduire le nombre de contaminations et de lever des tabous.

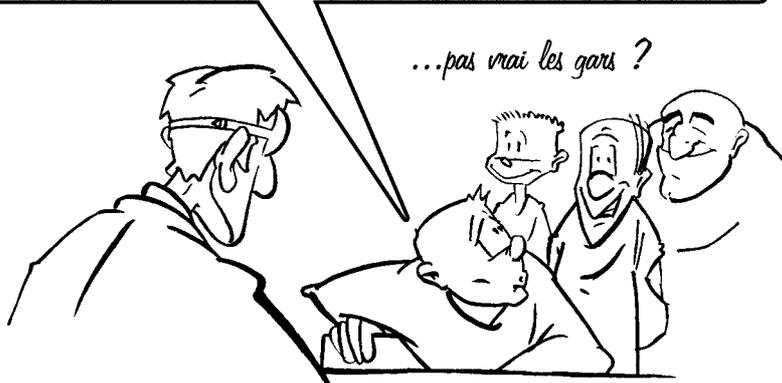
## ● **Pourquoi avez-vous choisi d'orienter votre action vers les prisons ?**

○ Les chiffres sont là : par rapport à la population en Belgique, quinze à vingt fois plus de détenus sont porteurs de l'hépatite C, dix fois plus du SIDA et quatre fois plus de l'hépatite B. La proportion de toxicomanes est importante et représente souvent plus de la moitié des détenus. Ajoutons à cela que bon nombre de détenus sont issus de populations précarisées, ce qui signifie souvent une mauvaise prise en charge de leur santé et une difficulté d'accès à l'information et aux soins. Cette concentration plus importante de personnes porteuses de ces virus ainsi que les comportements à risque adoptés en milieu carcéral exposent les autres détenus mais aussi le personnel carcéral, les familles et autres personnes rencontrées lors des congés pénitentiaires ou libérations.

## ● **Vous parlez des comportements à risque dans le milieu carcéral. Qu'en est-il précisément des modes de transmission en prison ?**

○ Pour le personnel pénitentiaire, il y a les contacts avec les détenus lors des fouilles ou autres interventions. Pour les détenus quant à eux, il y a des pratiques telles que le tatouage, le piercing, ... mais le mode de transmission le plus délicat à aborder est celui des relations sexuelles : qu'elles soient consentantes ou non. En prison, c'est un réel problème, les directions ferment souvent les yeux. Cela reste un sujet tabou ou peu abordé.

*Avec les gars on a pensé que, puisque la prison génère des comportements à risque, le mieux serait encore de supprimer les prisons...*





● **Concrètement, en quoi consiste votre programme ?**

○ Notre stratégie est de mettre en place des séances d'information pour les professionnels et pour les détenus concernant la prévention de ces maladies.

Au départ, il n'y avait pas de demande des institutions pénitentiaires. Cela a nécessité un important travail pour l'implantation du programme : analyser les structures formelle et informelle, identifier et prendre en compte les différents acteurs, appréhender la culture institutionnelle, constituer progressivement un réseau par lequel l'information est véhiculée.

Après accord, le travail en milieu carcéral a démarré progressivement dans les prisons de Huy, Marneffe et Andenne. Qu'on soit convaincu ou non du libre arbitre en la matière, la formation doit avoir un caractère obligatoire ; en effet, les inscriptions volontaires, cela ne fonctionne pas ! Tous les prétextes d'un coté comme de l'autre sont bons pour éviter les situations qui ne paraissent vraiment pas prioritaires pour les protagonistes en prisons.

● **Et quelles sont vos collaborations ?**

○ Hormis les réseaux qui se sont construits dans les prisons, nous collaborons avec le Service de santé pénitentiaire dont la mission est préventive et curative. Ce service soutient notre travail, il fait même l'hypothèse que si ces formations étaient proposées par un service interne, elles seraient moins crédibles !

● **Et les formations elles-mêmes, comment se déroulent-elles ?**

○ Nous travaillons par groupes de huit personnes. Les participants ont ainsi l'occasion de s'exprimer et se sentent en général très concernés. C'est un module de deux heures qui reprend des informations de base sur le SIDA, les hépatites A, B, et C ainsi que d'autres maladies sexuellement transmissibles. Nous mettons la priorité sur les moyens de protection : les préservatifs, les gants pour la fouille,... Notre souci est également d'avoir une approche globale en termes de bien-être physique, d'hygiène de base. Mais le temps de formation est court !

