



Société

La santé des femmes détenues, un impensé parmi les impensés

Social

L'internement:
combler les trous de
la répression pénale

Discriminations

Santé des femmes
trans détenues : mieux
visible, mais effective ?

Interview

Quand le sécuritaire
cadenasse le soin
en prison

démocratie

Mensuel
du MOC-CIEP



L'internement: combler les trous de la répression pénale

La défense sociale est aujourd’hui le moyen juridique pour traiter les crimes et délits commis par des personnes jugées irresponsables de leurs actes. Cette notion prend ses origines dans une stratégie de maintien de l’ordre qui « médicalise la déviance ». Cet article dresse une généalogie de la défense sociale et de son caractère fondamentalement contradictoire, puisqu’elle tente d’unifier soin et nécessité sécuritaire dans le même processus.

En Belgique, les auteurs d’infraction atteints d’un trouble mental¹ font l’objet d’une mesure médico-judiciaire d’internement en lieu et place d’une peine. Le principe de cette trajectoire alternative à la peine remonte à une loi de défense sociale de 1930, réformée légèrement en 1964, de manière plus substantielle en 2014. On se propose ici de revenir d’abord sur le contexte d’émergence de cette loi, caractérisé, sur le plan politique, par diverses peurs sociales, et en matière scientifique, sur fond d’une nouvelle lecture du criminel comme « individu dangereux ». Après avoir exposé les grandes lignes d’une loi hybride oscillant entre soin et sécurité, on évoquera les critiques importantes dont elle a fait l’objet, avant d’évoquer la réforme de 2014 censée apporter des réponses aux manquements du régime antérieur.

La naissance d’une idéologie de défense sociale

La fin du 19^e siècle est marquée en Belgique comme dans d’autres pays européens, par la peur que suscitent les « classes laborieuses » associées à des « classes dangereuses »² et, parmi elles, certaines figures particulières incarnant une menace. La classe ouvrière, dont plusieurs membres flirtent avec une *under-class* d’individus flottants (mendiants, vagabonds, alcooliques, prostituées, anarchistes, petits délinquants d’habitude),

constitue avec ses revendications politiques et des modes d’actions insurrectionnels une menace pour un modèle productiviste et un ordre social inégalitaire que les élites souhaitent préserver³.

Pour y répondre, une double stratégie émerge, qu’explique clairement Adolphe Prins, un professeur de droit social et pénal à l’ULB, considéré comme le père de la défense sociale en Belgique : d’une part, il s’agit de penser un projet intégrateur pour la classe ouvrière, en lui octroyant divers droits sociaux et l’éloigner de la tentation révolutionnaire⁴. Le développement de l’État social répond à cette volonté. D’autre part, il s’agit de modifier une politique pénale jugée inefficace pour mieux défendre la société contre ceux qui la menacent directement—est visée ici une *under-class* d’individus « dangereux » qu’il s’agit de séparer de la classe ouvrière et dont il convient de neutraliser le danger. Comme le dit Prins, si les lois sociales ont pour priorité la conservation de l’ordre social en place, le projet pénal de défense sociale qui l’accompagne a, lui, pour but « le maintien de l’ordre » au sens policier du terme⁵.

¹ Nous n’utiliserons pas l’inclusif dans ce texte conformément à l’article initial.

² Chevalier, L. (1958). Classes laborieuses et classes dangereuses à Paris pendant la première moitié du XIX^e siècle, (*No Title*).

³ Adolphe Prins, par exemple, défend cette idée que toute société repose sur des inégalités entre les individus et que le progrès social suppose non pas la

suppression de ces inégalités mais bien l’adaptation de chaque individu à son milieu. Prins, A. (1886). *La démocratie et le régime parlementaire : étude sur le régime corporatif et la représentation des intérêts*, C. Muquardt, p. 256.

La construction sociale de cette *under-class* d’« individus dangereux » prend appui sur la naissance de la criminologie à la fin du 19^e siècle. Née dans le giron de la psychiatrie, la criminologie propose un nouveau discours de vérité sur le criminel : perçu non plus comme un individu rationnel qui fait le libre choix de commettre une infraction, mais comme un être déterminé par sa nature et/ou son environnement qui le prédisposent au crime. À ce titre, si le criminel est moins « responsable » puisque déterminé, il n’en apparaît pas moins comme porteur d’un danger social, « individu dangereux » contre lequel il faut défendre la société. Cette « anthropologisation » du criminel, qui médicalise ou psychiatrise la déviance⁶, s’impose partiellement en Belgique, relayée notamment par Adolphe Prins, pour définir les « délinquants anormaux ». Ces derniers, au rang desquels on trouve les « aliénés

⁴ Foucault, M., Baudot, A., & Couchman, J. (1978). About the concept of the “dangerous individual” in 19th-century legal psychiatry, *International journal of law and psychiatry*, 1(1), p. 3 : « dans ce développement, la psychiatrie et les psychiatres, tout comme la notion de “danger” ont joué un rôle permanent... dans ce qu’on pourrait appeler la psychiatrisation du danger criminel. »

⁵ Prins, A. (1886), *op.cit.*

⁶ Prins, A. (1910). *La défense sociale et les transformations du droit pénal* (Vol. 15), Misch et Thron.



délinquants», sont régulièrement qualifiés des «défectueux» ou des «dégénérés» et perçus comme menace à la fois pour l'évolution de la race et pour la sécurité publique⁷.

L'irruption de ce discours de défense sociale—dans un contexte de crise sécuritaire du droit pénal—débouche, dès la fin du 19^e siècle, sur un système pénal à deux têtes: d'un côté, le droit pénal classique reste en place, avec ses principes traditionnels (libre-arbitre, responsabilité, peine proportionnée et mesurée) pour les «délinquants normaux». De l'autre, il est complété, à ses marges, par des lois de défense sociale pour les «délinquants anormaux», parmi lesquels on trouve les alcooliques, les mendiants et les vagabonds, les mineurs délinquants, mais aussi les aliénés criminels, ainsi que les récidivistes et les délinquants d'habitude. Pour eux, le logiciel répressif change de nature: il est fondé non plus sur la responsabilité mais sur la dangerosité, non plus sur la quête d'une juste peine mais sur la défense de la société contre le crime. C'est cette logique sécuritaire que la loi de défense sociale de 1930 va appliquer aux «aliénés délinquants».

Les sources de la loi de «défense sociale» de 1930

En Belgique, l'introduction d'un régime spécial, complémentaire au Code pénal, pour défendre la société contre les «aliénés délinquants» est due à une loi de défense sociale à l'égard des anormaux

⁷ Prins, A. (1911).

L'évolution du patronage, *Revue de Droit Pénal et de Criminologie*, 590 ; Vervaecke, A.

(1926). La stérilisation des anormaux et criminels dangereux, *Revue de droit pénal et de criminologie*, 449-77 et 545-69.

