



© Collage Elsa Kbaier.

La santé des femmes détenues, un impensé parmi les impensés

ÉQUIPE I.CARE

Alors que la loi de principes concernant l'administration des établissements pénitentiaires ainsi que le statut juridique des détenues de 2005 prévoit une équivalence des soins de santé entre la société libre et la prison, cette équivalence est loin d'être respectée en pratique. Retards importants dans la prise en charge, problèmes de confidentialité,

manque de moyens, non-accessibilité à certains soins, etc. Les manquements sont nombreux. Les femmes détenues n'y échappent pas et souffrent même particulièrement d'une prise en charge non-adaptée. Nous proposons, dans cet article, d'examiner les soins de santé en détention sous ce prisme du genre.

I. Care ASBL

Cette association a pour objet social la promotion de la santé en prison, l'amélioration de la prise en charge globale des personnes détenues et la continuité des soins pendant et après la période d'incarcération. L'association travaille dans une logique de promotion de la santé, considérant la santé au sens global et non uniquement son volet curatif. Nous travaillons actuellement dans trois établissements pénitentiaires: Haren, Jamioulx et Lantin (uniquement dans les «quartiers femmes» pour ce dernier).

Notre travail s'organise autour de deux axes: le travail de terrain, via des projets de promotion de la santé et de prise en charge des personnes consommatrices en prison, et notre travail de plaidoyer et de recherche, à partir des constats effectués sur le terrain, dans un objectif de changements structurels.

Depuis la création de l'ASBL en 2015, nous portons une attention particulière aux publics minorisés: personnes allophones, personnes sans papiers, minorités de genre, etc. C'est dans ce cadre que nous avons travaillé sur la situation des femmes incarcérées et de leurs besoins spécifiques.

Notre travail de recherche «Parle avec elles» aborde cette situation spécifique des femmes incarcérées et est disponible sur notre site internet <https://www.i-careasbl.be>



59,5 % des femmes interrogées ont bénéficié, avant leur incarcération, d'un suivi par un-e psychiatre, un-e psychologue ou un-e addictologue. Par ailleurs, une étude de 2017 du KCE sur les soins de santé dans les prisons belges rappelle, à l'instar d'autres études, que les personnes détenues sont généralement en moins bonne santé que la population générale. En effet, les problèmes d'assuétudes, les troubles psychiques et les maladies infectieuses sont fréquents en prison. Il s'agit souvent d'un public passé à travers les mailles du filet social/santé et qui demande des compétences, des moyens financiers et une organisation des soins à la hauteur de ses besoins. Les soins de santé disponibles dans les prisons belges se révèlent cependant largement inadéquats.

Un système de santé carcéral défaillant

En Belgique, les soins de santé en prison restent une compétence de la ministre de la Justice, malgré la demande, depuis plusieurs années, de nombreux·ses expert·es et associations, de transférer cette compétence vers le ministère de la Santé publique. Cette situation a de nombreux effets concrets, tels que la non-indépendance des soignant·es exerçant en prison, l'enveloppe budgétaire limitée, l'accent mis sur la sécurité plutôt que sur le soin, etc.

Par ailleurs, vingt ans après l'adoption de la loi de principes concernant l'administration des établissements pénitentiaires, ainsi que le statut juridique des détenus qui régit, entre autres, les soins de santé en prison, les arrêtés d'exécutions concernant les volets santé n'ont toujours pas été adoptés. Cette même loi prévoit, en son article 88, que les soins de santé, en détention, doivent être équivalents à ceux en société libre. Sur le terrain, c'est loin d'être le cas. En atteste également le récent témoignage d'un médecin en prison³ dénonçant les nombreux dysfonctionnements du système et l'avis de l'Ordre des Médecins qui souligne la nécessité d'améliorer de nombreux aspects des soins de santé pénitentiaire (notamment l'accessibilité, la confidentialité, l'accès à l'information, le respect des droits fondamentaux des patient·es, etc.) et d'œuvrer au transfert de compétence vers le ministère de la Santé publique.

