

RAPPORT

Comité de l'assurance des soins de santé de l'INAMI

Soutien scientifique, analyse et évaluation des projets pilotes initiés et financés dans ce cadre par le SPF Santé publique et le SPF Justice, en vue de recommandations pratiques et politiques pour une amélioration des soins de santé en milieu pénitentiaire

Universiteit Gent, Vakgroep Orthopedagogiek

(Prof. Stijn Vandeveld, Dr. Sara Rowaert, Prof. Wouter Vanderplasschen, Dr. Aline Pouille, Amine El-Zerrouk)

Universiteit Gent, Vakgroep Volksgezondheid en Eerstelijnszorg

(Prof. Peter Decat, Em. Prof. Jan De Maeseneer, Prof. Nick Verhaeghe, Dr. Pieter Vynckier, Dr. Dorien Vanden Bossche)

Universiteit Gent, Vakgroep Criminologie, Strafrecht en Sociaal Recht

(Prof. Louis Favril, Prof. Freya Vander Laenen[†])

Université De Namur, Département de médecine

(Prof. Dominique Roberfroid, Dr. Julia Madl, Siham El Jaouhari, Laura Magang Fopossi)

UCLouvain, Institut de Recherche Santé et Société

(Dr. Pablo Nicaise, Prof. Vincent Lorant)

Vrije Universiteit Brussel

(Prof. Kristel Beyens)

TABLE DES MATIERES

Remerciements	II
Résumé Executif.....	I
1. Introduction.....	I
2. Objectifs de l'étude	I
3. Méthodologie	I
4. Principaux Résultats	I
5. Recommandations.....	IV
6. Conclusion	V
1. Introduction.....	1
1.1. Terminologie.....	3
1.2. Projet de recherche	4
2. Revue de la littérature	6
2.1. Introduction	6
2.2. Methodes	7
2.3. Resultats	9
2.4. Discussion.....	13
3. Etude Empirique basée sur des Méthodes Mixtes.....	16
3.1. Méthodes	16
Collecte de Données.....	16
Analyse des Données Qualitatives	18
Analyse des Données Quantitatives	18
3.2. Résultats.....	19
3.2.1. Réalité contextuelle	19
3.2.2. Évaluation des projets pilotes sous le regard du Quintuple Aim.....	27
3.2.3. Panels des parties prenantes	47
4. Aspects économiques.....	51
4.1. Revue de la littérature.....	51
4.2. Financement dans un sélection des pays européens	54
4.3. Entretien de Groupe de Discussion	58
5. Conclusion générale	62
6. Recommandations.....	68
6.1. Compétence en matière de soins de santé pénitentiaire	68
6.2. Soins intégrées	69
6.3. Questions relatives au personnel	73
6.4. Système de financement via needs-adjusted integrated capitation.....	74

6.5. Données de santé des personnes en détention	75
6.6. Implementation des projets pilotes.....	76
6.7. Soins de santé mentale	77
6.8. Prise en charge des personnes présentant des problèmes liés aux drogues.....	78
6.9. Equité	80
6.10. Recommandations pour les recherches futures	81
7. Références	83
8. Annexe.....	88

REMERCIEMENTS

Cette étude a été menée dans le but de mieux comprendre l'organisation et les défis des soins de santé en prison en Belgique, avec une attention particulière portée aux projets pilotes en cours. Cette recherche a été rendue financièrement possible grâce au comité d'assurance et à l'INAMI et a été menée avec le soutien du SPF Santé publique et du SPF Justice.

Elle n'aurait pas été possible sans le soutien et la collaboration de nombreuses parties prenantes. Nous souhaitons exprimer notre profonde gratitude à tous les professionnels, décideurs politiques et experts qui ont pris le temps d'échanger avec nous, de nous fournir un accès à des informations essentielles et de participer aux entretiens et panels de parties prenantes. Leurs expériences et leurs analyses ont été d'une grande valeur pour cette étude.

Nos remerciements vont en particulier aux équipes des projets pilotes qui nous ont offert un aperçu précieux de leur travail, ainsi qu'aux personnes détenues qui ont partagé avec nous leurs expériences. Leur ouverture et leur volonté de participer à cette recherche nous ont permis d'élaborer un portrait plus nuancé de la réalité au sein des établissements pénitentiaires.

Nous espérons que les résultats et recommandations présentés dans cette étude contribueront à l'amélioration continue des soins de santé dans les prisons belges et encourageront un dialogue constructif entre tous les acteurs concernés.

RÉSUMÉ EXECUTIF

1. INTRODUCTION

En février 2022, la Conférence Interministérielle sur la Santé Publique, le Ministre fédéral de la Justice, le Ministre flamand de la Justice et de l'Application des Peines ainsi que le Ministre des Maisons de Justice de la Fédération Wallonie-Bruxelles ont approuvé les principes fondamentaux de la réforme des soins de santé pénitentiaires en Belgique. Cette réforme vise à renforcer les soins de santé primaires en prison, avec une attention particulière portée à l'amélioration de la prise en charge des besoins en santé mentale et au soutien des personnes consommateurs des drogues.

2. OBJECTIFS DE L'ÉTUDE

L'objectif de cette étude a été d'apporter un appui scientifique à l'analyse et à l'évaluation des projets pilotes (Drogues & Détention et psychologues/assistants sociaux rattachés aux services médicaux) dans les prisons de Andenne, Antwerpen, Gent, Haren, Hasselt, Jamioulx, Lantin, Leuven-Centraal, Leuze-en-Hainaut et Nieuw Dendermonde initiés et financés par le SPF Santé Publique et le SPF Justice, afin de formuler des recommandations pratiques et politiques pour élaboration d'un modèle de soins plus approprié pour les établissements pénitentiaires.

3. MÉTHODOLOGIE

L'étude a adopté une approche méthodologique mixte, en utilisant des données qualitatives recueillies dans les prisons et des données quantitatives provenant de diverses sources, complétées par des panels de parties prenantes. Le cadre conceptuel du Quintuple Aim qui met l'accent sur 5 objectifs clés (améliorer la santé de la population, optimiser l'expérience des patients, réduire les coûts des soins de santé, promouvoir le bien-être des professionnels de santé et renforcer l'équité en santé) a servi de cadre d'analyse (Nundy, Cooper and Mate, 2022). L'étude est structurée en trois volets de recherche notamment une revue parapluie des revues systématiques et méta-analyses, une étude empirique basée sur des méthodes mixtes et une évaluation économique.

4. PRINCIPAUX RÉSULTATS

4.1. RÉSULTATS DE LA REVUE DE LA LITTÉRATURE

Cette revue parapluie a analysé 56 revues de littérature publiées entre 2014 et 2024 sur la santé mentale et les addictions des détenus. Les interventions basées sur la thérapie cognitive-comportementale (TCC) et la pleine conscience améliorent efficacement les résultats en matière de santé mentale pour les problèmes légers à modérés, sans différence entre les formats de groupe et individuels. Le traitement par agonistes opioïdes, y compris les formulations à libération prolongée, réduit la consommation de drogues, diminue le risque de mortalité et augmente l'engagement dans les soins après la libération. Les communautés thérapeutiques réduisent la récidive et l'usage de drogues après la libération, tandis que la TCC en tant qu'intervention autonome montre un impact limité sur ces objectifs de santé. Les interventions favorisant la continuité des soins améliorent le recours aux services de santé mentale post libération, de traitement des addictions et de soins de santé, et réduisent la récidive. La télésanté et les programmes de soutien par les pairs sont prometteurs mais nécessitent des recherches plus rigoureuses.

La plupart des revues incluses se concentrent sur l'efficacité des interventions et les résultats en matière de santé, mais examinent moins les autres aspects du Quintuple Aim. Il existe peu de preuves de revue sur les groupes vulnérables, y compris les femmes, les détenus avec des comorbidités et les minorités ethniques ou culturelles. La mise en œuvre des interventions de santé en prison est entravée par des inefficacités administratives, des limitations de ressources, des contraintes institutionnelles et une formation inadéquate du personnel.

4.2. RÉSULTATS DE L'ÉTUDE EMPIRIQUE DANS LES PRISONS

4.2.1. RÉALITÉ CONTEXTUELLE

La surpopulation carcérale et le manque de personnel sont des défis structurels majeurs dans les prisons belges, affectant la santé des détenus et la gestion quotidienne des soins. La surpopulation crée des tensions et aggrave les problèmes de santé mentale et de violence. Le sous-effectif des agents pénitentiaires et du personnel soignant entraîne des frustrations et un turnover élevé. Les infrastructures sont souvent inadéquates, même dans les établissements récents, compliquant la gestion des soins et augmentant les risques pour la sécurité.

4.2.2 ÉVALUATION DES PROJETS PILOTES AU REGARD DU QUINTUPLE AIM

En raison de l'absence de données mesurables, une évaluation quantitative de l'impact des projets pilotes n'a pas été possible. Toutefois, des informations qualitatives ont été recueillies auprès de divers acteurs sur leur perception des projets. Il est essentiel de prendre en compte d'éventuels biais, tels que le biais de désirabilité sociale et le biais de sélection, lors de l'interprétation de ces résultats. Afin d'améliorer l'objectivité des évaluations futures, la collecte systématique de données quantitatives est nécessaire à mesure que les projets continuent de se développer.

0. FACTEURS GÉNÉRAUX CONTRIBUANT À UNE PRISE EN CHARGE INTÉGRÉE DE LA SANTÉ (MENTALE)

A. CONTINUITÉ DES SOINS

Les projets pilotes ont mis en place plusieurs initiatives pour assurer la continuité des soins. Cependant, l'étude a mis en lumière les difficultés liées à la transition entre les soins reçus avant, pendant et après la détention. L'absence d'échange d'informations médicales empêche un suivi optimal, tandis que l'application des protocoles de traitement, notamment pour les médicaments et la substitution, manquent de cohérence. En détention, les transferts soudains perturbent les soins et rallongent les délais d'attente pour les consultations psychologiques. Après la libération, l'accès aux soins est compliqué par des libérations imprévues, des obstacles administratifs et des exclusions de certaines structures médicales.

B. COLLABORATION

Une meilleure collaboration entre les différents acteurs du système pénitentiaire et de santé est essentielle pour assurer des soins intégrés. L'implication des niveaux fédéral, communautaire et local doit être renforcée pour éviter la confusion et assurer une prise de décision efficace. Au sein des établissements, les divergences de vision entre professionnels de la santé et acteurs judiciaires compliquent le travail en commun. De plus, le manque de personnel et de temps limite la mise en place d'un suivi efficace. Le secret professionnel, bien que crucial pour la relation de confiance entre détenus et soignants, soulève des tensions quant à l'échange d'informations nécessaires au suivi des patients. Certaines initiatives ont été mises en place pour améliorer la collaboration en vue d'une prise en charge intégrée, notamment l'optimisation des processus d'orientation et le renforcement du dialogue entre les services de santé en prison et les services externes.

C. COORDINATION

Une coordination claire et structurée des soins en prison est indispensable pour améliorer l'efficacité des services de santé. À un niveau supra local, la confusion autour des compétences en matière de soins pénitentiaires nécessite une révision du cadre légal et une meilleure communication entre les instances concernées. L'exemple d'autres pays pourrait inspirer des réformes. À l'échelle locale, la nécessité d'un coordinateur central de la santé en prison a été fortement soulignée. Certaines prisons ont temporairement mis en place de tels rôles, une initiative perçue positivement, mais dont l'impact est resté limité en raison de la courte durée de ces nominations. L'expérience du projet D&D, qui a eu dès le début un coordinateur d'équipe, démontre l'impact bénéfique d'une meilleure organisation sur la continuité des soins et le bien-être des professionnels.

1. AMÉLIORER DES RÉSULTATS EN MATIÈRE DE SANTÉ AU NIVEAU DE LA POPULATION

Les données qualitatives indiquent que les projets pilotes ont amélioré la qualité des soins de santé en prison. L'intégration de psychologues et d'assistants sociaux a favorisé une approche holistique de la prise en charge des

personnes détenues, en répondant à la fois aux besoins médicaux et psychosociaux. Les initiatives menées dans le cadre des projets D&D ont contribué à une meilleure gestion perçue des troubles liés à l'usage de substances chez les détenus, entraînant des résultats positifs en termes de réduction de la consommation de drogues et d'amélioration de la santé mentale des personnes détenues interrogées.

2. UNE MEILLEURE EXPÉRIENCE DES SOINS POUR LA PERSONNE

Les personnes en détention ont exprimé une satisfaction accrue vis-à-vis des soins reçus, en raison de l'accessibilité et de la qualité des services proposés dans le cadre des projets pilotes. L'implication active des personnes détenues dans leur propre parcours de soins a été encouragée, une initiative accueillie positivement par celles-ci, augmentant leur motivation à réduire leur consommation et leurs comportements à risque. Les projets D&D ont eu un impact positif sur les personnes en détention en matière de prise en charge des assuétudes, avec des témoignages soulignant l'amélioration de leur état grâce à la participation à des groupes de parole et à des consultations individuelles.

3. OBTENIR PLUS DE VALEUR AVEC LES MÊMES RESSOURCES GRÂCE À UNE UTILISATION PLUS EFFICACE DES RESSOURCES DISPONIBLES

Le manque de coordination a entraîné une utilisation inefficace des ressources dans les prisons. Les travailleurs des services externes ont souvent eu un accès limité aux personnes en détention, réduisant l'efficacité des interventions. La multiplicité des services psychologiques a créé de la confusion pour le personnel pénitentiaire et les personnes détenues, rendant difficile la coordination efficace des soins. Il est crucial de clarifier les rôles et les responsabilités des différents services pour éviter les duplications et améliorer l'efficacité des interventions.

4. AUGMENTER LE BIEN-ÊTRE DES PROFESSIONNELS

La venue des projets pilotes a eu un impact positif sur le perçu bien-être du personnel pénitentiaire, en offrant des possibilités de référer les détenus à des soins adaptés et en fournissant un soutien pour la gestion des problèmes psychologiques et de dépendance. Cependant, des défis persistent, notamment en matière de collaboration entre les différents services, de formation et de soutien du personnel, et de gestion des tensions liées au partage d'informations et au respect du secret professionnel.

5. AMÉLIORER L'ÉQUITÉ EN SANTÉ ET DANS LE SECTEUR SOCIAL

Pour améliorer l'équité en santé, il est crucial que les détenus ayant des besoins de santé plus élevés aient un accès renforcé aux soins. Les barrières numériques (e.g. l'utilisation de Prison Cloud) et linguistiques compliquent la participation à la thérapie individuelle ou aux sessions de groupes en matière de la santé mentale et les assuétudes. L'offre des médiateurs interculturels doit être plus flexible pour être adaptée au contexte carcéral. Les besoins spécifiques des femmes détenues nécessitent un soutien particulier, mais il existe peu de groupes de soutien destinés aux femmes.

4.3. ÉVALUATION ÉCONOMIQUE

La réforme du financement des soins de santé dans les établissements pénitentiaires en Belgique est essentielle pour garantir des soins de qualité, rentables et efficaces. Un modèle de capitation intégrée ajusté aux besoins est recommandé, allouant un budget fixe par établissement en fonction des besoins de santé plutôt qu'une approche de paiement à l'acte. Le modèle de capitation intégrée favorise l'efficacité, prévient les traitements inutiles et renforce la collaboration multidisciplinaire.

Une transition réussie nécessite une répartition claire des responsabilités entre les autorités de la Justice et de la Santé, des accords formels et une coopération intersectorielle. De plus, la prise en charge des détenus devrait aller au-delà du soutien médical et psychologique pour inclure l'accompagnement en matière de logement et d'emploi après la détention, réduisant ainsi la récidive et améliorant la santé publique globale.