⁸ Ce thème de la dégénérescence est largement travaillé par la psychiatrie de l'époque (Morel, 1857) et importé dans le champ de la déviance par le père fondateur de la criminologie, psychiatre lui aussi, Cesare Lombroso (Lombroso, 1888).

et des délinquants d'habitude du 9 avril 1930. À l'époque, la volonté est de trouver une réponse au «danger social» que représentent des auteurs d'infraction qui échappent à la peine et à la prison en raison de leur état mental. Le problème soulevé à l'époque est le suivant: s'ils sont reconnus «déments», ces auteurs d'infraction sont déclarés irresponsables et échappent à toute peine. Si, en raison d'un trouble mental moins important, ils sont malgré tout reconnus responsables, ils sont condamnés à des peines plus légères en raison des circonstances atténuantes que leur vaut leur déficience mentale. Dans les deux cas, le système pénal apparaît lacunaire ou «troué»: infracteurs «déments» et infracteurs «demi-fous» retrouvent assez vite la liberté. Cela alimente la peur sociale, pour deux raisons principales: d'abord, à une époque tétonnée par la peur de la dégénérescence⁸, les aliénés sont perçus comme des êtres dégénérés susceptibles de contaminer le corps social des «évolués». Ensuite, on leur reproche également d'alimenter les chiffres de la récidive, en augmentation. À cet égard, ils apparaissent aussi comme un danger pour la sécurité publique. Cette double menace justifie une mise à l'écart tant que leur état mental n'apparaît pas stabilisé.

C'est dans ce contexte que le législateur décide d'adopter la loi du 9 avril 1930. Cette loi a pour caractéristique d'englober à la fois le sort des «aliénés délinquants» (dans sa plus grande partie) et celui des récidivistes ou «délinquants d'habitude» (auquel le chapitre V de la loi est consacré). Cet amalgame relativement répond à une certaine logique puisque, à l'époque, on considère que le contingent des récidivistes est largement nourri par celui des «anormaux».

En ce qui concerne les aliénés délinquants, la loi de 1930 introduit un système d'internement: s'ils sont déclarés irresponsables sur base de l'article 71 du Code pénal, les auteurs d'infraction, déments ou dans un état grave de déséquilibre mental échappent à la peine en raison de leur état mental. Toutefois, ils pourront désormais être soumis à une «mesure de sécurité et de soin», dont la durée est indéterminée, pour autant qu'ils soient porteurs d'un «danger social»⁹. Dès l'origine, la loi poursuit un double objectif, qui se révélera difficile à concilier en pratique: défendre la société contre des «individus

dangereux», d'une part; assurer à des personnes qui sont aussi des «malades mentaux» des soins de nature à favoriser leur réinsertion dans la société, d'autre part. Le régime de l'internement tel que construit en 1930 repose sur deux grandes mesures: la *mise en observation* de la personne dans une annexe psychiatrique de prison d'abord; la *mesure d'internement*, ensuite, qui conduit la personne à être privée de liberté et placée dans une institution en principe spécialisée. Par la suite, l'interné pourra bénéficier d'un régime progressif de *libération à l'essai* et, si tout se passe bien, d'une *libération définitive* lorsque son état de santé sera suffisamment amélioré et qu'il ne représentera plus un danger. L'ensemble de la trajectoire de l'interné est supervisé par une *Commission de défense sociale*, composée d'un juge, d'un psychiatre et d'un avocat. L'internement débute donc par un placement en institution fermée. À cet effet, des «Établissements de défense sociale» (EDS), sortes «d'asiles-prison» sont prévus¹⁰. Ils seront suppléés par des «annexes psychiatriques» de prison où séjournent (encore aujourd'hui) nombre d'internés dans l'attente d'un transfert, régulièrement illusoire, vers les EDS ou d'autres établissements de soin.

Des critiques fortes sur un système «sécuritaire» où le soin est largement insuffisant

Au fil des années, et de manière nettement plus intense depuis la fin du 20^e siècle, le caractère sécuritaire de la mesure d'internement est questionné tant par les tribunaux belges que par les chercheur·es et les associations comme la Ligue belge des droits humains ou l'Observatoire international des prisons. Sont dénoncés notamment le maintien des internés dans un cadre carcéral au sein des annexes psychiatriques de prison; la violation, dans le chef des internés, de divers droits fondamentaux; le manque criant de personnel de soins ou encore les lacunes du soin réduit à de la médication. Entre 1998 et 2021, la Belgique fera aussi l'objet de condamnations répétées par la Cour européenne des droits de l'homme pour le régime de privation de liberté réservé aux internés. La Cour épingle notamment, en matière d'internement, le



mélange entre internés et détenus de droit commun au sein des annexes psychiatriques; des taux de surpopulation dans les annexes plus importants qu'ailleurs en prison; l'insuffisance du personnel de soin; la faiblesse, voire l'absence de relation thérapeutique ou encore l'absence d'activités proposées à des personnes souvent maintenues dans leur cellule¹¹. Autrement dit, le message de la CEDH est clair: le cadre carcéral des annexes psychiatriques ne permet pas d'offrir aux internés le soin qui est pourtant un des fondements de la loi de 1930. Il ne permet pas non plus d'octroyer aux internés un niveau de soin suffisant pour assurer la «régularité», aux yeux de la Convention européenne des droits de l'homme, d'une privation de liberté qui reste une exception balisée par des conditions strictes.

La réforme de 2014: faire une plus grande place au soin... en vain?

Soumises à une forte pression, les autorités belges entament une réforme substantielle du régime de l'internement. Après un premier essai non transformé en 2007¹², la loi de 1930 est modifiée par une loi du 5 mai 2014 relative à l'internement, qui entre en vigueur le 1^{er} octobre 2016. Si la philosophie d'un système oscillant (mal) entre soin et sécurité n'est pas changée, l'objectif du législateur est d'accentuer les finalités de soin et de réintégration sociale et d'atténuer la logique purement sécuritaire du système antérieur¹³. Il n'est pas possible d'entrer ici dans une description détaillée du nouveau régime introduit par la loi de 2014¹⁴. On en retiendra ceci: la mesure d'internement, si elle est prononcée, doit être précédée d'une expertise médico-légale (ce qui n'était pas nécessairement le cas auparavant). Le suivi de la mesure est désormais confié à une Chambre de protection sociale du tribunal d'application des peines (TAP), lequel remplace les anciennes «Commissions de défense sociale». On confie donc le contrôle de la trajectoire de l'interné à une instance judiciaire pour, en principe, mieux assurer le respect des droits de l'interné. La trajectoire de l'interné ne doit plus nécessairement commencer par une mesure privative de liberté en institution fermée: le parcours est plus souple et lié au «trajet de soin» de l'interné et à ce que ce trajet requiert.

Le système semble donc s'assouplir, sur papier tout au moins, dans le but de renforcer le soin et de favoriser une réintégration sociale plus rapide des personnes internées. Dans le même temps, des initiatives concrètes sont prises par les autorités publiques pour favoriser une prise en charge plus axée sur le soin et sortir du «tout carcéral». Des centres de psychiatrie légale à sécurité renforcée sont créés à Gand en 2014 et à Anvers en 2017 et cinq autres sont prévus pour l'avenir. Il s'agit, sur papier, de favoriser l'exécution de la mesure d'internement dans des structures médicales et de remédier au problème de la détention des internés dans les annexes psychiatriques de prison. De même, des équipes «trajet de soin internés» sont créées pour accompagner «dehors» les internés qui seraient libérés à l'essai, préparer leur libération définitive et les aider à se réintégrer dans la société. Cette double initiative semble bien traduire la volonté de renforcer une approche centrée plus qu'auparavant sur le soin et la réintégration.

