

**LA SANTÉ ET LA PROMOTION DE LA SANTÉ  
DES PERSONNES DÉTENUES EN MILIEU CARCÉRAL**

**Véronique  
SALVI**

 **Namur  
Octobre  
2016**

**Rapport parlementaire**

à la demande du Ministre des Travaux publics, de la Santé, de  
l'Action sociale et du Patrimoine, Monsieur Maxime Prévot.

Je tiens à adresser mes plus sincères remerciements à l'ensemble de l'équipe de l'ASBL Education pour la Santé (SES) emmenée par Mme Quinet-Ledocte; pour leurs conseils, leur connaissance aigüe du terrain et leur accompagnement tout au long des visites des établissements pénitentiaires; ainsi qu'à l'ASBL Modus Vivendi.

Merci aux directions des prisons d'Andenne, Jamioulx, Lantin, Leuze-en-Hainaut, Marche-en-Famenne, Namur et Tournai. Elles m'ont permis une immersion totale et sans tabou dans le monde carcéral. Merci aussi aux équipes médicales, aux assistants de surveillance pénitentiaire, à l'ensemble du personnel et aux membres des Commissions de Surveillance des établissements pénitentiaires.

Merci au Professeur Hans Wolf, Chef du service médical de la prison de Champ-Dollon (Genève) et à son directeur, Monsieur Franziskakis Constantin pour leur accueil et le partage de leur expérience suisse en toute transparence.

Merci au Docteur Paul Gourdin de m'avoir éclairée si justement sur sa vision du milieu pénitentiaire tout au long de ses années de service.

Enfin, tous mes remerciements vont à mon équipe et plus particulièrement à ma collaboratrice Joannie Hocquet pour sa patience, son écoute et sa présence tout au long de ce projet.

# TABLE DES MATIÈRES

<b>TABLE DES MATIÈRES</b>	<b>3</b>
<b>INTRODUCTION</b>	<b>5</b>
<b>LE CADRE JURIDIQUE RELATIF AU DROIT AUX SOINS DE SANTÉ DES PERSONNES DÉTENUES</b>	<b>8</b>
A. LES PRINCIPES INTERNATIONAUX EN MATIÈRE DE SOINS DE SANTÉ.	8
B. LE CADRE JURIDIQUE BELGE	10
1. La loi relative aux droits du patient (annexe 1)	10
2. La Loi de principes du 12 janvier 2005 ou Loi Dupont concernant l'administration pénitentiaire ainsi que le statut juridique des détenus (annexe 2)	11
3. Droits des détenus en matière de santé	13
4. Et la prévention dans tout ça ? Quel cadre réglementaire ?	15
<b>LA POPULATION ÉVOLUANT DANS LA SPHÈRE PÉNITENTIAIRE</b>	<b>18</b>
A. LES DÉTENUS	18
B. LE PERSONNEL PÉNITENTIAIRE ET SES COMPOSANTES	21
1. Les équipes médicales	21
2. Le service médical et son fonctionnement	23
3. Les annexes psychiatriques	24
4. Les centres médico-chirurgicaux (CMC)	26
<b>LE CONTEXTE SANITAIRE</b>	<b>28</b>
A. LA SANTÉ DES DÉTENUS	28
1. Sida/IST et maladies transmissibles	29
2. L'environnement carcéral	30
3. L'alimentation	31
4. Drogues et assuétudes	32
5. Problématique de santé mentale	34

# TABLE DES MATIÈRES (SUITE)

<b>UN EXEMPLE À L'ÉTRANGER: LA VISITE DE LA PRISON DE CHAMP-DOLLON</b>	<b>36</b>
A. ORGANISATION DU VOLET MÉDICAL DE CHAMP-DOLLON	36
B. POURQUOI EST-IL IMPORTANT DE TENIR COMPTE DU MODÈLE DE CHAMP-DOLLON?	37
C. LES AVANTAGES D'UN TEL SYSTÈME	37
D. LES INCONVÉNIENTS	38
<b>CONCLUSION</b>	<b>39</b>
<b>ANNEXES</b>	<b>41</b>
A. ANNEXE 1: LA LOI RELATIVE AUX DROITS DU PATIENT DU 22 AOÛT 2002	41
B. ANNEXE 2: LA LOI DE PRINCIPES DU 12 JANVIER 2005 (CHAPITRE SANTÉ)	49
C. ANNEXE 3: TÉMOIGNAGES DE DÉTENUS EN WALLONIE	53
D. ANNEXE 4: LES TOURNÉES FRANCOPHONES VERS LES CMC	58
E. ANNEXE 5: LE BILAN INFIRMIER D'ENTRÉE EN DÉTENTION DE LA PRISON DE CHAMP-DOLLON	60
<b>TRAVAUX CITES</b>	<b>63</b>

# INTRODUCTION

A la demande du Gouvernement wallon et de son Ministre de l'Action sociale, Monsieur Maxime Prévot, j'ai été chargée de rédiger ce rapport relatif à l'accompagnement des personnes détenues dans le milieu carcéral de Wallonie, en matière de santé et de promotion à la santé.

C'est une expérience unique de pouvoir se plonger dans le monde carcéral. Ce monde si souvent décrié, empli de préjugés et qu'on connaît in fine très peu, sauf pour ceux qui y travaillent ou qui le fréquentent de l'intérieur.

Ce monde qui m'était inconnu, j'y suis entrée sur la pointe des pieds mais néanmoins accompagnée du Service Education pour la Santé (SES) et Modus Vivendi. Deux ASBL très bien implantées au sein du milieu carcéral en Wallonie et à Bruxelles et qui travaillent sur divers projets liés à la promotion de la santé.

Il est difficile de rédiger un rapport sans vivre la situation de l'intérieur, en s'y imprégnant, en rencontrant les directions, les services médicaux, les infirmiers(es), les médecins mais aussi les personnes détenues et les assistants de surveillance pénitentiaire sans oublier, quand cela était possible, les commissions de surveillance des établissements pénitentiaires.

Au-delà des chiffres et des statistiques que vous retrouverez tout au long de ce rapport et qui étayaient mes propos, j'ai tenté avant tout de mettre en évidence des réalités de vie insoupçonnées. En effet, il me semblait inconcevable de formuler des recommandations en matière de santé et de promotion de la santé en faisant abstraction du milieu carcéral dans sa globalité.

Les questions de surpopulation, d'hygiène, de formation, d'alimentation, d'effectifs... ont fait partie de toutes mes visites.

De Jamioulx à Lantin en passant par les nouvelles prisons de Leuze-en-Hainaut et de Marche-en-Famenne, sans oublier Namur, Tournai et Andenne, j'ai visité les cellules, les cachots, les annexes psychiatriques, les ateliers de formation, les infirmeries, les cabinets de consultations afin de tenter de comprendre et d'apporter modestement des recommandations cohérentes.

Ma rencontre avec le personnel pénitentiaire et médical de la prison de Champ-Dollon à Genève m'a permis d'ouvrir les yeux sur un système carcéral et médical différent du nôtre, une approche différenciée qui mériterait une attention particulière de nos autorités politiques.

Cette plongée au cœur de notre système carcéral a mis également en évidence cette question basique mais ô combien essentielle : que souhaite la société comme système carcéral ?

Le taux de récidive élevé, quatre détenus sur dix, m'a fait au départ me poser cette question : Que voulons-nous ? Un système d'enfermement qui se veut une parenthèse dans la vie d'un homme ? « Tu as commis un délit, tu es enfermé, tu purges ta peine et un jour tu sortiras ». Sans nous préoccuper de l'après...ou un système qui travaille tout au long de l'enfermement à une réinsertion possible, à une prise de conscience, à un accompagnement vers la sortie où l'aspect de l'éducation d'une population précarisée pourrait faire partie du quotidien ?

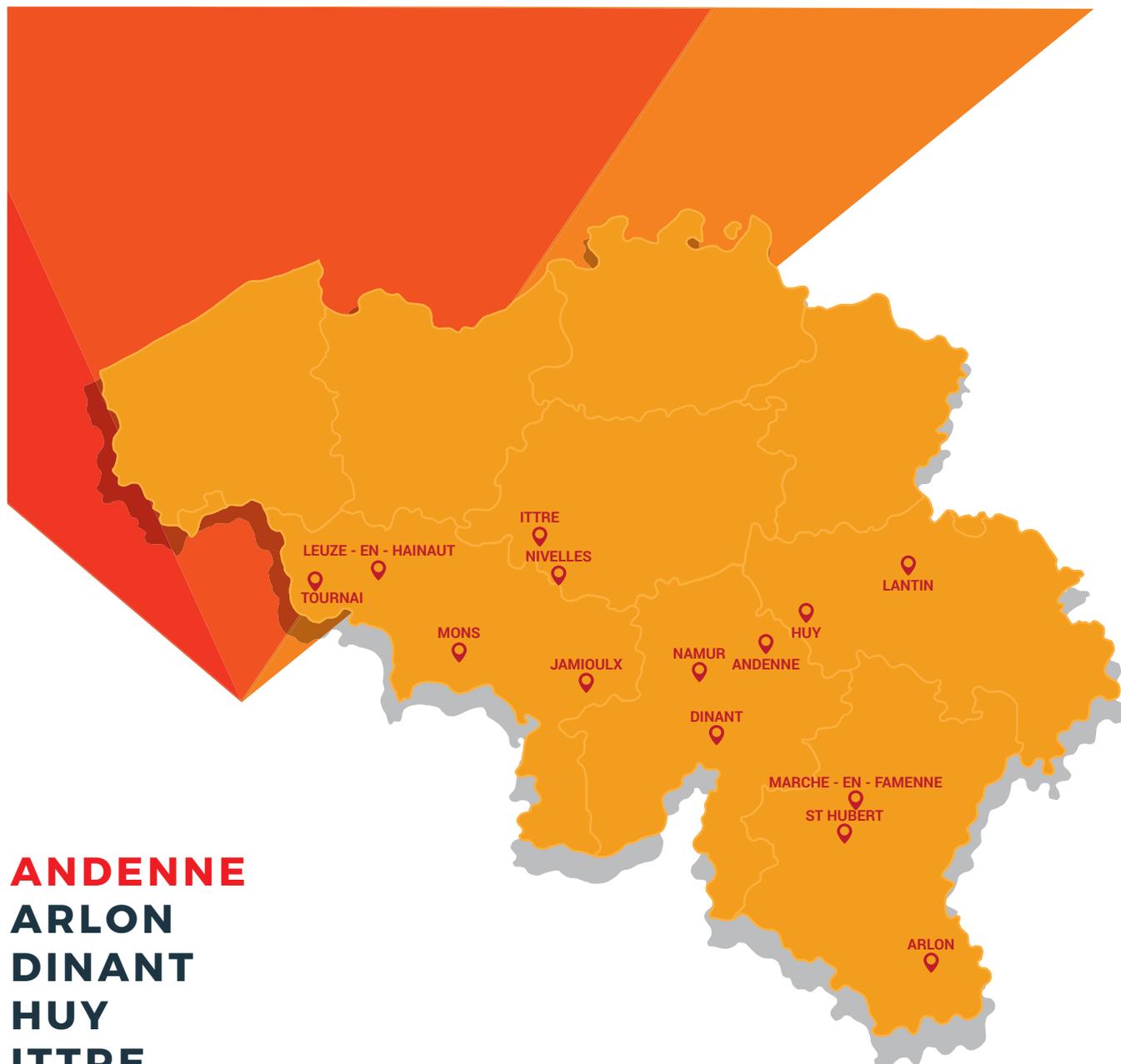
Vaste question qui, dès le départ, met en lumière la question des budgets et des moyens, mais qui reste à mon sens une clef de voûte essentielle de l'action future.

Les actions de grève menées durant le mois de mai 2016 en sont le triste constat. Diminuer le budget actuel consacré au monde carcéral ne pourra qu'accentuer un peu plus les conclusions que j'ai eu l'occasion de tirer.



**« LES BRUITS DES CLÉS, LES CRIS, LES CONFLITS, LES ALERTES MÉDICALES, LES GENS QUI PARLENT, À LA FIN ON N'EN PEUT PLUS »**

Témoignage d'un détenu lors d'actions du SES



**ANDENNE**  
**ARLON**  
**DINANT**  
**HUY**  
**ITTRE**  
**JAMIOULX**  
**LANTIN**  
**LEUZE-EN-HAINAUT**  
**MARCHE-EN-FAMENNE**  
**MONS**  
**NAMUR**  
**NIVELLES**  
**SAINT- HUBERT**  
**TOURNAI**

**PRISONS VISITÉES**

# LE CADRE JURIDIQUE RELATIF AU DROIT AUX SOINS DE SANTÉ DES PERSONNES DÉTENUES

## A. LES PRINCIPES INTERNATIONAUX EN MATIÈRE DE SOINS DE SANTÉ

En 1982, les Nations Unies promulguent une résolution qui indique que les détenus ont droit à des soins de santé identiques à ceux des citoyens libres et les prestataires de soins intervenant dans un milieu carcéral ne peuvent agir que sur base de critères médicaux. C'est donc cette résolution qui est à la base des règles édictées par le Conseil de l'Europe en matière de soins pour les détenus.

Le 11 janvier 2006, le Comité des Ministres du Conseil de l'Europe a adopté l'European Prison Rules (EPR)<sup>1</sup>. Ces règles ont le statut de recommandations pour l'ensemble des gouvernements nationaux. Elles reconnaissent une série de droits minimaux aux détenus.

Par ailleurs, l'un des objectifs poursuivis par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) est: des soins de qualité pour les détenus identiques à ceux de la société libre<sup>2</sup>, et ce, conformément aux grands principes repris dans les textes de base que sont : la Déclaration Universelle des Droits de l'Homme<sup>3</sup>, la Convention des Nations Unies concernant les droits des personnes avec un handicap, la Convention européenne des Droits de l'Homme, le Pacte international relatif aux droits civils et politiques<sup>4</sup>.

Le bureau régional de l'OMS en Europe possède depuis 1995 un programme spécifique pour les soins de santé en prison. Son objectif premier est d'intégrer les soins de santé des prisons DANS les soins de santé publique. Ce principe d'intégration est de plus en plus avancé par l'OMS.

En Belgique, à l'heure où je rédige ces lignes, les soins de santé en prison font toujours partie intégrante du SPF Justice.

Actuellement, il en va de l'honnêteté intellectuelle de mettre en avant que le Ministre de la Justice a chargé une équipe de chercheurs du Centre fédéral d'Expertise des Soins de Santé (KCE) d'étudier la faisabilité de cette opération; allant dès lors dans le sens de la recommandation également mise en avant dans le

<sup>1</sup> Council of Europe (11 January 2006). « Recommendation Rec(2006)2 of the Committee of Ministers to member states on the European Prison Rules ». Retrieved 20 October 2013.

<sup>2</sup> En vertu d'une résolution des Nations Unies de 1982, les détenus ont droit à des soins de santé équivalents à ceux d'autres habitants et les médecins dans les prisons ne peuvent agir qu'en vertu de critères médicaux.

<sup>3</sup> Nations Unies, 1948.

<sup>4</sup> Pacte international relatif aux droits civils et politiques - PIDCP (1966, approuvé par la loi du 15 mai 1981, MB, 06 juillet 1983).

Memorandum 2014 du groupe de réflexion « Soins et détention » intitulé « Vers des soins de santé à part entière pour les détenus et les internés en Belgique ». Cette équipe est composée de prestataires de soins, de fonctionnaires, d'experts et de scientifiques provenant de différents horizons concernés par la problématique abordée.

Dans le dernier rapport annuel 2015 de la Direction générale des Etablissements pénitentiaires (DGEPI), le Ministre de la Justice clôture son intervention par ces quelques lignes : « Au cours des années écoulées, des initiatives ont été prises dans notre pays afin d'améliorer les soins de santé aux détenus. Malgré les efforts consentis par les prestataires de soins, les directions pénitentiaires et le personnel pénitentiaire afin d'accroître la qualité de vie au sein des prisons, il s'avère que les soins de santé y demeurent insuffisants. Lorsque les résultats du Centre fédéral d'expertise des soins de santé concernant l'assurabilité et l'organisation des soins pour les détenus et les internés seront connus, nous pourrons de manière effective franchir le pas de l'intégration des soins de santé pénitentiaires dans les soins de santé réguliers. Le détenu a lui aussi droit à des soins de santé à part entière. ».

Il semble donc que le message véhiculé depuis de trop nombreuses années ait fait son chemin. Mon espoir est de voir ce souhait se transformer dans les faits.

## RECOMMANDATION N° 1

Permettre à la Belgique, à terme, de suivre et partager la position de l'Organisation Mondiale de la Santé à savoir « que les soins de santé dans les prisons fassent partie intégrante du système de soins de santé publique du pays ». Concrètement, cela signifie qu'il faudrait pouvoir extraire du SPF Justice la problématique de la santé des personnes détenues pour l'intégrer au SPF Santé au niveau fédéral.



## **A. LE CADRE JURIDIQUE BELGE**

### **1. La loi relative aux droits du patient (annexe 1)**

En son article 23, 2°, notre Constitution dispose que « chacun a le droit à la santé sociale, à la protection de la santé et à l'aide sociale, médicale et juridique ». Et donc, clairement, notre Constitution ne fait aucune différence entre un détenu et un homme libre.

Par ailleurs, la loi relative aux droits du patient du 22 août 2002 détermine les droits dont le patient jouit face aux praticiens. Parmi ceux-ci, on retrouve le droit d'être informé sur son état de santé; le droit de choisir librement le praticien professionnel; le droit de consentir librement et de manière éclairée à la prestation de soins proposée; le droit de disposer d'un « dossier patient » tenu à jour, de le consulter et d'en obtenir une copie; le droit à la protection de la vie privée et au respect de l'intimité; le droit d'introduire une plainte auprès du service de médiation « Droits du patient ».

Clairément, cette loi relative aux droits du patient doit pouvoir s'appliquer exactement de la même manière aux personnes détenues qu'aux autres. Les prestataires de soins que j'ai eu l'occasion de rencontrer en prison, sont bien évidemment conscients de ces droits et je dirais qu'ils s'efforcent de les faire appliquer. Les détenus ont en effet tout à fait le droit de refuser un traitement, une intervention ou un examen proposé par le médecin.