5. RECOMMANDATIONS

Thème	Recommandation	Justification	Mise en œuvre
Transfert de responsabilité des soins de santé	Transférer la responsabilité des soins de santé en prison au Service Public Fédéral (SPF) Santé Publique et à l'Institut National d'Assurance Maladie-Invalidité (INAMI).	Cela aligne les soins pénitentiaires sur le principe d'équivalence avec le système de santé général et facilite la continuité des soins après la libération.	Créer un groupe de travail au sein des conférences interministérielles concernées pour préparer et encadrer le transfert.
Continuité de soins	Renforcer le suivi médical et psychosocial des personnes détenues lors des transitions entre les établissements pénitentiaires et vers la société.	Assurer la continuité des soins améliore l'accès aux services de santé mentale et de traitement des addictions, et réduit la récidive.	Élaborer des plans d'action pour les soins post-libération, garantir que les personnes détenues reçoivent des schémas de médication et établir des accords de coopération avec les hôpitaux, maisons médicales et institutions de santé mentale.
Approche interdisciplinaire	Mettre en place une approche interdisciplinaire en prison pour répondre aux besoins complexes des personnes détenues.	Une prise en charge efficace et efficiente nécessite une collaboration entre divers prestataires de soins.	Organiser et rémunérer des réunions interdisciplinaires régulières et aligner les politiques pour faciliter ces collaborations.
Protocole de partage d'information	Élaborer un protocole définissant quelles informations peuvent être partagées entre certaines parties prenantes.	Garantir la continuité des soins tout en respectant la confidentialité des patients.	Réaliser une étude pour identifier les meilleures pratiques et développer un accord conjoint entre les parties prenantes.
Personnel et formation	Améliorer l'attractivité des métiers de la santé en prison et assurer une formation adéquate du personnel.	Relever les défis liés au recrutement et à la rétention est crucial pour garantir des soins de qualité.	Proposer des salaires compétitifs, des opportunités de développement professionnel, augmenter la visibilité des postes à pourvoir et assurer un environnement de travail sécurisé et stimulant.
Système de financement basé sur la capitation ajustée aux besoins	Explorer et tester un système de financement basé sur la capitation intégrée et ajustée aux besoins.	Ce modèle attribue un budget fixe par prison en fonction des besoins moyens en soins et du nombre de personnes détenues, favorisant la continuité des soins et la	Réaliser une analyse détaillée des besoins en soins et tester le système dans des prisons pilotes.

		collaboration multidisciplinaire.	
Dossier médical électronique	Développer et implémenter un système de dossier patient électronique (DPE).	Des données précises et fiables sont essentielles pour assurer des soins continus de qualité et évaluer les services fournis.	Veiller à ce que le DPE inclue des données médicales, psychologiques et sociales et qu'il soit intégré au Dossier Santé Intégré belge (DMI).
Pérennisation des projets pilotes	Intégrer durablement les projets pilotes dans les soins carcéraux.	Les projets pilotes efficaces doivent être intégrés dans le système de soins régulier pour éviter les effets négatifs des projets temporaires.	Désigner des coordinateurs de santé dans les prisons et suivre un plan de gestion du changement progressif.
Services de santé mentale	Étendre et développer les services de santé mentale en prison.	La demande de soins psychologiques est élevée, et les séances de groupe combinées à d'autres formes de traitement ont montré cout-efficacité.	Clarifier les rôles des différents services de santé mentale et renforcer à la fois les soins psychologiques primaires et secondaires.
Services de traitement des addictions	Assurer une approche intégrée, globale et continue de la prise en charge des addictions.	Un traitement efficace des addictions comprend la prévention, le soin et la réduction des risques.	Étendre l'accès aux mesures préventives, garantir la continuité des soins et développer de nouvelles initiatives comme les communautés thérapeutiques et les sections sans drogue.

6. CONCLUSION

Les résultats de cette étude mettent en évidence des avancées dans l'amélioration des soins de santé en milieu carcéral, tout en soulignant les défis persistants. Une action concertée des décideurs politiques est essentielle pour mettre en œuvre les recommandations formulées et améliorer durablement la qualité des soins pour les personnes en détention.

RAPPORT

1. INTRODUCTION

En février 2022, la Conférence Interministérielle sur la Santé Publique, le Ministre fédéral de la Justice, le Ministre flamand de la Justice et de l'Application des Peines ainsi que le Ministre des Maisons de Justice de la Fédération Wallonie-Bruxelles ont approuvé les principes fondamentaux de la réforme des soins de santé pénitentiaires en Belgique.

Cette réforme vise principalement à renforcer les soins de santé primaires en prison, avec une attention particulière portée à l'amélioration du dépistage des vulnérabilités psychologiques et des besoins en santé mentale. Par ailleurs, face aux défis majeurs liés à la consommation de drogues en milieu carcéral, l'importance d'une prise en charge spécialisée des addictions a été réaffirmée. Afin de soutenir ces axes prioritaires, des fonds ont été alloués, à partir de la mi-2023, par le SPF Santé Publique et le SPF Justice pour le lancement de projets pilotes dans dix prisons belges notamment à Andenne, Antwerpen, Gent, Haren, Hasselt, Jamioulx, Lantin, Leuven-Central, Leuze-en Hainaut et Nieuw Dendermonde. Ceux-ci comportent deux composantes. Premièrement, des asbl ont mis en place un accompagnement personnalisé des personnes souffrant d'assuétudes. Ceux-ci sont appelés les projets Drogues et Détention (D&D). Deuxièmement, des psychologues et assistants sociaux de première ligne ont été recrutés et rattachés au service médical (PSM) pour renforcer l'offre en soins de santé mentale. Des informations détaillées sur les différents projets pilotes sont disponibles dans les annexes correspondantes. L'annexe relative à la Flandre couvre les établissements pénitentiaires d'Anvers, Gand, Hasselt, Louvain-Central et Nieuw-Dendermonde, tandis que l'annexe consacrée à la Wallonie et Bruxelles concerne les prisons d'Andenne, Haren, Jamioulx, Lantin et Leuze-en-Hainaut. Des chiffres concernant la population des 10 établissements pénitentiaires de l'année 2023 sont regroupés en tableau 1 et 2.

L'objectif de cette étude est d'apporter un appui scientifique à l'analyse et à l'évaluation des projets pilotes initiés et financés dans ce cadre par le SPF Santé Publique et le SPF Justice, dans le but de formuler des recommandations pratiques et politiques pour une prise en charge sanitaire pénitentiaire plus adaptée. Pour ce faire l'étude a adopté une approche méthodologique mixte, en utilisant des données qualitatives recueillies dans les prisons et des données quantitatives provenant de diverses sources, complétées par des panels de parties prenantes, afin de tenir compte des spécificités propres à chaque établissement pénitentiaire.

L'objectif final du projet est d'élaborer des recommandations alignées avec les principes du *Quintuple Aim* (Nundy, Cooper and Mate, 2022) (voir Fig 1). Le modèle du Quintuple Aim (Nundy, Cooper and Mate, 2022) sert de cadre d'analyse pour évaluer l'amélioration des soins en milieu carcéral. Introduit en 2007 sous le nom de Triple Aim (Berwick, Nolan and Whittington, 2008), il a visé trois objectifs : améliorer la santé de la population, optimiser l'expérience des soins et réduire les coûts. Initialement perçus comme contradictoires, ces objectifs ont été reconnus comme pouvant se renforcer mutuellement.

En 2014, le cadre est devenu le Quadruple Aim (Bodenheimer and Sinsky, 2014) avec l'ajout du bien-être des professionnels de santé, en réponse à l'épuisement professionnel. Plus récemment, l'équité en santé a été intégrée comme cinquième objectif, soulignant la nécessité de lutter contre les inégalités pour garantir un accès équitable aux soins (Nundy, Cooper and Mate, 2022).

L'équité en santé ne peut être réduite à une simple stratification des résultats selon des critères sociaux ; elle requiert une approche globale. Ainsi, le Quintuple Aim met en avant l'importance d'une approche centrée sur le patient pour améliorer l'expérience des soins en prison, en tenant compte des besoins spécifiques des détenus, notamment en matière de santé mentale et d'addictions, et en favorisant leur participation active aux décisions de santé (Kokko, 2022).

En Belgique le Quintuple Aim sert aussi de cadre pour le plan interfédéral des soins intégrés de l'INAMI. ([plan_interfederal_soins_integres_rapport_final_interfederaal_plan_geintegreerde_zorg_protocolo_08112023.pdf](#))

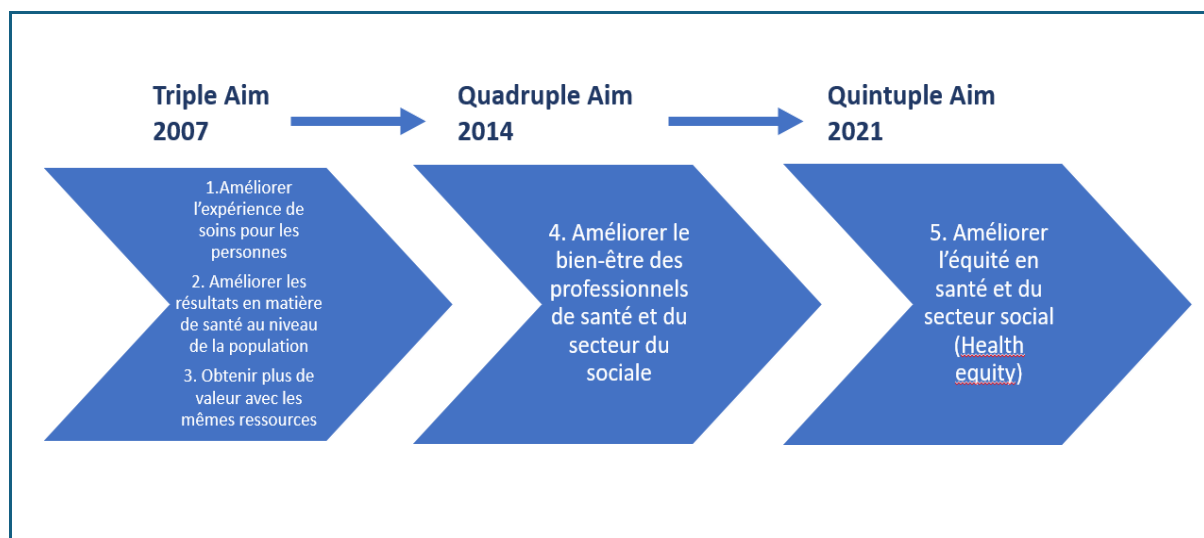


Figure 1 : L'évolution du Quintuple Aim

La question centrale du projet de recherche porte sur l'évaluation de la qualité des soins en milieu carcéral, tant dans l'état actuel qu'à l'avenir, en mettant l'accent sur les structures, les processus et les résultats des interventions. Les questions de recherche formulées par les commanditaires, le comité de l'assurance de Soins de santé de l'INAMI, le SPF santé publique et le SPF justice) sont les suivantes :

1. Quels sont les résultats des projets pilotes en **soins de santé primaires** et en **prise en charge des addictions**, y compris le programme de formation, en ce qui concerne :
 - a) la qualité des soins fournis par le service médical,
 - b) les compétences et connaissances du personnel pénitentiaire en matière de soins,
 - c) l'implication et la satisfaction des patients ou bénéficiaires,
 - d) la culture, la politique et la sensibilisation en matière de santé en prison, en tenant compte au maximum des principes du *Quintuple Aim* ?
2. Quelles sont les **bonnes pratiques, les risques et les conditions essentielles** pour une prise en charge efficace des soins de santé primaires au sein des services médicaux, avec une attention particulière portée à la **santé mentale et aux spécificités de genre** ?
3. Quelles sont les **bonnes pratiques, les risques et les conditions essentielles** pour améliorer la prise en charge des addictions, tant au sein des services médicaux qu'en collaboration avec des acteurs externes, en accordant une attention particulière à la **santé mentale et aux spécificités de genre** ?
4. Quels sont les **modèles ou mécanismes de financement** les plus appropriés (en termes de **coût-efficacité et de faisabilité**), tant en phase de projet qu'en mode structurel, pour assurer des soins de santé pénitentiaires de qualité (notamment en ce qui concerne leur remboursement) ? Quelle est l'estimation budgétaire associée et quelles mesures (notamment réglementaires) doivent être mises en place à cet effet ?
5. Quelles recommandations politiques doivent être formulées afin d'aligner davantage les soins de santé primaires en prison, en particulier en ce qui concerne la **santé mentale, la prise en charge des addictions et les aspects de genre**, avec les principes du *Quintuple Aim* ?

1.1. TERMINOLOGIE

CONTEXTE FRANCOPHONE

Ce rapport porte principalement sur les projets pilotes "**Drogues et Détention**" et "**Psychologues de première ligne et d'assistants sociaux rattachés au service médical**". Pour faciliter la lecture nous utiliserons la terminologie suivante :

- **D&D** : Drogues et Détention
- **PSM** : Psychologues de première ligne et assistants sociaux rattachés au service médical

Lorsque nous faisons référence aux "**projets pilotes**", cela inclut donc **D&D et PSM**. L'expression "**service médical**" désigne l'ensemble du service médical en prison, y compris les PSM récemment intégrés, sauf indication contraire.

Dans les arrêtés royaux relatifs à **D&D**, le terme « prise en charge des personnes présentant des problèmes liés aux drogues » est appliqué. De manière occasionnelle. Encore pour faciliter la lecture nous utiliserons le terme « **assuetudes** » ou « **addiction** » lorsque les participants ou les services y font spécifiquement référence.

Tout au long du rapport, nous privilégions un **langage centré sur la personne** pour désigner les individus en détention. Cependant, afin de faciliter la lecture, le terme "**détenus**" sera parfois utilisé au lieu de personne en détention. Lorsque nous faisons spécifiquement référence aux personnes bénéficiant des projets pilotes, nous parlerons d'"**usagers des services**".

Afin de faciliter la lecture, nous privilégions autant que possible des formulations neutres ou inclusives. Lorsqu'un terme genré est utilisé (ex. infirmier, détenu), il inclut toutes les personnes concernées, quelle que soit leur identité de genre, dans un esprit de respect et d'inclusivité.

Nous avons interviewé **huit personnes occupant des fonctions de management** au sein des établissements pénitentiaires en Wallonie et 7 personnes en Flandres, c'est-à-dire exerçant un rôle de coordination. Cela inclut notamment deux **coordinateurs médicaux**, une personne désignée par le gouvernement fédéral pour coordonner la mise en œuvre des initiatives fédérales en matière de **santé (mentale) en prison**. Au moment de l'étude, deux coordinateurs médicaux étaient en fonction dans les établissements pénitentiaires de Lantin et Dendermonde entre août 2024 et décembre 2024. Par ailleurs, nous avons également interrogé **quatre membres de la direction de la prison de Andenne, Leuze-en Hainaut, Jamioulx, Haren, deux coordinateurs du service médical de Lantin et un coordinateur de services externes**, collectivement désignés sous le terme de "**management**".

Terminologie employée dans le rapport

- **Agents pénitentiaires** : Cette dénomination désigne l'ensemble du personnel judiciaire responsable de la surveillance et de l'accompagnement des détenus en prison. Cela inclut notamment les **accompagnateurs de détention, les assistants de sécurité et les responsables de division**.
- **PPL sous l'autorité de l'INAMI** : Psychologues de première ligne exerçant des soins primaires en prison sous la supervision de l'INAMI.
- **Soins psychologiques** : L'ensemble des services de soins psychologiques offerts en prison, qu'ils soient fournis par les **communautés** ou par les **psychologues de première ligne sous l'autorité de l'INAMI**.
- **Soins intégrés** : Approche organisationnelle interprofessionnelle des services de santé visant à assurer une **continuité des soins tout au long du parcours de prise en charge du patient**. Cette approche englobe la **promotion de la santé, la prévention, le diagnostic, le traitement, la gestion des maladies chroniques, la réadaptation et les soins palliatifs**. En impliquant **différents acteurs à plusieurs niveaux et dans diverses**

disciplines, cette organisation permet d'adapter les soins aux **besoins biopsychosociaux** des usagers (WeCare, 2023).

- **Sidis Suite** (nommé Sidis dans ce qui suit) est une base de données qui soutient l'exécution des tâches légales de l'administration pénitentiaire, dans laquelle sont traitées les données nécessaires à l'administration pénitentiaire : la gestion de la détention des détenus belges ([Système carcéral - Sidis Suite - Sources authentiques](#))
- **RECOPRIS** est un questionnaire issu d'une recherche précédente (El Zerrouk *et al.*, 2021) qui contient deux parties : un screener, normalement rempli par un membre du service médical avec chaque détenu entrant (au moins à Lantin, Andenne et Leuze-en-Hainaut), et un questionnaire rempli par les travailleurs des projets D&D avec les détenus qu'ils suivent.
- **BELRAI** est un outil de dépistage actuellement en développement à la KU Leuven, visant à harmoniser le screening d'entrée des détenus et à collecter des données fiables sur leurs besoins en santé. Cet outil ne faisait pas spécifiquement partie de notre recherche, mais certaines personnes s'y référaient.
- **Epicure** est le logiciel actuellement utilisé en prison pour encoder les données médicales et les prescriptions de médicaments. Étant déjà très ancien et présentant d'énormes défis, ce programme est censé être remplacé par **Omnipro** dans un futur proche.
- **Section sans drogue et section à faible disponibilité de drogue** : Ces termes désignent des sections ou unités au sein d'une prison où les détenus peuvent résider sur une base volontaire en échange d'un engagement à une détention sans drogue.
 - Une **section à faible disponibilité de drogue** est une section où l'usage de drogues est réduit au minimum, permettant ainsi aux détenus qui ne veulent plus être exposés aux drogues de bénéficier d'une détention plus sécurisée. Cela est rendu possible grâce à des mesures telles que des tests urinaires. De préférence, ces unités sont associées à un programme de traitement destiné aux personnes ayant des problèmes de consommation de drogues comme les offres des projets D&D.
 - Une **section sans drogue** est une version plus stricte de ce concept et existe déjà en Flandre dans les prisons de Bruges et de Hasselt. Il s'agit d'une section distincte au sein de la prison, dotée d'assistants de surveillance spécialement formés et d'un régime adapté. Sa mise en place est assurée par la *Direction générale des établissements pénitentiaires (DG EPI)*, en collaboration avec des partenaires flamands tels que les *Centres de Guidance (CGG)*, les *Centres d'Aide aux Personnes (CAW)* et des centres de réhabilitation (Rekenhof, 2022). Seuls les détenus répondant à certains critères d'admission peuvent y séjourner. Ils s'engagent à une détention sans drogue, soit parce qu'ils sont motivés à traiter leur problème de dépendance, soit parce qu'ils souhaitent une détention sans drogue sans être eux-mêmes concernés par une addiction. Des tests urinaires réguliers sont effectués pour garantir l'absence de drogues, et un programme thérapeutique est mis en place pour les soutenir (Schippers *et al.*, 1998)

Le rapport original a été rédigé en partie en néerlandais et en partie en français, puis traduit en deux rapports intégrés : un en néerlandais et un en français. Cela peut avoir entraîné d'éventuelles incohérences dans l'usage de la langue.