Cependant, de la théorie à la pratique, il y a un pas. D'une part, la loi maintient la possibilité de placer des internés en annexe psychiatrique de prison dans des cas exceptionnels et, en principe, pour une durée limitée. Le résultat est que ces «exceptions» ont un effet d'aspiration, avec pour conséquence le maintien de trop nombreux internés en annexe psychiatrique. D'autre part, la création des centres de psychiatrie légale en Région flamande, qui devait contribuer à opérer un transfert des internés de la prison vers l'hôpital, n'a pas eu les effets escomptés. Après une diminution du nombre des internés détenus dans les annexes psychiatriques de prison entre 2016 et 2018, ce nombre est reparti à la hausse. La création de ces structures psychiatriques a dès lors un effet que les criminologues appellent «l'extension du filet»: plutôt que de se substituer aux annexes psychiatriques de prison, elles ont contribué à étendre l'offre de détention dans des structures fermées à caractère sécuritaire. L'hôpital fermé ne remplace pas la prison, mais s'y ajoute.

On en retiendra que créer de nouvelles structures psychiatriques fermées ne résoudra pas le problème de l'internement en annexe psychiatrique tant que ce dernier ne sera pas interdit.

Conclusion

Depuis 1930, l'internement est un système hybride qui oscille entre soin et sécurité. Le constat, très rapidement posé dès les années 1930, est que l'internement s'apparente à une peine déguisée et que la dimension sécuritaire y a très vite pris le pas sur la dimension du soin. Les choses n'ont guère évolué avec le temps et les condamnations répétées de la Cour européenne des droits de l'homme depuis 20 ans ont souligné qu'il s'agissait d'un problème «structurel»: chez nous, vu l'état des prisons et des annexes psychiatriques, le soin n'est pas véritablement possible dans un cadre carcéral. En plaçant le «trajet de soin» au cœur de son système, la loi de 2014 marque la volonté théorique de modifier l'équilibre entre sécurité et soin et de renforcer ce dernier. La construction de centres de psychiatrie légale devait favoriser ce mouvement, augmentant l'offre de prise en charge dans un cadre hospitalier et mettant fin au problème structurel de l'internement dans un cadre carcéral. En pratique, force est de constater que ce n'est pas le cas. Tant que le placement en annexes psychiatriques ne sera pas interdit, celles-ci continueront à se remplir. Et la Belgique, sans doute, à se faire condamner à Strasbourg, en raison des lacunes d'un système global qui ne fait pas assez de place au soin.

Article issu de « Psychiatrie et carcéral : l'enfermement du soin », *La Brèche* n°5, printemps 2023. La Brèche est une revue d'analyse critique sur le système carcéral, les lieux d'enfermement et leurs mondes. Infos sur <https://editionsmeteores.com/la-breche/>

¹¹ On citera, à titre d'exemple, l'arrêt Dufoort c. Belgique, 10 janvier 2013.

¹² Vandermeersch, D. (2008). La loi du 21 avril 2007 relative à l'internement des personnes atteintes d'un trouble mental, *Journal des tribunaux*, 6299, p. 117.

¹³ Anciaux, B., Cosyns, P., Dheude, J., Goyens, M., Pauwelyn, L.,

Seynnaeve, K., ... & Van Parys, T. (2015). *Internering: nieuwe interneringswet en organisatie van de zorg*, die Keure.

¹⁴ Nederlandt, O., Colette-Basencz, N., Vansillette, F., & Cartuyvels, Y. (2018). La loi du 5 mai 2014 relative à l'internement: nouvelle loi, nouveaux défis: vers une véritable politique de soins pour les internés? (No Title).



© 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 interrogé·es 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 inadaptés.

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>.

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

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

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



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 publiée 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 couteuse 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 préexiste 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'acquérir 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,

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 démunie·s 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 prémedité, 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 formé·es 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 formé·es 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.

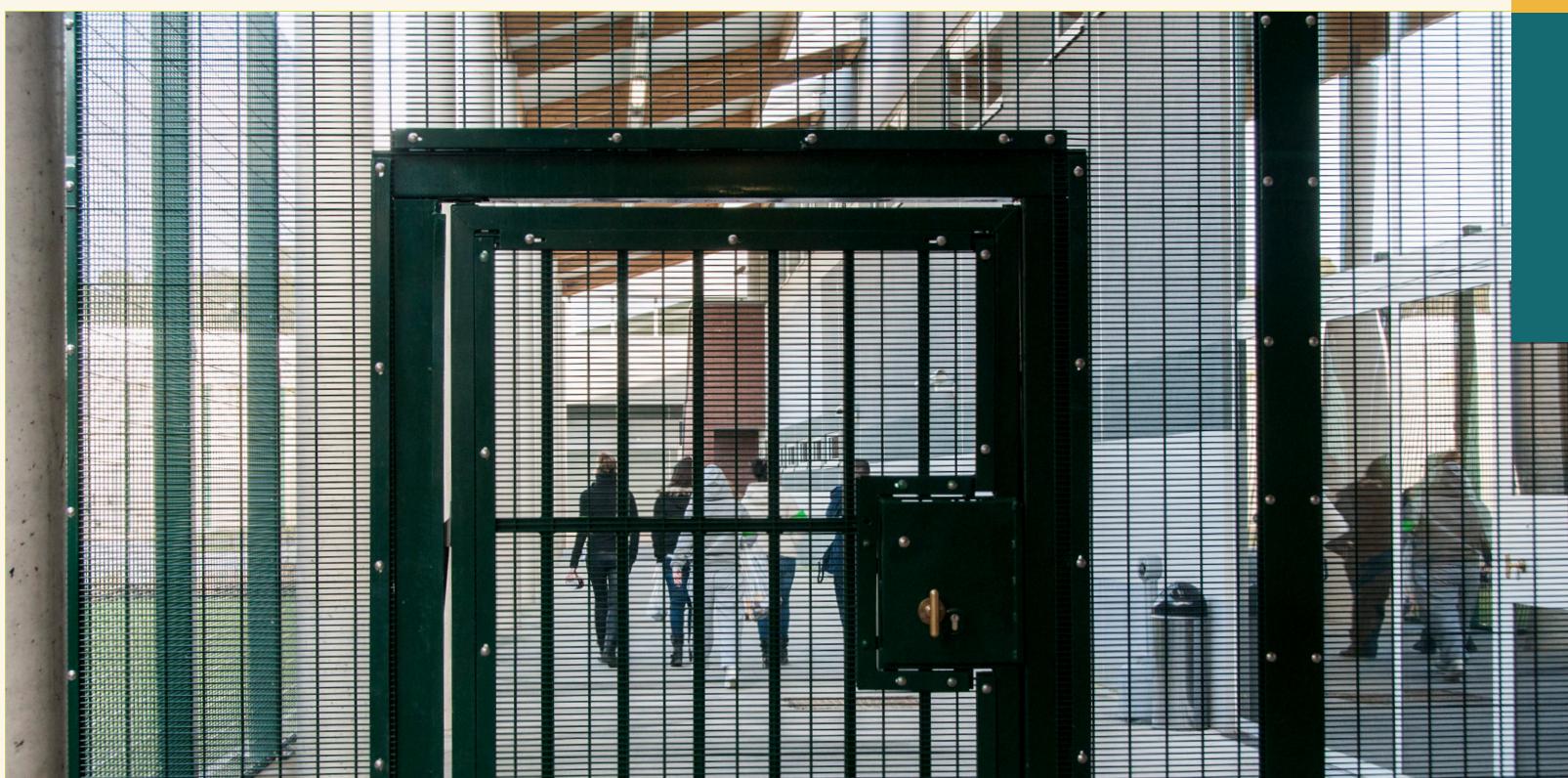
« Je voulais me faire ligaturer les trompes. On m'a dit que, comme j'étais en prison j'étais sûrement dépressive, que comme j'ai que 35 ans et que c'est irréversible,

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'ibuprofén, 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'entreprise 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».