Le fait d'être animateur extérieur met les participants en confiance. Vis-à-vis de nous, ils veulent se dégager de leur image de détenu,

c'est un peu une soupape pour eux. Avec les détenus, nous travaillons toujours à deux pour l'animation. Dans la gestion de la dynamique du groupe, nous installons un climat de confiance permettant de poser des questions, de partager. Mais cela n'empêche pas qu'il y ait des moments critiques à gérer. Il y a de l'énergie, de l'électricité qu'il faut canaliser. Par exemple, certains détenus estiment que les personnes dépistées hépatite C positif devraient être isolées. Nous ne pouvons pas adhérer à ce type de ségrégation. Nous pouvons entendre et comprendre l'inquiétude de ceux qui l'expriment et tenter de dédramatiser les réactions.

● **Quelles sont les difficultés que vous rencontrez ?**

○ Tant au niveau du personnel que des détenus, il y a un turn-over important. Cela signifie qu'il faut renouveler régulièrement les séances d'informations ainsi qu'identifier et contacter de nouveaux relais internes.

D'autre part, notre intervention est seulement tolérée et l'information que nous apportons est souvent en contradiction avec les moyens mis à disposition des détenus. Avec Modus Vivendi, nous militons pour la mise à disposition de préservatifs même si la réaction de certains responsables a été de dire « cela va créer un besoin sexuel, ils ne sauront plus se tenir, ... ». Même lorsque l'accord est formel, nous ne sommes pas beaucoup soutenus dans les faits ; nous ne faisons pas partie du schéma institutionnel.

Il y a également des difficultés pratiques. Où stocker les préservatifs pour un accès facile ? Comment assurer un minimum de confidentialité ? Nous voudrions qu'ils soient mis à disposition dans chaque section, de manière libre et en quantité suffisante plutôt qu'à l'infirmerie où le détenu doit demander une autorisation pour se rendre et où l'anonymat n'est pas assuré. Les prisons de Huy et d'Andenne sont d'accord sur le principe mais n'ont pas encore choisi le lieu.

● **Vous proposez des formations mais comment pensez-vous assurer la continuité de vos interventions ?**

○ Théoriquement et dès le début, notre objectif a été de rendre les intervenants auto-

nommes dans ce travail de prévention mais il est difficile de trouver des relais internes stables et convaincus. Parmi les intervenants en milieu carcéral, les infirmiers seraient les mieux placés mais ils ont souvent un statut d'indépendant et de nombreuses tâches administratives à remplir. Nous avons donc dû revoir nos ambitions à la baisse : actuellement nous identifions des personnes-relais qui prennent en charge certaines questions plus pratiques.

La formation des agents pénitentiaires dépend du ministère de la Justice. Nous espérons obtenir un financement de ce côté pour garantir la pérennité de ce travail de prévention. ●

*Pour en savoir plus, asbl Service éducation pour la santé, équipe prévention SIDA-hépatites- MST, chaussée de Waremme 139, 4500 Huy. Tél./fax : 085-21 25 76, courriel : <ses.hesbayecondroz@wanadoo.be>.*



# Santé et prison: une équation insoluble?

Dans nos sociétés dites post-modernes, le rapport à l'autorité et à la justice change. Le vieux slogan « Il est interdit d'interdire » a fabriqué des parents qui ne peuvent plus dire non. Une conception de la liberté considérée comme absolue et apanage de l'individu (et non du groupe) égare les plus fragiles dans un *monde sans limites*, les rend intolérants à la frustration et exacerbe le sentiment d'injustice à la moindre contrainte. Le sens que porte la parole s'étiolle, la capacité à verbaliser paraît s'affaiblir et faire place à la violence.

De même, nous ne pouvons nier la recrudescence des inégalités nourrie par les « crises » et le système néo-libéral. Ni la difficulté à vivre en société multi-culturelle où la reconnaissance réciproque des valeurs de l'autre demande une remise en question permanente et un effort d'ouverture constant, autant au niveau du groupe que de l'individu.

Sans doute cette description de notre société est-elle sommaire et très partielle. Mais, simplifions outrageusement, elle dépeint un climat que nous pouvons reconnaître aujourd'hui et qui n'est sans doute pas étranger à la problématique des déterminants actuels de la santé en prison.