1.2. PROJET DE RECHERCHE

Afin de répondre aux questions formulées par les autorités (le comité de l'assurance de Soins de santé de l'INAMI, le SPF justice et le SPF santé publique), nous avons adopté une approche de triangulation dans la collecte des données, structurée en trois volets de recherche, notamment une revue de littérature, une étude empirique appliquant des méthodes mixtes et une évaluation économique. La figure 2 détaille plus ce qui a été fait dans les trois volets de recherche. Pour plus de détails concernant la méthodologie de l'étude veuillez-vous référer au protocole envoyé et approuvé par le Comité d'éthique Médicale, UZ Gand en Juillet 2024 en annexe (annexe 6).

Différents aspects de l'étude

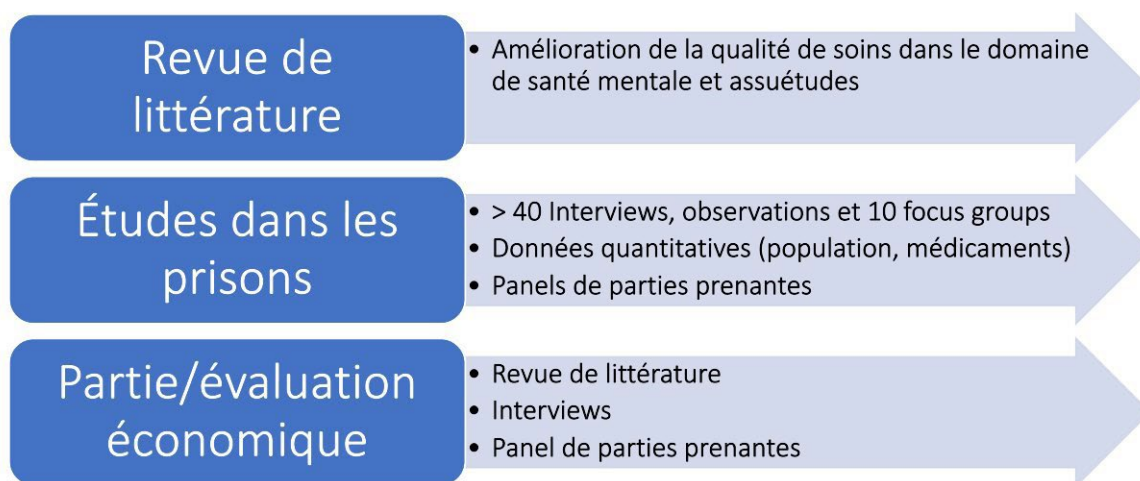


Figure 2. Les trois volets de recherche.

La suite du rapport présente toujours ensemble les méthodologies et les résultats spécifiques à chaque volet de recherche, tandis que la conclusion et les recommandations synthétisent les résultats des trois volets. Le tableau suivant illustre la correspondance entre les différents volets, les questions de recherche et les chapitres du rapport.

Question de recherche	Revue de littérature	Étude empirique	Évaluation économique	Chapitre
Les résultats des projets pilotes en soins de santé primaires et en prise en charge des addictions		X		3 et 5
Les bonnes pratiques, les risques et les conditions essentielles pour une prise en charge efficace des soins de santé primaires	X	X		2,3 et 5
Les bonnes pratiques, les risques et les conditions essentielles pour améliorer la prise en charge des addictions	X	X		2,3 et 5
Les modèles ou mécanismes de financement les plus appropriés (en termes de coût-efficacité et de faisabilité)			X	4 et 5
Les recommandations politiques et pratiques	X	X	X	6

2. REVUE DE LA LITTÉRATURE

Principaux résultats

- Cette revue parapluie a analysé 56 revues de littérature (publiées entre 2014 et 2024) sur la santé mentale et les addictions en milieu carcéral.
- Les interventions basées sur la thérapie cognitivo-comportementale (TCC) et la pleine conscience améliorent efficacement les résultats en matière de santé mentale, sans différence significative entre les formats individuels et en groupe.
- Le traitement par agonistes opioïdes, y compris les formulations à libération prolongée, réduit la consommation de substances, diminue le risque de mortalité et augmente l'adhésion aux soins après la libération.
- Les communautés thérapeutiques réduisent la récidive et la consommation de drogues après la libération, tandis que la TCC seule présente un impact limité sur ces résultats.
- Les interventions favorisant la continuité des soins améliorent l'engagement post-libération avec les services de santé mentale, de traitement des addictions et de soins médicaux, tout en réduisant la récidive.
- Les programmes de télésanté et de soutien par les pairs montrent un potentiel prometteur mais nécessitent des recherches plus rigoureuses.
- La majorité des revues incluses se concentrent sur l'efficacité des interventions et les résultats en matière de santé, laissant un manque significatif de recherche sur les autres dimensions du Quintuple Aim.
- Il existe peu de données de synthèse sur les groupes vulnérables, notamment les femmes, les détenus présentant des comorbidités et les minorités ethniques ou culturelles.
- Mise en œuvre des interventions de santé en prison est entravée par des inefficacités administratives, des limitations de ressources, des contraintes institutionnelles et une formation insuffisante du personnel

2.1. INTRODUCTION

Les populations carcérales à travers le monde sont confrontées à une prévalence élevée de problèmes de santé physique et mentale. Par rapport à la population générale, les personnes incarcérées présentent des taux significativement plus élevés de troubles mentaux, de troubles liés à l'usage de substances et de maladies infectieuses ((Aldridge *et al.*, 2018; Favril *et al.*, 2024)). Une mauvaise santé mentale chez les détenus est associée à divers résultats négatifs, tels qu'un taux de récidive accru, des taux plus élevés de consommation de substances, des comportements liés à l'automutilation et une détérioration de la santé physique (Chang *et al.*, 2015; Fazel *et al.*, 2016; Favril *et al.*, 2020, 2024);.

Au sein des populations carcérales, certains groupes vulnérables nécessitent une attention particulière. Les détenus âgés constituent le groupe connaissant la croissance la plus rapide dans de nombreux pays à revenu élevé et présentent des défis supplémentaires en raison de leurs besoins complexes en matière de soins

médicaux et sociaux (Stürup-Toft, O’Moore and Plugge, 2018). Les femmes incarcérées font également face à des défis disproportionnés en matière de santé mentale et physique par rapport à leurs homologues masculins, présentant une qualité de vie globale plus faible et des taux plus élevés de traumatismes, de consommation de substances et de troubles psychiatriques (Friestad *et al.*, 2023). Compte tenu des besoins divers et complexes des personnes incarcérées, des approches de soins de santé complètes et adaptées sont essentielles. Dans de nombreux cas, les interventions en milieu carcéral nécessitent une approche holistique intégrant des stratégies ciblant à la fois la santé mentale et physique, tout en améliorant l'accès aux services de santé, tant en prison qu'après la libération (Favril *et al.*, 2024).

L'incarcération représente une opportunité unique d'évaluer et de traiter les besoins de santé de populations mal desservies, souvent pour la première fois. Étant donné que la grande majorité des détenus finissent par réintégrer la communauté, le traitement efficace des troubles (mentaux) et des troubles liés à l'usage de substances peut réduire la récidive et alléger le fardeau pesant sur les systèmes de santé et de justice pénale, ce qui contribue à des bénéfices plus larges pour la santé publique et la société (Favril *et al.*, 2024; Kinner and Wang, 2014).

Malgré la reconnaissance croissante de l'importance des soins de santé en milieu carcéral, les interventions ciblant la santé mentale et les soins en addictologie présentent une grande variabilité en termes d'efficacité et de mise en œuvre. Bien que des revues systématiques et des méta-analyses aient évalué différentes interventions, les données restent fragmentées.

L'objectif principal de cette revue parapluie est de synthétiser les résultats issus de revues systématiques et de méta-analyses évaluant les interventions en milieu carcéral ciblant la santé mentale, les addictions aux drogues, les personnes détenus âgées et de genres divers et les maladies infectieuses. Plus précisément, cette revue vise à évaluer l'efficacité, la faisabilité et les défis associés aux interventions en matière de soins de santé en milieu carcéral selon les cinq dimensions du cadre du Quintuple Aim. En consolidant les résultats de multiples revues, cette étude vise à fournir une synthèse approfondie de l'état actuel de la recherche, offrant des perspectives précieuses aux décideurs politiques, aux gestionnaires de prisons et aux professionnels de santé travaillant dans des contextes carcéraux.

2.2. METHODES

Cette revue parapluie a été menée conformément aux recommandations méthodologiques actuelles pour les revues systématiques de revues, en suivant les directives PRISMA (Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses ; (Page *et al.*, 2021)). Un protocole d'étude a été préparé avant le début de la revue, mais n'a pas été enregistré.

CRITÈRES D'ÉLIGIBILITÉ

Les critères suivants ont été définis en fonction du cadre PICO (Population, Intervention, Comparateur et Résultat).

Critère	Critères d’inclusion	Critères d’exclusion
Population	Adultes incarcérés (en détention provisoire, condamnés) sans restriction de genre, d’origine ethnique ou de type d’établissement pénitentiaire ; professionnels de santé travaillant en milieu carcéral.	Personnes internées, personnes moins de 18ans

Intervention	Interventions et initiatives en matière de soins de santé mentale et d'addictologie, y compris les maladies infectieuses en milieu carcéral.	Intervention en matière de soins sans rapport avec la santé mentale ou addictologie
Comparateurs	Revue systématiques, revues exploratoires (scoping reviews), méta-analyses d'essais contrôlés randomisés (ECR) et d'études non randomisées.	Toutes étude qui n'est pas une revue
Résultats	L'impact des interventions sur la qualité des soins, évalué à travers le cadre du <i>Quintuple Aim</i> : amélioration de l'expérience des soins, des résultats de santé, de la rentabilité, du bien-être des soignants et de l'équité en santé.	Impact autre que santé comme récidivisme, violence

Les études devaient être rédigées en anglais, français, néerlandais ou allemand et menées dans des pays à revenu élevé.

SOURCES D'INFORMATION ET STRATÉGIE DE RECHERCHE

Les articles pertinents ont été identifiés en recherchant dans PubMed/Medline, ces bases de données étant les plus exhaustives dans le domaine des sciences de la santé. La première recherche a été réalisée le 1er juillet 2024 et incluait les études publiées entre 2014 et juillet 2024. Les termes de recherche utilisés comprenaient :

('systematic review' OR 'systematic literature review' OR 'scoping review') AND (prison[Title/Abstract] OR jail[Title/Abstract] OR inmate*[Title/Abstract] OR incarcerat*[Title/Abstract] OR imprison*[Title/Abstract] OR remand*[Title/Abstract] OR 'correctional'[Title/Abstract] OR detain*[Title/Abstract] OR detention[Title/Abstract] OR offend*[Title/Abstract] OR custod*[Title/Abstract]).**

Une approche large a été adoptée pour ne manquer aucune revue pertinente en raison de l'omission involontaire de termes de recherche spécifiques.

Tous les résultats ont été téléchargés sur Rayyan, un logiciel de gestion et de sélection des références, où les doublons ont été supprimés automatiquement. Une recherche supplémentaire a été effectuée chaque semaine par un chercheur pour s'assurer qu'aucune étude pertinente n'était omise. La dernière recherche a été réalisée le 27 septembre 2024.

PROCESSUS DE SÉLECTION

Toutes les revues systématiques et exploratoires identifiées ont été examinées indépendamment (titres et résumés) lors de la première phase par trois chercheurs (LMF, SEJ et EAZ), chaque chercheur évaluant 2/3 des études. La deuxième phase (lecture intégrale) a été réalisée par quatre chercheurs (LMF, SEJ, EAZ et JM), chacun examinant également 2/3 des études. En cas de désaccords ou de divergences, ceux-ci ont été résolus par des discussions en ligne ou en présentiel, ou par consultation des deux autres chercheurs (DOR, LF) pour une décision finale.

Les revues incluses ont ensuite été comparées pour identifier d'éventuels chevauchements. LF a classé les études incluses en plusieurs thématiques : continuité des soins, interventions par les pairs, drogues et alcool, opioïdes, yoga et pleine conscience, prévention du suicide, détenus âgés, maladies infectieuses, santé mentale, télésanté et autres interventions.

COLLECTE ET EXTRACTION DES DONNÉES

Les données ont été extraites dans un fichier Excel contenant les informations suivantes : titre, auteur, année de publication, conception de l'étude, objectif, pré-enregistrement du protocole, bases de données utilisées, date de la recherche, date des articles inclus, critères d'inclusion et d'exclusion (avec justification), nombre d'études incluses et pays concernés, évaluation de la qualité, cadre PICO (population, interventions, comparateurs, résultats), *Quintuple Aim* et principaux résultats. Les données qualitatives ont été synthétisées sous forme de résumé narratif. Les résultats sont présentés selon les cinq dimensions du *Quintuple Aim* : amélioration des résultats de santé, amélioration de l'expérience des soins, rentabilité, bien-être des soignants et équité.

ÉVALUATION DE LA QUALITÉ MÉTHODOLOGIQUE

La qualité méthodologique des études incluses a été évaluée à l'aide de l'outil **AMSTAR-2**, un instrument d'évaluation critique des revues systématiques portant sur des études randomisées ou non randomisées en santé (Shea *et al.*, 2017). Pour une description complète du fonctionnement d'AMSTAR-2, notamment les critères critiques et les catégories de confiance, veuillez- vous référer à l'annexe 1.

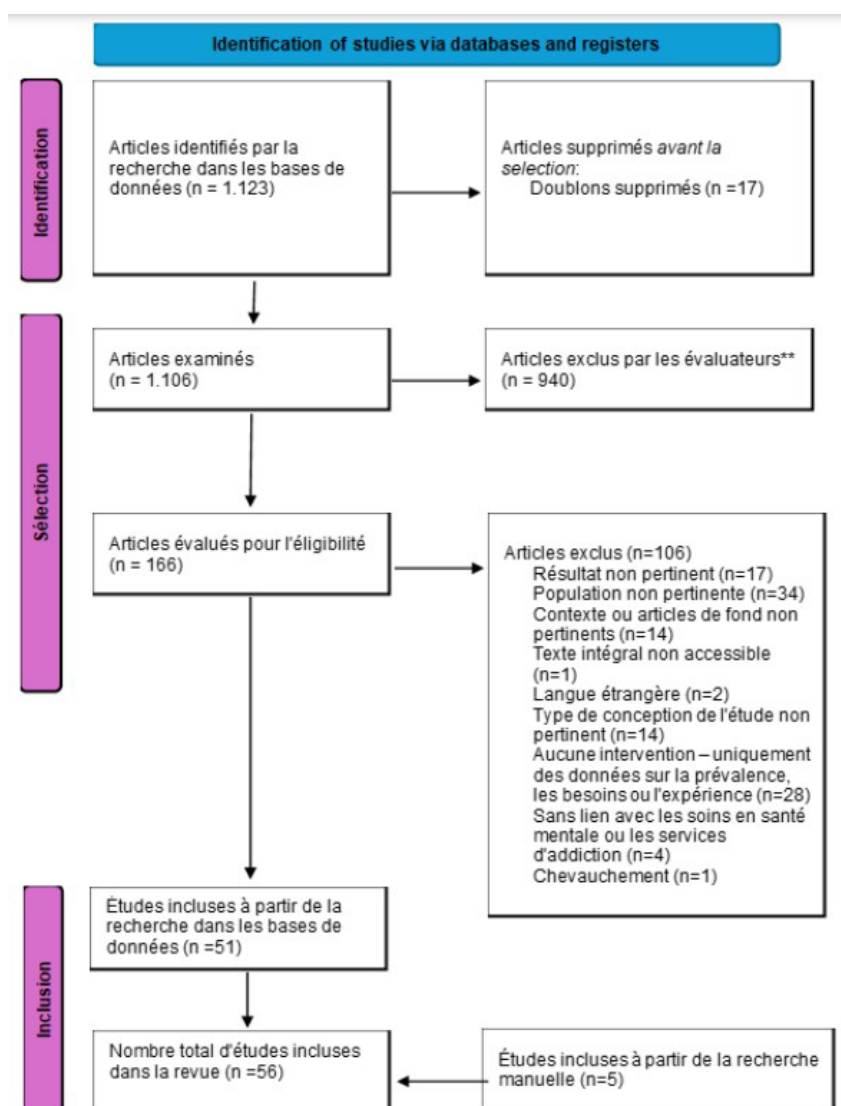


Figure 3 : Diagramme PRISMA

2.3. RESULTATS

Sur la base des résultats de 56 revues publiées entre 2014 et 2024, cette revue parapluie a synthétisé les données relatives aux interventions et initiatives dans le domaine des soins de santé mentale et des soins en matière de dépendance (y compris les maladies infectieuses) en milieu carcéral. Nos résultats mettent en évidence plusieurs

tendances clés, des lacunes notables et des implications pour les politiques et les pratiques. Globalement, les revues incluses ont démontré que les interventions en milieu carcéral varient considérablement en termes d'efficacité, de mise en œuvre et de qualité des preuves. Les interventions les plus étudiées concernaient les traitements de la dépendance (n=13), la santé mentale (n=5), la prévention du suicide (n=5), la continuité des soins (n=6) et les maladies infectieuses (n=6).