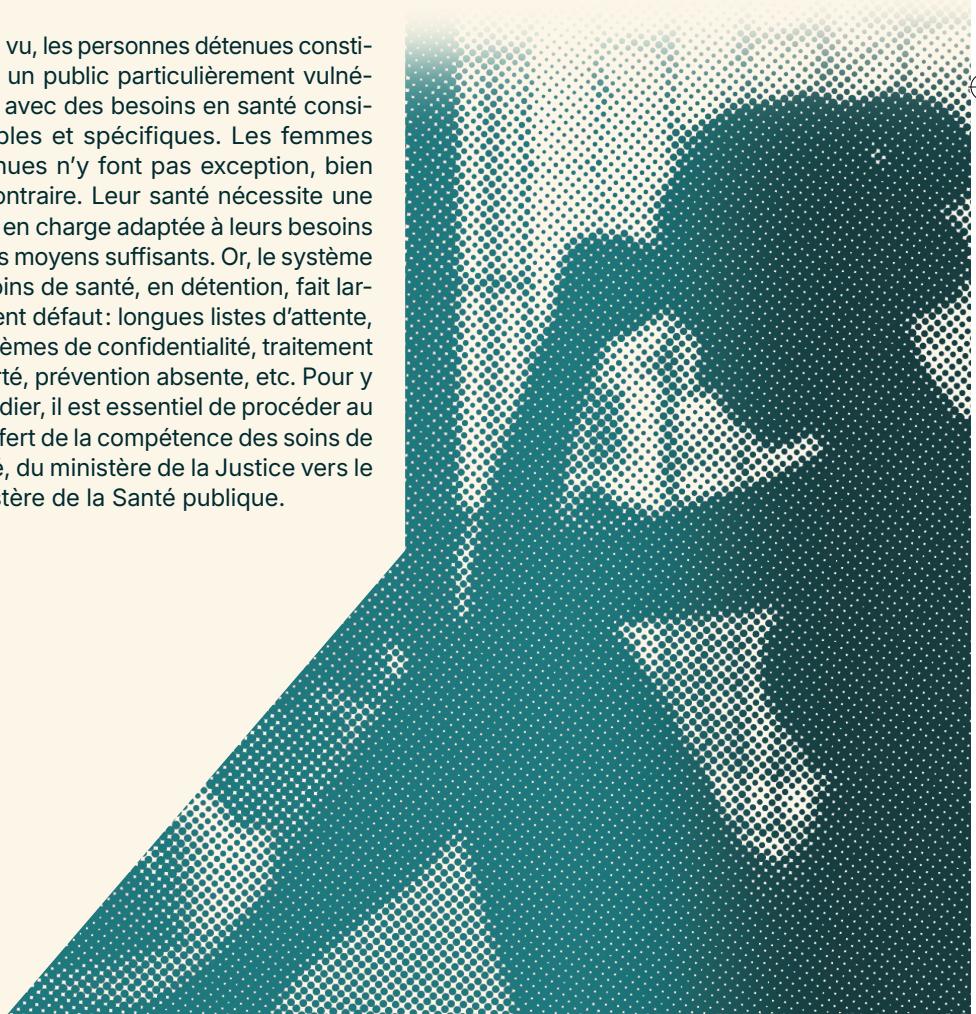
La prison n'est pas un lieu de soins. Elle peut toutefois être une opportunité de soins. L'Organisation mondiale de la Santé définit la santé de manière globale, à savoir «un état de complet bien-être physique, mental et social et [qui] ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité». 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.





La santé des femmes trans détenues : entre reconnaissance institutionnelle et contraintes systémiques

Les minorités sexuelles et de genre dans le champ carcéral connaissent une nouvelle visibilité en matière de santé. Malgré le développement de recommandations à cet égard, cet article pose la question de l'effectivité réelle des soins de santé des personnes trans détenues – et surtout des femmes trans, catégorie la mieux documentée – en articulation avec les manquements systémiques des soins de santé en milieu carcéral belge.

Depuis quelques années, la question de la santé des personnes trans incarcérées connaît une attention inédite en Europe. En Belgique, cette évolution s'est concrétisée avec les «directives concernant la prise en charge des personnes transgenres détenues» du SPF Justice et de la Direction générale des établissements pénitentiaires (DG EPI) adoptées en mars 2023, qui reconnaissent explicitement que les personnes trans ont droit à des soins de santé spécifiques et continus. Cette reconnaissance s'inscrit dans un mouvement plus large de prise en compte des minorités sexuelles et de genre dans le champ carcéral, où les femmes trans constituent, de fait, la catégorie la plus visible et la mieux documentée. En effet, très peu de données empiriques existent sur les expériences et les besoins spécifiques des personnes LGBTQIA+ au sens large, ainsi que des hommes trans et des personnes non binaires. Au vu de ces limitations, il est essentiel de reconnaître que les soins de santé concernent toutes les personnes détenues et qu'une approche trop spécifique relative à une catégorie identitaire risque d'occulter des dysfonctionnements institutionnels structurels. Cette contribution se concentre donc sur la question des soins

de santé des personnes – et en particulier des femmes-trans détenues, les situant au sein des problèmes systémiques des soins de santé procurés en milieu carcéral belge.

Une nouvelle visibilité

Les standards du Comité européen pour la prévention de la torture (CPT) d'avril 2024 concernant les personnes trans détenues constituent un exemple parlant de l'attention accrue portée à ce groupe en milieu carcéral. Le CPT recommande que les personnes trans détenues aient accès à des soins équivalents à ceux disponibles dans la société libre, incluant l'accès à des services de soins psychologiques de santé mentale, à la thérapie hormonale et, le cas échéant, à des chirurgies d'affirmation de genre¹. Dans plusieurs de ses rapports récents, le CPT souligne le principe de l'équivalence des soins à ceux disponibles en liberté, ainsi que la continuité de ceux-ci: l'incarcération ne devrait pas interrompre une prise en charge hormonale ou psychologique déjà entamée.

Ce cadre normatif trouve un écho judiciaire dans l'arrêt *W.W. c. Pologne* de la Cour européenne des droits de l'homme (CEDH)² qui a condamné l'État polonais pour avoir refusé à une femme trans détenue l'accès à ses traitements hormonaux lors de son changement de lieu de détention. La Cour a affirmé que priver une personne trans de soins nécessaires à la reconnaissance de son identité de genre constitue une violation de son droit à la vie privée, au sens de l'article 8 de la Convention

européenne des droits de l'homme (qui garantit notamment la reconnaissance légale du changement de sexe). La CEDH n'a en revanche pas retenu de violation de l'article 3 (traitement dégradant) ou de l'article 14 (discrimination) dans ce cas³. Ces références conjuguées – CEDH, CPT et directives belges – installent donc un cadre normatif et aspirationnel des droits aux soins des personnes trans incarcérées.

La difficile mise en œuvre des soins de santé pour les femmes trans en détention

Si l'évolution normative semble claire, les pratiques médicales en détention révèlent un tableau nettement plus contrasté. Les données récoltées lors de ma recherche doctorale sur les expériences et le cadre des droits humains des personnes LGBTQIA+ incarcérées en Belgique – comprenant des entretiens avec trente-deux personnes détenues, dont six personnes trans ainsi qu'avec des professionnel·les de la santé en prison et au sein de l'administration pénitentiaire belge – suggèrent des applications fortement limitées de ce cadre normatif concernant la santé des personnes trans. Ces limitations doivent être comprises dans le contexte des nombreuses problématiques auxquelles les personnes trans font face en détention, notamment celle du placement et de ses critères, de leur sécurité et de la prévalence de comportements discriminants et violents à leur égard⁴.