Les personnes détenues, peu importe leur genre, représentent un public particulièrement vulnérable et aux besoins en santé multiples et spécifiques. Très peu de données officielles, publiées par l'administration pénitentiaire, existent concernant le profil socio-économique des personnes détenues. On peut néanmoins retrouver des chiffres du Conseil de l'Europe (SPACE 2024) qui indiquent que la majorité des personnes

détenues sont des hommes (95,6 %), jeunes (37 ans, en moyenne) et qu'une part importante de ces personnes sont non belges. Des chiffres, publiés en 2001 par la Fédération des associations pour la formation et l'éducation en prison (FAFEP), informent que, dans les prisons francophones, la majorité des personnes détenues ont la triple particularité d'être originaires de milieux défavorisés, de n'avoir connu qu'une faible scolarisation et de n'avoir aucune qualification professionnelle.

À cette précarité socio-économique s'associe une vulnérabilité psychique et psychiatrique¹. Selon les chiffres de la Direction française de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (2002), plus de 55 % des personnes incarcérées présentent des troubles psychiatriques à leur entrée en prison, et plus de 40 % présentent des antécédents psychiatriques antérieurs à l'incarcération. Une étude française plus récente² souligne que 48,5 % des hommes et

¹ De Beaurepaire, C. (2012). La vulnérabilité sociale et psychique des détenus et des sortants de prison. *Revue du MAUSS*, 40(2), 125-146. <https://doi.org/10.3917/rdm.040.0125>.

² Fovet, T., Lancelevée, C., Wathélet, M., & Thomas, P. (2022). La santé mentale en population carcérale sortante: une étude nationale, *Rapport de*

recherche, Fédération régionale de recherche en psychiatrie et santé mentale Hauts-de-France.

³ Verbrugghe, B. (2025, 26 septembre). Témoignage de Dr Brecht Verbrugghe tiré de son courrier à l'Ordre des médecins. OIP Belgique. <https://www.oipbelgique.be/temoignage-de-dr-brecht-verbrugghe-tire-de-son-courrier-a-lordre-des-medecins/>

L'accès aux soins en prison est très souvent compliqué, notamment à cause de la surpopulation et du manque de moyens dédiés par la Justice aux soins de santé (ceux-ci représentent 5 % du budget annuel de la Justice, selon le dernier rapport de la Direction générale des établissements pénitentiaires, en 2023). La proportion du personnel soignant par rapport au nombre de personnes détenues ne permet pas aux personnes incarcérées d'être prises en charge dans un délai raisonnable et de bénéficier d'un suivi adapté. Nous notons également que les soins de santé prodigués en prison ne répondent que rarement aux recommandations des différentes instances. Par exemple, celles relatives à la confidentialité : dans certains établissements, le·la patient·e détenu·e doit faire une demande écrite spécifiant les raisons de sa demande, à donner aux agent·es afin de pouvoir consulter un·e médecin ; parfois, les entretiens médicaux se déroulent au guichet – mot qui désigne la petite ouverture dans la porte des cellules de prison afin de voir à l'intérieur de la cellule – à la vue et à l'entente de tous et toutes ou dans une pièce du service médical en présence de diverses personnes inutiles pour la consultation ; la distribution de traitements médicamenteux est réalisée – dans diverses prisons – par le personnel pénitentiaire, etc.

Par ailleurs, dans un document de l'administration publié en 2022 dans le cadre de la réforme des soins de santé en prison, il était avancé que, pour atteindre les normes minimales du Conseil de l'Europe en la matière, l'administration pénitentiaire devait recruter au moins 100 ETP (équivalents temps plein) d'infirmier·ères, sans compter les autres professions de santé, là aussi largement en sous-effectif. Tous ces éléments ne constituent que quelques exemples d'un système dysfonctionnant.

Une femme nous a confié avoir passé une échographie endovaginale dans une grande pièce du service médical où se trouvaient sans nécessité plusieurs personnes. Elle aurait voulu poser des questions au médecin, mais n'a pas osé devant les autres personnes présentes. « C'est la prison... » nous dit-elle.
Extrait du rapport « Parle avec elles ».