PRINCIPAUX RÉSULTATS

Les interventions en santé mentale ont montré une efficacité modérée, avec les thérapies basées sur la pleine conscience et la thérapie cognitive-comportementale (TCC) émergeant comme les approches les plus efficaces pour réduire les symptômes de dépression et d'anxiété. Aucune différence significative n'a été observée entre les thérapies de groupe et les thérapies individuelles. Il existe également des preuves soutenant l'efficacité de la thérapie interpersonnelle (IPT) pour la dépression, tandis que les résultats concernant les interventions axées sur les traumatismes pour le trouble de stress post-traumatique (TSPT) étaient mitigés. Notamment, les bienfaits des interventions psychologiques avaient tendance à diminuer avec le temps, avec des preuves limitées soutenant leur efficacité à long terme. Ces constats soulignent la nécessité de mettre en place des interventions soutenues qui se prolongent après l'incarcération, garantissant une continuité des soins lors de la réintégration communautaire afin d'améliorer les résultats en matière de santé mentale à long terme.

Les interventions contre les dépendances ont révélé un soutien constant en faveur des traitements pharmacologiques, notamment le traitement de substitution par agonistes opioïdes. Ces traitements étaient associés à une meilleure participation aux soins post-libération, une réduction de la consommation d'opioïdes et une diminution du risque de mortalité. Cependant, leur impact sur la récidive demeure incertain. Comparé à la méthadone et au buprénorphine/naloxone, le buprénorphine à action prolongée (XR-BUP) a montré des résultats plus probants en termes de réduction de l'usage de drogues, de taux de réincarcération et de coûts globaux inférieurs. Parmi les interventions psychosociales, les communautés thérapeutiques (TC) ont montré des preuves de haute qualité en matière de réduction de la récidive et, dans une moindre mesure, de l'usage de drogues après la libération. En revanche, l'entretien motivationnel a donné des résultats mitigés, et la TCC, utilisée seule, a montré peu de preuves empiriques pour réduire l'usage de drogues ou la récidive. Cependant, des réductions significatives de la récidive ont été observées lorsque la TCC était intégrée dans une stratégie d'intervention multi composante. Ces résultats soulèvent des questions sur l'adéquation de la TCC en tant qu'intervention autonome dans ce contexte et soulignent la nécessité d'une intégration avec des interventions pharmacologiques et/ou psychologiques. Une revue a révélé que la prévention des rechutes basée sur la pleine conscience réduisait efficacement les envies et la consommation de substances. La recherche sur les interventions de prévention des overdoses (y compris l'administration de naloxone et la formation à la prévention des overdoses) reste limitée, bien que les études existantes indiquent que ces interventions augmentent les connaissances et réduisent les overdoses liées aux opioïdes. Les obstacles à la mise en œuvre comprennent des contraintes logistiques et un manque de familiarité du personnel avec ces programmes. Une mise en œuvre réussie des interventions contre les dépendances en prison nécessite un changement culturel au sein des établissements correctionnels et une collaboration renforcée entre les services de santé carcéraux et communautaires pour assurer la continuité des soins et une récupération durable.

Les interventions axées sur la continuité des soins (telles que la gestion de cas avant et après la libération, le soutien psychosocial et l'orientation vers des services de traitement) ont montré qu'elles amélioreraient la couverture d'assurance santé et augmentaient l'engagement avec les services de santé mentale, de traitement des dépendances et d'autres services de santé après la libération. Cependant, les résultats concernant leur impact sur la récidive et la consommation de substances sont mitigés, et il existe peu de preuves soutenant leur efficacité sur les résultats à long terme tels que le maintien dans le traitement et l'adhésion médicamenteuse. Certaines données suggèrent que la thérapie de maintenance à la méthadone, initiée avant la libération,

améliore significativement les taux d'entrée dans le traitement à court terme et réduit le temps d'accès au traitement après la libération. Les programmes transitoires post-libération (telles que la Thérapie Comportementale Dialectique (TCD), Collaborative Behavioral Management et Recovery Management Check-ups) conçus pour les femmes quittant la prison avec des troubles liés à l'usage de substances ont donné des résultats mitigés en matière de consommation de substances. Toutefois, les approches globales, incluant un soutien individualisé, des traitements pour les SUD, la TCC, des approches sensibles au genre et l'accès aux services de santé mentale et de traitement des traumatismes, ont montré les plus grandes réductions de la consommation de substances et de la récidive. Les programmes transitoires intégrant un soutien complet étaient plus efficaces pour réduire la récidive par rapport aux interventions limitées à la période post-libération. Les obstacles à la mise en œuvre de programmes efficaces de soutien à la transition comprenaient des inefficacités administratives, un soutien inadéquat aux besoins des détenus, des ressources insuffisantes et une mauvaise communication entre les services correctionnels et les services de santé mentale. Les stratégies efficaces incluent la levée de ces obstacles, ainsi que d'autres approches telles que les modèles de prise en charge médicale intégrée, les initiatives de soutien par les pairs, les programmes régionalisés, le lien avec les soins primaires et les programmes de santé centrés sur le patient dirigés par des infirmiers. D'autres facteurs clés comprennent le soutien social, l'emploi et le logement, les compétences interpersonnelles des travailleurs sociaux, les approches personnalisées et la continuité des soins, y compris la planification avant la libération.

Les interventions de prévention du suicide ont montré des résultats prometteurs, les initiatives de soutien par les pairs, les TCCs et les programmes multi-composants intégrant plusieurs activités de prévention étant les plus efficaces pour réduire les comportements suicidaires. Cependant, la qualité globale des preuves demeure faible, et des évaluations plus rigoureuses sont nécessaires pour déterminer leur impact à long terme. Parmi les outils d'évaluation du risque suicidaire, l'échelle d'évaluation du risque suicidaire (*Suicide Risk Assessment Scale*) et l'échelle de probabilité de suicide (*Suicide Probability Scale*) ont été identifiées comme des instruments de dépistage fiables, bien que l'administration de cette dernière ait été rapportée comme chronophage. Des recherches supplémentaires sont nécessaires pour évaluer la validité et l'utilité de la prédiction du risque suicidaire.

Les personnes âgées incarcérées constituent une population encore peu étudiée, bien qu'elles représentent le groupe dont la croissance est la plus rapide au sein des établissements pénitentiaires. Les preuves concernant les interventions visant à renforcer la résilience, la santé physique et le bien-être mental demeurent limitées. Les interventions basées sur les arts créatifs, le yoga, la psychoéducation et la psychologie positive ont montré des réductions significatives de l'anxiété et de la dépression, tandis que des programmes tels que BE-ACTIV et True Grit ont amélioré l'humeur, les niveaux d'activité et réduit l'utilisation de médicaments. Les interventions menées auprès des détenus âgés soulignent l'importance de programmes organisés, d'interactions positives avec le personnel, du soutien émotionnel apporté par la famille, de la prise en compte des besoins spécifiques des détenus âgés, de la levée des obstacles à la participation, de la facilitation de l'engagement et de la mise en œuvre efficace des interventions. La nécessité d'une prise en charge sanitaire adaptée au genre pour les détenus âgés est également mise en évidence. Cependant, toutes les revues portant sur cette population ont été évaluées comme étant d'une qualité critique faible, soulignant ainsi le besoin de recherches plus rigoureuses.

Les détenus et les médecins ont rapporté des niveaux élevés de satisfaction quant à l'utilisation de **la télésanté** (par exemple, la télépsychiatrie, la télémedecine, ou les vidéoconférences avec un psychologue). Ils ont apprécié la qualité technique et ont perçu le professionnalisme des téléconsultations. Les résultats ont montré une amélioration de l'accès aux soins, notamment une réduction des délais d'attente entre l'orientation et le début du traitement, ainsi qu'une augmentation significative du nombre de consultations ambulatoires. En outre, la télésanté en milieu carcéral a été associée à une amélioration de la qualité des soins, notamment grâce à un meilleur accès aux spécialistes, généralement indisponibles en prison. Les résultats suggèrent que la télémedecine pourrait améliorer l'accessibilité et la communication entre les détenus et les cliniciens, tout en

répondant aux défis liés à la prestation de soins spécialisés en milieu carcéral. Les études sur les coûts associés à la mise en place de la télé santé en prison rapportent généralement des économies par rapport aux interventions en présentiel, principalement grâce à la suppression des coûts de transport. Les détenus ont également signalé des bénéfices cliniques, tels qu'une diminution des scores autodéclarés de détresse pendant les traitements de télépsychiatrie. Toutefois, les conclusions sur l'efficacité de la télé santé reposent sur seulement deux revues, dont l'une a été évaluée comme ayant une qualité méthodologique critique faible, soulignant ainsi la nécessité de recherches plus approfondies et de meilleure qualité.

Bien que les résultats suggèrent que les **programmes de pairs** ont le potentiel de combler certaines lacunes des interventions de santé en milieu carcéral, leur efficacité demeure incertaine en raison du nombre limité et de la qualité variable des études existantes. Les recherches actuelles rapportent certains effets positifs tant pour les pairs intervenants que pour les bénéficiaires. Les pairs intervenants ont signalé des améliorations en matière de santé mentale, de transformation personnelle et de sentiment d'utilité, suggérant que l'aide entre pairs pourrait offrir des opportunités de réhabilitation. Les détenus ont généralement exprimé une grande satisfaction à l'égard des interventions menées par des pairs, indiquant qu'ils ressentaient une plus grande aisance à échanger avec d'autres détenus, un meilleur accès aux services et une confiance accrue par rapport aux programmes dirigés par des professionnels. Les principaux facteurs contribuant à cette préférence incluaient l'empathie des pairs intervenants en raison de leur vécu, une approche non jugeante et une disponibilité supérieure à celle du personnel pénitentiaire. Malgré ces avantages, certains détenus choisissaient de ne pas s'engager dans ces interventions en raison d'un manque d'information sur leur existence, de préoccupations liées à la confidentialité, de barrières linguistiques ou d'une préférence pour discuter de leurs problèmes personnels avec le personnel, leur famille ou leurs codétenus. Certains craignaient également que le fait de chercher du soutien soit perçu comme un signe de faiblesse par les autres détenus. Du point de vue du personnel pénitentiaire, des défis initiaux ont été identifiés, notamment un manque de sensibilisation et de compréhension des interventions entre pairs. Toutefois, une communication régulière et une familiarisation progressive avec ces programmes ont été identifiées comme des facteurs facilitants. Les programmes d'éducation entre pairs ont le potentiel de réduire les comportements à risque, tels que l'usage de drogues injectables, le partage de matériel d'injection et les pratiques sexuelles non protégées, tout en améliorant les connaissances des détenus sur les questions de santé. Le soutien entre pairs pourrait également offrir des bénéfices émotionnels et pratiques, en particulier aux premiers stades de l'incarcération, période où les difficultés d'adaptation sont les plus marquées. Enfin, l'aide entre pairs a également démontré un potentiel d'économies de coûts et une amélioration de l'efficacité des soins en milieu carcéral, mettant en évidence sa valeur en tant que stratégie d'intervention durable.

La seule revue portant sur le **personnel pénitentiaire** a trouvé que les interventions basées sur la pleine conscience étaient efficaces pour réduire de manière significative le stress, l'anxiété, la dépression et l'épuisement émotionnel, tout en améliorant les compétences en pleine conscience, la satisfaction au travail et le sentiment d'utilité. En revanche, les programmes de formation psychoéducative ont donné des résultats incohérents, montrant des améliorations notables en matière de cynisme et d'accomplissement personnel, mais un impact limité sur l'épuisement émotionnel.

Concernant les **maladies infectieuses**, les programmes d'éducation dispensés par des éducateurs en santé ou des pairs intervenants se sont révélés efficaces pour réduire les comportements à risque liés aux rapports sexuels et à l'injection chez les personnes incarcérées. Ces interventions semblent améliorer significativement les connaissances sur la transmission du VIH et les comportements à risque, tout en favorisant des attitudes et des croyances positives chez les détenus, tant hommes que femmes. En outre, les programmes de traitement d'entretien à la méthadone avant la libération ainsi que les entretiens motivationnels menés avant et après la sortie ont eu un impact positif sur les comportements à risque sexuels et liés à l'injection. Un programme communautés thérapeutiques (CT) de six mois a également montré des effets bénéfiques chez les femmes incarcérées présentant des troubles liés à l'usage de substances. Les interventions de soutien par les pairs ont

joué un rôle crucial dans l'amélioration de l'engagement dans le continuum de soins du VIH après la libération et ont contribué à l'augmentation des taux de dépistage du VIH en milieu carcéral. De plus, les programmes de dépistage systématique du VIH ont obtenu des taux de participation plus élevés que le dépistage volontaire, soulignant la nécessité d'intégrer le dépistage de routine dans les soins correctionnels. La rentabilité des interventions variait en fonction du type de programme. Les interventions psychosociales individuelles nécessitaient des investissements financiers plus importants en raison de la formation du personnel et du temps requis, tandis que les interventions menées par des pairs auprès des hommes incarcérés et les programmes informatisés destinés aux personnes en probation ont été identifiés comme des alternatives plus rentables.

Concernant le dépistage du virus de l'hépatite C (VHC), une revue a révélé que le dépistage sur site avec consentement préalable, lorsqu'il était associé à un accompagnement pré-test et à une éducation, permettait presque de doubler les taux de dépistage. Cependant, l'efficacité du dépistage par prélèvement sanguin sur papier buvard (DBS) s'est avérée mitigée. Si l'intégration du DBS à d'autres interventions augmentait significativement les taux de dépistage du VHC, son utilisation en tant qu'approche autonome ne montrait pas d'amélioration. Ces résultats suggèrent que le succès des stratégies de dépistage du VHC en milieu carcéral dépend de leur intégration avec des interventions complémentaires qui renforcent l'accessibilité et la participation. Il est à noter qu'aucune étude n'a été identifiée portant sur des interventions visant à améliorer l'accès au traitement du VHC, mettant ainsi en évidence une lacune critique dans la recherche.

2.4. DISCUSSION

Bien que la plupart des revues systématiques incluses dans cette étude se soient concentrées sur l'efficacité des interventions et les résultats en matière de santé, un manque notable de recherches a été observé concernant d'autres dimensions du Quintuple Aim, à savoir l'expérience des patients, le bien-être des professionnels de santé et l'équité en santé. Une seule étude s'est intéressée au bien-être des professionnels de santé, ce qui est particulièrement remarquable, car l'épuisement professionnel et le stress lié au travail sont très répandus en milieu carcéral et peuvent affecter négativement la qualité et la continuité des soins prodigués aux personnes incarcérées (Forman-Dolan *et al.*, 2022). En ce qui concerne l'équité en santé, certaines revues ont abordé les besoins des détenus âgés, reflétant la prise de conscience croissante du vieillissement de la population carcérale comme un défi majeur pour la santé en milieu correctionnel. En revanche, les recherches sur les femmes incarcérées restent limitées, malgré leurs besoins et défis spécifiques en matière de soins de santé, notamment des taux plus élevés de traumatismes, de troubles mentaux et d'usage de substances (Friestad *et al.*, 2023). Par ailleurs, il existe un manque notable de recherches sur les détenus présentant des comorbidités (par ex. troubles mentaux concomitants et troubles liés à l'usage de substances), avec une seule étude, celle de Perry *et al.* (Perry *et al.*, 2023), s'intéressant aux détenus âgés avec comorbidités. De plus, aucune revue n'a abordé les besoins en soins de santé des minorités ethniques ou culturelles. Étant donné la charge disproportionnée de troubles (mentaux) pesant sur ces groupes vulnérables, les recherches futures devraient se concentrer sur des approches et des interventions tenant compte de la dimension sensible des défis du genre et des défis interculturels en milieu carcéral.