La prison concentre l'échec de la société à faire de la santé. Échec de tout ce qui détermine la santé, cet état de bien-être physique, mental et social, échec de l'éducation à permettre à chacun de développer son autonomie et ses capacités, échec de l'économie à assurer une distribution équitable des richesses, échec à faire naître le sens du juste, à ouvrir à la reconnaissance de soi et de l'autre... Échec des dispositifs d'amont.

La prison est un milieu pathogène : surpopulation, violences, transmissions de maladies contagieuses, stress et problèmes de santé mentale sont, entre autre, mis en évidence par tous les témoignages. Même le personnel pénitentiaire n'est pas épargné.

Dans ce contexte, les efforts déployés pour améliorer la santé en prison montrent leurs limites. Ils doivent être poursuivis, dans le domaine de la santé physique et aussi dans celui de la santé mentale, et la pression qu'exercent les observateurs extérieurs ne doit pas se relâcher.

Mais devant le tableau sanitaire des prisons se pose la question de la pauvreté des peines. Bien sûr, nous pouvons nous enorgueillir d'avoir aboli la peine de mort, les sévices corporels et les mutilations, le bagne et le bannissement (bien que la « double peine », c'est-à-dire l'exécution d'une peine de prison suivie de l'expulsion du pays de ressortissants étrangers qui ont parfois passé toute leur vie ici, y ressemble fort). Ne reste alors, quand tombe une condamnation, qu'une alternative : l'amende ou la prison. L'amende est injuste : proportionnelle à la faute et non aux ressources du condamné, elle frappe plus lourdement les plus démunis. Quant à la prison, même modernisée, on peut se demander à quelles fins y entasser indifféremment tous ceux qui ont transgressé les règles (de l'usager de drogue ou du « voleur de pommes » au criminel récidiviste, prévenus ou condamnés). Si la prison permet de protéger la société contre les individus réellement dangereux, on peut douter de son efficacité en tant que réparation du préjudice causé aux victimes ou en tant qu'arme de dissuasion contre la transgression (si cela marchait, les établissements pénitentiaires seraient quasiment vides). L'émergence de nouveaux types de peines est-elle la réponse ?

Quant à la sortie de prison, nous avons entendu combien elle expose ceux qui ont payé leur faute à une seconde peine, faite de suspicion et de dégradation sociale.

Pouvons-nous nous défaire de ce milieu pathogène qu'est la prison ? Pouvons-nous rêver d'une société sans prison ? Sans doute non. La peine de prison, sentence promulguée par des magistrats agissant en toute sérénité et sans esprit de vengeance, représente un progrès par rapport aux horreurs du passé. Mais elle ne peut représenter l'aboutissement du processus d'humanisation des peines.

Si nous croyons que la santé n'est pas seulement l'absence de maladies, alors la question des prisons nous interpelle. Il y a en amont un travail d'éducation et de justice sociale à renforcer. Il y a à développer d'autres moyens que la prison pour punir. Il y a en aval à développer un véritable travail de réhabilitation qui ne soit pas un contrôle social déguisé. ●

*Axel Hoffman,*  
médecin  
généraliste à la  
maison médicale  
Norman Bethune.

# Bibliographie commentée

Mark  
Vanderveken.

---

## Documents de référence

**Healthy prisons. A vision for the future**  
Report on the 1st international conference on  
healthy prisons, Liverpool, 24-27/03/1996  
N. Squires, J. Strobl, *The University of  
Liverpool, 1996, Liverpool, 301 pp.*

Un large éventail d'opinions et d'expériences visant à l'amélioration de la santé dans le contexte carcéral. Une initiative largement soutenue par l'Organisation mondiale de la santé, à l'instar des réseaux de villes, d'écoles, de lieux de travail, etc., qui ont vu le jour dans le cadre de « Santé pour tous ». Comme principaux chapitres, l'environnement carcéral, sa culture organisationnelle, l'état de santé de sa population, l'amélioration des compétences des détenus, et l'établissement et le renforcement des liens avec la communauté extérieure.

### Promotion de la santé en milieu pénitentiaire

*Sous la direction de F. Guibourgé, A-M. Palicot, O. Brixi, O. Choukroun, Coll. la Santé en Action, CFES, 1997, Vanves, 171 pp.*

A utiliser comme un outil :

- D'information sur les dispositifs pénitentiaires et les textes réglementaires dans le domaine de la santé (France) ;
- De réflexion sur les questions touchant aux liens entre l'éducation pour la santé et le milieu pénitentiaire ;
- De méthodologie pour la mise en œuvre d'actions ou de programmes d'éducation pour la santé.