Cependant l'application de ces droits interpelle aussi certains médecins, tant il est parfois long et difficile d'obtenir un rendez-vous dans les Centres Médico-Chirurgicaux (CMC) comme celui de Lantin afin d'effectuer des suivis médicaux spécifiques (imagerie, chirurgie,...). Par exemple, un refus de dernière minute du détenu, alors que l'examen est jugé nécessaire par le médecin, peut être problématique pour son suivi médical. Mais cela a aussi un impact d'ordre organisationnel tant les procédures mises en place sont importantes (prise de rendez-vous, déplacement sécurisé, liste d'attente ...) pour au final ne pas aboutir...

Le droit du détenu à avoir recours au service de médiation fédéral du SPF Santé publique est également une obligation, ce qui n'est objectivement pas le cas dans la pratique. En effet, très peu de détenus y font appel. Lorsque c'est le cas, il s'agit soit de problématiques de traitements forcés, soit un problème d'accès à son dossier, soit le manque de contact avec les médecins dans les prisons. Cependant, reconnaissons également le manque de moyens nécessaires au service de médiation afin de réaliser des visites en prison.

## RECOMMANDATION N°2

Informer et faire respecter autant que faire se peut, la loi relative aux droits du patient dans le milieu carcéral. Cela s'apparente à une forme de prévention en matière de santé. Il est nécessaire que les détenus mais également les praticiens soient mieux informés, et au-delà de l'information, que puisse être mise en œuvre l'opérationnalisation du dépôt de plainte au niveau du service de médiation « Droits du patient ».

## 2. La Loi de principes du 12 janvier 2005 ou Loi Dupont concernant l'administration pénitentiaire ainsi que le statut juridique des détenus (annexe 2)

Au début de mes visites en prison, j'ai été surprise par les premières réflexions que j'ai entendues.

De façon systématique, les personnes rencontrées me disaient : « Vous savez, pas besoin de recommandations, on appliquerait déjà la Loi de principes que tout irait déjà beaucoup mieux ! »

La Loi de principes: pourquoi n'est-elle pas appliquée ?

En fait la Loi de principes est la loi qui définit le cadre dans lequel doit se dérouler la privation de liberté. Son fil conducteur : le principe de normalisation.

« L'exécution de la peine ou mesure privative de liberté s'effectue dans des conditions psychosociales, physiques et matérielles qui respectent la dignité humaine, permettant de préserver ou d'accroître chez le détenu le respect de soi et sollicitent son sens des responsabilités personnelles et sociales. Durant l'exécution de la peine ou mesure privative de liberté, il est veillé à la sauvegarde de l'ordre et de la sécurité. Le détenu n'est soumis à aucune limitation de ses droits politiques, civils, sociaux, économiques ou culturels autres que les limitations qui découlent de sa condamnation pénale ou de la mesure privative de liberté, celles qui sont indissociables de la privation de liberté et celles qui sont déterminées par ou en vertu de la loi. Durant l'exécution de la peine ou mesure privative de liberté, il convient d'empêcher les effets préjudiciables évitables de la détention »<sup>5</sup>

<sup>5</sup> Art. 5 et 6 Loi de principes du 12 janvier 2005 concernant l'administration pénitentiaire ainsi que le statut juridique des détenus, MB 01 février 2005.

De manière substantielle, les principes relatifs aux soins de santé s'inscrivent dans la droite ligne des principes édictés:

- droits à des soins de santé équivalents à ceux prodigués dans la société libre,
- droits à des soins équivalents à ceux prodigués avant l'incarcération, ce qui met en évidence la continuité des soins (ex. : le cas de prise de méthadone),
- droits à des prestataires de soins, des médecins qui disposent évidemment des qualités requises, indépendants et qui agissent en fonction de critères médicaux et non de sécurité,
- droits à l'application de la loi relative aux droits du patient à l'exception :
  - du libre choix limité du médecin traitant,
  - du choix limité concernant l'assistance par une personne de confiance,
  - du droit de consulter son dossier mais pas d'en recevoir une copie en mains propres.

A la lecture de ces principes, on se dit effectivement que s'ils étaient respectés, en matière de santé, la situation serait sans doute différente. Il y a juste un bémol mis en évidence notamment par le groupe de réflexion « Soins et détention »<sup>6</sup>. En effet, s'ils reconnaissent que la Loi de principes ainsi que le statut juridique des détenus doivent être appliqués en urgence, ils soulignent le fait que des adaptations sont nécessaires afin que les dispositions de la loi en matière de soins de santé ne soient plus contraires à la loi relative aux droits des patients.

### RECOMMANDATION N°3

Faire appliquer la Loi de principes du 12 janvier 2005. C'est une question de bon sens mais surtout une nécessité. Celle-ci a été votée au Parlement fédéral sans être suivie d'effet dans ses arrêtés d'application. Les diminutions de moyens affectés au secteur n'augurent rien de bon. Bien au contraire.

<sup>6</sup> « Vers des soins à part entière pour les détenus et les internés en Belgique » Memorandum du 25 juillet 2015 (groupe de réflexion « Soins et détention »).

### 3. Droits des détenus en matière de santé.

L'organisation des soins de santé pour les personnes détenues est prise en charge par le SPF Justice. Les détenus bénéficient donc de soins gratuits prodigués par les médecins traitants de la prison.

Il est important d'avoir à l'esprit que lorsqu'une personne détenue entre en prison, elle perd de facto son assurance maladie. Le détenu n'a donc pas de statut à part entière au sein de l'assurance obligatoire Soins de santé; c'est donc le SPF Justice qui prend en charge les coûts des frais médicaux.

Cependant, l'assurance obligatoire prend à sa charge les frais liés à l'admission de détenus dans un établissement de soins ou le coût d'une hospitalisation de jour **en dehors de la prison**, ainsi que le coût des médicaments et des dispositifs médicaux.

Comment ? Au moyen d'une enveloppe fermée (versée chaque trimestre par l'INAMI au SPF Justice). Lorsque l'enveloppe est épuisée, le SPF Justice prend le surplus des coûts à sa charge.

En 2015<sup>7</sup>, les frais de soins de santé des personnes détenues, en ce compris les personnes internées (soins, expertises médicales et psychologiques : programme 3) s'élevaient à 35.423.826,90 euros soit 6,16 % du budget global des prisons. En sachant qu'un détenu coûte aujourd'hui en moyenne 49.048 euros/an, les coûts relatifs à ses soins de santé s'élèvent à 3023,20 euros/an.

Soins & expertises médicales psychologiques	35.423.826,90€	6,16% des moyens budgétaires
Soins et expertise: frais de fonctionnement dépenses non durables contrats	16.566.040,62€	2,8%
Soins et expertise: investissements durables.	219.068,04€	0,04%
Coûts soins médicaux de détenus et internés.	17.735.720,39€	3,09%
Soins: subsides pour le placement dans un circuit de soins Low Risk (Loi prog. 27-12-2006 art8)	902.997,85€	0,16%

<sup>7</sup> Chiffres extraits du Rapport Annuel 2015 de la Direction générale des Etablissements pénitentiaires - SPF Justice

Les détenus sortent donc du cadre des systèmes classiques d'assurance maladie. Un règlement exceptionnel s'applique à eux. L'article 5 du Règlement du 28 juillet 2003 portant exécution de l'article 22, 11°, de la loi relative à l'assurance obligatoire Soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, exclut les détenus de l'assurance maladie et donc du remboursement des soins médicaux. En effet, les détenus bénéficient de soins de santé gratuits au sein de la prison, soins prodigués par les médecins traitants liés à la prison. Conformément à l'article 5, alinéa 2, du Règlement, cette exclusion ne s'applique pas aux prestations médicales pendant la période au cours de laquelle le détenu bénéficiaire se trouve en dehors de la prison en raison d'une décision de l'administration pénitentiaire, en application de la modalité d'exécution de la peine de congé pénitentiaire, de surveillance électronique ou d'interruption de la peine (mais non pendant la détention limitée ou une permission de sortie). Le SPF Justice paie une contribution annuelle à l'INAMI pour son intervention pendant ces modalités d'exécution de la peine. Ceci est réglé par un protocole d'accord entré en vigueur le 1er janvier 2010, entre le Ministre de la Justice et le Ministre des Affaires sociales. La condition de cette intervention est l'inscription du détenu auprès de la mutualité.

Les coûts des soins de santé en prison sont évidemment un des enjeux futurs dans le cadre d'une réflexion sur l'externalisation de la santé du SPF Justice. Face à ces coûts, la question du personnel médical encadrant a fait partie des questions que j'ai eu l'occasion de poser à chacune de mes visites. En effet, si les détenus ont des droits en matière de santé ; le personnel médical est sensé s'y référer. Pour autant que le cadre soit complet. J'y reviendrai...

Mais d'ores et déjà, il est important d'avoir à l'esprit que le manque de moyens budgétaires dédiés au personnel médical a une énorme conséquence sur les soins prodigués et que dès lors en l'absence d'un médecin, le soir, la nuit et les week-ends, et si on constate un risque pour la santé du détenu, la prison opère ce que l'on appelle une « extraction » vers le milieu hospitalier. Les coûts d'extractions sont plus qu'importants : agents mobilisés pour escorter le détenu, diminution de la présence d'agents au sein même de la prison, transport en ambulance, dans certains cas extrêmes, en hélicoptère. En clair, les coûts liés à une extraction sont conséquents. Cette situation est aujourd'hui décriée, tant par le personnel médical que par les directions. Tous s'accordent à dire que les extractions coûtent trop cher et sont malheureusement bien trop nombreuses mais sont la conséquence d'un manque de personnel lié à des moyens budgétaires limités. Cependant et malgré mes nombreuses demandes, je n'ai pu obtenir le coût et le nombre de ces extractions.

#### RECOMMANDATION N°4

Utiliser les moyens budgétaires dédiés aux extractions soit à l'engagement de personnel médical de garde sur place, soit à du personnel rappelable, comme par le passé. On peut déplorer que le non paiement des prestations des médecins de garde par le SPF ait à ce point desservi la sécurité et le travail des assistants de surveillance pénitentiaire, mais surtout, ait contribué à une perte financière non négligeable liée aux extractions.

#### 4. Et la prévention dans tout ça ? Quel cadre réglementaire ?

Aux niveaux législatif et politique, comme vous l'aurez compris, l'organisation des soins de santé en prison dans son volet curatif relève des compétences du ministre de la Justice. La promotion de la santé et donc le volet préventif relevait, jusqu'avant la 6ème réforme de l'Etat, des Communautés. Depuis la 6ème réforme de l'Etat, le volet préventif a été transféré aux Régions.

Il est évident que cette répartition ne facilite pas la mise en place d'activités de terrain, l'amélioration de la qualité de la détention ou le travail de réinsertion. Il est cependant à noter que depuis le 23 janvier 2009 un accord de coopération a été approuvé entre les entités fédérées afin de coordonner les politiques d'intervention en milieu carcéral.

Cet accord prévoyait une conférence interministérielle, des comités de pilotage et la formation de différents groupes de travail. Cela faisait des années qu'aucune conférence interministérielle ne s'était plus tenue. Cependant, en 2016, le Ministre des Maisons de Justice en Fédération Wallonie Bruxelles a relancé le processus. Voici les recommandations qui ont été proposées à l'issue de la rencontre du 20 juin 2016 :

Face aux constats de santé de la population en milieu carcéral, il a été décidé de développer un projet pilote de promotion de la santé qui vise à :

- fournir selon une approche globale de la santé, une offre d'information, de sensibilisation et d'orientation vers les détenus et les acteurs internes et externes à la prison,
- sensibiliser la population détenue et le personnel encadrant à l'alimentation saine et équilibrée et promouvoir, en collaboration avec le ministre des Sports, l'activité physique au sein des établissements pénitentiaires.

C'est à mon sens un bon début mais encore un peu léger face aux manquements criants en matière de prévention; prévention qui reste le parent pauvre du système de soins de santé. Comme nous l'avons vu, les moyens en matière de santé ne représentent que 6,16%<sup>8</sup> de l'enveloppe globale de la Direction Générale des Etablissements pénitentiaires (DGEPI). Les médecins et les infirmiers ont rarement le temps de faire du préventif, bien que la Loi de principes prévoit qu'il leur revient de contribuer à l'aspect préventif et que pour les médecins, c'est une obligation déontologique. Force est aussi de constater que la pression du travail, couplée aux heures de prestations limitées, ne leur permettent pas d'assumer ce rôle.

Dès lors, le rôle des Communautés et maintenant de la Région est **fondamental** en matière de sensibilisation, de soutien et de formation tant au niveau des prestataires de soins que des intermédiaires, et donc du monde associatif présent en prison.

Or, lors de mes visites, j'ai constaté que chaque prison fonctionne selon SON Règlement d'Ordre intérieur et la politique insufflée par la direction. Chaque membre de

<sup>8</sup> Chiffres extraits du Rapport Annuel 2015 de la Direction générale des Etablissements pénitentiaires - SPF Justice

la direction a des missions qui évidemment sont approuvées par toute l'équipe de direction. Concernant la santé ou la promotion de la santé, ces matières sont « noyées » parmi une série d'autres et sont rarement considérées comme prioritaires. Dès lors, en matière de promotion de la santé, un détenu n'égale pas un autre détenu. En effet, en fonction des priorités de la direction, des actions de sensibilisation proposées par le monde associatif peuvent avoir lieu plus ou moins facilement; dans un laps de temps déterminé, mais pas de façon équitable pour l'ensemble des détenus des prisons wallonnes. Tout en étant consciente que les projets de promotion de la santé viennent se greffer à des tâches quotidiennes déjà importantes, je ne peux que déplorer cet état de fait. Par ailleurs, les changements de direction entraînent aussi des changements dans les dynamiques impulsées au sein de l'établissement.

Les ASBL qui m'ont accompagnée dans les prisons vivent malheureusement cette situation de manière récurrente. Il n'est pas rare qu'un projet soit lancé et puis qu'on y mette fin sans raison apparente. Parfois, c'est le manque de coopération du personnel pénitentiaire qui freine l'action. L'accroche des détenus n'est pas non plus chose aisée; le climat de confiance est nécessaire. Un projet qui prend fin en plein vol, c'est aussi un échec de plus pour le détenu.

Le Service Education pour la Santé<sup>9</sup> et Modus Vivendi<sup>10</sup> sont deux associations bien implantées au sein des établissements de Wallonie. Elles interviennent pour des missions de sensibilisation à la santé bien définies depuis parfois plusieurs années. Parmi les principales activités de l'ASBL SES, on retrouve: la formation et l'accompagnement de groupes référents santé (détenus ou personnel pénitentiaire), la réalisation et la diffusion d'outils de prévention adaptés au milieu pénitentiaire, la distribution de préservatifs et de brochures d'informations, l'organisation de modules de formation sur la promotion de santé globale... Il est important de préciser que le travail de ces ASBL est totalement indépendant du travail du personnel médical de la prison. A tel point d'ailleurs que lors de la majorité de mes visites, j'ai constaté que le personnel médical n'avait jamais rencontré les équipes du Service Education pour la Santé, ignorant même parfois leur existence!

C'est absolument aberrant que des personnes qui travaillent avec les mêmes missions de promotion de la santé, le même public et pour les mêmes finalités ne se connaissent pas assez et communiquent peu.

Par ailleurs, la présence de ces ASBL dans les établissements n'est pas équitable dans toutes les prisons.

Dès lors, est-il normal, qu'un détenu de la prison X soit moins informé des risques de transmission des hépatites qu'un détenu de la prison Y? Sur des questions aussi fondamentales que la santé et la prévention des risques, dans un milieu clos, avec des publics souvent précarisés, il est de l'intérêt de tous que chaque détenu reçoive une éducation à la santé de façon homogène et ce, dans tous les établissements de Wallonie.

<sup>9</sup> <http://www.educasante.org>

<sup>10</sup> <http://www.modusvivendi-be.org>

A titre d'exemple, j'ai passé deux heures avec des détenus "relais santé" à la prison de Marche-en-Famenne. Un projet mis en place par l'ASBL SES, et qui permet au détenu d'être formé en matière de risques sanitaires en devenant ainsi un relais en terme d'informations auprès de ses pairs. Nous avons échangé sur les risques de santé dûs au manque d'hygiène, mais aussi sur l'usage de la drogue, ou sur les contacts avec le personnel médical,...

Outre les éléments de fond, j'ai pu apprécier combien ce projet et cette prise de responsabilité des détenus vis à vis des autres détenus en matière de santé étaient importants à leur construction identitaire. Cela permet aussi plus de dialogue, de lien social entre détenus; et aussi de désamorcer des conflits par la mise en place d'une médiation naturelle.

Ce type de projet "globalisant" montre combien une présence plus structurée du monde associatif dans le milieu carcéral fait sens et apparaît comme une évidence. (voir ANNEXE 3, témoignages des détenus)

## RECOMMANDATION N°5,6,7 et 8

- Légitimer la présence des associations de promotion de la santé dans les prisons.
- Permettre à chaque détenu de recevoir une éducation à la santé, de façon homogène, et ce, dans tous les établissements de Wallonie (communication, fascicule, passage en cellule...).
- Créer un poste de référent "promotion santé" dans chaque établissement.
- Créer des collaborations entre le personnel médical et les ASBL afin qu'ils puissent travailler de façon plus productive aux problématiques de promotion de la santé; ce qui pourrait alléger la charge de travail du personnel médical dans l'aspect prévention pour lequel le temps manque. Les associations extérieures pourraient ainsi devenir les responsables de la promotion de la santé au sein des établissements. Pour cela, il est primordial d'allouer des subsides plus importants aux ASBL travaillant dans les prisons afin que leur présence puisse être largement revue à la hausse et leurs actions plus pérennes.