Une limitation majeure des études examinées dans cette revue parapluie est la forte prévalence d'études de faible qualité méthodologique. De nombreuses revues systématiques ne disposaient pas de protocoles préenregistrés, présentaient des évaluations incomplètes du risque de biais et fournissaient des informations insuffisantes sur les processus de sélection des études. Une autre limitation réside dans la variabilité substantielle des interventions examinées, compliquant ainsi leur évaluation et la comparaison de leur efficacité. Par exemple, les CTs et les interventions psychosociales, toutes deux largement utilisées en milieu carcéral, diffèrent considérablement en termes de durée, de structure et de composants spécifiques. Cette hétérogénéité rend difficile l'identification des caractéristiques des interventions qui contribuent aux résultats positifs, tels que

la réduction de la récidive ou de la consommation de substances. Afin de mieux comprendre les mécanismes sous-jacents à certains effets, il est nécessaire de mener davantage de recherches visant à standardiser les interventions et à réaliser des études comparatives évaluant leur efficacité relative.

Au-delà des limites inhérentes aux revues systématiques elles-mêmes, l'environnement carcéral présente des défis intrinsèques à la conduite de recherches rigoureuses. Comme le soulignent Yoon et al. (2017), la réalisation d'ECRs en milieu carcéral est particulièrement difficile en raison des contraintes institutionnelles et des problèmes de suivi post-traitement. Les taux de roulement élevés, les périodes d'incarcération courtes et les difficultés à assurer la continuité des soins entravent l'évaluation à long terme de l'efficacité des interventions. De plus, des facteurs institutionnels tels que les contraintes d'emploi du temps (par exemple, les conflits d'horaire avec d'autres activités), les taux élevés d'attrition dus aux changements d'horaire (Yoon, Slade and Fazel, 2017) les infractions des détenus qui restreignent leur accès aux programmes de traitement interfèrent souvent avec la participation et l'achèvement des programmes (Yoon et al., 2017). En outre, les restrictions imposées aux méthodologies d'étude, notamment les politiques interdisant la collecte de marqueurs biologiques ou l'enregistrement vidéo ainsi que la prise en compte des changements dans l'environnement social en milieu carcéral (Yoon et al., 2017), ajoutent une couche supplémentaire de complexité et limitent la capacité des chercheurs à mesurer avec précision les effets des interventions.

De même, plusieurs obstacles entravent la mise en œuvre des interventions de santé en milieu carcéral ((South et al., 2016; Smith-Merry et al., 2019; Grella et al., 2020, 2021). Les principaux obstacles incluent des inefficacités administratives, un manque de soutien aux besoins de santé des détenus, des ressources insuffisantes et une communication déficiente entre les services correctionnels et les services de santé. Les contraintes institutionnelles, telles que des horaires rigides en prison, les protocoles de sécurité et les infractions des détenus, perturbent souvent la mise en œuvre des programmes, ainsi que la participation et/ou l'achèvement des interventions. Les défis logistiques, notamment la pénurie de personnel et les limitations de ressources, constituent également un frein à la mise en place d'interventions essentielles. En outre, de nombreuses interventions souffrent d'une formation insuffisante du personnel et des travailleurs pairs, ce qui limite leur efficacité et leur viabilité à long terme.

À l'inverse, plusieurs facteurs facilitent la mise en œuvre des interventions, notamment une planification structurée de la réinsertion, une collaboration interinstitutionnelle renforcée et l'intégration des pratiques fondées sur des données probantes dans les soins de santé en milieu carcéral (Leaman et al., 2017; Kendall et al., 2018; Grella et al., 2021; Simpson et al., 2021). Les programmes établissant des liens entre les services correctionnels et les soins de santé communautaires, offrant un soutien par les pairs et adoptant des modèles de soins centrés sur le patient ont démontré un plus grand succès. D'autres facteurs favorables incluent des approches adaptées aux besoins spécifiques liés au genre, des interventions culturellement sensibles, la prise en compte des comorbidités et la reconnaissance du rôle des déterminants sociaux de la santé dans l'évolution des résultats (Harris, Hek and Condon, 2007; van den Bergh et al., 2011). Le renforcement de la communication entre le personnel pénitentiaire et les professionnels de santé, la promotion d'une culture du changement en milieu carcéral ainsi que l'assurance d'un financement adéquat et d'un soutien politique sont essentiels pour améliorer l'efficacité et la pérennité des interventions de santé en prison.

Les approches de continuité des soins et de transition ont émergé comme des facteurs importants pour améliorer plusieurs résultats post-libération. Les résultats suggèrent que la continuité des soins n'est pas seulement une priorité en matière de santé, mais aussi un composant fondamental de la réintégration réussie. Assurer que les individus aient accès à des soins médicaux continus, à des traitements pour la santé mentale et la toxicomanie après leur libération (par exemple, à travers des programmes de transition) améliore leurs chances d'obtenir de meilleurs résultats en matière de santé, d'une meilleure réintégration sociale et de risques réduits de sans-abrisme, de chômage et de réincarcération (Kendall et al., 2018; Smith-Merry et al., 2019). Pour

la société, la continuité des soins se traduit par une réduction des coûts de santé et, en traitant les troubles de santé mentale et de toxicomanie, elle peut réduire les taux de récidive, diminuant ainsi la charge sur le système judiciaire et améliorant la sécurité publique (Kinner and Wang, 2014; Favril *et al.*, 2024). Les programmes qui intègrent le logement, le soutien à l'emploi, le mentorat par des pairs, la planification pré-libération et les programmes régionalisés contribuent davantage à une réintégration réussie (Kendall *et al.*, 2018; Smith-Merry *et al.*, 2019).

3. ETUDE EMPIRIQUE BASÉE SUR DES MÉTHODES MIXTES

Principaux résultats

- **Amélioration de la prise en charge des assuétudes** : Les projets D&D ont permis une meilleure gestion des addictions, avec des groupes de parole et des séances individuelles aidant les détenus à comprendre les raisons de leur consommation et à travailler sur leur sevrage.
- **Impact positif sur la santé mentale** : Les PSM ont amélioré la prise en charge des détenus en détresse, réduisant les frustrations liées aux délais d'attente et apportant un soutien psychologique rapide dans les prisons où ils arrivaient à bien s'intégrer.
- **Continuité des soins** : Les projets œuvrent pour mettre en place différentes mesures pour assurer la continuité des soins entre la détention et la société libre, bien que des défis subsistent, notamment en matière de transition et de suivi post-détention.
- **Collaboration et coordination** : La collaboration entre les différents services internes et externes reste souvent un défi, avec des recommandations pour mieux définir les objectifs des services et pour la création de postes de coordinateurs pour faciliter les interactions et optimiser les parcours de soins des détenus.
- **Formation et soutien** : Les projets ont proposé des formations pour les agents pénitentiaires, bien que la mise en œuvre ait été limitée par des contraintes de temps des agents pénitentiaires et de ressources. Une meilleure formation en santé mentale et en addiction est nécessaire.
- **Accès aux soins** : Les projets ont mis considérablement d'effort à l'amélioration de l'accès aux soins psychologiques et des addictions, bien que des défis persistent pour certains groupes.
- **Bien-être des soignants** : Les projets ont eu un impact positif sur le bien-être des soignants, en leur offrant des possibilités de collaboration et de soutien, bien que des défis subsistent en ce qui concerne le processus de mise en œuvre, la collaboration et la coordination.
- **Confidentialité et secret professionnel** : La confidentialité, le secret professionnel et la transparence à leur égard sont importants pour les usagers des soins. Les prestataires de soins expriment le besoin d'un cadre clair qui les aide à garantir le respect du secret professionnel tout en pouvant assurer une prise en charge intégrée.
- **Équité en santé** : Les projets ont mis en avant l'importance de l'équité en santé, en soulignant les besoins spécifiques des personnes détenues en situation irrégulière et allophones et des femmes détenues, et en recommandant des mesures pour améliorer leur accès aux soins.
- **Les données de santé** : Les données disponibles de manière routinière pour évaluer les soins de santé en milieu carcéral sont pratiquement inexistantes, ce qui empêche un suivi de qualité.

3.1. MÉTHODES

COLLECTE DE DONNÉES

La collecte de données s'est déroulée en trois phases :

PHASE 1 : ENTRETIENS EXPLORATOIRES ET ÉTATS DES PROJETS PILOTES (NOVEMBRE 2023 – OCTOBRE 2024)

Des entretiens exploratoires ont été menés avec toutes les coordinateurs des projets pilotes D&D en novembre 2023. Chaque coordinateur et une personne responsable des psychologues/travailleurs sociaux ont rempli un formulaire d'information sur l'avancement des projets (en avril-juin 2024). Dans certaines prisons, ce formulaire a été rempli lors d'un entretien avec les chercheurs via une visioconférence.

PHASE 2 : COLLECTE DE DONNÉES EMPIRIQUES DANS LES PRISONS PILOTES (SEPTEMBRE – DÉCEMBRE 2024)

Des études de cas ont été réalisées dans les prisons de Antwerpen, Andenne, Gent, Nieuw-Dendermonde, Hasselt, Haren, Jamioulx, Lantin, Leuven-Centraal et Leuze-en-Hainaut. Les méthodes de collecte incluaient pour chaque prison :

- Entretiens semi-structurés avec au moins 3 personnes détenues utilisant les projets D&D et/ou les psychologues/travailleurs sociaux (donc plus de 30 interviews avec des détenus)
- Entretiens semi-structurés avec au moins un membre de la direction ou de la coordination (au total 15 interviews).
- Observations sur le terrain et discussions avec le personnel et les personnes détenues (en général 2 jours par prison donc 20 jours en totale).
- Organisation d'un focus group par prison avec les acteurs pertinents (agents pénitentiaires, membres du service médical, membres du projet D&D et des psychologues rattachées au service médicale. (10 focus groups au total)

De plus, 2 panels de parties prenantes comptant 15 et 5 participants ont été organisé à Bruxelles en novembre 2024 avec des membres de la coordination des projets pilotes et des décideurs politiques ainsi que d'autres personnes impliquées en soins de santé pénitentiaires comme les coordinateurs des régions et communautés.

PHASE 3 : COLLECTE DE DONNÉES SUPPLÉMENTAIRES

Un aperçu des analyses prévus et finalement réalisés se retrouve dans tableau 1.

Des rapports d'activités de chaque projet D&D ont été intégrés à l'analyse. Les données du questionnaire RecoPris n'ont pas pu être utilisées faute d'accord de partage de données. Des statistiques agrégées fournies par le SPF Justice ont affiné l'analyse qualitative. Deux "photos d'un jour" des prescriptions médicamenteuses (mars 2022 et septembre 2024) ont été analysées. Un questionnaire sur l'état de santé des détenus et leur niveau de satisfaction vis-à-vis des soins de santé (inspiré du questionnaire utilisé pour les enquêtes nationales belges par Sciensano) a été administré à Leuze, Andenne et Jamioulx. Le but a été de l'utiliser à plusieurs reprises pour avoir des comparaisons dans le temps ce qui n'était pas possible pour des raisons organisationnelles et des contraintes de temps.

En février 2025, un questionnaire Qualtrics composé de 31 énoncés (voir annexe 13), élaborés à partir des résultats de la recherche et servant de base aux recommandations, a été envoyé à l'ensemble des parties prenantes précédemment impliquées dans l'étude (110 personnes). Quarante-huit répondants ont exprimé leur accord ou désaccord sur une échelle de Likert et ont partagé leur avis sur la faisabilité des recommandations. Les résultats de cette consultation sont présentés dans la section dédiée aux recommandations.

Tableau 1. Aperçu sur la disponibilité des données supplémentaires

Données	Ce qui était prévu	Ce qui était fait	Raisons
RecoPris	Analyser les données RecoPris collectées par les projets pilotes à deux reprises fin 2023 mi 2024	Résumé des données des rapports d'activité	Données pas disponibles pour les prisons néerlandophones L'accord de partage de données pas finalisé Données souvent manquantes et l'utilisation des indicateurs n'est pas uniformisée
Données Sidis et Epicure	Faire une analyse comparative (médication, nombre des consultations, caractéristiques démographiques) entre des prisons pilotes et non-pilotes ainsi qu'une comparaison avant et après l'instauration des projets pilotes (pour plus de détails : voir le protocole soumis au comité éthique annexe 6)	Comparaison de deux jours des traitements donnés dans toutes les prisons (2022 et 2024)	Manque de données fiables sur les chiffres de consultation et les médications
Questionnaire HIS	Deux collectes de données en mai et en septembre 2024 dans les prisons pilotes incluant les personnes détenues des projets pilotes et des détenus ne faisant pas partie des projets pilotes	Administration du questionnaire dans 3 prisons wallonnes	Délais dans le début de la recherche Priorisation de la partie qualitative

ANALYSE DES DONNÉES QUALITATIVES

La « directed qualitative content analysis » a été adopté comme méthode d'analyse adoptée pour l'analyse des données qualitatives, basée sur les cinq éléments du Quintuple Aim, avec des thèmes secondaires extraits de manière inductive. Les thèmes principaux et secondaires ont été définis lors de réunions de l'équipe de recherche. Une analyse croisée des résultats par prison et par région a été réalisée pour détecter les différences et similitudes.

ANALYSE DES DONNÉES QUANTITATIVES

Les données médicamenteuses ont été extraites de l'outil Epicure pour deux journées d'observation par les pharmaciens du SPF Justice. Ces derniers ont également contacté chaque service médical afin de compléter les données par les médicaments à libération prolongée administrés par injection. Les contraintes techniques d'Epicure, ainsi que l'absence d'appariement automatique avec la base Sidis, ont limité l'analyse. Les données démographiques n'ont pas été incluses, et la qualité de la saisie et de l'extraction pourrait avoir introduit des erreurs. Des comparaisons entre les prisons pilotes et non-pilotes ont été réalisées pour les molécules les plus prescrites.

Les données issues du questionnaire ont été analysées en fonction de l'établissement pénitentiaire où elles ont été collectées. Des analyses descriptives ont été effectuées, mais des analyses statistiques plus robustes n'ont pas été possibles en raison de la taille insuffisante de l'échantillon.

3.2. RÉSULTATS

Dans cette section, nous analysons les résultats issus de la collecte de données quantitatives et qualitatives menée dans les établissements pénitentiaires. Nous faisons régulièrement référence à des citations directes issues des groupes de discussion (*focus groups*), des entretiens avec des profils de gestion (i.e. les directeurs, les coordinateurs de soins de santé ou d'autres responsables occupant des fonctions de coordination, notamment les coordinateurs D&D et les coordinateurs politiques en Flandre) et des entretiens avec les personnes détenues bénéficiant des services D&D et/ou des PSM (usagers des soins). Les citations des groupes de discussions sont présentées en **vert**, celles des entretiens avec les profils de gestion en **bleu** et celles avec les usagers des soins en **orange**.

La présentation des résultats est structurée de la manière suivante :

3.2.1. Réalité Contextuelle

- A. Défis structurels et opérationnels
- B. Défis psycho-médico-sociaux liés à la détention et aux conditions carcérales

3.2.2. Évaluation des Projets Pilotes selon le cadre du Quintuple Aim (Nundy, Cooper & Mate, 2022)

- 0. Facteurs transversaux contribuant à une prise en charge intégrée en santé (mentale) Continuité des soins, Collaboration et Coordination
 - 1. Améliorer des résultats de santé au niveau de la population
 - 2. Une meilleure expérience des soins pour la personne
 - 3. Obtenir plus de valeur avec les mêmes ressources grâce à une utilisation plus efficace des ressources disponibles
 - 4. Améliorer le bien-être des professionnels du secteur de la santé
 - 5. Améliorer l'équité en santé et dans le secteur social

3.2.3. Panels de parties prenantes

3.2.1. RÉALITÉ CONTEXTUELLE

A. DÉFIS STRUCTURELS

SURPOPULATION CARCÉRALE

Plusieurs éléments du contexte carcéral ont été identifiés comme des obstacles majeurs à l'impact des projets pilotes et à la santé des personnes détenues. Bien que la **surpopulation carcérale** n'ait pas été un thème explicitement abordé lors des entretiens et des focus groups, de nombreux participants l'ont spontanément mentionnée comme un défi majeur, affectant tant la prestation des soins médicaux et psychosociaux que le bien-être des personnes détenues.

Ce phénomène, généralisé dans la majorité des établissements pénitentiaires, génère des tensions et complique la gestion quotidienne des soins. Certains établissements ont vu leur capacité d'accueil augmenter au fil des années sans bénéficier d'une extension effective de leurs infrastructures. À **Lantin**, ainsi que dans **trois des cinq**

prisons pilotes en Flandre (Gent, Antwerpen en Hasselt) la surpopulation a atteint des niveaux particulièrement préoccupants, comme l'illustre le tableau 2.

Dans la nouvelle prison de Haren la surpopulation est relative, ce qui signifie que, bien que la prison atteigne sa capacité maximale en 2024 sans la dépasser, le manque d'effectifs rend la gestion des détenus plus difficile.