L'organisation et les contraintes budgétaires ont aussi des conséquences directes sur l'état de santé des personnes détenues qui peut se dégrader au cours de la détention. En effet, l'absence de politique de dépistage (de cancers, par exemple), de politique de réduction des risques, ou le retard – voire le report à la sortie de détention – du traitement de certaines pathologies (telles que l'hépatite C) entraîne une aggravation de celles-ci. Outre les conséquences directes pour les personnes concernées, il s'agit là d'une aberration en termes de santé publique dès lors que la prise en charge s'avère alors plus coûteuse et le risque de contamination à d'autres personnes – en ou hors détention – plus important.

À ces problématiques s'additionnent celles dues aux conditions de détention : équipements sommaires, voire insalubres, manque d'activités et de formation, alimentation dégradée⁴, etc. Autant de facteurs qui ont des incidences sur l'état de santé des personnes détenues. L'indignité des conditions de détention observées dans plusieurs établissements n'est pas non plus sans effet sur la consommation de produits stupéfiants que celle-ci pré-existe à l'incarcération ou y débute. En effet, la prison est un espace anxiogène dans lequel l'usage de drogues peut apparaître comme indispensable à certaines personnes détenues.

Par ailleurs, dans ce milieu de vie fermé qu'est la prison, où tout demande aux services internes et externes de la prison, d'acquiescer du matériel ou des vivres ou de formuler des demandes particulières passe obligatoirement par l'écrit via des formulaires à remplir, l'accès à des besoins fondamentaux peut être ardu pour des personnes ayant un faible bagage éducatif ou ne parlant, n'écrivant et/ou ne lisant pas une des langues officielles de la prison. C'est pourtant la situation dans laquelle se trouve une proportion importante de personnes détenues. Il en est de même pour l'accès aux informations en santé. En effet, dans les établissements pénitentiaires, peu de messages de santé publique sont à jour et adaptés au niveau de littératie en santé des personnes détenues.

Les femmes détenues, une double peine genrée

Les femmes détenues représentent une infime minorité de la population carcérale (4,4 % en 2024, selon le Conseil de l'Europe), ce qui fait d'elles une population particulièrement invisibilisée et vulnérable au sein des personnes détenues. En Belgique, elles sont incarcérées dans des « quartiers femmes » de plusieurs établissements pénitentiaires (Haren, Lantin, Mons, Marche-en-Famenne, etc.). Depuis la fermeture de la prison de Berkendael, en 2022, il n'existe plus de prison spécifique pour les femmes. Cette situation minoritaire a plusieurs conséquences matérielles et sociales.

Géographiquement d'abord, le petit nombre d'établissements accueillant des femmes implique qu'elles sont plus dispersées sur le territoire belge et donc potentiellement plus éloignées de leurs proches, se retrouvant alors plus isolées. Cette situation, en plus du préjudice moral qui en découle, complexifie leurs procédures de réinsertion : moins de soutien logistique pour les démarches à l'extérieur de la prison, contacts plus compliqués avec des avocat·es, potentielle perte de l'adresse de résidence, accès plus difficile à des permissions de sortie ou à des congés pénitentiaires, etc.

Au sein même de la prison, ces « quartiers femmes », généralement petits et surpeuplés, sont aussi, la plupart du temps, isolés du reste des infrastructures, telles que les lieux d'activités, les services médicaux, les espaces de travail, etc. En résultent un accès à ces services plus compliqué et un isolement accru (distances plus longues à parcourir, multiples portes à franchir, nécessité d'un·e agent·e pour accompagner, etc.). Ces « quartiers femmes » avec leur préau spécifique, leurs agent·es attitré·es et leur isolement géographique invisibilisent d'autant plus ces femmes détenues. En conséquence de cet isolement et de leur nombre minoritaire, les femmes détenues « passent après » et se voient donc souvent privées de services, au bénéfice des hommes : en cas de grève, leurs

⁴ Bussoli, C. (3 octobre 2025). Surpopulation carcérale : des détenus ne mangent plus à leur faim, *Le Soir*.

« Au sein même de la prison, ces "quartiers femmes", généralement petits et surpeuplés, sont aussi, la plupart du temps, isolés du reste des infrastructures, telles que les lieux d'activités, les services médicaux, les espaces de travail, etc. En résultent un accès à ces services plus compliqué et un isolement accru. »

activités sont souvent annulées en premier ; lors de sous-effectif, leur temps d'attente sera plus long, etc. Leur petit nombre a également des

5 À ce sujet, voir notre rapport sur la situation spécifique des femmes incarcérées, « Parle avec elles », disponible sur <https://www.i-careasbl.be/>

6 Nuytiens, A., & Christiaens, J. (2015). « It all has to do with men » : How abusive romantic relationships impact on female pathways to prison. In *Lives of incarcerated women* (pp. 32-46). Routledge.