### Mental Health Promotion in Prisons

**Report on a WHO Meeting, The Hague, Netherlands, 18-21 November 1998**

*WHO Regional Office for Europe, 1999, Copenhagen, 7 pp.*

Parmi les trois priorités identifiées au sein du HIPP (Health in Prisons Project), à savoir maladies transmissibles, santé mentale et abus de drogues, la deuxième est doublée d'un caractère d'urgence car l'incarcération a des effets adverses sur la santé mentale d'un nombre significatif de détenus. En outre, la prévalence de problèmes de santé mentale dans toute prison est élevée. Pour faire face à la faible importance accordée à ces pro-

blèmes, l'Organisation mondiale de la santé (EURO) a abouti à une déclaration de consensus sur la promotion de la santé mentale en prison. Un rappel de considérations directrices utiles ...

### Aspects éthiques et organisationnels des soins de santé en milieu pénitentiaire

**Recommandation n°R (98) 7 et exposé des motifs**

*Conseil de l'Europe, 1999, Strasbourg, 48 pp. La Recommandation R (98) 7 a été adoptée par le Comité des ministres du Conseil de l'Europe le 8 avril 1998.*

La publication traite des aspects principaux du droit aux soins en milieu pénitentiaire, de la spécificité du rôle du médecin et des autres personnels de santé, et de l'organisation pratique des soins en prison, en particulier la gestion de certains problèmes courants tels les maladies transmissibles, la toxicomanie, l'alcoolisme, la dépendance aux médicaments, la grève de la faim ou encore les fouilles corporelles.

Un texte à méditer ... et à mettre en pratique !

---

## Rapports et recherches

### La santé des entrants en prison en 1997

**Fiche santé entrant de l'état de liberté. Mai, juin, juillet 1997**

*M-CI. Mouquet, Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques, Ministère de l'Emploi et de la Solidarité, Collection Études et Statistiques, N°4, Mai 1999, Paris, 258 pp.*

Pour pallier la pénurie de données sur la situation sanitaire des personnes incarcérées, une enquête sur un échantillon représentatif des entrants en maison d'arrêt en 1997 (8.728 fiches correspondant à un taux de couverture de 86 %), réalisée en trois mois dans l'ensemble des maisons d'arrêt et quartiers maison d'arrêt des centres pénitentiaires de France.

### Les prisons de la misère

*Loïc Wacquant, Raisons d'agir, 1999, Paris, 189 pp.*

L'ouvrage retrace les voies par lesquelles le nouveau « sens commun » punitif, élaboré en Amérique, s'est internationalisé à l'instar de



l'idéologie économique dont il est la traduction en matière de « justice ». L'Europe est confrontée à une alternative entre pénalisation de la pauvreté et création d'un État social digne de ce nom.

#### **VIH-SIDA et santé : Représentations et pratiques des personnes incarcérées**

*D. Lhuilier, A. Simonpietri, Cl. Veil avec la collaboration de L. Morales, Laboratoire de changement social-Université Paris VII, Juin 1999, Paris, 326 pp.*

Deux objectifs de recherche :

- Identifier les représentations et les pratiques des personnes incarcérées face au VIH-SIDA et, au-delà, face à la santé dans l'institution carcérale ;
- Dégager des informations utiles dans le champ de la prévention de la transmission du SIDA, de la contagion des maladies, de l'éducation sanitaire et des modalités d'accompagnement du transfert de la mission de soins aux hôpitaux.

#### **De l'organisation des soins de santé en milieu pénitentiaire en Belgique**

*C. Detry, U.C.L. École de santé publique, Unité de Sciences hospitalières, Mémoire, Année académique 1998-1999, Bruxelles, 170 pp.*

L'objectif poursuivi : les personnes détenues reçoivent-elles les soins que leur état réclame et ces soins sont-ils équivalents à ceux prodigués dans la société ?

A l'issue du travail, une nouvelle interrogation : la médecine en milieu carcéral doit-elle se borner à soigner les malades ou profiter de l'incarcération pour mener une politique sanitaire ambitieuse en direction de ces populations marginales mal soignées ?

#### **La consommation des médicaments psychotropes en prison**

*M. Jaeger, M. Monceau, Études, recherches, actions en santé mentale en Europe, Erès, 1996, Ramonville, 139 pp.*

Comment peut-on vivre en prison ? Quelle est la place du support médicamenteux dans le déroulement de l'incarcération ? Quelle est la finalité du soin dans ce type d'institution ? Qu'en est-il de la liberté de l'acte de prescription, compte tenu du positionnement du service médical en prison ? Comment se gère

la distribution des médicaments, longtemps assurée par les seuls personnels de surveillance ?