Dans les prisons surpeuplées, les personnes détenues sont, selon les participants, contraints de vivre dans des conditions difficiles, exacerbant les problèmes de santé mentale et de violence. La surpopulation empêche souvent de maintenir une séparation entre personnes détenues aux statuts différents (prévenus, condamnés, internés), ce qui crée des tensions. En effet, l'excédent de population dans certaines prisons modifie la composition de la population cible d'autres établissements, entraînant un nombre accru de personnes condamnées dans les maisons d'arrêt et de détenus de courte durée dans des établissements destinés aux peines longues. Cela exerce une pression supplémentaire sur le régime pénitentiaire, aggravant les ressentiments entre personnes détenues de statuts différents, notamment entre compagnons de cellule, et accentue le sentiment de vulnérabilité des personnes en détention provisoire.

De plus, plusieurs groupes de discussion ont souligné l'impact négatif qu'un co-détenu peut avoir sur la santé mentale, notamment pour les personnes vulnérables. Comme l'a souligné un participant lors d'un focus group

« Je crois aussi que quand on parle des personnes avec une vulnérabilité psychique. Parfois ils mettent des gens ensemble et moi je pense oui maintenant un parmi eux, maintenant l'un d'eux va devenir fou aussi ou l'autre va devenir agressif » (traduit du néerlandais)

Afin de lutter contre la surpopulation carcérale, un système de congé pénitentiaire prolongé (CPP) a été instauré en mars 2024. Sans cette mesure, la population carcérale belge aurait atteint 13 387 détenus au 3 février 2025, alors que la capacité théorique moyenne des établissements pénitentiaires, telle que mentionnée dans le rapport de 2023, s'élève à 10 195 places. L'application du CPP a permis de réduire la population carcérale à 12 693 détenus. Toutefois, les professionnels ont souligné que cette mesure a un impact négatif sur la continuité des soins, perturbant le suivi médical et psychosocial des personnes détenues concernées. Par ailleurs, la surpopulation carcérale continue de poser des défis majeurs en matière de gestion de la sécurité, d'accès aux soins et de suivi des personnes en détention, soulignant la nécessité d'un renforcement des effectifs du personnel pénitentiaire pour garantir des conditions de détention et de prise en charge adaptées.

Cela montre l'impact direct de la surpopulation sur la qualité des soins et la gestion des détenus, soulignant la nécessité d'une infrastructure et d'un personnel suffisants et de prises de décision politiques cohérentes pour répondre à ces défis.

MANQUE DE PERSONNEL

Toutes les prisons pilotes, tant en Wallonie qu'en Flandre, rencontrent des défis organisationnels majeurs, principalement liés à un manque de personnel, en particulier pour les agents pénitentiaires, les médecins, infirmiers, et les services psychosociaux. Ce manque d'effectifs impacte directement la qualité des soins et la gestion des personnes détenues, aggravé par des contraintes logistiques et un manque général de main-d'œuvre disponible.

En Wallonie et Bruxelles, surtout à Haren, un sous-effectif de près de 50 % des agents pénitentiaires et de 70% pour les infirmiers (Tableau 3) a généré des frustrations et un turnover élevé. Par ailleurs, le manque de personnel infirmier a été critiqué à Leuze, avec seulement 2 équivalents temps plein (ETP) effectifs sur les 6 prévus, en raison des congés maladie prolongés (comptabilisés dans le tableau 3), limitant considérablement l'accès aux soins pour les personnes en détention.

En Flandre, la situation est similaire, avec un manque de personnel pénitentiaire et médical signalé dans toutes les prisons pilotes. Le manque de formation et de personnel expérimenté a également été soulevé, et les prisons travaillent souvent avec des contrats intérimaires à court terme pour les agents pénitentiaires.

En Flandre et en Wallonie-Bruxelles, les formations des nouveaux agents ont été souvent jugées insuffisantes en raison du manque de temps et de ressources, ce qui entraîne des tensions au sein du personnel et des difficultés à répondre aux besoins des personnes en détention. Le manque de formation en santé mentale et en addiction pour les agents pénitentiaires a également été mentionné dans la plupart des prisons, rendant difficile l'engagement des agents dans des tâches de soutien psychosocial. Les projets D&D ont été disposés à proposer des formations, mais il serait nécessaire que l'initiative vienne de la direction ce qui n'a pas été le cas dans certaines prisons.

Un autre défi majeur dans les deux régions concerne la nouvelle distinction entre les agents de sécurité et les accompagnateurs de détention. Cette distinction, bien qu'utile en théorie, ne semble, selon les participants, pas avoir un impact significatif dans la pratique, en raison de la diversité des profils recrutés et de la formation limitée dispensée aux accompagnateurs de détention. En Flandre, cela a contribué à des attentes floues en matière de soutien psychosocial des détenus, surtout dans le contexte de la surpopulation.

Enfin, le manque de personnel médical, particulièrement en psychiatrie, a été souligné dans plusieurs prisons, notamment. En Wallonie la pénurie de médecins amène à des temps d'attente d'une à deux semaines pour voir un médecin généraliste et dans tout le pays les délais sont longs pour les soins spécialisés (plusieurs mois pour le dentiste par exemple). Ceci a un impact direct sur la qualité des soins fournis aux personnes détenues. Ces pénuries sont également exacerbées par les problèmes d'organisation interne et le manque de flexibilité dans le transfert des détenus vers des soins externes, ce qui augmente les délais et affecte la continuité des soins.

DEFIS INFRASTRUCTURELS

La majorité des intervenants ont témoigné que les infrastructures des prisons belges seraient souvent inadéquates pour répondre aux besoins des personnes détenues et des professionnels. Même dans les établissements récents, comme celui de Haren, seules huit salles de parloir seraient disponibles pour quinze services, compliquant ainsi leur réservation en raison des flux de personnes en détention et des urgences. Dans au moins une prison, les PSM ont parfois dû consulter dans les bureaux du service psychosocial, générant une confusion entre les soins et l'expertise judiciaire. Dans d'autres prisons, où les contraintes d'espace ont conduit les intervenants à consulter dans les parloirs destinés aux avocats, ces consultations ont risqué d'être interrompues dès qu'un avocat ou la police en avait besoin, restreignant encore davantage l'accès aux soins. Un détenu a exprimé son mécontentement face au manque de locaux disponibles :

« Parce que on voit quand-même, cette prison manque de locaux. Tu te retrouves sur la liste d'attente et il te faut beaucoup de patience, surtout en tant que nouvel arrivant. Tu reçois les soins, mais seulement après un certain temps. Il manque un local ici, tu le remarques bien... Je trouve ça un peu regrettable qu'ils ne puissent pas aider les détenus plus rapidement » (traduit du néerlandais)

La localisation des bureaux des intervenants a également constitué une problématique majeure. À Lantin, l'éloignement des bureaux des intervenants par rapport aux zones de détention a ralenti les interventions en cas d'incident, augmentant ainsi les risques pour la sécurité. À Andenne, malgré les contraintes d'espace, un effort significatif a été déployé pour intégrer les psychologues dans la structure carcérale, renforçant leur visibilité et facilitant leur collaboration avec les autres services.

Les conditions de détention ont également été marquées par des difficultés spécifiques. Même à Leuze, une prison nouvellement édifée, bien que les cellules aient été suffisamment spacieuses, une ventilation défectueuse entraînait des températures extrêmes en été et en hiver, affectant ainsi le bien-être des personnes détenues.

Tableau 2 : Chiffres des établissements pénitentiaires pilotes pour l'année 2023

CHIFFRES 2023*	Population de la prison			Situation légale								Proportion de femmes		Statut administratif (Pourcentage)				Écrous (N)						Nouveaux détenus (N)	
	population journalière moyenne (N)	capacité	surpopulat ion moyenne	prévenu (N)	%	condamn é (N)	%	interné (N)	%	autres (N)	%	femmes (N)	%	Belge	étranger avec titre	étranger titre sous examinat ion	sans titre de séjour	Préve nu	Cond amné	Inter né	Autre	Total	par jou ouvrabl e	inclusiv e transfè rs	par jou ouvrabl e
Andenne	408.4	420	-2.80%	5.2	1%	395	97%	0	0%	8.1	2%	0	0	46.1%	8.0%	2.4%	43.6%	0	1	0	0	1	0.00	293	1.17
Haren*	621	620.2	0.10%	270.7	44%	334.8	54%	2.7	0%	12.9	2%	95.4	15.4%	43.4%	16.8%	3.9%	35.9%	1128	1408	8	33	2631	10.52	2933	11.73
Jamioulx	393	397.5	-1.10%	217.3	55%	146	37%	25.6	7%	4	1%	0	0	58.3%	11.3%	1.9%	28.5%	574	677	2	10	1263	5.05	1366	5.46
Lantin	911.5	706.6	29%	384.2	42%	472.3	52%	46.3	5%	8.7	1%	68	7.5%	54.2%	11.1%	2.6%	32.2%	112	981	3	8	2114	8.46	2691	10.76
Leuze-en Hainaut	342.5	350	-2.10%	11.6	3%	328.9	96%	0	0%	2	1%	0	0	56.5%	8.7%	2.7%	32.2%	11	3	0	0	14	0.06	238	0.95
Antwerpen	652.9	439	59%	502.1	72%	121.9	17%	61.3	9%	12.6	2%	45	6.9%	39.4%	17.6%	2.6%	40.2%	1680	1124	5	45	2854	11.42	3046	12.18
Gent	418.7	299	58%	268.4	57%	79.8	17%	108.7	23%	15.6	3%	53.8	12.8%	58.2%	11.4%	1.4%	28.9%	674	703	5	56	1438	5.75	1619	6.48
Hasselt	554.9	450	32.30%	218.1	37%	369.7	62%	1.1	0%	6.5	1%	40.5	7.3%	60.2%	12.6%	0.6%	26.5%	574	634	0	26	1234	4.94	1356	5.42
Leuven- Centraal	406.8	398	2.20%	3.3	1%	381.2	94%	0	0%	22.3	5%	0	0	69.6%	5.5%	0.9%	24.0%	NA	NA	NA	NA	NA	NA	153	0.61
Nieuw- Dendermonde	367.7	368.8	-0.30%	184.7	68%	80.9	30%	1.5	1%	3.4	1%	0	0	55.5%	13.4%	1.7%	29.2%	443	424	0	9	876	3.50	1511	6.04
TOTAL	5077.4	4449.1	14.10%	2065.6	41%	2710.5	53%	247.2	5%	96.1	2%	302.7	6%	54.1%	11.6%	2.1%	32.1%	5196	5955	23	187	12425	49.70	15206	60.82

* Données assemblées du [EPI Chiffres annuels 2023 FR.pdf](#) et des données supplémentaires reçues du SPF Justice

NA Pas des données disponibles

* les chiffres pour la prison de Haren sont sous-estimés car son ouverture progressive a eu lieu en 2023. La capacité totale étant 1190 et le nombre de nouveaux détenus sur la période 6/23-6/24 était 4016, ce qui revient à 16,06 nouveaux détenus par jour ouvrable au lieu de 11,37

Tableau 3 : Chiffres des établissements pénitentiaires pilotes pour l'année 2023 (suite)

Chiffres 2023	libérations (N)													décès (N)			Personnel infirmier service médical		
	Détention préventive	Libération conditionnelle	Libération provisoire (général e)	Libération provisoire (particulière)	Fin de peine	Libération anticipée surpopulation loi 30 juillet 2022	Interne	Étrangers (hors libération provisoire)	Autres	sous surveillance électronique	Inconnu	Total (sans transferts)	par jour de travail	Suicides	Autres décès	Total	infirmier actuel (ETP)	infirmier cadre (ETP)	différence
Andenne		9	3	15	16	13				13		69	0.3		1	1	5.4	5	0.40
Haren	510	17	161	19	11	10	5	12	40	443	1	1229	4.9	2	1	3	10.4	34	-23.55
Jamioulx	470	6	124	5	5	1	12	10	10	427		1070	4.3	0	0	0	5.9	5	0.90
Lantin	675	6	390	21	43	16	33	16	20	715		1935	7.7	2	4	6	15.3	15	0.30
Leuze-en-Hainaut	7	13		19	16	17		2	5	149		228	0.9		2	2	6.05	6	0.05
Antwerpen	724	6	248	2	9	3	24	34	21	1313		2384	9.5	2		2	7.7	8	-0.30
Gent	389	3	126		8	2	35	15	6	651		1235	4.9	1		1	5.4	7	-1.60
Hasselt	249	25	157	27	20	4		15	32	820		1349	5.4	1	5	6	7.75	7	0.75
Leuven-Centraal		13		13	8	3			2	35		74	0.3	0	0	0	2.9	3	-0.10
Nieuw-Dendermonde	315	3	123	7	10	1		23	6	383		871	3.5	0	0	0	6.45	9	-2.55
TOTAL	3339	101	1332	128	146	70	109	127	142	4949	1	10444	41.8	8	13	21	73.3	99	-25.70

* Données assemblées du [EPI Chiffres annuels 2023 FR.pdf](#) et des données supplémentaires reçues du SPF Justice

DÉFIS OPÉRATIONNELS

Les prisons pilotes ont rencontré des défis organisationnels majeurs, principalement liés à un manque de personnel et à des contraintes logistiques. Comme indiqué dans le tableau 2 les établissements pénitentiaires ont accueilli en 2023 entre **1 et 16 nouvelles personnes détenues** par jour ouvrable, qui devraient légalement toutes être examinées par un médecin dans les **24 heures suivant leur arrivée**. Par ailleurs, entre **3 personnes détenues par semaine et 9 par jour ouvrable** ont également quitté ces établissements, sans compter les transferts vers d'autres prisons qui nécessitent une préparation à cette libération.

La gestion des soins et des transferts externes pour des soins spécialisés a également posé des difficultés. Les délais pour les transferts externes ont été prolongés, et la Direction de la Sécurisation (DAB) n'a pas permis une flexibilité suffisante pour gérer ces transferts de manière optimale.

B. DÉFIS PSYCHO-MÉDICO-SOCIAUX EN MATIÈRE DE SANTÉ

L'IMPACT DE LA DÉTENTION SUR LA PERSONNE EN DÉTENTION

Notre enquête a montré que l'incarcération a des répercussions profondes sur les personnes détenues, tant sur le plan social que psychologique. L'isolement, la perte de repères et la séparation d'avec la famille accentuent les troubles mentaux et le sentiment de marginalisation. Une personne en détention a témoigné :

« Je ne capturerais plus jamais un oiseau parce que je peux me comparer à lui. On te retire ta liberté, tu deviens dépendant de cet endroit. Je trouve que... Maintenant, je ne peux plus libérer mon oiseau évidemment. Parce que cet animal ne survivrait plus, mais c'est ça ce qu'ils font avec nous aussi. » (traduit du néerlandais)

De nombreuses personnes détenues ont exprimé également une méfiance à l'égard du système de soins en prison. La stigmatisation liée à la santé mentale et la peur de voir leur état psychologique utilisé contre eux dans le cadre de procédures judiciaires dissuadent certains de consulter.

En outre, la pression institutionnelle joue un rôle dans la motivation des détenus à solliciter des soins. Il a été rapporté par des professionnels que certaines personnes détenues participent aux activités thérapeutiques, non pas par engagement personnel, mais pour obtenir des attestations favorisant leur libération conditionnelle. Cette dynamique limiterait l'efficacité des prises en charge.

SANTÉ PHYSIQUE

Le système de santé carcéral est marqué par un manque criant de ressources médicales. La pénurie de médecins généralistes et spécialistes entraîne des délais d'attente excessifs et des consultations souvent expéditives. Un agent pénitentiaire a témoigné :

"Ils n'ont pas assez d'assistance, qu'elle soit médicale, physique ou mentale. Combien de fois par jour entendait-on : 'Ça fait trois semaines que j'ai demandé, ça fait six semaines que j'ai demandé.' On ne sait rien faire à notre niveau."

Dans certaines prisons, la présence médicale a été extrêmement réduite, obligeant les infirmiers à consulter des médecins par téléphone pour valider des prescriptions, une pratique qui soulève des enjeux éthiques et légaux. Certaines personnes détenues atteintes de maladies chroniques, comme l'hépatite B, n'ont pas reçu leur traitement en raison d'un manque de financement. Un détenu a affirmé :

"Manque de moyens flagrants du système de santé en prison en Belgique, de mon point de vue il faut une organisation formelle. Il faut être précisément à l'article de la mort pour pouvoir avoir la chance de voir un médecin très essentiellement prescripteur. Un niveau de santé incroyablement injuste et surtout inadmissible pour une démocratie moderne comme la Belgique, loin d'être un bon élève européen ! manque de moyens, manque de personnel, manque de médecins ! Un scandale"

Les professionnels et les détenus ont également dénoncé une prise en charge médicalement inadaptée. Dans plusieurs prisons, les personnes détenues ont rapporté que les consultations se soldaient fréquemment par la simple prescription d'antalgiques, sans exploration approfondie de leurs symptômes. En Flandre, plusieurs témoignages ont évoqué une médicalisation excessive, où la prescription de psychotropes a été privilégiée au détriment d'un accompagnement thérapeutique. Un détenu a confié :

"Pour la moindre chose, ils vous prescrivent des pilules et vous donnent des somnifères quand il n'y en a pas vraiment besoin. C'est comme s'ils voulaient nous endormir pour qu'on soit au courant de rien". (traduit du néerlandais)

SANTÉ MENTALE

L'environnement carcéral exacerbe les troubles psychiatriques, notamment chez les personnes vulnérables. Le "choc carcéral", caractérisé par une perte soudaine de repères, accentue les détresses psychologiques. Un agent pénitentiaire a décrit lors d'un focus group :

« Je me souviens très bien le jour où il est rentré et on a des détenus quand on les voit après dix mois en fait c'est notre système qui est quelque part dégradé vraiment leur santé et on voit vraiment la différence. Il est rentré complètement normal et en fait il va finir par un gros problème de santé, comportement, psychologique et c'est triste de voir ça. »

Dans certaines prisons, le manque de personnel spécialisé a contraint les personnes détenues souffrant de troubles mentaux sévères à être placées en isolement ou en cachot, faute d'alternative thérapeutique. Ce recours systématique à l'isolement comme réponse aux crises psychiques est critiqué par les professionnels et les personnes en détention elles-mêmes.