7 Doffiny, V., Étude du profil des femmes incarcérées en Belgique: résultats préliminaires,

intervention lors d'un séminaire sur « Les femmes incarcérées dans les prisons belges : état des lieux de la recherche et du plaidoyer » organisé le 3 mars 2023 à l'Université Saint-Louis – Bruxelles, par le GREPEC – Groupe de recherche en matière pénale et criminelle et le SIEJ – Séminaire interdisciplinaire d'études juridiques.

8 Favril, L., & Dirkzwager, A. (2019). De psychische gezondheid van gedetineerden in België en Nederland: een systematisch overzicht. *Tijdschrift voor criminologie*, 61(1).

conséquences directes sur l'organisation de leurs unités. Les femmes sont incarcérées ensemble, peu importe leur statut : prévenues ou condamnées, détenues ou internées, etc. Cela génère des tensions entre les femmes détenues et avec les agent-es puisqu'une prise en charge spécifique ne peut que difficilement être mise en place dans ce cadre. La situation des femmes atteintes de troubles psychiatriques est particulièrement critique puisque, de cette manière, elles ne peuvent pas bénéficier des structures d'accompagnement plus spécialisées existant pour la population masculine, telles que les annexes psychiatriques, par exemple. La manifestation de ces troubles et des situations de crise entraîne alors de nombreuses perturbations, les femmes détenues et professionnel·les se sentant démunies pour y répondre.

Enfin, concernant le profil des femmes incarcérées, nous avons constaté, via des travaux de recherche et sur le terrain, que celles-ci

présentent des vulnérabilités spécifiques liées à leur genre. Elles ont, en grande majorité, vécu une ou plusieurs formes de violences (violence intrafamiliale, agression sexuelle, viol, etc.) avant leur incarcération⁵. Ainsi, des recherches sur les femmes détenues en Flandre ont souligné qu'elles cumulent généralement des vulnérabilités à l'échelle individuelle (par exemple, dépression, troubles psychiatriques, addictions...), relationnelle (violences subies, carences affectives, isolement social) et sociétale (faible niveau d'instruction, emploi et situation économique précaire...) – les trois étant intimement liées⁶. Les chiffres apportés par Valentine Doffiny (ULiège)⁷ en attestent. À leur entrée en détention, 57 % d'entre elles ne disposaient que du diplôme d'enseignement primaire (CEB), 41 % étaient en situation de logement précaire (dont la moitié sans domicile), 90 % sans emploi déclaré – les autres étant principalement employées dans des secteurs sans qualification requise,

tels l'entretien ou la maintenance –, et seuls 15 % disposaient par conséquent d'un revenu régulier. D'autres études, pour la Flandre, indiquaient que plus de la moitié des femmes incarcérées souffraient de détresse psychologique sévère (52 %, contre 36 % pour les hommes) et recevaient des traitements psychotropes en prison (56 % contre 34 % pour les hommes) – consommant davantage d'anxiolytiques, antidépresseurs et traitements de substitution que les hommes ; tandis qu'aux Pays-Bas, en 2009, 63 % des femmes incarcérées présentaient des troubles de stress post-traumatique⁸.