# LA POPULATION ÉVOLUANT DANS LA SPHÈRE PÉNITENTIAIRE

## A. LES DÉTENUS<sup>11</sup>

La population des détenus présents dans les prisons belges augmente chaque année. En 2015, on comptait une population moyenne de 11.040,7 détenus pour une capacité moyenne de 10.028 places disponibles. On y trouvait 10.557 hommes et 483 femmes. Les détenus étaient répartis comme suit : 3.499 prévenus, 6.455 condamnés en exécution de peine et 903 internés (sur base d'une juridiction pénale ou condamné interné sur base d'une décision ministérielle en raison de leur état mental).

Le public détenu est donc masculin à 96%.

POPULATION JOURNALIÈRE MOYENNE SELON LE SEXE

Etablissement	Homme	Femme	Total
Andenne	409,4		409,4
Arlon	117,2		117,2
Dinant	43,7		43,7
Huy	81,7		81,7
Ittre	412,3		412,3
Jamioulx	314,8		314,8
Lantin	838,2	69,4	907,6
Leuze-en-Hainaut	206,6		206,6
Marche-en-Famenne	293	11,7	304,7
Mons	353,2	47,4	400,6
Namur	188		188
Nivelles	243		243
Saint-Hubert	215,4		215,4
Tournai	195,6		195,6

En date du 11 août 2016, la Belgique comptait 10.289 détenus, soit moins qu'en 2015, le nombre le plus bas depuis 2010. L'accord conclu en mai dernier entre le Ministre de la Justice et les agents pénitentiaires, au terme d'une grève de plusieurs semaines, prévoyait de réduire le nombre de détenus sous la barre des 10.000 et de manière durable. Ainsi, à titre de comparaison, le 11 août 2015, on comptait encore 10.981 détenus contre 11.473 le 11 août 2014, ce qui représente une baisse de 1.200 détenus en deux ans<sup>12</sup>.

<sup>11</sup> Chiffres et tableaux extraits du Rapport annuel 2015 de la Direction générale des Etablissements pénitentiaires – SPF Justice.

<sup>12</sup> De Morgen – Article de presse- 20 août 2016.

Les prisons que j'ai visitées sont cependant toutes confrontées à un problème de surpopulation allant de 3,4% à Andenne, 35,7% à Jamioulx, 30,8% à Lantin (2015). Seules les prisons de Marche-en-Famenne et de Leuze-en-Hainaut ne connaissent pas la problématique de la surpopulation ayant toutes les deux été construites par le biais d'un partenariat public-privé. Ce projet a fait appel à une entreprise privée pour construire et entretenir les lieux contre un loyer payé par l'Etat fédéral. Si la surpopulation est constatée, le SPF Justice devra payer une compensation à l'entreprise privée.

Selon l'Observatoire International des Prisons (OIP), la surpopulation carcérale ne sera pas réglée uniquement par la construction de nouvelles prisons. En effet, l'OIP soutient que les nouvelles places créées ne permettront pas de vider les prisons surpeuplées. Dans son rapport de 2015, la DGEPI a constaté que les établissements les plus surpeuplés en 2015 sont, en ordre croissant : Forest, Mechelen, Dinant et Jamioulx, avec une population qui a excédé en moyenne leur capacité de plus de 35%. A l'inverse, 12 établissements affichent une population moyenne inférieure à la capacité théorique. Il se peut cependant que ces établissements aient aussi été confrontés à la surpopulation à certaines périodes de l'année, et ou dans certaines de leurs sections.

#### TAUX MOYEN DE SURPOPULATION

Etablissement	Population moyenne	Capacité moyenne	Taux moyen de surpopulation
Andenne	409,4	396	3,4%
Arlon	117,2	111	5,6%
Dinant	43,7	32	36,7%
Huy	81,7	64	27,7%
Ittre	412,3	420	-1,8%
Jamioulx	314,8	232	35,7%
Lantin	907,6	694	30,8%
Leuze-en-Hainaut	206,6	312	-33,8%
Marche-en-Famenne	304,6	312	-2,4%
Mons	400,7	307	30,5%
Namur	188	140	34,2%
Nivelles	243	192	26,6%
Saint-Hubert	215,4	217,7	-1%
Tournai	195,6	183	6,9%

En 2015, en moyenne, 55% des détenus étaient de nationalité belge. Le pourcentage restant brasse de multiples nationalités parmi lesquelles (9,8% du Maroc, 5,4% d'Algérie, 3,6% de Roumanie, 2,2% des pays de l'ex-Yougoslavie). Au total, des ressortissants de plus de 120 pays ont été détenus en 2015 dans les prisons belges.

81,3% des personnes incarcérées sont âgées entre 18 et 39 ans<sup>13</sup>. Par ailleurs, les détenus appartiennent souvent aux franges les plus paupérisées de la population. Au sein des prisons, la population est profondément infrascolarisée (30% sans aucun diplôme, 45% ont au maximum le certificat d'études de base et 20% le certificat d'études secondaires inférieures). Il y aurait aussi un taux d'analphabétisme proche des 11%<sup>14</sup>.

Autre chiffre important, le nombre de décès. En 2015, en Wallonie, 14 détenus sont décédés en détention, en établissement pénitentiaire ou dans un hôpital dans lequel ils avaient été transférés. Sur ces décès, on dénombre 7 suicides ; le secret médical empêche d'identifier les autres cas.

#### LES DÉCÈS

Etablissement	Suicides	Autres décès	Total
Arlon	2	1	3
Huy		2	2
Jamioux		1	1
Lantin	1	2	3
Leuze-en-Hainaut		1	1
Namur	1		1
Tournai	3		3

Face à ces chiffres, un premier constat des travailleurs sociaux rencontrés en prison est le suivant : une instruction plus limitée de cette population sur-représentée en prison associée à la pauvreté du réseau social, au stress prolongé mais aussi au recours fréquent aux substances psychotropes comme l'alcool, le tabac ou la drogue ; couplées au tabagisme et à une alimentation de piètre qualité génèrent des inégalités de santé.

**« DANS UNE PRISON, ON ÉTAIT QUATRE DANS MA CELLULE. J'ÉTAIS LE SEUL NON-FUMEUR. C'ÉTAIT COMPLIQUÉ POUR MOI. NON SEULEMENT IL Y A L'ODEUR MAIS, SURTOUT J'AVAIS LES YEUX QUI PIQUAIENT TOUTE LA JOURNÉE. »**

Témoignage d'un détenu lors d'actions du SES

<sup>13</sup> ADEPI (2012). Atelier d'Education Permanente pour Personnes Incarcérées

<sup>14</sup> FAFEP - Fédération des Associations pour la Formation et l'Education en Prison. Enquête sur la provenance sociale et le niveau scolaire des détenus en Belgique, Huy.

## B. LE PERSONNEL PÉNITENTIAIRE ET SES COMPOSANTES

En 2015 en Wallonie, on dénombrait 3.734,87 effectifs employés dans nos prisons par le SPF Justice.

On les retrouve en très grande majorité dans le personnel de surveillance/technique : 3.100 personnes. Mais aussi à la direction, dans les divisions administratives et dans le personnel médical.

C'est la prison de Lantin qui a le plus grand effectif (743,11 ETP) Au niveau de la répartition par sexe, on retrouve entre 25 et 30% de femmes contre 70 à 75 % d'hommes.

A la lecture de l'actualité de ce mois de mai 2016, j'aurais pu faire une étude approfondie du secteur et du rôle des agents pénitentiaires mais j'ai voulu, à dessein, m'en tenir au personnel médical; objet de ce rapport.

### 1. Les équipes médicales

Il est important de comprendre comment et avec quels moyens fonctionnent les équipes médicales.

Une équipe médicale de base est active dans chaque prison. Outre le médecin généraliste, celle-ci devrait être composée d'un infirmier, d'un dentiste, d'un kinésithérapeute et d'un psychiatre. Dans les plus grandes prisons comme Lantin ou Marche-en-Famenne s'ajoutent parfois certains spécialistes (dermatologues, gynécologues, ophtalmologues...).

#### LE PERSONNEL MÉDICAL

Etablissement	ETP
Andenne	4,65
Arlon	1,35
Dinant	0
Huy	0
Ittre	4,30
Jamioulx	11,40
Lantin	17,80
Leuze-en-Hainaut	2,90
Marche-en-Famenne	4,75
Mons	8,90
Namur	6,15
Nivelles	1,45
Saint-Hubert	2,75
Tournai	1,90
<b>Total</b>	<b>68,3</b>



Une équipe de soins est également présente dans les prisons dotées d'une annexe psychiatrique. Les plus grandes prisons emploient aussi des collaborateurs administratifs, détachés de l'administration pénitentiaire.

Au 1er février 2012<sup>15</sup>, dans l'ensemble des prisons du pays, 222 médecins généralistes, 465 infirmiers, 59 psychiatres, 61 dentistes, 10 assistants en dentisterie et 65 kinésithérapeutes étaient actifs dans les équipes médicales de base. Certaines prisons proposent des pédicures, des podologues, des diététiciens et des optométristes.

À l'exception de quelques médecins qui ont un statut de médecin agréé, tous les médecins sont des indépendants qui ont signé un contrat d'entreprise avec le Service Soins de Santé Prisons. Au 1er février 2012, les collaborateurs suivants étaient actifs dans les équipes de soins : 8 infirmiers psychiatriques; 7 ergothérapeutes, 5 logopèdes, 9 éducateurs, 2 thérapeutes par le mouvement, 1 thérapeute par la danse, 2 thérapeutes par la musique et 14 psychologues.

Lors de son incarcération dans un établissement pénitentiaire, le détenu devrait être très rapidement vu par le personnel médical. Il est à ce jour reçu par un médecin lors de son entrée et un test de dépistage de la tuberculose via une radio des poumons est réalisé. Ce test est généralement fait dans l'enceinte de la prison. Cependant, toutes ne sont pas équipées du matériel approprié (radiologie); comme c'est le cas à Tournai. Dans ce cas précis, le test réalisé consiste en une intradermoréaction à la tuberculose.

Le détenu doit aussi remplir un questionnaire sur son état de santé, ses antécédents médicaux, ses traitements médicamenteux et sa consommation éventuelle de produits psychotropes. Ce questionnaire est jugé beaucoup trop succinct par le personnel. Il sera encodé dans le nouveau système EPICURE. Ce système permet au médecin de la prison d'encoder chaque visite du détenu et de suivre ainsi son évolution médicale. Cependant, ces dossiers ne sont pas centralisés. Si le détenu est transféré dans un CMC, ou dans une autre prison, son dossier ne le suivra pas; de plus, si le détenu est extrait vers un hôpital, son dossier ne sera pas consultable puisqu'il s'agit d'un programme interne au SSSP (Service de la Sécurité et de la Salubrité publiques). Une énorme perte de temps et d'efficacité dans le suivi médical du détenu.

#### RECOMMANDATION N°9,10 et 11

- Permettre une centralisation des dossiers dans EPICURE.
- Créer un questionnaire d'anamnèse homogène à toutes les prisons et le rendre plus complète sur base du bilan infirmier d'entrée en détention de la prison de Champ-Dollon (voir annexe 5).
- Doter chaque prison d'une unité de radiologie afin d'effectuer un dépistage de qualité de la tuberculose.

<sup>15</sup> Bulletin n° : B050- question et réponse écrite n° : 007-législature : 53.

## 2. Le service médical et son fonctionnement

Chaque prison visitée dispose d'un service médical centralisé et aménagé en fonction des moyens et de l'espace disponible. On y retrouve généralement un cabinet de consultation, une infirmerie, une salle de radiologie et différents locaux pour des consultations (psychiatrique, dentisterie, kinésithérapeute...).

Un médecin est présent en prison quotidiennement entre 3 et 4 heures. Ce temps est exclusivement consacré aux consultations. Un constat fait l'unanimité dans toutes les prisons: le nombre important de consultations. En effet, **10%** des détenus s'y rendent quotidiennement (échappatoire pour certains, véritable problème de santé ou de santé mentale chez les autres). En prison, les détenus sont la majorité du temps seuls, face à eux-mêmes. Le corps et l'observation de celui-ci deviennent donc rapidement une obsession. Le moindre doute, la moindre peur est sujette à suspicion. Les médecins sont donc sollicités dans l'urgence car l'impatience fait loi. Une fois le médecin parti, le personnel infirmier prend le relais, avec un cadre légal souvent peu respecté, faute de moyens, comme c'est le cas à Tournai (2 infirmiers temps plein pour l'ensemble de la prison).

Le personnel infirmier ne peut quant à lui pas poser d'acte médical. Il est responsable de la distribution des médicaments, mais pas toujours. En effet, dans certaines prisons, ce sont les assistants de surveillance pénitentiaire qui délivrent les médicaments en cellule. Outre le fait que ces derniers ne soient pas qualifiés pour réaliser une telle tâche, cela pose question par rapport au secret médical. Il est noté toutefois que cela se fait de moins en moins, mais cette pratique continue d'exister.

Quand les infirmières constatent un problème plus important, et en l'absence du médecin, la pratique veut que ce soit vers les hôpitaux que ceux-ci se tournent. Il existe en effet une collaboration avec plusieurs d'entre-eux et particulièrement avec les hôpitaux se trouvant à proximité d'une prison. On reparle donc ici d'extraction

Parmi le personnel infirmier, 20 à 25% est intérimaire. Cela implique donc un turnover important et des difficultés dans la transmission des données. Il m'a souvent été relaté que, par manque de temps, il était impossible d'organiser des réunions d'équipe afin de parler des patients. Les échanges sont bien trop rares entre les membres du personnel médical, sans parler bien sûr des échanges avec les associations de promotion de la santé externes aux prisons, où là, le contact est beaucoup trop rare, voire inexistant.

Le personnel médical est constamment sollicité, pressé par l'urgence que lui imposent ce milieu et l'impatience des détenus, il est tenu aussi par les mesures de sécurité propres aux établissements. En effet, une visite d'un détenu au cabinet médical doit s'accompagner d'une procédure de transfert cellule-médecin; le détenu devant être accompagné par un gardien. En fonction des prisons et de leur configuration, cela peut prendre un temps certain!

## RECOMMANDATION N°12, 13, 14, 15

- Permettre une présence de plus longue durée d'un médecin dans chaque établissement.
- Imposer les distributions des médicaments par le seul personnel infirmier.
- Augmenter considérablement la présence du personnel psycho-médical au sein de chaque établissement.
- Permettre à chaque équipe médicale de se réunir afin d'assurer un meilleur suivi des dossiers en y associant les associations de promotion de la santé ou le référent « Promotion Santé ».

### 3. Les annexes psychiatriques

Les annexes psychiatriques sont les ailes de prisons dédiées aux inculpés ayant un trouble mental qui altère gravement leur capacité de discernement ou de contrôle de leurs actes pour une mise en observation ou en attente d'une place dans une institution adéquate. S'y retrouvent aussi des personnes condamnées ayant développé des problématiques de santé importantes lors de leur incarcération.

Il existe du côté francophone du pays, trois types d'établissements où sont placées des personnes internées.

Le premier est l'établissement de défense sociale de Paifve qui devait historiquement accueillir tous les internés de Belgique. Il avait été, à cet effet, construit sur la frontière linguistique. En raison de la régionalisation des établissements pénitentiaires, il n'accueille, depuis les années 80, que des francophones. C'est le seul établissement de défense sociale que nous ayons dans le pays qui dépend uniquement du SPF Justice. Il comptait en 2015 en moyenne 200,3 internés. Viennent ensuite les annexes psychiatriques qui se situent dans plusieurs prisons comme Forest, Namur, Jamioulx, Lantin et Mons. Elles sont censées accueillir uniquement des personnes mises en observation. Elles servent dans les faits de lieu d'accueil transitoire lorsque la personne est déclarée internée et dans l'attente de son placement dans un établissement de défense sociale.

Viennent ensuite les sections de défense sociale d'hôpitaux psychiatriques. Il y en a deux en Wallonie: à Tournai, les Marronniers pour les hommes (350 places) et à Mons, Le Chêne aux Haies pour les femmes (30 places). Ces sections ne dépendent pas de l'administration pénitentiaire mais bien de la Santé publique.

Les annexes psychiatriques sont censées proposer des soins plus adaptés à ces personnes que ne permet pas le reste de la prison. La Ligue des Droits de l'Homme<sup>16</sup> a mis en évidence le fait que l'internement est une mesure sévère à

<sup>16</sup> La Ligue des Droits de l'Homme, « Mais que se passe-t-il en prison ? » <http://www.similes.prg/fr/defensesociale.php>, avril 2007

laquelle aucune limite de temps n'est fixée. Elle est appliquée aux personnes ayant commis un acte délictueux mais qui sont déclarées irresponsables de leurs actes en raison de leur état mental. Certaines personnes internées sont parfois enfermées pendant des années pour des infractions mineures.

Notre pays a été largement critiqué par différentes instances internationales et organisations non gouvernementales et condamné sur la manière dont les annexes étaient organisées.

A chaque fois, les mêmes constats sont posés: insuffisance de personnel qualifié, vétusté des installations, qualité insuffisante des soins, absence de continuité des traitements, ...

Le régime mis en place dans les annexes en Belgique est généralement un régime communautaire. Les personnes internées dorment dans leur cellule mais partagent les lieux de vie tout au long de la journée. Une équipe de soins leur est dédiée, qui devrait être composée d'infirmiers, psychiatres, psychologues, ergothérapeutes, assistants sociaux, éducateurs, logopèdes indépendants et kinésithérapeutes indépendants. C'est selon moi un régime qui revient à mettre des personnes aux maladies mentales très diverses dans une même salle où le manque d'activités est criant, où le personnel surveillant n'est pas assez formé pour travailler avec ce public et où les risques sont nombreux.

Les détenus rencontrés ont souvent le regard hagard, ils sont fortement médicamenteux et semblent être en attente que le temps passe. Les médecins gèrent la situation comme ils le peuvent, à savoir sans grands moyens d'actions, ni de temps, ni d'argent. Selon moi, l'encadrement thérapeutique est insuffisant et la surpopulation en annexes trop importante. Pire, faute de places disponibles, certaines personnes internées sont placées dans le cellulaire avec les détenus de droit commun. Ceci amène à créer des « annexes bis » au sein même des sections de droit commun.