¹ CPT, *Prison Standard on transgender persons in prison*, extrait du 33^e rapport général CPT/Inf (2024) 16, 15-16.

³ Ganesan, D., & Köhler, R. (2024, octobre 18). *Trans people in prison and the law: Lessons from W.W. v. Poland*. Strasbourg Observers.

² *W.W. c. Pologne*, n° 31842/2011, CEDH, 11 juillet 2024.



En Belgique, conformément aux directives de 2023, les traitements hormonaux sont en principe poursuivis pendant la détention. Dans le cas (d'auto)médication provenant de circuits non officiels (internet ou marché noir), le service médical procède à une réévaluation complète, ce qui peut arrêter temporairement ou définitivement le traitement hormonal. Les difficultés se manifestent plus nettement pour les personnes non binaires ou à genre fluide, dont la trajectoire médicale est souvent discontinue: certaines interrompent et reprennent leur traitement hormonal selon leur vécu identitaire. Ces variations sont parfois sources d'incompréhension chez certains membres du personnel soignant et surveillant et d'autres personnes détenues, peu formées ou sensibilisées à ces réalités. Elles peuvent dès lors entraîner des effets secondaires conséquents pour les personnes concernées.

Il n'existe pas de suivi psychologique spécialisé en transidentité en prison et l'accès à l'information auprès des organismes spécialisés extérieurs en matière d'identité de genre est jugé difficile. Faute de confidentialité lors des appels téléphoniques, les personnes trans témoignent hésiter à aborder ces sujets sensibles. D'autre part, les numéros de contact ne sont généralement pas affichés ou sont difficilement accessibles. Sur le plan chirurgical, les directives de la DG EPI ouvrent théoriquement la possibilité de réaliser des interventions d'affirmation de genre en détention. Toutefois, aucun cas n'a encore été enregistré en Belgique jusqu'à présent. Plusieurs facteurs expliquent cette absence: le faible nombre de demandes, le cout à charge de l'administration pénitentiaire, la priorisation des soins urgents dans un contexte de pénurie médicale et l'absence d'expertise postopératoire spécialisée dans les centres pénitentiaires. En effet, l'administration pénitentiaire indique que la période postopératoire doit idéalement être écourtée afin de pouvoir réaffecter au sein de la prison le personnel surveillant présent à hôpital. Dans ces conditions, différer une chirurgie d'affirmation de genre jusqu'à la libération apparaît souvent comme une solution pragmatique, quoique non exempte de tensions. Cette logique devient problématique dans le cas de peines de longue durée pour lesquelles se pose la question du délai raisonnable pour accéder à ces soins spécialisés, révélant une perception

courante de moindre urgence concernant les soins d'affirmation de genre.

Les limites systémiques: santé carcérale et impossibilité structurelle de soins de qualité

L'analyse des soins destinés aux femmes trans doit être replacée dans le contexte général de la santé en prison, tel que l'ont récemment documenté les médecins pénitentiaires

B. Verbrugghe et W. De Ruyck⁵, ainsi que, dans la foulée, l'Ordre des médecins⁶ dans leur avis de septembre 2025. Le système de santé pénitentiaire belge y est caractérisé par son état de crise chronique, marqué par des manques de personnel, des délais excessifs, une infrastructure vétuste et des problèmes déontologiques persistants (violation du secret

médical, absence de traducteur·rices, double loyauté des médecins vis-à-vis des demandes et besoins des personnes détenues en tant que patient·es d'une part et de l'administration pénitentiaire comme leur employeur d'autre part). Les limites ne sont donc pas propres aux soins spécifiques aux personnes trans: elles découlent d'un environnement globalement pathogène, où la privation de liberté s'accompagne d'une privation de santé. La prison concentre les vulnérabilités sociales, psychiques et médicales; elle amplifie les inégalités de santé pré-existantes et entrave la continuité des soins malgré les obligations légales⁷.

Le principe de l'équivalence des soins –pourtant voulu par le législateur dans la loi de principe du 12 janvier 2005– reste lettre morte: les soins en prison demeurent inférieurs en quantité et en qualité à ceux offerts en milieu libre. L'organisation actuelle, dépendante du SPF Justice, ne dispose ni de l'expertise ni des moyens nécessaires pour répondre aux besoins complexes d'une population fragile et médicalement précarisée. Les

conséquences en sont multiples: ruptures de traitements, absence de suivi spécialisé, manque de soutien psychologique et impossibilité de prise en charge multidisciplinaire. Dans un tel cadre, même les recommandations progressistes d'institutions reconnues comme le CPT ou la DG EPI concernant la prise en charge des personnes trans peinent à se traduire concrètement. Ainsi, la situation des femmes trans détenues révèle, par effet de loupe, la crise structurelle du système pénitentiaire belge et des soins de santé en son sein. Si elles bénéficient d'une reconnaissance croissante, mais

« Il n'existe pas de suivi psychologique spécialisé en transidentité en prison et l'accès à l'information auprès des organismes spécialisés extérieurs en matière d'identité de genre est jugé difficile. »

majoritairement non contraignante, de leurs droits, la mise en œuvre de ceux-ci demeure conditionnée par l'état de crise et de pénurie qui caractérise le contexte carcéral actuel.

⁴ Vanliefde, A., & Maras, D. (2023). Au-delà de la binarité des barreaux: les expériences et la prise en charge des personnes trans détenues en Belgique. *Déviance et Société*, 47(2), 283-317.

⁵ Verbrugghe, B., & De Ruyck, W. (2025). Lichamelijke en geestelijke gezondheidszorg in Belgische gevangenissen : de alarmbel blijft luiden.

Fatik : Tijdschrift voor Strafbeleid en Gevangeniswezen, 186, 50-62; Verbrugghe, B., & Favril, L. (2023). Sociale determinanten van gezondheid en detentie. *Fatik*, 180, 6-12.

⁶ Ordre des médecins, Recommandations déontologiques pour le respect de la dignité humaine et de la qualité des soins dans les prisons, 12 septembre 2025, <https://ordomedic.be/fr/avis/deontologie/detenus/recommandations-d%C3%A9ontologiques-pour-le-respect-de-la-dignit%C3%A9-humaine-et-de-la-qualit%C3%A9-des-soins-de-sant%C3%A9-dans-les-prisons>

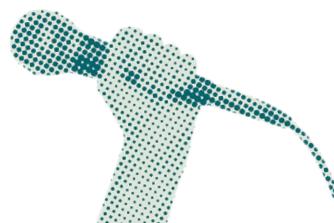
⁷ Verbrugghe, B., & De Ruyck, W. (2025). Lichamelijke en geestelijke gezondheidszorg in Belgische gevangenissen : de alarmbel blijft luiden. *Fatik*, 186, 50-62; Verbrugghe, B., & Favril, L. (2023). Sociale determinanten van gezondheid en detentie. *Fatik*, 180, 6-12.