La situation est encore plus critique pour les personnes détenues souffrant de pathologies psychiatriques lourdes. De nombreux témoignages ont rapporté que des individus qui auraient dû être placés dans des établissements spécialisés se retrouvent en détention sans prise en charge adaptée. Une personne détenue s'est indignée :

"Parce qu'il y a un garçon, je ne sais pas si je peux dire ça, mais il n'a pas sa place ici. Il devrait être dans une psychiatrie. Il a beaucoup de retard lui. On dirait que c'est un enfant de 9 ans." (traduit du néerlandais)

En raison de leur statut de personne en détention, ces personnes se sont vu refuser l'accès aux soins psychiatriques adaptés, car de nombreux établissements de santé refuseraient de traiter des personnes incarcérées.

UTILISATION DES DROGUES

La consommation de drogues en prison constitue un problème omniprésent, à la fois en raison de la facilité d'accès aux substances et de l'absence de véritables alternatives thérapeutiques. Une personne détenue a témoigné :

"Mais si tu vas à une autre promenade... Crois-moi. C'est le marché. Tu trébuches sur les drogues, pour ainsi dire. C'est tout à fait logique en prison de se droguer. C'est anormal de ne pas se droguer en prison." (traduit du néerlandais)

Selon la perception des agents pénitentiaires et de la direction de certains établissements, les médicaments psychotropes, tels que le Lyrica et le Rivotril, seraient souvent détournés de leur usage médical et utilisés à des fins récréatives. Certaines personnes incarcérées échangeraient ou vendraient leurs prescriptions, ce qui accentue les tensions et les violences au sein des établissements.

La pression des pairs jouerait un rôle majeur dans la consommation de drogues. De nombreux détenus déclareraient qu'ils ont dû céder à cette pression pour éviter des représailles physiques. Certains demanderaient

volontairement à être placés dans des sections à faible disponibilité de drogues pour échapper à cette influence, mais ces solutions resteraient très limitées.

Certaines prisons ont mis en place des initiatives pour limiter l'accès aux drogues, notamment en encadrant plus strictement la prescription de certains médicaments. Toutefois, ces mesures resteraient insuffisantes face à la diversité des substances introduites clandestinement via les visiteurs ou en étant jetées par-dessus les murs des établissements.

En dépit des défis, certaines personnes détenues ont vu la détention comme une opportunité de se sevrer et de prendre du recul par rapport à leur addiction. Une personne en détention a témoigné :

"Tu n'as aucune liberté quand tu consommes de la drogue. (...) C'est une vie de prisonnier, parce qu'on est prisonnier de la drogue. Pour moi, il était donc préférable d'être en prison". (traduit de l'anglais)

Les résultats du dépistage RecoPRIS, réalisé au sein du service médical (voir tableau 4 pour un exemple issu d'un établissement pénitentiaire en Belgique), permettent de quantifier la prévalence de la consommation de substances en prison au cours des 30 jours précédant l'anamnèse.

Tableau 4. Échantillon du screening RecoPris d'une prison. Questions posées au service médical : Est-ce que dans les 30 jours avant vous avez consommé Tabac, Alcool, Drogues ?

Sous-échantillon annuel du 1^{er} juin 2023 au 1^{er} juin 2024 (n = 1681)

Sexe	98.7% d'hommes (n=1658)	1.3% de femmes (n=22)
Age	Âge moyen = 34.8	Ecart-type = 10.7
Incarcération	Primo = 34.9% (n=586)	Récidive = 65.1% (n=1094)
Tabac	Oui = 87.3% (n=1419)	Non = 12.7% (n=207)
Alcool	Oui = 19.3% (n=312)	Non = 80.7% (n=1303)
Drogues	Oui = 47.4% (n=760)	Non = 52.6% (n=844)
Alcool et/ou Drogues	Oui = 52.6% (n=848)	Non=47.4% (n=765)

FINANCEMENT DES SOINS MÉDICAUX PÉNITENTIAIRES

Selon les rapports des six dernières années ([DG Établissements pénitentiaires | Service public federal Justice](#)), le budget alloué aux soins médicaux en milieu pénitentiaire a connu une diminution constante (tableau 5 et Fig 4), et ce, malgré les manquements significatifs mis en évidence en 2017 par le KCE (Mistiaen *et al.*, 2017). Il n'a pas été possible d'obtenir davantage d'explications quant à ces chiffres, en particulier concernant la baisse à la fois relative et absolue des financements. On observe une diminution constante des dépenses médicales par personne détenue, passant d'environ 4 900 € par an en 2018 à 3 300 € en 2023. En comparaison, les dépenses médicales pour l'ensemble de la population belge s'élevaient à 3 070 € par personne en 2022, hors frais d'hospitalisation ([Dépenses de santé en Belgique : en 2022, les dépenses se rapprochent à nouveau des niveaux pré-covid | Service Public Fédéral - Sécurité Sociale](#))

La diminution significative observée en 2023 pourrait en partie s'expliquer par la prise en charge, depuis le 1^{er} janvier 2023, de l'ensemble des soins externes aux établissements pénitentiaires par le SPF Santé Publique.

Tableau 5: Budget soins médicaux établissements pénitentiaires (chiffres prises des ([Chiffres annuels 2018-2023](#)))

2018	2019	2020	2021	2022	2023
------	------	------	------	------	------

Nombre de détenus	10.260	10.559	10.394	10.498	11.050	11.487
Dépenses soins médicaux	49.911.000 €	48.597.000 €	45.991.000 €	47.830.000 €	47.831.000 €	37.972.000 €
Dépenses totales des prisons	571.480.000€	566.921.000 €	543.523.000 €	546.649.000 €	613.886.000 €	714.122.000 €
Budget soins par détenu	4.864,62 €	4.602,42 €	4.424,76 €	4.556,11 €	4.328,60 €	3.305,65 €
Pourcentage dépenses soins par rapport au budget totale	8,73%	8,57%	8,46%	8,44%	7,79%	5,32%

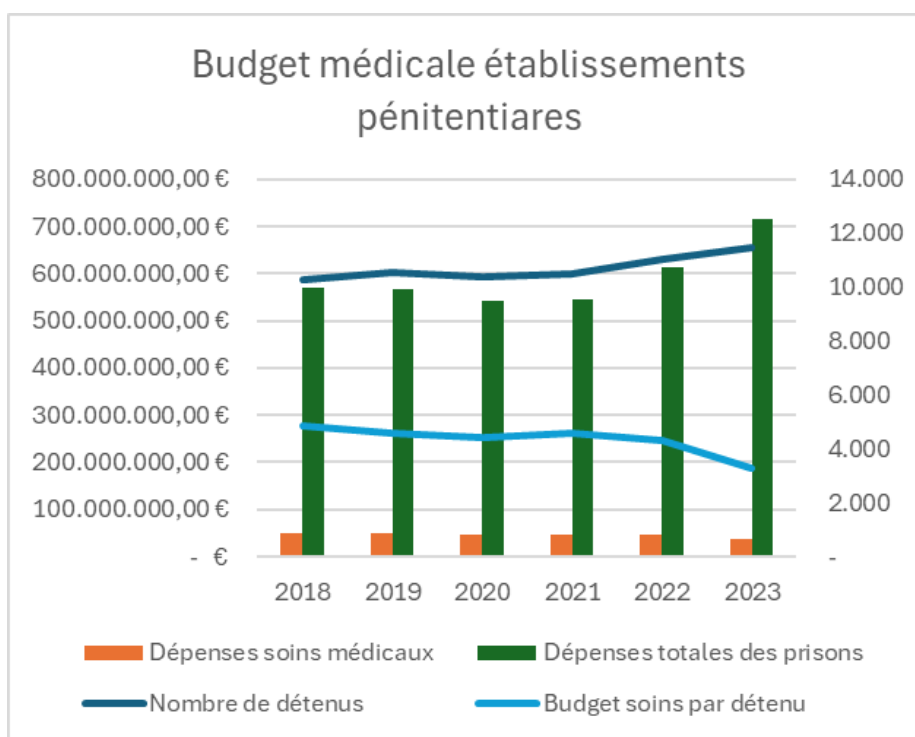


Figure 4 : Illustration de l'évolution budgétaire des établissements pénitentiaires

3.2.2. ÉVALUATION DES PROJETS PILOTES SOUS LE REGARD DU QUINTUPLE AIM

0. FACTEURS GLOBAUX CONTRIBUANT À UNE PRISE EN CHARGE INTÉGRÉE DE LA SANTÉ (MENTALE)

Nous avons identifié trois facteurs globaux essentiels pour offrir une prise en charge intégrée aux personnes en détention, qui impactent l'ensemble des cinq dimensions du modèle Quintuple Aim (Nundy, Cooper et Mate, 2022), à savoir la continuité des soins, la collaboration et la coordination. Nous analysons ces aspects successivement.

A. CONTINUITÉ DES SOINS

La continuité des soins est un pilier fondamental pour une prise en charge intégrée de la santé mentale en milieu carcéral. L'analyse qualitative des données collectées dans les prisons a révélé que garantir une transition fluide

entre les soins reçus en société libre et ceux dispensés en détention, pendant et après l'incarcération, est crucial pour offrir une prise en charge intégrée ayant un impact durable sur la santé (mentale) des personnes détenues.

Des mesures et des défis ont été identifiés concernant 1) la transition entre les soins dispensés en liberté et ceux en détention, 2) la continuité des soins pendant la détention (par ex. en cas de transfert) et 3) la transition des soins en détention aux soins après la détention.

Le manque d'**échange d'informations** a été souligné comme un obstacle majeur à la continuité des soins dans les prisons de Flandre, de Bruxelles et de Wallonie. Cela fait que les services ont peu de visibilité sur quel service fait le suivi d'une personne concernée, que les services ont souvent le sentiment de devoir repartir de zéro, tandis que les personnes détenues ont l'impression de devoir sans cesse répéter leur histoire. Parallèlement, le secret professionnel est perçu comme un élément essentiel pour établir une relation de confiance, jugée indispensable par les usagers des soins comme par les professionnels.

« Par exemple, si un détenu suit un traitement au sein de la prison et qu'il vient également les voir à l'extérieur de la prison pendant, avant ou après le traitement, il a deux dossiers distincts, même au sein d'une seule organisation, entre lesquelles il n'y a pas d'échange d'informations. Ce que je trouve vraiment très frappant, parce qu'il s'agit de la même personne. Et, puis t'es suivi par d'autres personnes et il n'y a pas d'échange d'informations là non plus. » (traduit du néerlandais)

L'importance de la **continuité relationnelle** concerne également la continuité des soins avant, pendant et après la détention. Cela a émergé pendant les groupes de discussion ainsi que dans les entretiens avec la coordination et les discussions avec les usagers des soins. Une relation de confiance se construit avec le temps, d'où l'importance d'être suivi sur la durée par un même professionnel. Toutefois, cette continuité est compromise par la mission temporaire des PSM, les transferts, les CPP et les libérations. Les usagers des soins qui sont satisfaits de leur suivi, indiquent qu'ils préfèrent ne pas changer de prestataire de soins après six mois, parce qu'une relation de confiance a été établie.

LA TRANSITION ENTRE LES SOINS EN LIBERTÉ ET CEUX EN DÉTENTION

Des défis divers dans l'assurance d'une continuité de soins entre les soins avant et pendant la détention ont été rapportés.

Tout d'abord, les professionnels et la direction ont mentionné un manque de transmission d'informations concernant les soins reçus par les personnes détenues en dehors de la prison. Bien que cette situation soit compréhensible du point de vue de la protection de la vie privée et du maintien de la relation de confiance, les participants ont néanmoins souligné qu'elle entrave parfois l'efficacité des soins. En outre, tant les professionnels que les personnes détenues dans différentes prisons ont mis en avant les défis liés au suivi des médicaments pris avant l'incarcération, partiellement en raison de l'incohérence des procédures en matière de médication. Enfin, la nécessité d'une politique cohérente en matière de traitement de substitution et de stratégies de réduction des risques a été soulignée, afin d'aligner les pratiques carcérales sur celles en vigueur dans la société libre et de garantir la continuité des soins pour les personnes souffrant d'une dépendance.

LA CONTINUITÉ DES SOINS PENDANT LA DÉTENTION

Les groupes de discussion et les entretiens ont relevé que **les transferts imprévus** perturbent fréquemment la continuité des soins pendant et après la détention. L'instauration de protocoles médicaux uniformes et de dossiers médicaux informatisés pourrait améliorer cette continuité des traitements médicaux.

En ce qui concerne l'offre de soins psycho-sociaux des **PSM** en détention, il a été mentionné qu'en raison d'un manque de possibilités de réorientation (par exemple, en raison des listes d'attente), certains parcours de soins sont prolongés au-delà de ce qui est prévu dans la description de fonction afin de garantir la continuité des soins.

« Parce que la psychologue quand je vais arrêter avec elle je vais peut-être attendre 6 mois avant de revoir l'autre. Tellement la liste est longue. Oui, ça. Et pour le moment, j'en ai besoin. Je sais que j'en ai besoin. »

Dans la mesure du possible, le projet **D&D** s'efforce de garantir la continuité des soins en détention en proposant un accompagnement individuel de longue durée, une offre structurée de groupes (par exemple, des groupes pour débutants, des groupes pour des personnes plus avancées dans leur rétablissement ou utilisant les services de D&D depuis plus longtemps), ainsi qu'une réorientation vers d'autres services lorsque les besoins en soins ne correspondent pas à leur offre.

LA CONTINUITÉ DES SOINS À LA SORTIE DE DÉTENTION

La continuité des soins en dehors de la détention est, selon divers professionnels, entravée par les libérations imprévues.

« Mais la plupart du temps, ils sont déjà dehors avant même que tu ne le saches. Ou bien, le lendemain, tu te rends compte : ah, il est sorti hier ? » (traduit du néerlandais)

Le degré d'investissement des projets dans la continuité des soins en dehors de la détention varie selon les établissements pénitentiaires et dépend également de la nature de la prison (par exemple, maison d'arrêt ou maison de peines), ainsi que des autres **services présents** et de leur charge de travail (par exemple, la présence de services spécifiquement dédiés à la continuité des soins). En Flandre, l'organisation Tandem VZW est fréquemment citée pour son soutien aux personnes détenues souhaitant faire appel à l'aide pour des problèmes d'addiction après leur libération. Toutefois, les listes d'attente et la charge de travail élevée constituent des défis pour garantir un suivi adéquat de la continuité des soins des personnes présentant des problèmes liés à la consommation des drogues.

Tous les projets pilotes indiquent qu'ils mettent l'accent sur la **motivation** à poursuivre l'aide après la détention. Cela se fait, d'une part, de manière indirecte, en permettant aux personnes détenues de se familiariser avec les services d'aide afin d'établir une relation de confiance et de réduire la stigmatisation associée aux soins, et d'autre part de manière directe, en fournissant des informations et en engageant des discussions sur un parcours de suivi.

« Cela m'a donné une autre vision du type d'aide que l'on peut recevoir ou, dans mon cas, accepter. » (traduit du néerlandais)

Par ailleurs, la récente mesure du CPP a été identifiée par les professionnels et les usagers des soins comme un obstacle à la continuité des soins. Le CPP implique que les personnes détenues passent alternativement un mois en prison et un mois en liberté. Cette alternance entraîne une perte de connexion avec les soins en milieu carcéral et complique leur organisation en dehors, limitant ainsi l'accès aux soins aux mois passés en prison. Les participants soulignent également la difficulté de construire quelque chose de stable dans ces conditions et l'impact négatif sur leur bien-être psychologique.