Ajoutons à cela que des détenus peuvent développer au fur et à mesure de leur détention de graves troubles psychiatriques nécessitant de les orienter en annexe lorsqu'une place est disponible.

Selon la Ligue des Droits de l'Homme, sur la dernière décennie, la population des internés a augmenté de 70% en raison de la durée de l'internement (moins de libération) ce qui entraîne un gros problème de surpopulation des annexes.

Ces dernières années, il y a toutefois eu quelques avancées grâce à l'ouverture du Centre fédéral de Psychiatrie légale de Gand (264 internés) et prochainement d'un centre à Anvers. Ces centres sont destinés aux personnes nécessitant des soins spécifiques mais qui, en raison d'un risque sécuritaire, ne peuvent pas aller dans un centre psychiatrique habituel. Grâce à la construction de l'institution d'Anvers, 182 personnes pourront bientôt être accueillies et accompagnées de manière adaptée. Ces centres semblent être un bon moyen pour orienter ces personnes vers des établissements de moyenne sécurité ou vers des formes de soins du circuit classique.

#### 4. Les centres médico-chirurgicaux (CMC)

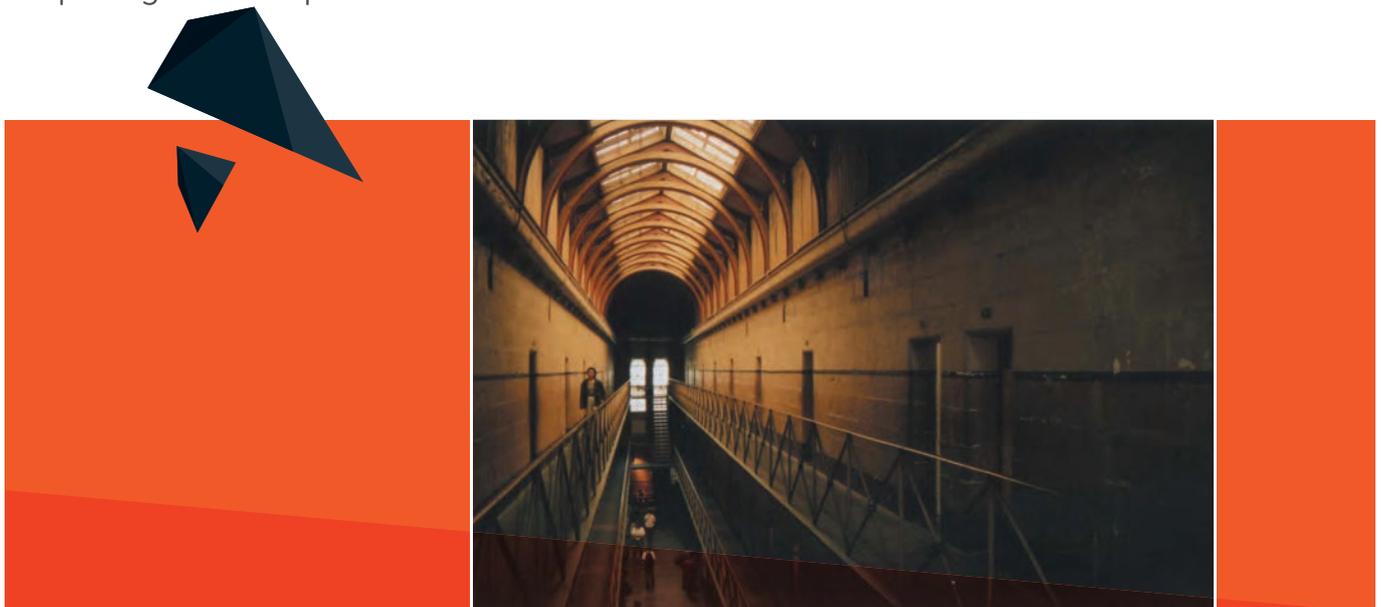
L'imagerie, les interventions chirurgicales et gestes techniques spécifiques, la gestion des soins post-opératoires, la médecine urgente sont gérés par un centre carcéral médico-chirurgical (CMC).

Notre pays dispose de trois CMC: Lantin, Saint-Gilles et Bruges. Avec 12 lits à Saint-Gilles et 24 lits à Bruges, un autre modèle est utilisé à Lantin. Le Service des Soins de Santé Prisons loue 4 lits dans une chambre sécurisée à l'hôpital La Citadelle de Liège. Chaque CMC emploie un médecin en chef qui est rémunéré en tant qu'indépendant par le Service Soins de Santé Prisons.

Le CMC de Bruges a conclu un accord de coopération avec l'hôpital Sint-Jan de Bruges, qui fournit les spécialistes. Les spécialistes ont une consultation au CMC, mais consultent parfois également à l'hôpital (via des extractions). Il en va de même pour la polyclinique de Lantin, qui a conclu un accord de coopération avec l'hôpital La Citadelle (CPAS Liège).

Le CMC de Saint-Gilles emploie exclusivement des médecins individuels et n'a conclu aucun accord de coopération avec un hôpital déterminé. Les transferts vers les CMC sont généralement perçus comme des punitions pour les détenus. Certains retardent même au maximum leur visite chez le médecin pour éviter leur déplacement en CMC. Les causes sont assez simples : éloignement de la famille et diminution des visites pour une durée indéterminée, conditions de détention (manque d'hygiène, méconnaissance des assistants de surveillance pénitentiaire, peur de transmission de maladies).

Lors de ma visite à la polyclinique de Lantin, je n'ai pas constaté de problématiques d'ordre sécuritaire et d'hygiène dans la partie cellulaire. Par contre, j'ai été très interpellée par l'organisation des transferts des détenus, des tournées francophones vers les CMC (annexe 4). Je pense qu'il est impératif de pouvoir améliorer ces transferts qui permettraient une meilleure utilisation des CMC et un plus grand respect des détenus envers ces infrastructures.





## RECOMMANDATION N°16, 17, 18 et 19

- Permettre aux agents pénitentiaires travaillant en annexes psychiatriques ou dans les établissements de défense sociale de bénéficier d'une formation adéquate et spécialisée.
- Eviter l'incarcération pour délit mineur de personnes ayant des troubles mentaux.
- La mise en place d'un statut juridique propre aux internés. En matière notamment de discipline, de sécurité et de planification de la détention (DPC 2014).
- Créer un projet de soins pour les personnes internées (DPC 2014).



**« ICI ON A LE SOLEIL DANS LA CELLULE DE 10H À 15H. DANS CERTAINES PRISONS, ON NE VOIT PAS LE SOLEIL DE TOUTE LA JOURNÉE. »**

Témoignage d'un détenu lors d'actions du SES



# LE CONTEXTE SANITAIRE

## A. LA SANTÉ DES DÉTENUS

Le profil d'un détenu malade ou en demande de soins n'est pas tout à fait le même que celui d'un citoyen lambda. Comme je l'ai mentionné plus haut, la prison peut être considérée comme le reflet d'une certaine société : au niveau de l'instruction, plus de la moitié n'ont pas de diplôme de secondaire et 30% n'ont pas de diplôme primaire. A l'extérieur, nombre de ces détenus sont sans emploi avec parfois des problèmes de logement et un accès aux soins de santé déjà problématique.

On peut donc considérer que les personnes détenues sont fragiles, mentalement et physiquement, et que leurs besoins en matière de soins de santé sont importants.

En prison, on observe une présence accrue de certaines maladies transmissibles comme la tuberculose, le HIV, l'hépatite C. J'ai également constaté de graves problèmes de santé mentale, des problèmes psychiques et psychiatriques avec doubles diagnostics.

Il y a également un nombre important de déficients intellectuels et de personnes usant, voire abusant, de substances illégales. Arrêtons donc de croire naïvement que la drogue ne circule pas en prison, c'est faux !

Parmi les personnes incarcérées, on retrouve aussi des détenus pour des faits à caractère sexuel qui souvent sont détenues pour de longues périodes et qui auraient besoin de soins adaptés.

Enfin, n'oublions pas les personnes âgées présentant des signes de troubles d'Alzheimer et de Parkinson et les personnes porteuses d'un handicap lié à leur âge.

Pourtant, statistiquement, l'état de santé des détenus est méconnu faute de données épidémiologiques quantitatives et qualitatives en Belgique. Il est très difficile d'établir une photographie claire de la situation même si de grandes tendances se profilent.



## RECOMMANDATION N° 20

- Etablir un état des lieux de la santé des personnes détenues au départ du SPF Justice en faisant en sorte que les chiffres se retrouvent dans les rapports officiels.

### 1. Sida/IST et maladies transmissibles

Les associations ou les médecins rencontrés et œuvrant sur le terrain estiment que le risque de contracter la tuberculose est 16 fois supérieur à l'intérieur qu'à l'extérieur d'une prison<sup>17</sup>. Il y a en moyenne 22 cas de tuberculose active par an en prison. Les prisons les plus touchées sont en général celles avec une population importante et un turnover fréquent comme à Lantin par exemple.

La prévalence du VIH est estimée à 5 fois supérieure par rapport à la population extérieure. Concernant l'hépatite C, elle est estimée comme étant 7 fois plus fréquente en prison que dans la population générale.

Les associations et les équipes médicales relèvent également chez les détenus des cas de pédiculose et pédiculose pubienne ainsi que des cas de gale.

De source officielle<sup>18</sup>, en 2011, on a décelé 0,54% de personnes infectées par le virus de l'hépatite C dans nos prisons. Mais, il est évident que la réalité est sous-estimée et ce, tout simplement parce qu'il n'est pas prévu ni de sensibiliser les détenus à formuler une demande de dépistage pour des infections transmissibles ni à proposer systématiquement et régulièrement un dépistage.

A ce jour, seule la tuberculose est dépistée tous les ans et de manière systématique au cours de la détention. Par contre, il n'y a pas de dépistage systématique du sida/IST à l'arrivée du détenu.

Il suffit de s'intéresser aux chiffres de nos voisins pour se rendre compte de combien notre réalité belge est sous-estimée au niveau des chiffres relatifs au sida et à l'hépatite B et C. En France, 5 à 9 % des détenus sont reconnus comme HEV Positifs<sup>19</sup>.

Au Grand-Duché du Luxembourg, en 2011, 6,9% ont été déclarés comme ayant une hépatite C, là où 98% des détenus sont dépistés. A Genève, dans la prison de Champ-Dollon, que j'ai visitée, là aussi la prévalence est de 6,9% de VHC<sup>20</sup>.

<sup>17</sup> Dewitte, M. (2011), Actions entreprises par le personnel du Service Soins de Santé prisons. Colloque du service Education pour la Santé, Huy.

<sup>18</sup> Appel pour un transfert de compétence des soins de santé des détenus vers le SPF Santé publique et SPF Sécurité sociale - concertation assuétudes prison Bruxelles - [www.atasp.be](http://www.atasp.be)

<sup>19</sup> Direction générale de la Santé, étude PREVACA 2010.

<sup>20</sup> Getza - L., Maladies infectieuses en prison. Maîtrise d'études avancées en Santé Publique, Université de Genève. Novembre 2011.

## RECOMMANDATION N° 21

- Proposer de façon systématique un dépistage de maladies transmissibles lors de l'arrivée de nouveaux détenus ; et ce, dans le respect de la liberté thérapeutique du médecin et de la loi sur les droits des patients.

### 2. L'environnement carcéral

Au-delà des carences graves en matière de dépistage, différents facteurs comportementaux et environnementaux sont mis en évidence par les associations de terrain. Mes visites ne font que confirmer ces constats.

Quand on visite une prison, outre le bruit des portes qui claquent, c'est l'exiguïté des lieux qui choque. Dans chaque prison, je suis entrée dans les cellules et à chaque fois ce sentiment : milieu confiné, insuffisamment aéré, exigü et souvent sale...

Un milieu qui, en matière de santé, favorise évidemment la propagation des maladies contagieuses et transmissibles. La surpopulation présente aggrave évidemment le phénomène.

A part dans les prisons de Marche-en-Famenne et de Leuze-en-Hainaut, les personnes détenues cohabitent à deux voire à trois par cellule prévue pour une personne. 9m<sup>2</sup> rarement plus, souvent enfermés 23/24 heures, des odeurs à n'en plus finir car les toilettes (voire les seaux) sont près des lits et tout ça dans des prisons souvent vétustes et peu éclairées. Tout ceci engendre des situations de carences sanitaires graves.

L'hygiène corporelle n'est pas non plus favorisée: souvent 1 ou 2 douches par semaine chronométrées pour que l'eau chaude ne manque pas... Le manque de motivation à prendre soin de soi, et dès lors une hygiène défectueuse, s'expliquent aussi par le fait qu'il y a très peu de contacts avec l'extérieur et souvent un état dépressif s'installe.

N'oublions pas également qu'en prison, tout se cante (c'est-à-dire que les détenus doivent acheter leurs produits d'hygiène corporelle et d'entretien). Tous n'en ont pas les moyens ; cela incite à des partages de matériel et à un non investissement dans des produits d'hygiène corporelle..

Au niveau comportemental, on constate également une réelle méconnaissance, de la part des personnes détenues, des modes de transmission des maladies fréquentes en prison. Cette méconnaissance favorise la propagation de certains micro-organismes. Certaines pratiques aussi comme le tatouage ou le piercing clandestin favorisent également la propagation des maladies transmissibles. A ce sujet, 12% des détenus déclarent avoir été tatoués en prison.

Le manque d'accès au matériel de prévention comme des brochures d'information, des préservatifs ou autres sont une explication supplémentaire de ces comportements à risque. Aujourd'hui, seule la visite chez le médecin permet l'obtention d'un préservatif. Les associations n'étant pas présentes partout et en contact avec l'ensemble des détenus, la distribution de brochures ou de préservatifs est très aléatoire...

Enfin, les détenus prennent également des risques, qu'ils ne mesurent pas toujours, lorsqu'ils partagent du matériel d'injection ou encore lorsqu'ils ont des relations sexuelles non protégées ; ce qui augmente les risques de propagation de maladies transmissibles.

## RECOMMANDATION N°22

Permettre à chaque détenu d'avoir une information claire sur les risques encourus en matière de transmission de maladies, sur les gestes de base en matière d'hygiène et de soin primaire que ce soit pour lui ou pour son environnement. Il est donc recommandé que chaque détenu lors de son arrivée en prison soit informé par brochure mais aussi de manière pérenne. Pour ce faire, à côté du personnel médical, il est nécessaire que l'on puisse trouver de façon régulière une personne entièrement dédiée à la prévention sous toutes ses formes. Cela s'apparente donc à la mise en place d'un service de prévention pour les détenus, intégré aux prisons, qui serait également destiné au personnel pénitentiaire. Dans une demande de réduction des risques, il apparaît donc nécessaire d'agir de manière globale, en visant tous les éléments, les différents publics sans négliger l'aspect participatif des projets à mettre en place.

**« LE MATELAS ICI ÇA VA, MAIS DANS CERTAINES PRISONS  
IL N'Y A PAS DE HOUSSES. TOUT EST RONGÉ PAR DES SOURIS »**

Témoignage d'un détenu lors d'actions du SES

### 3. L'alimentation

Cela semble aller de soi... Et pourtant, l'alimentation est un indice important de santé. Afin de prévenir certains risques, une alimentation saine et équilibrée est nécessaire.

Et pourtant, là aussi, les constats sont peu élogieux. Durant l'année 2010 sur les 8 inspections menées par l'AFSCA en prison, 7 étaient défavorables. Les raisons mises en avant sont : la vétusté des locaux et des cuisines, le manque de formation du personnel, un manque d'organisation stricte où les règles de sécurité priment.

La qualité nutritionnelle des repas distribués n'est pas non plus des meilleures. Souvent grasse et peu variée, elle fait régulièrement l'objet des critiques de la part des commissions de surveillance des prisons. Manque de fruits et légumes, petites portions, nourriture servie froide, ... Ces derniers points ont été largement pointés du doigt par l'O.I.P (Observation International des Prisons).

Comment expliquer cela ?

- Un budget minimaliste de 3,58 euros/jour/détenu rend difficile la variété des plats proposés.
- Un manque évident de professionnels en relation avec la santé (diététicien, nutritionniste, ...) attachés à la prison.
- Un choix de menus peu adapté à la vie sédentaire des détenus.

Par ailleurs les détenus ont la possibilité de cantiner en plus des repas distribués... Là aussi, le coût des produits, le manque d'informations sur l'équilibre alimentaire, le manque de fruits frais,... conduisent à faire des mauvais choix en termes d'équilibre alimentaire et nutritionnel.

#### RECOMMANDATION N° 23 ET 24

- Permettre la présence ou des contacts avec des professionnels de la santé en matière de nutrition alimentaire.
- Proposer une formation de base pour les personnes détenues travaillant en cuisine.

## 4. Drogues et assuétudes

Encore aujourd'hui, il est de bon ton d'affirmer que la drogue ne circule pas en prison... Il n'y a rien de plus faux. La drogue est présente sous toutes ses formes et elle génère violence, racket, agressions. Là aussi, peu de chiffres et de statistiques sont à notre disposition. Cependant, nous pouvons nous appuyer sur une étude réalisée par l'ASBL Modus Vivendi qui dans le cadre de son opération « Boule de neige » a réalisé une analyse quantitative des données récoltées dans 4 prisons wallonnes de 2009 à 2014. Ces résultats livrent une photographie à un moment donné et ne sont pas représentatifs de toute la population carcérale en Région wallonne, ils sont cependant illustratifs de la situation.

Les opérations « Boule de neige » sont des actions de prévention menées en prison, mais pas dans toutes, subventionnées par le SPF Justice, et qui visent à sensibiliser un certain nombre de détenus aux risques liés à l'usage de drogues et aux moyens de les réduire. A l'heure d'écrire ces lignes, le projet n'existe plus faute de moyens ; le SPF Justice ayant décidé d'y mettre fin en 2015.

Reposant principalement sur le principe de prévention des pairs par les pairs, des détenus (ex) usagers de drogues vont à la rencontre d'autres détenus afin de les sensibiliser à des thèmes directement en lien avec leur santé.