#### **Les détenus et le droit à la santé. De la médecine pénitentiaire à la médecine en milieu pénitentiaire**

*F. Bartholeyns, U.L.B. École des sciences criminologiques Léon Cornil, Mémoire, Année académique 1997-1998, Bruxelles, 164 pp.*

Une démarche en trois étapes :

- L'examen des textes consacrant le droit à la santé, et la problématique relative à la reconnaissance des droits des détenus ;
- L'analyse des deux systèmes de soins en milieu pénitentiaire (différences, similitudes, et facteurs de frein à l'accès à des soins « équivalents ») ;
- L'approfondissement de la confrontation de l'exercice de la médecine en milieu pénitentiaire à la logique de l'institution carcérale.

#### **Rapport au Gouvernement de la Belgique Relatif à la visite effectuée par le Comité européen pour la prévention de la torture et des peines ou traitements inhumains ou dégradants (CPT) en Belgique du 14 au 23 novembre 1993**

*Conseil de l'Europe, 1994, Strasbourg/Bruxelles, 99 pp.*

Le CPT :

- Procède à l'examen des conditions générales au sein des établissements visités ;
- Observe l'attitude des responsables de l'application des lois et des autres personnels à l'égard des personnes privées de liberté ;
- S'entretient avec les personnes privées de liberté afin de comprendre comment elles perçoivent les aspects ci-dessus, et d'écouter les doléances spécifiques qu'elles pourraient avoir à formuler ;
- Examine le cadre législatif et administratif sur lequel se fonde la privation de liberté.

#### **Rapport au Gouvernement de la Belgique Relatif à la visite effectuée par le Comité européen pour la prévention de la torture et des peines ou traitements inhumains ou dégradants (CPT) en Belgique du 31 août au 12 septembre 1997**

*Conseil de l'Europe, 1998, Strasbourg.*

**Le monde des surveillants de prison**

A. Chauvenet, F. Orlic, G. Benguigui, PUF, 1994, Paris, 227 pp.

L'existence d'un double langage de la société sur les délinquants, qu'elle prétend exclure et réinsérer, la difficulté à affronter la réalité de la peine et à « penser » la sécurité structurent de fait l'organisation et l'ensemble des relations sociales de la prison. Dans ce contexte la mission des surveillants est caractérisée par des injonctions contradictoires et une ambiguïté fondamentale.

**Prison et Société****Rapport sur l'humanisation des conditions de détention et le traitement de la délinquance dans la collectivité**

D. Martin, W. Meyvis, Fondation Roi Baudouin, 1991, Bruxelles, 126 pp.

Un rapport, il y a dix ans d'ici, autour de quatre questions :

- Quels dispositifs pour préparer le retour à la collectivité, quels programmes de formation à l'intention des détenus ?
- Quelle aide spécifique pour répondre aux problèmes qui se posent avant la détention et qui risquent de s'aggraver durant celle-ci. L'aide sociale aux détenus est-elle prise en compte ?
- Quelles initiatives visant à compenser le dommage causé ? Des mesures réparatrices et des prestations communautaires sont-elles envisageables ?
- L'aide aux victimes et la prévention sont-elles des priorités pour la société ?

**Prison et Société II****De l'analyse du problème à la modification pratique.**

W. Meyvis, Fondation Roi Baudouin, 1994, Bruxelles, 231 pp.

Les rapports de quatre groupes de travail :

- L'offre et la demande sur le plan des soins psychosociaux spécialisés (P. Cosyns, C. Dillen, B. De Ruyter, D. De Doncker) ;
- La problématique de la formation des détenus (G. Houchon, N. Janssens) ;
- Les solutions alternatives à la peine de prison (T. Peters, I. Aertsen) ;
- L'aide aux victimes et les mesures réparatrices (D. Martin, F. Cotteleer).

**La démarche française****La France face à ses prisons****Rapport fait au nom de la Commission d'enquête sur la situation dans les prisons françaises**

L. Mermaz, J. Floch, n° 2521, Assemblée Nationale, 2000, Paris, 328 pp.

Pour la première fois depuis 125 ans, une commission d'enquête parlementaire s'est attachée à étudier la situation des prisons françaises. Des conditions de détention inadaptees, souvent indignes, un personnel désorienté et peu reconnu, des moyens insuffisants, l'absence d'objectifs clairement définis, rendent indispensable une réforme en profondeur du système pénitentiaire.