INTERVIEW

Propos recueillis par Stéphanie Baudot, journaliste
Démocratie et France Huart, membre de l'ASBL 9m²

KRIS MEURANT	Directeur pôle Psycho-social chez Transit ASBL
	<h1>Quand le sécuritaire cadenasse le soin en prison</h1>



La santé des personnes détenues demeure un angle mort de nos politiques pénitentiaires, révélant un manque de vision et d'engagement politique. Les conséquences sont lourdes, tant pour les détenus que pour les soignants. Alors que la population

carcérale augmente et que la précarité et les troubles psychiques s'aggravent, il y a urgence d'agir pour garantir aux détenus un accès effectif à des soins de qualité, comme l'exigent les normes belges et internationales.

Aujourd'hui, la santé des détenus dépend toujours du ministère de la Justice, ce qui va à l'encontre des recommandations internationales et belges¹ qui préconisent un transfert vers la Santé publique pour garantir des soins équivalents à ceux de la société. Comment expliquer que la Belgique n'a toujours pas franchi ce cap ?

Il n'y a clairement pas de volonté politique. Le transfert vers la Santé publique représente un investissement financier conséquent, ce qui constitue un frein pour les autorités politiques. Mais ce qu'elles oublient, c'est que cet investissement permettra de faire des économies substantielles dans les soins de santé à moyen terme. Chaque soin non prodigué pour des raisons budgétaires dans l'univers carcéral se transforme en cout social et sociétal majeur par la suite. Dans les pays où la santé des détenus dépend de la Santé publique, on observe un meilleur accès aux soins pour les personnes incarcérées et l'indépendance des soignant·es y est réellement garantie. Les exemples étrangers, comme Champ-Dollon (canton de Genève, Suisse) ou la prison de Montpellier, montrent depuis des dizaines d'années que ce modèle fonctionne, même dans des contextes de surpopulation carcérale similaires à ceux de Saint-Gilles ou Haren.

N'y aurait-il pas aussi l'idée que ces personnes doivent «payer» pour leur délit ? Que c'est normal qu'elles aient moins de droits, y compris en matière de santé ?

Oui, je pense qu'il y a un peu cette idée que les gens doivent assumer et payer pour leurs actes. Mais il y a sans doute aussi une forme de crainte, du côté de la Justice, de perdre le contrôle et de ne plus pouvoir garantir la sécurité si la Santé publique prenait la main sur les soins en prison. Pourtant, l'expérience française et suisse nous montre que ce n'est pas le cas.

Dire que le problème de santé en prison est avant tout lié à la surpopulation n'est donc pas suffisant...

La surpopulation n'aide pas: elle met une pression énorme sur un système déjà fragile. Mais ce n'est pas la cause du problème. Le vrai souci, c'est la politique pénitentiaire et le choix politique de faire de la détention la réponse quasi systématique à toutes les situations délictueuses. Pendant le COVID, le taux d'incarcération a été historiquement bas et la société n'a pas été plus dangereuse. Il existe de nombreuses alternatives à l'emprisonnement, mais leur mise en œuvre exige des moyens et l'envie d'être créatif. Mettre quelqu'un en prison, c'est souvent la pire des solutions. Dans une société démocratique, on se doit de tout faire pour l'éviter. À délit équivalent, on ne finit pas tous et toutes en prison. Avoir une adresse fixe, pouvoir répondre à une convocation, montrer qu'on est insérée·e dans la société, etc. sont des gages de respectabilité qui permettent d'éviter la prison. Mais pour les personnes avec qui je travaille –les précaires, usager·ères de drogues, issu·es de parcours migratoires, avec des troubles psychologiques...– les choses sont plus compliquées. Parce qu'elles sont à la rue, sans papiers, sans ressources, avec un casier..., elles finissent plus vite sous les barreaux. Je ne minimise pas leurs actes, mais une fois en prison, leur situation ne fait qu'empirer. Attention, précisons tout de même qu'il y a une grande variabilité entre les prisons et aussi au niveau des soins : Saint-Gilles n'est pas Marche.

Voyez-vous des évolutions ces dernières années ?

Oui. On constate qu'en quinze ou vingt ans, ce qui faisait la force de la Belgique –un filet de sécurité sociale solide, avec des mailles serrées– a été sérieusement abîmé. Si certaines personnes n'étaient pas à la rue, elles ne seraient peut-être pas en prison et elles

¹ Voir les recommandations du Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé (KCE) à ce propos : Mistiaen, P., Dauvin, M., Eyssen, M., Roberfroid, D., San Miguel, L., & Vinck, I. (2017). *Soins de santé dans les prisons belges : situation actuelle et scénarios pour le futur* (KCE Report 293Bs). Centre fédéral d'expertise des soins de santé (KCE). https://kce.fgov.be/sites/default/files/2021-11/KCE_293Bs_Soins_de_sante_prisons_belge_Synthese.pdf



Procurer des soins de qualité en prison

Pour assurer la qualité des soins en prison, les *United Nations Standard Minimum Rules for the Treatment of Prisoners* (2015) –aussi appelées «Mandela Rules» –édicte trois grands principes: l'équivalence des soins par rapport à ceux prodigés dans la société, la continuité des soins et l'indépendance des prestataires de soins dans leur travail clinique. Ces trois principes figurent explicitement dans la loi belge dite « loi de principes de 2005 ». Toutefois, en l'absence d'arrêté d'exécution, la continuité des soins reste largement théorique.

ne seraient probablement pas non plus dans un tel mauvais état de santé. Depuis le COVID, malgré un tissu associatif très dense, surtout à Bruxelles, on a vu davantage de gens tomber et on n'arrive plus à mobiliser des solutions durables. Tout est saturé: centres d'accueil, maisons d'accueil, hôpitaux... La «crise» de l'accueil est venue encore aggraver la situation. Quand j'ai commencé à travailler, une personne en galère pouvait encore trouver des solutions entre deux logements. Aujourd'hui, si on est allocataire social-e, avec un parcours cabossé, on ne retrouve plus de logement dans les grandes villes. C'est devenu impossible.

Comment répondre à des besoins aussi massifs, dans un contexte de surpopulation carcérale, avec un personnel soignant en sous-effectif ?

Même avec toute la bonne volonté du monde, les soignant-es sont contraint-es de prioriser les urgences. Si un médecin estime qu'un examen est nécessaire, il faut que le personnel pénitentiaire organise la sortie vers le centre médical. Parfois, l'examen est reporté, puis reprogrammé avec des délais de plusieurs mois, puis annulé à cause d'une grève. Les soignant-es font ce qu'ils-elles peuvent mais ils-elles sont souvent pris-es dans un conflit de loyauté, entre leur employeur (l'administration pénitentiaire) et leurs patient-es. Tant que les soins dépendront de la Justice, ce conflit existera. On voit des soignant-es partir, tant le contexte est dé-létère. Ceux qui restent, comme le dit la docteure Lise Meunier, entrent dans un processus de «zombification». Ils-elles sont broyé-es par un système qui les empêche d'exercer leur métier comme ils-elles le voudraient. Ils-elles perdent l'énergie et petit à petit, le sécuritaire prend le pas sur le soin.

Comment concrètement se passe la continuité des soins à la sortie de prison ?