Sur les 15 opérations menées de 2009 à 2014, l'ASBL Modus Vivendi et ses partenaires ont pu toucher 819 détenus qui ont déclaré avoir consommé des substances autres que le tabac et l'alcool au cours de leur vie.

Parmi les 819 sujets qui ont déclaré avoir consommé au moins une fois un psychotrope au cours de leur vie, 66,8 % reconnaissent avoir consommé avant leur entrée en prison. Ce chiffre est cependant à prendre avec prudence vu le caractère un peu « direct » de la question. Il semble donc que celui-ci puisse être revu à la hausse. Parmi les personnes qui ont déclaré consommer avant leur incarcération, 80 % ont continué à consommer pendant leur incarcération.

La conclusion tirée par Modus Vivendi est donc que la prison ne favorise pas l'abstinence, bien au contraire...

Parmi les substances les plus fréquemment utilisées, on retrouve le cannabis, l'héroïne, l'alcool, la cocaïne, le LSD, les médicaments non prescrits et la méthadone.

Les professionnels expliquent cela par le fait qu'à part la cocaïne et le LSD, les détenus recherchent à travers cette consommation à vaincre l'ennui, à dormir, à calmer leur stress, ...

Face à cette consommation, souvent la question des traitements de substitution pose problème. Prendre de la méthadone, est-ce encore se droguer ?... Face à cela, la réponse du terrain est que l'accès aux traitements de substitution se révèle être une des stratégies les plus efficaces en termes de limitation des risques.

Toujours dans le cadre de cette enquête, des répondants (737 pour cette question) ont reconnu avoir recours à l'injection au cours de leur vie, dont ¼ en prison.

Que nous apprend cette réponse ? Que, même si elle est minoritaire en prison, l'injection existe et est pratiquée. Or les seringues y sont interdites... Cela soulève donc la question du matériel utilisé, du partage de matériel et des risques de transmission d'infections.

En ce qui concerne le sniff, l'enquête nous apprend que plus de la moitié des consommateurs y ont eu recours lors des 6 derniers mois et presque 40 % d'entre eux ont partagé leur paille de sniff. 40% savaient qu'il s'agissait d'une pratique risquée... Quid des autres ?

On en revient donc aux questions fondamentales de l'accès aux informations sur la santé. Concernant les risques très élevés de transmission de maladies infectieuses, ce sont les risques liés au partage de la paille de sniff et du matériel d'injection qui sont le moins bien connus ; pour le VIH/Sida, ce sont les risques liés à la fellation.

Les conclusions que l'on peut tirer de ces enquêtes me renforcent sur les mesures à mettre en place. Information aux détenus, supports d'information, diversité des supports d'information, rôle des projets participatifs en matière d'infor-

mation, renforcement de la sensibilisation des professionnels ; autant de recommandations que je mets en évidence dans ce rapport.

Bref, toujours dans une démarche de santé publique et de réduction des risques, il faut pouvoir agir de manière globale en permettant à la prévention de prendre une place entière au sein des prisons.

## 5. Problématique de santé mentale

La question de la santé mentale est pour moi le véritable parent pauvre de mes visites en prison.

La santé physique est prise en charge quotidiennement ; les personnes internées se retrouvent quant à elles soit dans les annexes psychiatriques, en attente d'une place dans une institution adéquate soit dans un établissement de défense sociale. Mais qu'en est-il des tous les autres en souffrance psychique ?

Partout, c'est le même constat, rien ou trop peu n'est fait pour la santé mentale des détenus...

Quelques chiffres: en 2015<sup>21</sup>, les prisons wallonnes ont connu 7 suicides. En Belgique, le taux de suicide serait 6 fois supérieur par rapport à l'extérieur<sup>22</sup>. Des comportements d'automutilation par scarification sont également présents mais le secret médical empêche évidemment le relevé de chiffres exacts.

La détention est également à l'origine de stress important provoquant des troubles du sommeil accrus, des maladies psychosomatiques, du mal-être, ... Les associations actives en prison nous rapportent également la perte d'estime de soi, les difficultés de concentration, l'augmentation des états dépressifs...

En matière de psychose, il semblerait qu'on relève 5 fois plus de cas que dans la population générale<sup>23</sup>.

Les facteurs engendrant ces troubles de la santé mentale sont malheureusement connus : déresponsabilisation, assistanat, perte d'autonomie, éloignement familial, vie dans un espace restreint, conditions de détention difficiles, ...

Un détenu racontait : « Quand on arrive en prison, il faut tuer le temps, on n'a rien à faire, rien à penser... Pourquoi se lever le matin, pourquoi s'habiller, se doucher ou nettoyer sa cellule... Pour qui? Pour quoi ? »

Dans ce contexte, on n'est donc pas surpris de constater que la prise de médicaments est importante : entre 38 et 42 % des détenus consomment des médica-

<sup>21</sup> Rapport annuel 2015 de la Direction générale des Etablissements pénitentiaires SPF Justice

<sup>22</sup> Dewitte,M.(2011), Actions entreprises par le personnel du Service Soins de Santé Prisons. Colloque du Service Education pour la Santé, Huy.

<sup>23</sup> Dewitte,M.(2011), Actions entreprises par le personnel du Service Soins de Santé Prisons. Colloque du Service Education pour la Santé, Huy.

ments psychotropes (benzodiazépine, neuroleptiques, ...). Parmi ceux-ci, 16,3 % sont sous antidépresseurs contre 5,3 % pour la moyenne belge<sup>24</sup>. A côté des médicaments, on retrouve des prises importantes de cannabis (56,2 % des détenus), d'héroïne (23,8 %) ou de tranquillisants (20,8 %).

Les problèmes de drogue et d'alcool sont 7 fois plus importants qu'à l'extérieur. A la lecture de ces chiffres, on ne peut que se rendre à l'évidence : pour échapper au stress, à l'ennui, pour oublier leurs problèmes, les détenus prennent des médicaments ou des substances illicites. La surmédicalisation en prison est fort répandue : deux détenus sur trois prennent des médicaments. Cette situation engendre des coûts importants en matière de santé publique.

Faute de travail de fond en matière de réinsertion; faute d'espace adapté pour développer des activités, des formations; faute de moyens en personnel, le détenu trouve une échappatoire.

Donner un médicament permet de maintenir le calme mais ne résout pas les problèmes, la détresse, le stress, ...

#### RECOMMANDATION N°25, 26 et 27

- Doter l'équipe médicale d'un référent santé mentale.
- Travailler l'environnement dans sa globalité.
- Développer l'accès des associations proposant un accompagnement individuel ou communautaire en santé mentale ; et ce, dans toutes les prisons. Un détenu égale un détenu.

<sup>24</sup> Consommations de drogue dans les prisons belges. Monitoring des risques sanitaires 2010. Bruxelles. Van Malderen, S.Pauwels, L.Walthoff-Born, C.Gilbert, P.Tods Sven



## UN EXEMPLE À L'ÉTRANGER: LA VISITE DE LA PRISON DE CHAMP-DOLLON



L'établissement pénitentiaire de Champ-Dollon est le plus grand de Suisse. Maison d'arrêt et de peine, avec une capacité de 376 places, la surpopulation y est importante. En 2014, un record de 903 détenus a été enregistré.

Champ-Dollon a attiré mon attention tant leur méthode de travail en matière de santé et de promotion de la santé est différente de tout ce que l'on connaît en Belgique.

En effet, depuis 1963, dans le canton de Genève, les soins de santé ont été séparés de l'autorité pénitentiaire. En clair, l'hôpital universitaire de Genève dédie une partie de son personnel à l'exercice de la médecine au sein même de la prison. Une équipe médicale de l'hôpital, aux compétences transversales, est implantée à temps plein dans la prison. Ceci permet une formation spécifique des internes, des infirmiers et des métiers para-médicaux à la santé en milieu pénitentiaire. Cela valorise donc le travail de ces professionnels.

Le médecin chef n'est pas subordonné au directeur de la prison, ce qui n'exclut pas un partage et un échange d'informations. Cependant, la confidentialité médicale est préservée

Le volet sécuritaire et pénitencier est donc totalement scindé du volet médical.

### **A. ORGANISATION DU VOLET MÉDICAL DE CHAMP-DOLLON**

Le service médical de Champ-Dollon est composé de 35 postes (50 personnes) parmi lesquels on dénombre des postes généralistes, des postes psychiatriques, des infirmiers et assistants de santé communautaire.

On recense entre 22.000 et 25.000 consultations annuelles, avec une moyenne de 100 consultations par jour.

Seuls les soins ambulatoires sont effectués au sein de l'établissement ; pour les autres soins, les détenus se rendent à l'hôpital universitaire où des chambres sécurisées leur sont exclusivement dédiées.

Champ-Dollon est aussi pourvu d'une unité psychiatrique pénitentiaire.

La présence infirmière est quotidienne et continue. 4 infirmiers le matin, 3 l'après-midi et 1 en soirée. En bref, une présence médicale 24h/24. Le médecin, quant à lui, est rappelable en cas d'urgence en dehors des heures de travail. Les consultations ont lieu deux fois par jour; le matin et l'après-midi.

Les infirmiers distribuent les médicaments, ce qui assure non seulement le maintien du secret médical mais aussi un contact journalier avec le détenu et une continuité du trajet de soins ainsi que la prise en charge du volet préventif.

Chaque détenu entrant est reçu par un infirmier lors d'un entretien durant lequel une fiche de santé est établie. Cette fiche est extrêmement détaillée et reprend des informations en matière de santé, de santé mentale, d'assuétudes, ... Ceci permet de cerner rapidement et dès leur entrée les besoins du patient et en assurer rapidement un suivi. En effet, il a été constaté que la population pénitentiaire a des besoins très spécifiques: individuels d'une part (assuétudes, état sanitaire dégradé, ...) mais aussi liés aux conséquences du système dans lequel ils entrent.

## **B. POURQUOI EST-IL IMPORTANT DE TENIR COMPTE DU MODÈLE DE CHAMP-DOLLON?**

Selon moi, Champ-Dollon est une véritable révolution dans la manière d'aborder l'axe soins de santé en milieu pénitentiaire : c'est un hôpital universitaire qui gère l'ensemble du volet médical de la prison, qui y dédie sur place une équipe médicale à temps plein ainsi que des chambres sécurisées en cas d'extraction.

Pour être clair, si l'on veut appliquer ce schéma en Belgique, il faudra avant tout transférer l'axe santé pénitentiaire du SPF Justice vers le SPF Santé publique.

Dans le canton de Genève, c'est l'hôpital universitaire qui paie l'équipe médicale, les soins et les médicaments. Pour cela, il est subsidié par des fonds d'utilité publique prévus dans leur enveloppe annuelle.

## **C. LES AVANTAGES D'UN TEL SYSTÈME**

Le détenu est avant tout un patient, pas un détenu. Cette notion « détenu » versus « patient » a souvent été mise en exergue lors de mes visites dans les prisons francophones. Le détenu est rarement considéré comme un patient. Le fait que la santé relève exclusivement et intégralement du volet sécuritaire impose dès le départ un cloisonnement contraire aux droits fondamentaux du patient. Le fait qu'à Champ-Dollon, les deux volets (sécuritaire - santé) soient scindés hiérarchiquement et budgétairement impacte positivement la relation au détenu/patient, le suivi, les soins quotidiens, la prévention. Ce système a donc aussi des conséquences positives sur la santé publique et il augmente la sécurité sanitaire de la population, des détenus et du personnel.

L'équipe médicale est totalement indépendante de la direction pénitentiaire.

Le secret médical est donc préservé et les soins sont pratiqués de façon objective et transparente.

La présence médicale au sein de la prison est permanente. Il n'y a donc pas d'extraction à l'exception des soins ne pouvant être effectués en ambulatoire.

Le suivi médical du patient est quotidien et peut être assuré par le même médecin en dehors de la prison, une fois la remise en liberté, ce qui assure la continuité des soins. D'autre part, la promotion de la santé peut se faire de façon individuelle et de manière continue, grâce à la présence en cellule du personnel médical lors de la distribution des médicaments.

Il est à noter qu'avec la mise en place d'un tel système, il a été constaté une renonciation de certains soins et une diminution du nombre de visites au service médical de la part des détenus.

Enfin, un tel système permet de valoriser les métiers médicaux au sein d'une prison. Ce qui n'est absolument pas le cas chez nous, bien au contraire. A l'heure où l'on assiste à un désinvestissement majeur de la profession médicale en prison couplé à une pénurie de manière générale de médecin généraliste en Belgique francophone, le fait que la cellule santé prison dépende de l'hôpital universitaire, induit qu'un jeune médecin pourrait y faire ses stages et donc décide d'y travailler. La vision qu'en ont les futurs médecins est plutôt positive et induit des choix de carrière.

#### **D. LES INCONVÉNIENTS**

Le principal inconvénient est sans nul doute le fait de devoir chiffrer l'impact financier d'un tel choix, mais également de faire évoluer nos mentalités et de s'entendre sur le pouvoir de tutelle (Fédéral, Région ou les deux).

Cependant, il serait intéressant de pouvoir tenter la mise en place d'une expérience pilote à travers une convention entre une prison de taille moyenne et une structure hospitalière.

Une ville comme Namur qui possède une prison en centre-ville et un centre hospitalier de taille moyenne pourrait tenter l'expérience !



# CONCLUSION

Au début de ce rapport, je ne savais pas très bien où j'allais ...

L'expérience, certes, me paraissait plus qu'intéressante mais pas de route tracée, pas de règle bien définie, ni sur la forme ni sur le fond.

Le dépôt d'un rapport parlementaire wallon est un dispositif tout neuf et très peu de chiffres et d'écrits existent sur le sujet que je souhaitais traiter.

Malgré tout, le jeu en vaut la chandelle et je démarre sur des rencontres, des entrevues, des entretiens... Et puis, les visites commencent avec leurs lots d'anecdotes, de rencontres personnelles, d'histoires de vie, que ce soit chez les directeurs, les agents, les détenus ou les collaboratrices des ASBL de prévention.

Un premier constat me saute aux yeux : les secteurs de la Santé et de la Promotion de la Santé sont en proie à de grandes carences dans notre système carcéral. Tant le personnel médical que les ASBL qui y travaillent font les mêmes constats: manque de moyens, surtout manque de temps. Manque peut-être aussi d'intérêt pour le détenu et sa santé.

Qui s'en soucie ? Le personnel, les familles, sûrement mais après ?... Ce n'est certainement pas un secteur porteur électoralement et donc, doit-il être au centre des choix ou des priorités ? Beaucoup en doutent... Et pourtant !

Les grèves des agents de surveillance vécues tout au long des mois d'avril et de mai 2016 font écho à mes observations.

Il est en effet difficile d'isoler l'aspect de la santé du système carcéral global.

Le monde carcéral est un monde unique, à part, avec ses codes, ses rythmes et ses règles propres. Tous les aspects sont constamment en interdépendance.

Pourtant, alors qu'aujourd'hui politiquement, les choix se portent sur une rationalisation budgétaire importante, les constats sont accablants : surpopulation, manque de personnel, formation non adaptée des agents, manque d'hygiène, carence du personnel médical...

Il est évident que nos prisons ne vont pas bien et en tant que politique, on ne peut pas fermer les yeux et rester muet face aux nombreuses sonnettes d'alarme qui retentissent depuis de trop nombreuses années.

Je me suis donc rendue à l'évidence : la santé et surtout sa promotion restent les parents pauvres du système carcéral, la dernière roue du carrosse, quand il reste

du temps et des moyens.

Il n'en demeure pas moins que le personnel médical y exerce un travail remarquable. Chaque personne rencontrée s'est livrée sans tabou sur ses difficultés du quotidien, les craintes du début et l'attachement au métier. La difficulté pour recruter de nouveaux médecins ; les anciens qui courent d'une prison à l'autre ; le manque de psychologue ; la surmédicalisation à laquelle on ne peut « rien » faire...

Toutes ces personnes ont peu souvent droit au chapitre et pourtant, elles méritent, à mon sens, une plus grande valorisation.

Le monde associatif présent en prison, principal vecteur de l'aspect préventif, souffre lui aussi d'un manque de moyens alors qu'il réalise beaucoup avec parfois des bouts de ficelles et peu de reconnaissance du monde extérieur. Et pourtant, là aussi, les projets pilotes sont probants et porteurs de résultats.

Les recommandations que j'ai formulées se veulent donc pragmatiques mais elles demandent aussi des moyens et une volonté politique de changements. Pour ce faire, il y a un prérequis fondamental : il est primordial de changer nos cadres de références et notre vision de la prison afin d'évoluer vers des perspectives plus justes.

Cependant, reconnaissons que la population en général est assez réticente quand on aborde le sujet des prisons. Il n'en reste pas moins que nous vivons dans un pays démocrate, où l'humanisme doit, à mon sens, rester au centre de nos valeurs. Tant les détenus que le personnel qui les accompagne ont des droits. Et le premier est à mon sens de vivre et de travailler dans la dignité. Ils restent avant tout des Humains.

Les recommandations formulées pourraient dès lors être classifiées en termes de moyens nécessaires à leur concrétisation. Allant de changements réalisables rapidement à un changement radical comme cela a été le cas en Suisse avec l'exemple de Champ-Dollon.

Comme je l'ai dit dans mon introduction, je ne suis pas sortie tout à fait indemne de cette expérience, pas tout à fait la même et avec une vision modifiée du monde carcéral. Une phrase d'un détenu me revient sans cesse : « Je vis seul dans ma cellule, seul avec moi-même. Mon corps reste mon principal compagnon, mon principal ennemi parfois. Toute mon attention y est focalisée. La moindre douleur, le moindre changement devient une urgence. »

C'est pourquoi, mon souhait à l'heure de déposer la plume est que ce rapport ne reste pas en l'état. J'ai pu, à travers mes lectures politiques de ces derniers mois, ressentir les prémices d'un changement tant au niveau de la Commission interministérielle qu'au niveau de la vision politique actuelle du Ministre de la Justice. J'espère donc que ces quelques recommandations seront une pierre supplémentaire à ce fragile édifice qu'est la promotion de la santé en prison.