Concernant le vécu de violence, ce facteur de vulnérabilité fondamentalement genré s'impose comme expérience collective à presque toutes ces femmes. Dans l'étude sur les femmes détenues flamandes, sur 41 participantes, seule une femme échappe à la tendance, généralisée dans la littérature internationale. Outre les violences auxquelles leur situation économique précaire les expose, notamment dans les parcours de rue et de prostitution, elles ont souvent subi des violences intrafamiliales et conjugales. Il peut s'agir d'abus physiques, sexuels, émotionnels, mais aussi financiers ou relationnels, comme des situations d'exploitation domestique ou d'isolement social forcé. Parfois, c'est le conjoint qui force les femmes à commettre des délits, ou leur délègue certaines tâches de l'activité illégale, souvent les plus exposées au risque de contrôle. On peut penser, par exemple, aux « mules », ces femmes qui transportent dans leur corps de la drogue pour passer les frontières. On parle alors de division sexuelle du travail criminel. Notons encore que, dans l'étude de Valentine Doffiny, pour un tiers des femmes considérées, le partenaire est impliqué dans les faits à l'origine de la condamnation. L'expérience de victimisation, comme le besoin financier et les addictions, constitue souvent un facteur précurseur dans les parcours délinquants et criminels. Le cas spécifique des femmes condamnées pour assassinat ou tentative d'assassinat de leur conjoint, lorsqu'il s'insère dans un continuum de violences subies, soulève l'ambiguïté du statut d'« autrice-victime », et la question des frontières de la légitime défense (notamment lorsque l'acte est prémédité, mais interprété comme stratégie de survie).

Une santé spécifique peu prise en considération

En termes de santé et d'accès au soin, on l'a mentionné, les personnes détenues – hommes comme femmes – ont toutes des besoins en santé spécifiques et considérables. Cela dit, les femmes expriment des besoins de soins médicaux spécialisés en raison de problèmes de santé préexistants ou de conditions liées à leur incarcération et se retrouvent, là aussi, face à des barrières liées à leur genre. Pour commencer, comme mentionné ci-dessus, leur nombre minoritaire et leurs quartiers éloignés compliquent l'accès aux services, y compris aux services de soins. Les moyens des services médicaux des prisons étant limités, elles font généralement face à de plus longues listes d'attente et le service médical se déplace moins souvent jusqu'à leurs quartiers. Les membres du service médical et le personnel de la prison ne sont pas formés aux enjeux spécifiques de la santé des femmes et les protocoles standardisés ne prennent généralement pas en compte leurs besoins

spécifiques. L'accès à des spécialistes et à certains soins sexospécifiques est très compliqué, voire impossible, ce qui va à l'encontre du principe d'équivalence des soins de santé. À titre d'exemples, on peut citer l'accès à certaines contraceptions, la prise en charge de pathologies, telles que l'endométriose, les procédures de ligature des trompes, etc. Il en va de même pour les politiques de prévention de maladies, telles que le cancer du col de l'utérus ou le cancer du sein qui restent peu mises en place

« Les membres du service médical et le personnel de la prison ne sont pas formés aux enjeux spécifiques de la santé des femmes et les protocoles standardisés ne prennent généralement pas en compte leurs besoins spécifiques. »

en prison. Par ailleurs, les témoignages de violence obstétricale et gynécologique sont nombreux et les suivis de grossesses ou l'accès aux IVG s'avèrent régulièrement compliqués.

« Je voulais me faire ligaturer les trompes. On m'a dit que, comme j'étais en prison j'étais sûrement dépressive, que comme j'ai que 35 ans et que c'est irréversible,

je peux pas prendre ce genre de décision. Je comprends pas pourquoi. On est complètement infantilisées, on ne peut plus rien décider ici. On me donne de l'ibuprofène, et quand je me plains, on m'a répondu "si vous êtes pas contente, fallait pas venir ici". »

Extrait du rapport « Parle avec elles ».

Enfin, comme souligné précédemment, les femmes incarcérées présentent souvent des troubles psychologiques. L'accès à des soins psychologiques est cependant très restreint et ce manque de prise en charge revient souvent dans les témoignages sur le terrain. Pourtant, une prise en charge des femmes victimes de violence, pendant leur détention, s'avère plus que nécessaire. Malgré ces conditions de vie dégradées et les atteintes multiples aux droits fondamentaux des personnes détenues, la prison peut malgré tout représenter un moment de répit pour de nombreuses femmes. Elle peut constituer un moyen de se libérer d'un cercle vicieux d'emprise masculine ou de situations de violence et de contrôle auxquelles elles ont été confrontées à l'extérieur. Pour certaines, la prison est l'endroit d'où elles vont enclencher des procédures, telles que des demandes

© Doris Michel.





de divorce, qu'elles n'auraient pas su ou pas pu enclencher depuis l'extérieur pour plusieurs raisons. C'est aussi, pour certaines, la première fois qu'elles vont pouvoir rencontrer des professionnel·les que cela soit de l'ordre social, psychologique ou médical, et qu'elles vont oser raconter, montrer, réussir à poser des mots sur les situations qu'elles ont vécues. Et de fait, enclencher un processus de construction ou de reconstruction d'elles, d'estime d'elles-mêmes, etc. Tout ceci souligne l'importance de la mise en place d'accompagnements spécifiques en prison.