Elle ne se passe tout simplement pas. Tout est compliqué à la sortie de prison. Le cadre légal considère le temps passé en prison comme un temps *hors* société. Si vous êtes allocataire social-e avant votre incarcération, vos droits sont suspendus

pendant la détention. Et à la sortie, rien n'est automatiquement réactivé, quelle que soit la durée de la détention. Les personnes qui étaient déjà en situation de précarité ou qui n'étaient pas en ordre administrativement en entrant le sont

tout autant –voire plus– en sortant. La loi organique des CPAS de 1976 prévoit qu'un-e demandeur-se d'aide sociale reçoive une réponse dans un délai *maximum* d'un mois. Mais pour une personne qui sort de prison, elle doit parfois attendre jusqu'à deux mois avant de percevoir le Revenu d'intégration sociale (RIS). Pendant ce temps-là, elle est livrée à elle-même, doit subvenir seule à ses besoins, sans ressources. Et on lui demande de ne pas récidiver... Pour éviter ce type de situation, nous défendons l'idée d'assurer, pour chaque personne sortant de prison,

l'activation automatique de ses droits dès le jour de sa sortie. À l'ASBL Transit, nous sommes réellement coincés pour activer des aides parce qu'à un moment donné, tout devient payant. Notre centre d'accueil d'urgence permet un hébergement gratuit de treize jours. Le projet pilote de continuité de soins «72 h» lancé en 2010² permet à toute personne sortant d'une prison bruxelloise et passant par Transit de recevoir 72 heures de traitement en main. On prend en charge le cout du traitement le temps de remettre la personne en ordre sur le plan administratif et social.

Si on part du postulat que la prison est le reflet de notre société, comment la définiriez-vous ?

La Belgique s'est longtemps présentée comme un pays attaché aux droits humains. Mais aujourd'hui, lorsqu'on voit comment on traite les gens, nous pouvons dire que notre société est maltraitante, surtout envers celles et ceux qui ont le plus besoin d'aide. On est passé d'une logique d'aide à une logique d'activation et de contrôle. On stigmatise, on individualise, on

fait porter aux personnes la responsabilité de leur situation. Ces stratégies détruisent. Il est très difficile de se reconstruire quand on a intégré cette culpabilité. Heureusement, en prison, il y a des hommes et des femmes –du côté des directions, des agent-es, des soignant-es, des associations – qui créent de vraies bulles d'air dans un quotidien

très sombre, pour les personnes détenues, mais aussi pour les professionnel-les.

On a parfois du mal à se représenter combien de personnes passent par la prison. Parmi elles, il y a une forte représentativité de personnes souffrant de troubles psychiques. Avez-vous des données chiffrées ?

Ces dernières années, le nombre de personnes internées ne cesse d'augmenter. Est-ce parce que la santé mentale de la population se dégrade ? Ou parce que les décisions sont prises avec un autre regard ? Je ne sais pas. Mais je constate, notamment chez les usager-ères de drogues, une vraie détérioration de la santé mentale, liée à des conditions de vie qui ne permettent tout simplement pas de tenir le coup. Ces personnes ont besoin d'une attention particulière, en prison comme en dehors. Et surtout, il faut comprendre que, pour certaines, c'est le contexte qui les rend malades. Si on change

² <https://atsp.be/2015/12/08/focus-projet-transit-de-continuite-des-soins-de-72-heures-pour-les-ex-detenus/#more-372>



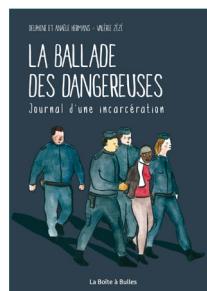
ce contexte, alors les choses peuvent vraiment s'améliorer. Le KCE avait calculé qu'en 2017³, environ 25 000 personnes avaient passé au moins une nuit en prison en Belgique. C'est bien plus que les 11 000 détenu·es présent·es en moyenne dans les 35 établissements pénitentiaires. Et pour près de 80 % d'entre elles, une prescription de médicaments a été rédigée, majoritairement des psychotropes. Dans le dernier rapport du Conseil de l'Europe, la Belgique figurait tristement parmi les pays avec le plus fort taux d'incarcération pour des faits liés aux drogues. On parlait de deux tiers des personnes incarcérées. Même sans chiffre exact, sur le terrain, on voit bien que la consommation de drogues est omniprésente en prison et la demande de soins est énorme. Vu le nombre de personnes concernées par des troubles liés à la consommation ou à la santé mentale, il est impensable qu'il n'y ait pas une stratégie massive de prise en charge des addictions en prison.

Dans ce contexte, le fait qu'il n'y ait toujours pas de programme de réduction des risques (RDR) en prison semble incompréhensible...

Tout à fait. Depuis la fin du COVID, on a vu une explosion du phénomène du crack, notamment à Bruxelles. Et cette crise traverse les murs des prisons. L'ASBL Transit et ses partenaires⁴ ont mené pendant dix ans un projet de RDR à la prison de Forest. Actuellement, le projet PIRATE⁵ (Projet d'information en réduction des risques, assuétudes, traitements et échanges de pratiques) est développé à Saint-Gilles et à l'unité femmes de Haren. Ce que Transit demande depuis des années, c'est de pouvoir mener un vrai programme de RDR en prison avec un échange de matériel stérile (pipes à crack, seringues), comme en société où elle est reconnue comme une stratégie de soins. En Suisse, elle a largement fait ses preuves depuis 40 ans. Si on considère que la RDR est une approche de soins, et qu'on applique le principe d'équivalence entre la société et la prison, alors il est en effet incompréhensible qu'on ne puisse pas la mettre en œuvre en détention. Et si la loi de 2005 avait ses arrêtés d'exécution, on pourrait s'appuyer juridiquement dessus pour dénoncer cette incohérence.

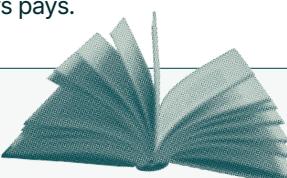
Quels sont les freins à la RDR en prison ?

La Justice voit encore la RDR en prison comme un facteur de danger: elle y associe un risque accru pour la sécurité et un encouragement à consommer. Quand des programmes d'échange de seringues ont été mis en place, les agent·es pénitentiaires ont souvent été les premier·ères à s'y opposer, par peur d'être agressé·es. Pourtant, ces attaques n'ont jamais été recensées dans les prisons où ces dispositifs existent. Et une fois en place, tout le monde-détenu·es comme agent·es-constate une pacification autour de ces dispositifs. La prison de Montpellier est la seule prison européenne à avoir réussi un pari fou de ce point de vue-là.



Sur la table de Kris Meurant

La balade des dangereuses de Delphine et Anaële Hermans retrace, à travers le récit de ZéZé Valérie, une réalité que nous connaissons trop bien: la rue, la consommation, les galères, la prison... Ce témoignage poignant sur la vie carcérale ne se contente pas de décrire la dureté du quotidien en prison; il porte aussi un message d'espoir et de transformation.



Le médecin responsable, Fadi Meroueh, combine tout un éventail de stratégies de soins: dépistage systématique du VIH et de l'hépatite C à l'entrée, mise sous traitement rapide en cas de réaction à cette dernière, échange de matériel stérile, traitements de substitution... En cumulant ces stratégies depuis dix ans, cette prison affiche un taux de prévalence de l'hépatite C de zéro. Un exemple à suivre...

En Belgique, on dépiste, mais on ne traite pas forcément l'hépatite C. Pourquoi ?