## A. ANNEXE 1 : LA LOI RELATIVE AUX DROITS DU PATIENT DU 22 AOÛT 2002

CHAPITRE I. - Disposition générale.

Art. 1. La présente loi règle une matière visée à l'article 78 de la Constitution.

CHAPITRE II. - Définitions et champs d'application.

Art. 2. Pour l'application de la présente loi, il faut entendre par :

1° patient : la personne physique à qui des soins de santé sont dispensés, à sa demande ou non;

2° soins de santé : services dispensés par un praticien professionnel en vue de promouvoir, de déterminer, de conserver, de restaurer ou d'améliorer l'état de santé d'un patient [1 , de modifier son apparence corporelle à des fins principalement esthétiques ou de l'accompagner en fin de vie]1;

3° praticien professionnel : le praticien visé à l'arrêté royal n° 78 du 10 novembre 1967 relatif à l'exercice des professions des soins de santé ainsi que le praticien professionnel ayant une pratique non conventionnelle, telle que visée dans la loi du 29 avril 1999 relative aux pratiques non conventionnelles dans les domaines de l'art médical, de l'art pharmaceutique, de la kinésithérapie, de l'art infirmier et des professions paramédicales.

(1)<L 2013-05-23/21, art. 8, 003; En vigueur : 12-07-2013>

Art. 3. § 1er. La présente loi s'applique aux rapports juridiques (contractuels et extra-contractuels) de droit privé et de droit public dans le domaine des soins de santé dispensés par un praticien professionnel à un patient. <W 2006-12-13/35, art. 61, 002; En vigueur : 01-01-2007>

§ 2. Le Roi peut, par arrêté délibéré en Conseil des Ministres et après avis de la commission visée à l'article 16, préciser les règles relatives à l'application de la loi aux rapports juridiques visés au § 1er, définis par Lui, afin de tenir compte du besoin de protection spécifique.

Art. 4. Dans la mesure où le patient y apporte son concours, le praticien professionnel respecte les dispositions de la présente loi dans les limites des compétences qui lui sont conférées par ou en vertu de la loi. Dans l'intérêt du patient, il agit le cas échéant en concertation pluridisciplinaire.

### CHAPITRE III. - Droits du patient.

Art. 5. Le patient a droit, de la part du praticien professionnel, à des prestations de qualité répondant à ses besoins et ce, dans le respect de sa dignité humaine et de son autonomie et sans qu'une distinction d'aucune sorte ne soit faite.

Art. 6. Le patient a droit au libre choix du praticien professionnel et il a le droit de modifier son choix, sauf limites imposées dans ces deux cas en vertu de la loi.

Art. 7.

§ 1er. Le patient a droit, de la part du praticien professionnel, à toutes les informations qui le concernent et peuvent lui être nécessaires pour comprendre son état de santé et son évolution probable.

§ 2. La communication avec le patient se déroule dans une langue claire. Le patient peut demander que les informations soient confirmées par écrit. (Le patient a le droit de se faire assister par une personne de confiance ou d'exercer son droit sur les informations visées au § 1er par l'entremise de celle-ci. Le cas échéant, le praticien professionnel note, dans le dossier du patient, que les informations ont été communiquées, avec l'accord du patient, à la personne de confiance ou qu'elles ont été communiquées au patient en la présence de la personne de confiance, et il note l'identité de cette dernière. En outre, le patient peut demander explicitement que les données susmentionnées soient inscrites dans le dossier du patient.) <W 2006-12-13/35, art. 62, 002; En vigueur : 01-01-2007>

§ 3. Les informations ne sont pas fournies au patient si celui-ci en formule expressément la demande à moins que la non-communication de ces informations ne cause manifestement un grave préjudice à la santé du patient ou de tiers et à condition que le praticien professionnel ait consulté préalablement un autre praticien professionnel à ce sujet et entendu la personne de confiance éventuellement désignée dont question au § 2, alinéa 3. La demande du patient est consignée ou ajoutée dans le dossier du patient.

§ 4. Le praticien professionnel peut, à titre exceptionnel, ne pas divulguer les informations visées au § 1er au patient si la communication de celles-ci risque de causer manifestement un préjudice grave à la santé du patient et à condition que le praticien professionnel ait consulté un autre praticien professionnel.

Dans ce cas, le praticien professionnel ajoute une motivation écrite dans le dossier du patient et en informe l'éventuelle personne de confiance désignée dont question au § 2, alinéa 3.

Dès que la communication des informations ne cause plus le préjudice visé à l'alinéa 1er, le praticien professionnel doit les communiquer.

Art. 8.

§ 1er. Le patient a le droit de consentir librement à toute intervention du praticien professionnel moyennant information préalable.

Ce consentement est donné expressément, sauf lorsque le praticien professionnel, après avoir informé suffisamment le patient, peut raisonnablement inférer du comportement de celui-ci qu'il consent à l'intervention.

A la demande du patient ou du praticien professionnel et avec l'accord du prat-

icien professionnel ou du patient, le consentement est fixé par écrit et ajouté dans le dossier du patient.

§ 2. Les informations fournies au patient, en vue de la manifestation de son consentement visé au § 1er, concernent l'objectif, la nature, le degré d'urgence, la durée, la fréquence, les contre-indications, effets secondaires et risques inhérents à l'intervention et pertinents pour le patient, les soins de suivi, les alternatives possibles et les répercussions financières. Elles concernent en outre les conséquences possibles en cas de refus ou de retrait du consentement, et les autres précisions jugées souhaitables par le patient ou le praticien professionnel, le cas échéant en ce compris les dispositions légales devant être respectées en ce qui concerne une intervention.

§ 3. Les informations visées au § 1er sont fournies préalablement et en temps opportun, ainsi que dans les conditions et suivant les modalités prévues aux §§ 2 et 3 de l'article 7.

§ 4. Le patient a le droit de refuser ou de retirer son consentement, tel que visé au § 1er, pour une intervention.

A la demande du patient ou du praticien professionnel, le refus ou le retrait du consentement est fixé par écrit et ajouté dans le dossier du patient.

Le refus ou le retrait du consentement n'entraîne pas l'extinction du droit à des prestations de qualité, tel que visé à l'article 5, à l'égard du praticien professionnel.

Si, lorsqu'il était encore à même d'exercer les droits tels que fixés dans cette loi, le patient a fait savoir par écrit qu'il refuse son consentement à une intervention déterminée du praticien professionnel, ce refus doit être respecté aussi longtemps que le patient ne l'a pas révoqué à un moment où il est lui-même en mesure d'exercer ses droits lui-même.

§ 5. Lorsque, dans un cas d'urgence, il y a incertitude quant à l'existence ou non d'une volonté exprimée au préalable par le patient ou son représentant visé au chapitre IV, toute intervention nécessaire est pratiquée immédiatement par le praticien professionnel dans l'intérêt du patient. Le praticien professionnel en fait mention dans le dossier du patient visé à l'article 9 et agit, dès que possible, conformément aux dispositions des paragraphes précédents.

Art. 8/1. [1 Le praticien professionnel informe le patient s'il dispose ou non d'une couverture d'assurance ou d'une autre forme individuelle ou collective de protection concernant la responsabilité professionnelle.]1

-----  
(1)<Inséré par L 2014-04-10/23, art. 174, 005; En vigueur : 10-05-2014>

Art. 8/2. [1 Le praticien professionnel informe le patient de son statut d'autorisation à exercer ou d'enregistrement.]1

-----  
(1)<Inséré par L 2014-04-10/23, art. 175, 005; En vigueur : 10-05-2014>

Art. 9.

§ 1er. Le patient a droit, de la part de son praticien professionnel, à un dossier de patient soigneusement tenu à jour et conservé en lieu sûr.

A la demande du patient, le praticien professionnel ajoute les documents four-

nis par le patient dans le dossier le concernant.

§ 2. Le patient a droit à la consultation du dossier le concernant.

Il est donné suite dans les meilleurs délais et au plus tard dans les 15 jours de sa réception, à la demande du patient visant à consulter le dossier le concernant. Les annotations personnelles d'un praticien professionnel et les données concernant des tiers n'entrent pas dans le cadre de ce droit de consultation.

A sa demande, le patient peut se faire assister par une personne de confiance désignée par lui ou exercer son droit de consultation par l'entremise de celle-ci. Si cette personne est un praticien professionnel, elle consulte également les annotations personnelles visées à l'alinéa 3. (Le cas échéant, la demande du patient est formulée par écrit et la demande, ainsi que l'identité de la personne de confiance, sont consignées ou ajoutées au dossier du patient.) <W 2006-12-13/35, art. 63, 1°, 002; En vigueur : 01-01-2007>

Si le dossier du patient contient une motivation écrite telle que visée à l'article 7, § 4, alinéa 2, qui est encore pertinente, le patient exerce son droit de consultation du dossier par l'intermédiaire d'un praticien professionnel désigné par lui, lequel praticien consulte également les annotations personnelles visées à l'alinéa 3

§ 3. Le patient a le droit d'obtenir, (...), une copie du dossier le concernant ou d'une partie de celui-ci, conformément aux règles fixées au § 2. Sur chaque copie, il est précisé que celle-ci est strictement personnelle et confidentielle. (Le Roi peut fixer le montant maximum pouvant être demandé au patient par page copiée, copie donnée en application du droit précité d'obtenir une copie ou sur un autre support d'information.) <W 2006-12-13/35, art. 63, 2°, 002; En vigueur : 01-01-2007>

Le praticien professionnel refuse de donner cette copie s'il dispose d'indications claires selon lesquelles le patient subit des pressions afin de communiquer une copie de son dossier à des tiers.

§ 4. Après le décès du patient, l'époux, le partenaire cohabitant légal, le partenaire et les parents jusqu'au deuxième degré inclus ont, par l'intermédiaire du praticien professionnel désigné par le demandeur, le droit de consultation, visé au § 2, pour autant que leur demande soit suffisamment motivée et spécifiée et que le patient ne s'y soit pas opposé expressément. Le praticien professionnel désigné consulte également les annotations personnelles visées au § 2, alinéa 3.

Art. 10.

§ 1er. Le patient a droit à la protection de sa vie privée lors de toute intervention du praticien professionnel, notamment en ce qui concerne les informations liées à sa santé.

Le patient a droit au respect de son intimité. Sauf accord du patient, seules les personnes dont la présence est justifiée dans le cadre de services dispensés par un praticien professionnel peuvent assister aux soins, examens et traitements.

§ 2. Aucune ingérence n'est autorisée dans l'exercice de ce droit sauf si cela est prévu par la loi et est nécessaire pour la protection de la santé publique ou pour la protection des droits et des libertés de tiers.

Art. 11. § 1er. Le patient a le droit d'introduire une plainte concernant l'exercice des droits que lui octroie la présente loi, auprès de la fonction de médiation

compétente.

§ 2. La fonction de médiation a les missions suivantes :

1° la prévention des questions et des plaintes par le biais de la promotion de la communication entre le patient et le praticien professionnel;

2° la médiation concernant les plaintes visées au § 1er en vue de trouver une solution;

3° l'information du patient au sujet des possibilités en matière de règlement de sa plainte en l'absence de solution telle que visée en 2°;

4° la communication d'informations sur l'organisation, le fonctionnement et les règles de procédure de la fonction de médiation;

5° la formulation de recommandations permettant d'éviter que les manquements susceptibles de donner lieu à une plainte, telle que visée au § 1er, ne se reproduisent.

§ 3. Le Roi fixe, par arrêté délibéré en Conseil des Ministres les conditions auxquelles la fonction de médiation doit répondre en ce qui concerne l'indépendance, le secret professionnel, l'expertise, la protection juridique, l'organisation, le fonctionnement, le financement, les règles de procédure et le ressort.

Art. 11bis. <inséré par L 2004-11-24/42, art. 2 ; En vigueur : 27-10-2005> Toute personne doit recevoir de la part des professionnels de la santé les soins les plus appropriés visant à prévenir, écouter, évaluer, prendre en compte, traiter et soulager la douleur.

CHAPITRE IV. - Représentation du patient.

Art. 12. § 1er. Si le patient est mineur, les droits fixés par la présente loi sont exercés par les parents exerçant l'autorité sur le mineur ou par son tuteur.

§ 2. Suivant son âge et sa maturité, le patient est associé à l'exercice de ses droits. Les droits énumérés dans cette loi peuvent être exercés de manière autonome par le patient mineur qui peut être estimé apte à apprécier raisonnablement ses intérêts.

Art. 13. <Abrogé par L 2013-03-17/14, art. 214, 004; En vigueur : 01-09-2014 (L 2014-05-12/02, art. 22)>

Art. 14.

§ 1er. Les droits d'une personne majeure [2 ...]2 inscrits dans la présente loi sont exercés par la personne même, pour autant qu'elle soit capable d'exprimer sa volonté pour ce faire.

Ces droits sont cependant exercés par une personne que le patient a préalablement désignée pour se substituer à lui, pour autant et aussi longtemps qu'il n'est pas en mesure d'exercer ses droits lui-même.

La désignation de la personne visée à l'alinéa 2 s'effectue par un mandat écrit spécifique, daté et signé par cette personne ainsi que par le patient, mandat par lequel cette personne marque son consentement. Ce mandat peut être révoqué par le patient ou par le mandataire désigné par lui par un écrit daté et signé.

§ 2. Si le patient n'a pas désigné de mandataire ou si le mandataire désigné par le patient n'intervient pas, les droits établis par la présente loi sont exercés par

l'administrateur de la personne, après autorisation du juge de paix, conformément à l'article 499/7, § 1er du Code civil, pour autant et aussi longtemps que la personne protégée n'est pas en mesure d'exercer ses droits elle-même.

§ 3. Si aucun administrateur n'est habilité à représenter le patient en vertu du § 2, les droits établis par la présente loi sont exercés par l'époux cohabitant, le partenaire cohabitant légal ou le partenaire cohabitant de fait.

Si la personne qui peut intervenir en vertu de l'alinéa 1er ne souhaite pas intervenir ou si elle fait défaut, les droits sont exercés, en ordre successif, par un enfant majeur, un parent, un frère ou une soeur majeurs du patient.

Si la personne qui peut intervenir en vertu de l'alinéa 2 ne souhaite pas intervenir ou si elle fait défaut, c'est le praticien professionnel concerné, le cas échéant dans le cadre d'une concertation pluridisciplinaire, qui veille aux intérêts du patient. Il en va de même en cas de conflit entre deux ou plusieurs personnes pouvant intervenir en vertu du § 2 ou des alinéas 1er et 2.

§ 4. Le patient est associé à l'exercice de ses droits autant qu'il est possible et compte tenu de sa capacité de compréhension.

§ 5. Le droit de plainte visé à l'article 11 peut, par dérogation aux §§ 1er, 2 et 3, être exercé par les personnes visées à ces paragraphes, désignées par le Roi, par arrêté délibéré en Conseil des ministres, sans devoir respecter l'ordre prévu.]1

-----

(1)<L 2013-03-17/14, art. 215, 004; En vigueur : 01-09-2014 (L 2014-05-12/02, art. 22)>

(2)<L 2014-04-25/23, art. 214, 006; En vigueur : 01-09-2014>

#### Art. 15.

§ 1er. En vue de la protection de la vie privée du patient telle que visée à l'article 10, le praticien professionnel concerné peut rejeter en tout ou en partie la demande de la personne visée aux articles 12 [1 ...]1 et 14 visant à obtenir consultation ou copie comme visé à l'article 9, § 2, ou § 3. Dans ce cas, le droit de consultation ou de copie est exercé par le praticien professionnel désigné par le mandataire.

§ 2. Dans l'intérêt du patient et afin de prévenir toute menace pour sa vie ou toute atteinte grave à sa santé, le praticien professionnel, le cas échéant dans le cadre d'une concertation pluridisciplinaire, déroge à la décision prise par la personne visée aux articles 12, [1 14, § 2 ou 3]1. Si la décision a été prise par une personne visée à l'article 14, § 1er, le praticien professionnel n'y déroge que pour autant que cette personne ne peut invoquer la volonté expresse du patient.

§ 3. Dans les cas visés aux §§ 1er, et 2, le praticien professionnel ajoute une motivation écrite dans le dossier du patient.

-----

(1)<L 2013-03-17/14, art. 216, 004; En vigueur : 01-09-2014 (L 2014-05-12/02, art. 22)>

### CHAPITRE V. - Commission fédérale " Droits du patient ".

#### Art. 16.

§ 1er. Une Commission fédérale " Droits du patient " est créée au Ministère des Affaires sociales, de la Santé publique et de l'Environnement.

§ 2. Elle aura pour mission :

1° de collecter et traiter des données nationales et internationales concernant des matières relatives aux droits du patient;

2° de formuler des avis, sur demande ou d'initiative, à l'intention du ministre qui a la Santé publique dans ses attributions, concernant les droits et devoirs des patients et des praticiens professionnels;

3° d'évaluer l'application des droits fixés dans la présente loi;

4° d'évaluer le fonctionnement des fonctions de médiation [1 et de formuler les recommandations à cet égard]1;

5° [1 ...]1.

§ 3. Un service de médiation est créé auprès de la commission. Il est compétent pour renvoyer une plainte d'un patient concernant l'exercice des droits que lui octroie la présente loi à la fonction de médiation compétente ou, à défaut de celle-ci, pour la traiter lui-même, comme visé à l'article 11, § 2, 2°, et 3°.

§ 4. Le Roi précise les règles concernant la composition et le fonctionnement de la Commission fédérale " Droits du patient ". Sur le plan de la composition, une représentation équilibrée sera garantie entre les représentants des patients, des praticiens professionnels, des hôpitaux et des organismes assureurs tels que visés à l'article 2, i, de la loi coordonnée du 14 juillet 1994 relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités. Des fonctionnaires des départements ministériels ou des services publics concernés peuvent également être prévus en tant que membres à voix consultative.

§ 5. Le secrétariat de la commission est assuré par le fonctionnaire général désigné par le ministre qui a la Santé publique dans ses attributions.