**La prison en changement**

Sous la direction de Cl. Veil et D. Lhuillier, Coll. Trajets, Erès, 2000, Ramonville, 304 pp.

Élaborés à la suite d'observations sur le terrain en France, les travaux rendent compte des effets de la profonde réforme des systèmes de soins en prison et en analysent le sens. Ajustements pour préserver un système ou rupture et renversement de tendance ?

**Soigner en prison****Logiques et pratiques des acteurs de la réforme des soins en milieu pénitentiaire**

M. Bessin, M-H. Lechien, M-Ch. Zelem, L. Cambon, GRS, ESA 5040 CNRS-Université Lyon II, 1997, Lyon, 213 pp.

Premiers éléments d'une recherche sur l'activité des soignants en prison dans un contexte de transfert du dispositif de soins au service public hospitalier, partant du constat d'une précarité extrême de la santé des prisonniers. Une mise en œuvre importante à analyser car la prise en charge des détenus constitue un enjeu de santé publique et un enjeu institutionnel, tant pour la prison que pour l'hôpital.

**La santé en prison : un enjeu de santé publique**

Revue française des affaires sociales. Ministère du Travail et des Affaires sociales, La Documentation française 51° année, N°1. Janvier-Mars 1997, Paris, 299 pp.

Une large équipe composée notamment de



médecins de santé publique et de psychiatres en milieu pénitentiaire fait le point sur la réforme engagée en 1994 et poursuit la réflexion sur la matérialité de la peine.

**Problèmes sanitaires dans les prisons, maladies infectieuses, toxicomanies, état d'avancement de la loi du 18.01.1994, avant, pendant, après l'incarcération**

*Sous la direction du Pr.M. Gentilini, Coll Médecines-Sciences, Flammarion, 1997, Paris, 214 pp.*

Le résultat de la mission confiée par les Ministres de la Justice et de la Santé, portant sur les affections transmissibles, la prise en charge de la toxicomanie, le respect du secret professionnel, le développement de l'hygiène personnelle et de la prévention, les soins dentaires, l'éducation sanitaire et nutritionnelle, la préparation à la sortie et le suivi post-carcéral pour réduire le nombre des récidives et favoriser la resocialisation.

**Santé en milieu carcéral  
Rapport sur l'amélioration de la prise en charge sanitaire des détenus**

*Haut Comité de la Santé Publique, Collection Avis et rapports du HCSP, ENSP, 1993, Paris, 127 pp.*

Un rapport aux ministres de la Justice et de la Santé en réponse à la mission suivante : « rechercher et proposer les modalités du dispositif de prise en charge sanitaire des détenus le mieux à même de répondre aux particularités présentées par cette population, dans une démarche de santé publique ».

agents pénitentiaires entre autres. Il tente d'éclairer les quatre grandes étapes de l'incarcération : y entrer, être jugé, y vivre, sortir.

---

## Images et Paroles

### Carnets de prisons

#### Le tour des prisons de France

*Reportage, textes et dessins, Noëlle Herrenschmidt, textes de présentation, Patrick Mounaud, Albin Michel, 1997, Paris.*

Les passions des auteurs : elle, se fondre dans un lieu pour tenter de comprendre ceux qui l'habitent, aller à la rencontre des gens, les écouter et traduire par le crayon et l'aquarelle les émotions reçues. Lui, faire émerger en chacun les talents qui pourront l'aider à se reconstruire. Espérer en l'homme, même dans les situations les plus désespérées.

### Paroles de détenus

*Sous la direction de J-P. Guéno, Libro, 2001, Paris, 189 pp.*

Suite à l'appel sur les ondes de Radio France, visant à réunir des textes rédigés en détention, ces écrits de l'ombre mêlent les voix de prisonniers actuels, d'anciens détenus et d'écrivains, de Baudelaire à Genet. ●

---

## Pour s'y retrouver

### Le guide du prisonnier

*Sous la direction de P. Charlier, Ph. Mary, M. Nève, P.Reynaert, Labor, 2002, Bruxelles, 333 pp.*

Qui serait capable d'expliquer précisément le fonctionnement de nos prisons ?  
Personne ...

Ce guide s'adresse en priorité aux détenus, mais aussi aux proches et aux avocats, travailleurs sociaux, médecins, directeurs ou

CAHIER