3 Mistiaen, Dauvrin, Eyssen, Roberfroid, San Miguel, & Vinck, 2017.

4 I.Care, Cap-ITI, MOVE, L'ambu-forest, le projet Lama, Alias, Modus Vivendi, le réseau HVC...

5 https://mcusercontent.com/3af-d36747a901aff-68de269d1/files/d0fb9e54-0752-5f05-8467-30284018a35d/Brégraves_de_comptoir_N154_Edito_Projet_PIRATE.pdf

Le traitement contre l'hépatite C est aujourd'hui efficace. Il se déroule sur plusieurs mois. Mais il est aussi très coûteux. Si vous êtes dépisté·e positif·ve à l'hépatite C en société, vous serez traité·e, quel que soit le cout. En prison, si votre peine est inférieure à un an, vous n'y avez pas droit. Pourquoi? Parce qu'on craint que le traitement ne soit pas poursuivi après la libération. Il est temps d'en finir avec ces considérations financières ou idéologiques fondées sur l'idée qu'un·e détenu·e ne peut pas comprendre ce qui est bon pour lui·elle. Si on lui donne les clés pour aller mieux, il·elle les prendra. La Belgique s'est engagée auprès de l'OMS à éradiquer l'hépatite C d'ici 2030. Pour tenir cet engagement, elle devra revoir sa stratégie. Car un·e détenu·e non soigné·e aujourd'hui peut devenir vecteur de transmission demain. La santé en prison, c'est aussi une question de santé publique.

Vous avez récemment lancé un réseau pour renforcer la réduction des risques et le dépistage de l'hépatite C en milieu carcéral. Quels objectifs concrets poursuivez-vous ?

Ce réseau s'appelle *Unlock*. Il vise à fédérer les partenaires associatifs bruxellois actifs en RDR-en société ou en prison-pour défendre un paradigme commun, et à terme, créer un réseau national avec les partenaires flamands, wallons et bruxellois. Nous voulons créer une rencontre entre la Justice, la Santé publique-qui n'a pas cette compétence officiellement, mais qui symboliquement doit être là- et les trois régions, qui, elles, ont la compétence de la RDR en société. Le plaidoyer de *Unlock* comprend plusieurs axes concrets: le développement de la réduction des risques en prison; le rappel de l'absolue nécessité de proposer un dépistage systématique de l'hépatite C aux personnes détenues, et de les traiter; la formation du personnel pénitentiaire à ces paradigmes et l'introduction de la naloxone-remède contre les overdoses d'opiacés-sous forme de spray, déjà disponible sous cette forme dans plusieurs pays.



Tribune

L'actualité en mouvement

ÉLISE DERROITTE
Vice-présidente de
la Mutualité chrétienne

Le «prendre soin» comme condition de la vie démocratique

Dans les moments de crise, nous mesurons pleinement à quel point nous dépendons les un·es des autres. Ces situations révèlent la nécessité vitale de dispositifs de solidarité certes robustes, mais avant tout humains. La crise du COVID nous l'a montré de manière éclatante, en mettant en lumière les failles de nos structures, mais aussi et surtout notre dépendance essentielle aux lieux de sociabilisation, de liens et de soin.

Et pourtant, la société individualiste que nous connaissons tend toujours plus à nier cette évidence. Trop souvent, les organisations, les dispositifs, les événements, les personnes, les actes qui reposent sur le fait de prendre soin sont discrédités, méprisés, négligés, ou sous-financés. Les investissements en soins de santé deviennent la variable d'ajustement du budget fédéral dans lequel les 900 millions d'économies prévues en 2026 sont considérés comme insuffisants par certains négociateurs; le personnel soignant est invisibilisé; les ASBL qui suppléent les pouvoirs publics dans leurs missions de solidarité perdent leur financement. On assiste à une inversion de la responsabilité où les acteurs et actrices qui prennent en charge l'organisation du commun se voient accusé·es de profiter des moyens publics alors même qu'elles déchargent le public de l'obligation de fournir ces dispositifs. Et lorsque, dans des parenthèses trop rares, ces engagements de tous les instants sont mis en valeur, c'est sous l'angle de l'exceptionnel, sous la lumière des projecteurs des levées de fonds télévisées, ou des applaudissements aux fenêtres.

Le récit dominant semble obnubilé par la responsabilité individuelle: celle de trouver quelqu'un pour garder ses enfants, pour s'occuper de ses parents, celle de trouver du temps et des moyens pour prendre soin de la planète, pour s'investir

dans des projets, tout en travaillant à temps plein et sans jamais tomber malade. Une telle vision est une vue de l'esprit. Toutes les tâches du soin ne disparaissent pas sous prétexte qu'on les trouve insignifiantes. Au contraire, elles se déportent sur des individus plus vulnérables. En ce sens, revaloriser le soin, c'est aussi redonner une place au sein de l'espace démocratique à celles et ceux qui exercent le soin: les professionnel·les de santé, les aidant·es proches, les parents, les travailleur·ses migrant·es, les puéricultrices, les aides familiales, les aides ménagères... Toutes ces personnes travaillant tant sur le plan formel qu'informel participent à faire tenir le monde debout. Ce sont elles aussi qui alimentent massivement les statistiques de l'incapacité de travail, car elles s'épuisent dans un lourd travail qui n'est ni reconnu ni valorisé. Reconnaître l'importance sociétale du soin, telle est l'ambition de Caruna¹, le grand projet participatif lancé par la Mutualité chrétienne. À travers celui-ci, nous entendons développer une vision de société structurante, dont le cœur est le fait de prendre de soin des autres. Parce que nous sommes convaincu·es que le soin dispose d'une puissance politique sur laquelle nous pouvons nous appuyer pour dépasser les logiques économiques, contractuelles, technocratiques ou désincarnées, et assumer pleinement les liens qui nous relient.

Le chantier est énorme, et à contrecourant. Si le «prendre soin» devient le cœur d'un récit fort, cela ne pourra se faire qu'en tenant compte des systèmes de domination qui traversent notre société-patriarcat, validisme, racisme, classisme. De même, le prendre soin est impossible dans un monde invivable, ravagé par les vagues de chaleur, les dérèglements climatiques et la pollution de notre environnement. Si nous voulons préserver la vitalité démocratique, nous devons reconnaître le "prendre soin" comme un acte politique majeur et lui donner les moyens de transformer nos structures.

¹ Caruna, c'est plus de 1000 citoyennes et citoyens qui vont se réunir pour prendre des résolutions dans tous ces domaines, afin de les traduire dans leur vie, sur leurs terrains, et de les porter plus loin dans un mouvement collectif.
www.caruna.be/fr

Comité de rédaction

Oleg Bernaz, Dominique Decoux, Ariane Estenne, France Huart, Julien Gras, Antoinette Maia, Jean Matthys, Thomas Miessen, Anne-France Mordant, Véronique Oruba, François Reman, Nabil Sheikh Hassan, Svetlana Sholokhova, Christine Steinbach, Tatiana Willems

Correctrice

Claudine Lienard

Rédactrice en chef

Stéphanie Baudot

Journaliste

Manon Legrand

Secrétariat

Lysiane Mettens

Refonte graphique

Switch asbl

Collage Dossier

© Elsa Kbaier

Photo Une

© Sébastien Van Mallegem

Éditrice responsable

Dominique Decoux - Centre d'information et d'éducation populaire du MOC (CIEP ASBL)
BP50-1031 Bruxelles.

Pour recevoir
démocratie

25€ /12 numéros

20€ /an par domiciliation

Pour les virements:

BE95 7995 8743 7658
(mention «démocratie»)

Pour demander un avis de domiciliation:

02 246 38 43
lysiane.mettens@ciep.be

Retrouvez-nous aussi sur:
www.revue-democratie.be

Écrivez-nous:
democratie@moc.be