-----  
(1)<L 2014-04-10/23, art. 176, 005; En vigueur : 10-05-2014>

## CHAPITRE VI. - Dispositions modificatives et finales.

Art. 17. Dans la loi sur les hôpitaux, coordonnée le 7 août 1987, sont apportées les modifications suivantes :

1° Dans le titre 1er est inséré un chapitre V (nouveau), rédigé comme suit :  
" CHAPITRE V. - Respect des droits du patient. ";

2° Un article 17novies est ajouté, libellé comme suit :

" Art. 17novies. Chaque hôpital respecte, dans les limites de ses capacités légales, les dispositions de la loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient pour ce qui concerne les aspects médicaux, infirmiers et d'autres pratiques professionnelles de soins dans ses relations juridiques avec le patient. De plus, chaque hôpital veille à ce que les praticiens professionnels qui n'y travaillent pas sur la base d'un contrat de travail ou d'une nomination statutaire respectent les droits du patient.

Chaque hôpital veille à ce que toutes les plaintes liées au respect de l'alinéa précédent puissent être déposées auprès de la fonction de médiation prévue par l'article 70quater afin d'y être traitées.

A sa demande, le patient a le droit de recevoir explicitement et préalablement les informations concernant les relations juridiques visées à l'alinéa 1er et définies par le Roi après avis de la commission visée à l'article 16 de la loi de 22

août 2002 relative aux droits du patient.

L'hôpital est responsable des manquements commis par les praticiens professionnels qui y travaillent, relatifs au respect des droits du patient définis dans la présente loi, à l'exception des manquements commis par les praticiens professionnels à l'égard desquels les informations visées à l'alinéa précédent en disposent explicitement autrement. " ;

3° Un article 70quater est ajouté, libellé comme suit :

" Art. 70quater. Pour être agréé, chaque hôpital doit disposer d'une fonction de médiation telle que visée à l'article 11, § 1er, de la loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient, étant entendu que le Roi peut définir les conditions dans lesquelles cette fonction de médiation peut être exercée par le biais d'un accord de coopération entre hôpitaux. "

Art. 18. § 1er. L'alinéa 1er de l'article 10, § 2, de la loi du 8 décembre 1992 relative à la protection de la vie privée à l'égard des traitements de données à caractère personnel, modifiée par la loi du 11 décembre 1998, est modifié comme suit :

" Sans préjudice de l'article 9, § 2, de la loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient, toute personne a le droit, soit directement, soit avec l'aide d'un praticien professionnel en soins de santé, de prendre connaissance des données à caractère personnel traitées en ce qui concerne sa santé. "

§ 2. L'alinéa 2 de l'article 10, § 2, de la même loi, est modifié comme suite :

" Sans préjudice de l'article 9, § 2, de la loi précitée, la communication peut être effectuée par l'intermédiaire d'un professionnel des soins de santé choisi par la personne concernée, à la demande du responsable du traitement ou de la personne concernée. "

Art. 19. L'article 95 de la loi du 25 juin 1992 sur le contrat d'assurance terrestre est remplacé par la disposition suivante :

" Art. 95. - Information médicale - Le médecin choisi par l'assuré peut remettre à l'assuré qui en fait la demande, les certificats médicaux nécessaires à la conclusion ou à l'exécution du contrat. Ces certificats se limitent à une description de l'état de santé actuel.

Ces certificats ne peuvent être remis qu'au médecin-conseil de l'assureur. Ce dernier ne peut communiquer aucune information non pertinente eu égard au risque pour lequel les certificats ont été établis ou relative à d'autres personnes que l'assuré.

L'examen médical, nécessaire à la conclusion et à l'exécution du contrat, ne peut être fondé que sur les antécédents déterminant l'état de santé actuel du candidat-assuré et non sur des techniques d'analyse génétique propres à déterminer son état de santé futur.

Pour autant que l'assureur justifie de l'accord préalable de l'assuré, le médecin de celui-ci transmet au médecin-conseil de l'assureur un certificat établissant la cause du décès.

Lorsqu'il n'existe plus de risque pour l'assureur, le médecin-conseil restitue, à leur demande, les certificats médicaux à l'assuré ou, en cas de décès, à ses ayants droit.

## B. ANNEXE 2 : LA LOI DE PRINCIPE DU 12 JANVIER 2005

### CHAPITRE VII. - Des soins de santé et de la protection de la santé.

#### Section Ire. - Des soins de santé.

Art. 87. Les soins de santé en milieu pénitentiaire englobent :

1° les services dispensés par les prestataires de soins en vue de promouvoir, de déterminer, de conserver, de restaurer ou d'améliorer l'état de santé physique et psychique du patient;

2° la contribution des prestataires de soins à la prévention et à la protection sanitaires du personnel et des détenus;

3° la contribution des prestataires de soins à la réinsertion sociale des détenus.

Art. 88. Le détenu a droit à des soins de santé qui sont équivalents aux soins dispensés dans la société libre et qui sont adaptés à ses besoins spécifiques.

Art. 89. Le détenu a droit à ce que les soins de santé dispensés avant son incarcération continuent à l'être de manière équivalente pendant son parcours de détention. Il est conduit auprès du médecin attaché à la prison le plus rapidement possible après son incarcération, puis chaque fois qu'il le demande.

Art. 90. Le détenu a droit aux services de prestataires de soins disposant des qualifications nécessaires pour répondre à ses besoins spécifiques.

Art. 91. § 1er. Le détenu a le droit de recevoir la visite d'un médecin de son choix. Le médecin librement choisi est habilité à conseiller le détenu. Après avoir examiné le détenu, le médecin librement choisi communique par écrit au médecin attaché à la prison son avis sur le diagnostic ainsi que sur les examens diagnostiques et le traitement proposés. Si les médecins, après s'être concertés, restent en désaccord, ils demandent, avec l'accord du détenu, l'avis d'un troisième médecin qu'ils auront désigné d'un commun accord.

§ 2. Si des motifs raisonnables le justifient, le détenu peut, à sa demande, se faire traiter dans la prison par un médecin librement choisi, moyennant l'autorisation du chef de service du service des soins de santé de l'administration pénitentiaire.

Dans les sept jours de l'introduction de la demande, le chef de service avise le demandeur par écrit de sa décision motivée. En cas de rejet de la demande, le chef de service l'informe de la possibilité de recours auprès de la Commission d'appel du Conseil central ainsi que des modalités et des délais de recours.

Les articles 165 et 166 s'appliquent par analogie.

§ 3. Le Roi règle par arrêté délibéré en Conseil des ministres, les modalités de la visite et la prise en charge des frais afférents à l'avis, au traitement proposé par le médecin librement choisi ainsi qu'au traitement dispensé par un médecin librement choisi. Il fixe la procédure à suivre en cas de désaccord entre les médecins.

Art. 92. § 1er. Dans l'exercice de ses droits en tant que patient, le détenu ne peut désigner comme personne de confiance, visée à l'article 7, § 2, alinéa 3, de la loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient, que :

1° un médecin extérieur à la prison;

2° un avocat;

3° un représentant de son culte ou de sa philosophie attaché ou admis à la prison.

§ 2. Par dérogation à l'article 9, § 3, alinéa 1er, de la loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient, le détenu ne peut pas obtenir de copie de son dossier de patient. Il peut uniquement demander par écrit de transmettre une copie de son dossier à la personne de confiance qu'il a désignée.

Art. 93. § 1er. Lorsqu'un détenu a besoin d'un examen diagnostique ou d'un traitement spécialisé médicalement recommandé pour lequel la prison n'est pas, ou pas suffisamment, équipée, il est transféré, à la demande du médecin attaché à la prison et, le cas échéant, après que ce dernier se soit concerté avec le médecin librement choisi, au besoin avec encadrement médical, vers une prison spécialisée, un hôpital ou un établissement de soins.

La procédure prévue à l'article 91, § 3, en cas de désaccord entre les médecins s'applique par analogie.

§ 2. Les femmes enceintes sont transférées dans un hôpital pour l'accouchement.

§ 3. Les femmes enceintes qui demandent une interruption de grossesse dans le respect des conditions fixées par la loi sont transférées vers un établissement de soins auquel est attaché un service d'information.

§ 4. Lorsque le détenu est transféré dans un hôpital ou un établissement de soins, celui-ci est considéré comme une succursale de la prison, sans que cela puisse porter atteinte à la qualité des soins prodigués. Le Roi détermine les modalités de transfert et de surveillance.

Art. 94. Lorsqu'un médecin traitant estime que la santé mentale ou physique d'un détenu subit de graves dommages du fait de la poursuite de la détention ou de toute circonstance y ayant trait, il en informe, avec l'accord du détenu, le directeur et le chef de service du service des soins de santé de l'administration pénitentiaire.

Art. 95. Lorsque le détenu est en danger de mort ou décède, le directeur veille à ce que son conjoint cohabitant, son partenaire cohabitant légal, ses proches parents, la personne avec laquelle il vit maritalement et, le cas échéant, son tuteur ou son administrateur [1 ...]1 et le représentant désigné par le patient détenu en soient informés immédiatement.

S'ils le demandent, le directeur les met en rapport avec le médecin attaché à la prison.

-----

(1)<L 2013-03-17/14, art. 222, 008; En vigueur : 01-06-2014>

Art. 96. § 1er. Les prestataires de soins conservent leur indépendance professionnelle, et leurs évaluations et décisions concernant la santé des détenus sont fondées uniquement sur des critères médicaux.

§ 2. Ils ne peuvent être contraints d'accomplir des actes qui compromettent leur relation de confiance avec le détenu.

§ 3. La fonction de prestataire de soins est incompatible avec une mission d'expert au sein de la prison.

Art. 97. § 1er. Les soins de santé dans les prisons sont structurés et organisés et intégrés dans l'activité de la prison de telle manière qu'ils puissent être dis-

pensés dans des conditions optimales.

§ 2. Le Roi fixe les modalités d'organisation des soins de santé, de structuration et de fonctionnement du service des soins de santé dans la prison.

Art. 98. Il est institué un Conseil pénitentiaire de la santé composé de médecins, de dentistes et d'infirmiers attachés à la prison, qui donne au ministre des avis en vue de promouvoir la qualité des soins de santé dans l'intérêt du patient détenu. Le Roi en fixe la composition, les compétences et le fonctionnement.

## Section II. - De la protection de la santé.

Art. 99. § 1er. La protection de la santé dans les prisons porte notamment sur l'hygiène, l'alimentation, le bien-être au travail, la distribution des médicaments et l'élimination des déchets médicaux.

§ 2. Le directeur veille à ce que les services chargés de la protection de la santé des personnes dans la société libre puissent offrir leurs services dans les prisons.

§ 3. Les prestataires de soins informent le directeur des circonstances qui ne répondent pas aux critères de santé, d'hygiène et de bien-être au travail.

§ 4. Le médecin attaché à la prison avertit immédiatement le directeur lorsqu'il constate une maladie contagieuse ou un risque de maladie contagieuse. Il prévient également le directeur lorsque des mesures doivent être prises pour isoler le détenu malade ou éviter la propagation de la maladie.

## CHAPITRE VIII. - Des expertises médicales et médico-psychosociales.

### Section 1re. - De l'expertise médicale.

Art. 100. § 1er. L'expertise médicale concerne notamment :

1° l'examen et le diagnostic qui peuvent être imposés aux détenus de manière contraignante et ont pour but d'établir clairement l'état de santé du détenu et l'influence négative de cet état de santé sur l'état d'autrui ou sur la santé dans la prison;

2° la formulation d'avis quant à l'aptitude du détenu au travail et à la pratique du sport;

3° la formulation d'avis quant à l'existence ou non de contre-indications médicales pour imposer au détenu une mesure de sécurité particulière, le placer sous régime de sécurité individuel particulier, l'enfermer en cellule de punition ou (l'isoler dans l'espace de séjour attribué au détenu) à titre de sanction disciplinaire; <L 2005-12-23/31, art. 18, 002; En vigueur : 15-01-2007>

4° la formulation d'avis quant à l'existence ou non de contre-indications médicales pour que le détenu se voie imposer des moyens de contrainte en vue du maintien de l'ordre, de la sécurité et de la discipline dans la prison;

5° la formulation d'avis quant à l'incapacité de travail temporaire ou permanente d'un détenu résultant d'un accident de travail ou de sport dans la prison, en vue d'accorder une indemnité;

6° l'inspection des locaux, objets et denrées alimentaires sur le plan de la santé et de l'hygiène.

§ 2. L'expertise médicale est effectuée par des médecins-conseils.

§ 3. La fonction de médecin-conseil est incompatible avec une mission de prestataire de soins dans la prison.

## Section II. - De l'expertise médico-psychosociale.

Art. 101. § 1er. L'expertise médico-psychosociale dans les prisons comprend les services fournis par des experts en vue de poser un diagnostic et de formuler un avis dans le cadre de processus décisionnels en rapport avec notamment :

- 1° le plan de détention individuel;
- 2° le placement et le transfèrement de détenus;
- 3° la sortie temporaire de l'établissement pénitentiaire;
- 4° les modalités particulières d'exécution de la peine;
- 5° la libération anticipée.

§ 2. La fonction d'expert est incompatible avec une mission de prestataire de soins dans la prison.

## CHAPITRE IX. - De l'aide sociale.

Art. 102. Le détenu a le droit à une préparation et à un suivi par le service attaché à la prison dans le cadre de l'élaboration et de la gestion de son plan de détention.

Art. 103. § 1er. Le détenu a droit à l'offre présente en prison en matière d'aide sociale.

§ 2. Le chef d'établissement prend toutes les dispositions afin que les services d'aide sociale puissent mettre leur offre à la disposition du détenu, dans le respect de l'ordre et de la sécurité.

(NOTE : Le CHAPITRE IX du titre V contient les articles 102 et 103. Voir <L 2005-12-23/31, art. 21, 002; En vigueur : 15-01-2007>)

Le 21 / 09 / 2015

Madame la Députée

Suite à votre souhait de recevoir mon témoignage, je vous joint ce document que nous (Détenus contact santé) avons préparé. Ceci reprend les différents problèmes.

Madame, je tiens tout d'abord à vous remercier de l'intérêt que vous nous portez, et vous fais mes excuses car je n'étais pas au mieux de ma forme lors de notre entretien.

J'ai été incarcéré en 1999, à cette époque il n'existait pas de toilettes dans toutes les prisons, et jusqu'à il y a peu certains établissements utilisaient encore le système dit toilettes chimiques.

De nos jours un entrant qui a le malheur de tomber dans certaines prisons comme Louvain, Namur, Forest, et Gelles Tournais peut se retrouver à plus de deux personnes dans une cellule avec 2 à 3 doracles par semaine. Dormant et portant des vêtements utilisés par des centaines de détenus de même que pour les courverts. Un détenu qui n'a pas d'argent aura une hygiène défectueuse, manque de vitamines

est de produit saint. Ce qui provoque des carences, sans oublier la drogue qui provoque des dégâts importants à la santé au même titre que l'abus de médicaments.

Il est facile, quand on se sent, seul, déprimé, honteux, faible et débile et perdu de se tourner vers les médicaments et les drogues qui amènent une mauvaise hygiène mentale et physique.

Face aux docteurs, infirmiers, le service médical, nous avons aucune valeur nous ne sommes pas traités en tant que patient mais comme des rebuts de la société qui ne méritent pas des soins normaux.

La prison crée une grande maladie mentale et d'un citoyen à un délinquant, nous terminons comme des loas irrécupérables. Il suffit de voir le taux de récidive.

Certains jours, après des études poussées on estime qu'un délinquant dépassant 12 ans d'enfermement n'est plus récupérable car trop de séquelles et de privation autre que la liberté crée des séquelles importantes.

Le manque de moyen fait que les détenus ne reçoivent pas les soins nécessaires et adéquats et de plus dans un mauvais environnement. Stimulé par les CHC (Lantier et Gilles) beaucoup de détenus refusent d'y aller car ils ont peur. Mauvais traitement de la part des agents, conditions de détention

déplorable, la durée des trajets et du séjour  
qui paraissent interminables.

Tous cela donne une mauvaise image pour  
un pays aussi développé que la Belgique.

Lors de votre visite on a parlé  
de la surpopulation, sachez que au  
Quartier femme ici à Mouscron femme, il y  
a surpopulation.

Il y a un manque de suivi psychologique  
qu'un détenu ne peut se confier à personne, et  
ne peut se fier au service SPS psycho-  
social qui a pour rôle de uniquement  
monter votre dossier et ceci depuis 2000-2001.

N'oublions pas le manque flagrant  
de traitement de la douleur, qui prend  
énormément de temps et cause parfois de  
dégâts.

En espérant avoir répondu à  
votre souhait, je reste à votre entière  
disposition que ce soit en cabinet ou  
par écrit.

Veuillez je vous prie, agréer  
mes sentiments les plus respectueux.

Maiche, le 20 septembre 2015

Madame la Députée,

Suite à notre rencontre et à la demande de  
Andreas Ismami, je me permets de vous répondre à vos questions.  
Il est très important d'avoir dans un centre  
pénitentiaire un service médical qui puisse vous soigner  
exactement. À Maiche c'est le cas d'ordre général. Ils sont  
présents tous les jours, primordial en prison. Il y a lieu  
de constater que les médecins ont tendance à donner à mon  
avis trop de médicaments tranquillisants aux détenus. Ceux-ci  
sont souvent dans des états secondaires. Le bon arrange fait le monde,  
les gens sont calmes et la détention plus facile, le problème  
de réinsertion est quasiment nul (ne participe pas aux  
activités et ne travaille pas). Il est aussi dommage que nous  
n'ayons pas toujours le même médecin entraînant de devoir  
recommencer le dialogue. Vous me direz que c'est l'informatique  
c'est exact mais cela ne remplace <sup>ou</sup> l'être humain ! En ce qui  
concerne les interventions de spécialistes, dans les 90% des cas  
vous devez vous déplacer soit à Jœge, à Bruxelles ou à Bruges.  
C'est un gros problème pour moi. On devrait penser tout

centraliser dans la région de Québec. Si il y a une urgence c'est le cas d'ici le pourquoi de ces déplacements ?