« Louise me disait "Quelque chose de confortable dans la détention? La sécurité. Dehors, tout peut arriver. Ici, rien ne peut se passer. Quoi qu'il arrive, et quoi qu'on puisse en dire, il y aura toujours quelqu'un qui va passer nous voir, nous surveiller, on aura toujours à manger et tout. Alors que, dehors, tout peut arriver. Ici, j'ai trouvé la paix, la paix de pouvoir m'asseoir, par exemple c'est bête, mais allumer la télé et se dire que rien ne va se passer. Ne pas avoir peur des horaires, de savoir si on va rester en vie ou pas... Dehors, c'était toutes des préoccupations que j'avais. Ma santé et mon mental se sont améliorés en prison, j'ai pas peur de le dire. J'ai une vie plus correcte enfermée ici que dehors. C'est en prison que j'ai retrouvé ma liberté." »

Extrait du rapport « Parle avec elles ».

La prison n'est pas un lieu de soins. Elle peut toutefois être une opportunité de soins. L'Organisation mondiale de la Santé définit la santé de manière globale, à savoir « un état de complet bien-être physique, mental et social et [qui] ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité ». Cette approche permet de prendre en compte toutes les sphères de la vie comme étant des composantes de la santé. En complément, la Charte d'Ottawa a défini les conditions indispensables à une bonne santé : se loger, accéder à l'éducation, se nourrir convenablement, disposer d'un certain revenu, bénéficier d'un écosystème stable, compter sur un apport durable de ressources, avoir droit à la justice sociale et à un traitement équitable. Autant de facteurs qui concernent également le quotidien des personnes privées de liberté.

Outre l'accès aux soins, d'autres facteurs influent de façon directe et indirecte sur la santé : il s'agit des déterminants sociaux de la santé. L'Organisation mondiale de la Santé les définit comme « les circonstances dans lesquelles les individus naissent, grandissent, vivent, travaillent et vieillissent ainsi que les systèmes mis en place pour faire face à la maladie ». Ils sont également présentés comme le reflet « des choix politiques, dépendant de la répartition du pouvoir, de l'argent et des ressources à tous les niveaux, mondial, national et local » et donc l'une des principales causes des inégalités de santé. C'est sur l'ensemble de ces facteurs qu'une action doit être engagée, y compris en prison. En effet, si de prime abord, l'univers carcéral apparaît relativement loin de ces considérations, une politique ambitieuse en la matière doit y être mise en œuvre.

Conclusion

On l'a vu, les personnes détenues constituent un public particulièrement vulnérable avec des besoins en santé considérables et spécifiques. Les femmes détenues n'y font pas exception, bien au contraire. Leur santé nécessite une prise en charge adaptée à leurs besoins et des moyens suffisants. Or, le système de soins de santé, en détention, fait largement défaut : longues listes d'attente, problèmes de confidentialité, traitement reporté, prévention absente, etc. Pour y remédier, il est essentiel de procéder au transfert de la compétence des soins de santé, du ministère de la Justice vers le ministère de la Santé publique.

Même si elle ne sera pas suffisante, c'est une première étape essentielle pour tendre à une équivalence des soins de santé entre la prison et la société libre. Dans ce cadre, il faut porter une attention particulière à la santé des femmes et à leurs besoins spécifiques. Leur accès au service médical et à des soins sexospécifiques doit être renforcé, le personnel doit être mieux formé à leurs besoins et les moyens humains et financiers doivent être à la hauteur. Leur prise en charge psychologique doit également être élargie. C'est notamment le cas de la situation des femmes ayant vécu des violences de genre, situation largement majoritaire au sein de la population carcérale. C'est pourquoi nous soulignons la nécessité de mettre en place une prise en charge adaptée de ces femmes, notamment en faisant entrer des structures spécialisées dans les établissements pénitentiaires.