Venons maintenant à notre rencontre "La Santé". Je trouve cela important et intéressant de pouvoir aider les gens. L'information est un moyen de communication. Ici nous pouvons expliquer ce que c'est la "Sida", les "Hépatites", les précautions à prendre et les éviter, si c'est plus spécifique les inviter de se rendre chez le médecin. Encore une fois c'est une très bonne initiative, il faut dire à Québec ça marche.

Pour terminer nous avons créé un dossier qui se présente de la manière suivante: un tableau récapitulatif, la Sida et autres maladies, ses sources, la prévention, les symptômes, les transmissions les complications... il va de soi que nous parlons des traitements à suivre.

Madame La Représentante, j'espère avoir répondu à vos questions le mieux possible.

Encore merci pour cette belle rencontre, encore  
Madame La Représentante à l'expression de mes sentiments les meilleurs

M. L. S.

D. ANNEXE 4 : LES TOURNÉES FRANCOPHONES VERS LES CMC

(2 à 3 trajets / jour)

ROUTE 5		Arri	Dép	ROUTE 6		Arri	Dép
(D 07.55)	Garage central		7:30	MA/JE	Garage Central		7:00
	Forest	7:35	7:55	(D 09.25)	St-Hubert	9:00	9:15
	Berkendael	8:00	8:15		Arlon	10:15	10:30
	Saint-Gilles	8:20	8:40		<b>Andenne</b>	<b>12:30</b>	<b>13:15</b>
	Iltre	9:10	9:30		Lantin	14:05	14:20
	Nivelles	10:00	10:15		Andenne	15:10	15:25
	<b>Andenne</b>	<b>11:00</b>	<b>12:00</b>		<b>Garage Central</b>	<b>16:35</b>	
	Nivelles	12:45	13:00				
	Iltre	13:30	13:45				
	Saint-Gilles	14:15	14:35				
	Berkendael	14:40	14:55				
	Forest	15:00	15:20				
	Garage central	15:25					
ROUTE 7		Arri	Dép	ROUTE 8		Arri	Dép
LU/MER/VEN	Lantin	6:45	7:00	LU/MER/VEN	Tournai	7:00	7:15
(D 09.10)	Paifve	7:25	7:40	(D 09.00)	Tournai EDS	7:30	7:45
	Verviers	8:25	8:40		Mons	8:25	8:40
	Marneffe	9:25	9:40		Mons EDS	8:55	9:10
	Huy	10:10	10:25		Jamioux	9:45	10:00
	<b>Andenne</b>	<b>10:55</b>	<b>11:40</b>		Namur	10:25	10:40
	Huy	12:10	12:25		<b>Andenne</b>	<b>11:00</b>	<b>12:00</b>
	Marneffe	12:55	13:10		Namur	12:20	12:35
	Verviers	13:55	14:10		Jamioux	13:00	13:15
	Paifve	14:55	15:10		Mons EDS	13:50	14:05
	<b>Lantin + Illeg</b>	<b>15:40</b>	<b>15:55</b>		Mons	14:20	14:35
					Tournai EDS	15:15	15:30
					<b>Tournai</b>	<b>15:45</b>	<b>16:00</b>

Annexe

<b>Route 1A</b> Brugge D 7u 00 lundi Ruiselede D 7u 45 Gent D 9u 00 Oudenaarde D 10u 00 <b>Dendermonde</b> A 11u 00 (1) D 11u 45 Oudenaarde D 13u 15 Gent D 14u 30 Ruiselede D 15u 30 Brugge ill. Cent. D 16u 00 Brugge A 16u 25	<b>Route 1B</b> Brugge D 7u 00 Mardi Ieper D 8u 10 Jeudi Gent D 10u 05  <b>Dendermonde</b> A 11u 05 (1) D 11u 50 Gent D 13u 30 Ieper D 15u 10 Brugge ill. Cent. D 16u 10  Brugge A 16u 35	<b>Route 1C</b> Brugge D 7u 30 Mercredi Gent D 9u 00 Vendredi Oudenaarde D 10u 00  <b>Dendermonde</b> A 11u 00 (1) D 11u 45 Oudenaarde D 13u 15 Gent D 14u 30 Brugge ill. Cent. D 15u 30  Brugge A 15u 55
<b>Route 2</b> Tongeren D 7u 15 Lun-Ma Hasselt D 8u 05 Vendr.  Antwerpen D 10u 15 <b>Dendermonde</b> A 11u 00 (1) D 11u 45 Antwerpen D 13u 15  Hasselt D 15u 05  Tongeren A 16u 10	<b>Route 3</b> Hoogstraten D 7u 00 Lun-Ma-Mer Merksplas D 7u 20 Vendr. Wortel D 7u 40 Turnhout D 8u 40 Apen D 10u 00 <b>Dendermonde</b> A 11u 00 (1) D 11u 45 Apen D 13u 25 Turnhout D 14u 35 Wortel D 15u 35 Merksplas D 16u 00 Merksplas ill. Cer D 16u 20 Hoogstraten A 16u 40	
<b>Route 4</b> Garage central D 7u 00 Lun-Ma-M Forest Jeu-Vendr. Berkendael Saint-Gilles D 7u 50 Leuven centraal D 8u 45 Leuven Hulp D 9u 05 Mechelen D 10u 00 <b>Dendermonde</b> A 11u 00 (1) D 11u 45 Mechelen D 13u 15 Leuven Hulp D 14u 10 Leuven Centraal D 14u 45 Saint-Gilles D 15u 50 Berkendael Forest Garage central A 16u 45	<b>Route 5</b> Garage central D 7u 30 Lun-Ma-Mer Forest Jeu-Vendr. Berkendael Saint-Gilles D 8u 40 Ittre D 9u 30 Nivelles D 10u 15  <b>Andenne</b> A 11u 00 (1) D 11u 45 Nivelles D 13u 15 Ittre D 14u 05  Saint-Gilles D 15u 00 Berkendael Forest Garage central A 15u 50	<b>Route 6</b> Garage central D 7u 00 Mardi Forest D 7u 20 Jeudi Saint-Gilles V 7u 45  Sint-Hubert D 10u 00  <b>Arlon</b> D 11u 00 (1) A 11u 45 Saint-Hubert D 13u 25  Saint-Gilles D 15u 40 <b>transit Forest</b> D 15u 55 Garage central A 16u 30
<b>Route 7</b> Lantin D 7u 00 Lun-Mer-V Paifve D 7u 45 Verviers D 8u 45 Marneffe D 9u 45 Huy D 10u 30  <b>Andenne</b> A 11u 00 (1) D 11u 45 Huy D 12u 45 Marneffe D 13u 30 Vottem D 14u 30 Verviers D 15u 15 Paifve D 16u 15 Lantin A 16u 45	<b>Route 8</b> Tournai D 7u 15 Lun-Mer-Mer Tournai EDS D 7u 45 Jeu-Vendr. Mons D 8u 40 Mons EDS D 9u 10 Jamioulx D 10u 00 Namur D 10u 40 <b>Andenne</b> A 11u 00 (1) D 11u 45 Namur D 12u 45 Jamioulx D 13u 30 Mons EDS D 14u 30 Mons D 14u 50 Tournai EDS D 15u 50 Tournai A 16u 10	Andenne est la plaque tournante des transferts des routes 5, 7 et 8 → Dinant → Dinant

## E. ANNEXE 5: LE BILAN INFIRMIER D'ENTRÉE EN DÉTENTION DE LA PRISON DE CHAMP-DOLLON

### Bilan Infirmier d'Entrée en détention

NOM :  
Prénom :  
Né(e) le :

Vu(e) le :  
Par :  
Signature :

N.P.*	1. Informations sociales		Oui	Non	Remarques
A*	1.1	Nationalité			
	1.2	Langue parlée			
B*	1.3	Etat civil			
	1.4	Avez-vous déjà été incarcéré ?	Oui	Non	Où ?
C*	1.5	Avez-vous des enfants ?	Oui	Non	Combien ?
	1.6	Avez-vous un logement fixe ?	Oui	Non	Où ?
	1.7	Avez-vous une activité professionnelle ?	Oui	Non	Laquelle ?
			Oui	Non	Actuellement ?

N.P.	2. Auto-évaluation	
A	2.1	Dans l'ensemble comment jugez-vous votre santé au cours des deux dernières semaines ? <input type="checkbox"/> Excellente <input type="checkbox"/> Très bonne <input type="checkbox"/> Bonne <input type="checkbox"/> Mauvaise <input type="checkbox"/> Très mauvaise <input type="checkbox"/> Pas de réponse

N.P.	3. Santé physique		Oui	Non	Remarques
A	3.1	Souffrez-vous d'une maladie chronique ?	Oui	Non	Laquelle ?
	3.2	Avez-vous de l'asthme ?	Oui	Non	Traitement ?
	3.3	Vous sentez-vous actuellement malade ou avez-vous des douleurs ?	Oui	Non	De quelle partie du corps ? Est-ce à la suite d'un accident ?
	3.4	Avez-vous des allergies ? (aliments, médicaments, pollens, ...)	Oui	Non	A quoi ? Qu'est-ce que ça vous fait ?
	3.5	Femme : êtes-vous enceinte ?	Oui	Non	Depuis quand ?

N.P.	4. Dépistage de la tuberculose		Oui	Non	Remarques
A	4.1	Est-ce que vous toussiez ?	Oui	Non	
		Depuis plus de 3 semaines ?	Oui	Non	
	4.2	Quand vous toussiez, est-ce que vous crachez ?	Oui	Non	Du sang ?
	4.3	Avez-vous perdu du poids lors des 3 derniers mois ?	Oui	Non	Combien de kg ? Selon vous pourquoi ?
	4.4	Est-ce que vous transpirez beaucoup pendant la nuit ?	Oui	Non	
	4.5	Avez-vous été traité contre la tuberculose ?	Oui	Non	Quand ? Combien de temps ?
	4.6	Une personne de votre famille/entourage a-t-elle eu la tuberculose ?	Oui	Non	
4.7	Où habitiez-vous les 6 derniers mois ?				

N.P.	5. Santé mentale		Oui	Non	Remarques
A	5.1	Vous sentez-vous très tendu, angoissé ?	Oui	Non	
	5.2	Avez-vous déjà été soigné par un psychiatre ou un psychologue ?	Oui	Non	Quand ? Où ? Son nom ?
		Pour quel problème ? Est-ce que le psychiatre vous a proposé un diagnostic ?			
		Avez-vous reçu des médicaments pour cela ?	Oui	Non	Lesquels ?
		Avez-vous été hospitalisé pour cela ?	Oui	Non	Quand ? Où ?
	5.3	Dans votre vie, avez-vous déjà fait une tentative de suicide ? (dans le but de mourir)	Oui	Non	
B	5.4	Durant l'année écoulée, vous est-il arrivé de vous faire du mal physiquement ?	Oui	Non	
A	5.5	Savez-vous si le juge a pris une décision particulière concernant votre suivi médical ?	Oui	Non	Laquelle ?

N.P.	6. Violences		Oui	Non	Remarques
A	6.1	Avez-vous récemment subi des violences ?	Oui	Non	
	6.2	Si oui, cela s'est-il produit avec les autorités ?	Oui	Non	
B		Si oui, cela s'est-il produit avec quelqu'un de votre famille/entourage ?	Oui	Non	
A	6.3	Etes-vous d'accord qu'un médecin fasse un constat des lésions ?	Oui	Non	
B	6.4	Avez-vous été impliqué vous-même récemment comme auteur de violence ?	Oui	Non	Quand ?
	6.5	Dans votre passé, avez-vous vécu des violences qui vous font souffrir encore aujourd'hui ?	Oui	Non	Aimeriez-vous en parler avec un soignant lors d'un prochain entretien ?

N.P.	7. Abus de substances		Oui	Non	Remarques
<b>Tabac – cannabis</b>					
A	7.1	Fumez-vous au moins 1 cigarette / jour ?	Oui	Non	Combien ?
	7.2	Avez-vous déjà pensé à arrêter de fumer ? essayé ?	Oui	Non	
	7.3	En liberté, prenez-vous du cannabis au moins 2x/sem. ?	Oui	Non	Combien ? Quand pour la dernière fois ?
<b>Alcool : questionnaire AUDIT-C</b>					
A	7.4	A quelle fréquence buvez-vous des boissons contenant de l'alcool ? <input type="checkbox"/> <sub>0</sub> jamais <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> ≤ 1x/mois <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> 2-4x/mois <input type="checkbox"/> <sub>3</sub> 2-3x/sem. <input type="checkbox"/> <sub>4</sub> ≥ 4x/sem.			
	7.5	En général, combien de verres buvez-vous les jours où vous buvez de l'alcool ? <input type="checkbox"/> <sub>0</sub> 1-2 <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> 3-4 <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> 5-6 <input type="checkbox"/> <sub>3</sub> 7-9 <input type="checkbox"/> <sub>4</sub> 10 ou plus			
	7.6	Au cours d'une même occasion, à quelle fréquence vous arrive-t-il de boire 6 verres ou plus ? <input type="checkbox"/> <sub>0</sub> jamais <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> < 1x/mois <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> 1x/mois <input type="checkbox"/> <sub>3</sub> 1x/sem. <input type="checkbox"/> <sub>4</sub> > 1x/sem.			
		Consommation excessive ?	Oui	Non	(hommes : ≥5 , femmes : ≥4 points)
	7.7	Si buveur excessif : quand avez-vous bu de l'alcool pour la dernière fois ?			
<b>Cocaïne – opiacés – benzodiazépines – autres</b>					
A	7.8	Dans votre vie, avez-vous déjà consommé de la cocaïne ?	Oui	Non	
		Comment ? (sniffée, fumée/basée, injectée)	Oui	Non	Prise de risque (m. infectieuse) ?
	7.9	En avez-vous consommé durant les 30 derniers jours ?	Oui	Non	Quand pour la dernière fois ?
	7.10	Dans votre vie, avez-vous déjà consommé de l'héroïne ou de la méthadone au noir ?	Oui	Non	
		Comment ? (sniffée, fumée, injectée, bue)	Oui	Non	Prise de risque (m. infectieuse) ?
	7.11	En avez-vous consommé durant les 30 derniers jours ?	Oui	Non	Quand pour la dernière fois ?
	7.12	Avez-vous reçu un traitement de méthadone ou une autre substitution ?	Oui	Non	Jusqu'à quand ? Par qui ? OK pour contact ? (DELIE I)
	7.13	Avez-vous bénéficié d'un test de dépistage pour les hépatites et le VIH ?	Oui	Non	Quand ? Où ? OK pour copie de résultat ? (DELIE I)
	7.14	Etes-vous vacciné contre les hépatites ?	Oui	Non	Carnet de vaccination ?
	7.15	En liberté, prenez-vous régulièrement des médicaments calmants sans suivi médical ?	Oui	Non	Quel type ? Combien ?
B	7.16	En liberté, consommez-vous régulièrement d'autres produits ?	Oui	Non	Quel type ? Combien ?

N.P.	8. Vaccinations		Oui	Non	Remarques
C	8.1	Savez-vous si vos vaccins sont à jour ?	Oui	Non	
	8.2	Avez-vous un carnet de vaccination accessible ?	Oui	Non	Va le faire amener ?
	8.3	Aimeriez-vous que nous complétions vos vaccinations pendant votre séjour ?	Oui	Non	



## TRAVAUX CITÉS

- Council of Europe (11 January 2006). « Recommendation Rec(2006)2 of the Committee of Ministers to member states on the European Prison Rules ». Retrieved 20 October 2013.
- En vertu d'une résolution des Nations Unies de 1982, les détenus ont droit à des soins de santé équivalents à ceux d'autres habitants et les médecins dans les prisons ne peuvent agir qu'en vertu de critères médicaux.
- Nations Unies, 1948.
- Pacte international relatif aux droits civils et politiques – PIDCP (1966, approuvé par la loi du 15 mai 1981, MB, 06 juillet 1983).
- Art. 5 et 6 Loi de principes du 12 janvier 2005 concernant l'administration pénitentiaire ainsi que le statut juridique des détenus, MB 01 février 2005.
- « Vers des soins à part entière pour les détenus et les internés en Belgique » Memorandum du 25 juillet 2015 (groupe de réflexion « Soins et détention »).
- Chiffres extraits du Rapport Annuel 2015 de la Direction générale des Etablissements pénitentiaires - SPF Justice.
- La promotion de la santé est le processus qui confère aux populations les moyens d'assurer un plus grand contrôle sur leur propre santé, et d'améliorer celle-ci (Charte d'Ottawa, 1986).
- <http://www.educasante.org>
- <http://www.modusvivendi-be.org>
- De Morgen – Article de presse- 20 août 2016.
- ADEPI (2012). Atelier d'Education Permanente pour Personnes Incarcérées.
- FAFEP – Fédération des Associations pour la Formation et l'Education en Prison. Enquête sur la provenance sociale et le niveau scolaire des détenus en Belgique, Huy.
- Bulletin n° : B050- question et réponse écrite n° : 007-législature : 53.
- La Ligue des Droits de l'Homme, « Mais que se passe-t-il en prison ? » <http://www.similes.prg/fr/defensesociale.php>, avril 2007.
- Dewitte,M.(2011), Actions entreprises par le personnel du Service Soins de Santé prisons. Colloque du service Education pour la Santé, Huy.
- Appel pour un transfert de compétence des soins de santé des détenus vers le SPF Santé publique et SPF Sécurité sociale – concertation assuétudes prison Bruxelles – [www.atasp.be](http://www.atasp.be)
- Direction générale de la Santé, étude PREVACA 2010.
- Getza – L.,Maladies infectieuses en prison. Maîtrise d'études avancées en Santé Publique, Université de Genève. Novembre 2011.
- Consommations de drogue dans les prisons belges. Monitoring des risques sanitaires 2010. Bruxelles. Van Malderen, S.Pauwels, L.Walthoff-Born, C.Gilbert, P.Tods SveN.