« Le problème, c'est que maintenant j'ai un travail, je fais du sport, tout est réservé. Et puis, quand je dois sortir un mois, je dois rester inactif. Je trouve ça tellement bizarre, car je ne peux pas dire à un employeur que là je peux travailler un mois, mais je dois retourner en prison dans un mois. Et puis je peux sortir pour un mois, et puis je dois retourner en prison. C'est pas de système ça. Cet effet yoyo qui fait... ce n'est pas bon pour ma tête non plus. » (traduit du néerlandais)

Différents témoignages de personnes détenues font état d'un **manque d'accès aux soins durant leur congé pénitentiaire ou leur permission de sortie**. Pour pallier ce problème, le SPF Justice propose qu'elles se rendent chaque semaine – ou tous les trois jours pour les traitements de substitution – au service médical de la prison

pour accéder à leur traitement. Cependant, cette solution semble difficilement applicable en raison de la surcharge du service médical et du grand nombre de personnes en régime CPP. De plus, bien que l'inscription systématique des détenus à une mutualité soit obligatoire depuis janvier 2023, certains restent non affiliés, ce qui complique la continuité des soins après leur libération. En outre, l'INAMI a demandé aux maisons médicales de désinscrire certaines personnes en détention (voir circulaire : [Inscriptions en maison médicale des personnes en détention ou placées comme internées](#)).

Le témoignage d'un usager de soins illustre les difficultés liées à l'absence de soins psychologiques en cas de libération sous **surveillance électronique**. La personne explique avoir rencontré de grandes difficultés pour trouver un psychologue ou un psychiatre à l'extérieur, ce qui a conduit à une détérioration de son état mental et à une rechute dans la consommation d'alcool, jusqu'à enfreindre délibérément les conditions de sa libération pour pouvoir retourner en prison. Ce retour est vu comme un double échec, à la fois personnel et institutionnel.

« Il doit se dire, il était dehors, Il est fou. Il est revenu, mais il me restait 19 mois et la prison ne soigne pas mais pour avoir ses contacts pour avoir la Psy et cetera avec des gens valables, j'ai pas le choix parce que dehors je trouvais pas. J'avais alerté mon agent de probation, mon médecin traitant, ma psychologue ont cherché après psychiatre. Très dur à trouver à l'extérieur et voilà quoi ? Et ça a dérapé. »

Pour cette raison, afin d'améliorer la continuité des soins psychologiques après la détention, les participants aux groupes de discussion ont suggéré un rôle accru des **psychologues de première ligne (PPL) dans le cadre de la convention INAMI**. Ils pourraient accompagner les personnes en fin de détention et poursuivre leur suivi après la libération – si celles-ci habitent dans les environs de la prison -, à condition que les consultations à tarif réduit restent accessibles.

En accord avec les objectifs de l'Arrêté Royal, les projets D&D nouent des **partenariats** actifs avec des structures spécialisés dans la prise en charge des addictions hors du milieu carcéral pour assurer la continuité des soins. Dans certaines prisons, le projet D&D s'appuie sur une collaboration tripartite (voir annexe 10), incluant le service médical, afin de faciliter une prise en charge intégrée après la détention.

La continuité des soins après la détention a été en partie facilitée par le fait que les membres du personnel du D&D travaillent également dans divers services en dehors du milieu carcéral. Cela permet d'établir des liens directs avec les structures d'aide pour les personnes avec des problèmes d'addiction à l'extérieur de la prison et, dans certains cas, d'assurer une prise en charge par la même personne après la détention, favorisant ainsi la continuité relationnelle.

« En faisant appel à D&D ici et en poursuivant l'accompagnement en dehors, cela facilite déjà un peu les choses pour certains. (...) Nous constatons aussi qu'il y a parfois des noms que je reconnais ici, qui se retrouvent ensuite au MSOC. Et cela permet de faciliter la transition vers l'extérieur. (...) En étant un visage familier qu'ils peuvent déjà connaître dehors. Pour qu'ils n'aient pas à recommencer toute leur histoire à zéro, car je l'ai peut-être déjà entendue ici et je peux la poursuivre en dehors des murs de la prison. » (traduit du néerlandais)

Dans certaines prisons francophones, il a été rapporté que les projets D&D préparent les personnes détenues à leur libération en utilisant des outils tels que des « feuilles de route » (annexe 07) ou des « boîtes à outils », contenant les objectifs à atteindre ainsi que les informations nécessaires pour assurer un suivi en dehors du milieu carcéral.

La majorité des **PSM** sont principalement employés à temps plein en prison. Cependant, ils s'efforcent autant que possible d'orienter les personnes détenues vers d'autres services, tant à l'intérieur qu'à l'extérieur de l'établissement (par exemple, ceux relevant des Communautés).

Toutefois, tant les professionnels que les détenus ont souligné **de nombreux obstacles à l'accès aux soins après la détention**. Ils ont abordé le manque de possibilité de transition vers les soins après la détention, en raison des listes d'attente, les critères d'exclusion dans les soins (e.g. à cause du stigma lié à la détention, la nature des certaines infractions ou des parcours antérieurs interrompus, ou de l'absence des documents valides de séjour et/ou d'assurance). Pour les personnes immigrées, la barrière linguistique a également été identifiée comme un frein à l'accès aux soins.

L'importance d'intervenir dans **plusieurs domaines de vie** après la détention a été soulignée par plusieurs professionnels et personnes détenues. Les témoignages des personnes détenues montrent que des facteurs tels que le logement (notamment le sans-abrisme), les activités de jour, l'emploi et le réseau social sont déterminants pour le rétablissement, la réinsertion et la réduction de la récidive. Des services divers jouent un rôle à cet égard, et certains témoignages d'usagers des services ont mis en avant les efforts des projets pilotes dans ce domaine. Un détenu a ainsi déclaré que le projet D&D l'avait aidé à découvrir un club local, où il pouvait se rendre pour élargir son réseau social.

Certains membres du personnel des **services médicaux** ont également déclaré mettre en place des mesures visant à assurer la continuité des soins après la détention, notamment : la délivrance des médicaments, d'un schéma de traitement à prendre et les informations sur les structures où les personnes libérées peuvent trouver une aide médicale. Cependant, l'intensité de ces efforts varie selon les établissements. Plusieurs professionnels ont exprimé leur volonté d'améliorer cette prise en charge, mais ont souligné que les contraintes de charge de travail limitaient leurs capacités d'intervention.

B. COLLABORATION ET COMMUNICATION

Afin de garantir la continuité des soins avant, pendant et après la détention, ainsi que des soins intégratifs, la coopération est essentielle. De nombreux acteurs et services au niveau supra local (décideurs politiques du SPF Santé publique, du SPF Justice, de l'INAMI et des Communautés) et au niveau local (i.e. au sein des prisons, y compris la direction, les SPS, les services médicaux, les partenaires externes des Communautés, les professionnels de terrain tels que les agents pénitentiaires et les prestataires de soins) sont impliqués dans le développement et la mise en œuvre de soins de santé intégrés en prison. D'après les témoignages des participants, la collaboration entre ces différents niveaux est essentielle à l'organisation des soins de santé en prison.

ENTRE LE NIVEAU SUPRA LOCAL ET LE NIVEAU LOCAL

En Flandre, dans tous les prisons l'importance d'une communication efficace à un niveau supra local a été soulignée pour éviter confusion et incertitude au sein des établissements pénitentiaires. Les professionnels et la direction ont insisté sur la nécessité d'être impliqués et écouté plus tôt dans les processus décisionnels afin, d'une part, d'adapter les décisions aux besoins du terrain et, d'autre part, de permettre aux acteurs concernés de se préparer aux changements induits par ces décisions. Dans le cadre des projets pilotes, il a été particulièrement mis en avant que les professionnels et la direction n'avaient pas été suffisamment consultés sur leurs besoins ni informés de l'arrivée des projets pilotes et des conditions nécessaires à la mise en œuvre de ces projets.

AU NIVEAU LOCAL

Les personnes détenues, les professionnels et la direction ont mentionné le grand nombre de services différents actuellement actifs en prison pour assurer la santé et le bien-être des personnes détenues. Certains relèvent du gouvernement fédéral (SPF Santé publique et/ou SPF Justice), d'autres des Communautés. Une collaboration entre ces services est donc essentielle pour garantir une offre de soins intégrée et efficace. Lors des groupes de discussion, il a été souligné que la multiplicité des services nécessite des concertations régulières pour proposer

une offre différenciée aux personnes en détention. Toutefois, plusieurs défis ont été identifiés (cf. infra). Une meilleure intégration des services nécessiterait davantage de réunions et une amélioration de l'échange d'informations, tout en garantissant le respect de la vie privée des personnes détenues.

L'infrastructure et la localisation des services en prison ont également été identifiées comme des facteurs influençant la collaboration entre les acteurs. Une proximité physique plus grande entre les services facilite les contacts et les échanges.

« Je pense que pour Drugs & Détention et notre fonction [psychologues SM], nous sommes dans le même couloir. Donc, notre contact est forcément plus rapproché, fluide et efficace. Tandis qu'avec d'autres collègues, il faut faire plus d'efforts : traverser un couloir, aller manger ensemble ou aller sur les ailes. Il faut continuellement entretenir le lien. » (traduit du néerlandais)

DÉFIS

L'analyse des données qualitatives a mis en évidence plusieurs obstacles à la collaboration et à la communication entre les différents services en prison. À cet égard les professionnels de santé et les agents pénitentiaires ont évoqué le **manque de temps et d'effectif** des services médicaux et des agents pénitentiaires. Ils ont signalé être souvent contraints de se concentrer sur leurs tâches immédiates auprès des personnes détenues, réduisant ainsi les opportunités de coordination avec d'autres services.

“Ça fait plus d'un an que je dis que les agents sont les bienvenus, les médecins, les infirmiers, ils ne viennent pas. Donc, à un moment donné, moi, je ne peux pas faire plus, tu vois, je ne peux pas aller les chercher. C'est ouvert, on leur dit. Mais ils ne viennent pas. Là, on va changer l'heure pour espérer qu'il y ait plus d'agents. Mais le problème, c'est que tant que la prison n'organise pas un système qui permette que si celui-là va, il y en a un autre qui le remplace, il va pas pouvoir y aller. ”

Des **visions contrastées de la détention et de ses finalités** peuvent compliquer la collaboration entre certains services. Alors que les professionnels des soins de santé ont indiqué mettre au centre de leurs préoccupations le bien-être des personnes en détention, il a été rapporté que les acteurs judiciaires tels que les agents pénitentiaires, la direction et le SPS adopteraient une approche davantage axée sur la sanction, les risques et la sécurité des personnes en détention. Selon eux, cela conduirait parfois à des visions contrastées quant aux besoins en détention.

"C'est comme s'il fallait toujours justifier pourquoi on [D&D] est là. Plutôt que de simplement faire pourquoi on est là. On est là pour faire que ça, faisons-le ensemble."

En outre, il a été mentionné que la direction, le SPS et les agents pénitentiaires poursuivent des finalités différentes de celles des prestataires de soins impliqués dans les projets pilotes, les premiers étant soumis à une obligation de rapport envers les acteurs judiciaires, ce qui n'est pas le cas des seconds. Alors que dans diverses prisons, il a été rapporté que l'échange d'informations avec les agents pénitentiaires n'était pas réellement possible en raison de différences culturelles et de finalités, un exemple en Flandre a néanmoins illustré une situation où des accompagnateurs de détention ont été intégrés dans la prise en charge de certaines personnes détenues. Ceci est aussi le cas dans certaines prisons de la Wallonie ou dans une mesure variable, une collaboration s'est toutefois établie sous la forme de sensibilisation, de conseils prodigués par le service médical et les projets pilotes aux agents pénitentiaires d'une part, et de demandes émanant des agents pénitentiaires à l'adresse des prestataires de soins d'autre part. L'importance de la compréhension des difficultés mutuelles a été soulignée tant par les agents pénitentiaires que par les professionnels des soins. Ces derniers ont indiqué vouloir renforcer la collaboration en rendant leurs services plus visibles auprès des agents pénitentiaires, en engageant des discussions informelles et en se présentant à eux. Dans certaines prisons, les professionnels des projets pilotes ont également passé quelques jours à travailler aux côtés des agents pénitentiaires, ce qui, selon eux, a eu un impact positif sur la compréhension mutuelle et le respect du travail de chacun.

"Mais alors, si l'on regarde la collaboration entre D&D et les agents, on constate aussi que (...) je pense que cela fonctionne plutôt bien et qu'ils s'entendent bien, et c'est ce que (...) et moi-même remarquons, que cette collaboration avec les agents s'améliore constamment. Ils nous donnent des conseils sur comment assurer davantage de sécurité, nous leur donnons des conseils sur l'origine de certaines réactions, comme pourquoi quelqu'un ne vous parle pas gentiment. (...) leur donnons des conseils sur la manière d'aborder quelqu'un afin qu'il réagisse peut-être mieux." (traduit du néerlandais)

Dans toutes les prisons, le thème du **secret professionnel** a été abordé, révélant des visions divergentes quant à son application. Il a été signalé dans plusieurs établissements que cela pouvait parfois être une source de tensions.

De manière générale, les professionnels tentent de trouver un équilibre entre informer et conseiller les acteurs pertinents, et à la fois préserver la confidentialité des bénéficiaires des soins. Ainsi, des concertations pluridisciplinaires sont organisées en vue d'assurer le bien-être psychologique des personnes détenues, idéalement avec leur consentement.

"Le secret médical ou le secret professionnel ne signifie pas qu'il faut ériger un mur et ne rien dire du tout. Il est possible de parler de l'avenir, de dire par exemple qu'il serait bénéfique que cette personne fasse davantage ceci ou cela, en respectant les limites de ce qui est possible et avec l'accord du client. Pour moi, c'est une manière de procéder qui fonctionne. Je ne vais pas partager des informations que je n'ai pas le droit de partager, je m'y tiens strictement. Je risque de perdre mon emploi si je ne respecte pas ces règles, c'est donc une préoccupation constante. Mais je peux donner des conseils ou indiquer dans quelle direction je pense qu'il faudrait aller avec quelqu'un, ou encore où je vois cette personne dans quelques années." (traduit du néerlandais)

Parfois, les professionnels des projets pilotes assistent aux réunions d'équipe du service médical, ou bien des entretiens sont planifiés avec la personne détenue et les acteurs concernés, tels que les agents pénitentiaires, le SPS ou la direction. Dans le même temps, les professionnels soulignent qu'il n'est pas évident de trouver un juste équilibre quant aux informations qui peuvent être partagées ou non. De plus, un point de discussion récurrent concerne la question si des acteurs judiciaires soumis à une obligation de signalement auprès de la justice peuvent assister à ces réunions. L'importance de préserver la relation de confiance ainsi que la crainte des conséquences négatives pour la personne détenue si ces acteurs étaient informés de problématiques psychologiques ou liées à la consommation des drogues ont été mentionnées par les professionnels et les bénéficiaires des soins comme des motifs pour ne pas échanger certaines informations avec eux.

À Gand et Dendermonde, un formulaire de consentement éclairé a été introduit par D&D afin de recueillir l'accord des personnes détenues pour l'échange d'informations avec d'autres services à finalité de soins, dans le but d'offrir une prise en charge intégrée (voir annexe 16).

Dans tous les groupes de discussion, la question d'un cadre clair en matière d'enregistrement et d'application du secret professionnel a été soulevée. Les professionnels présents ont cependant souligné leur volonté d'être impliqués dans l'élaboration de ce cadre afin qu'il puisse répondre à leurs besoins ainsi qu'à ceux des bénéficiaires des soins.

"Je pense qu'il y a simplement des éléments qui pourraient être ancrés différemment sur le plan législatif. Cela permettrait de faciliter la concertation entre les différents acteurs." (traduit du néerlandais)

COLLABORATION AVEC LE SERVICE MÉDICAL

Il est apparu qu'une confusion régnait quant à la question de savoir si les services D&D faisaient ou non partie du service médical. Au cours de cette étude, les différents acteurs ayant participé aux entretiens et aux groupes

de discussion semblaient majoritairement partir du principe que D&D ne faisait pas partie du service médical et qu'il n'existait donc pas de secret professionnel partagé avec celui-ci. Dans les prisons francophones, des tensions ont été rapportées en raison de l'échange limité d'informations entre D&D et le service médical, malgré l'existence, dans certaines prisons, d'une convention de collaboration déjà signée. Cette méfiance a également été mentionnée dans certains entretiens en Flandre et, selon les participants, elle trouve son origine dans des expériences négatives dans le passé ou dans l'idée (erronée) selon laquelle le service médical, en tant que partie intégrante du SPF Justice, partagerait un secret professionnel avec des acteurs judiciaires tels que le SPS.

Dans certaines prisons en Flandre, un médecin travaillant pour D&D fait également partie du service médical. Cette situation a été considérée comme facilitant la collaboration entre D&D et le service médical. Dans au moins une des prisons en Wallonie, des consultations sur les addictions sont organisées conjointement avec l'infirmier du projet D&D et le service médical, et des canaux de communication limités mais ciblés ont été mis en place entre le service médical et le projet D&D. Cela permet un échange strictement nécessaire d'informations pour le bien-être des personnes détenues, tout en respectant leur consentement.

Concernant les PSM, il est désormais clair qu'ils font partie du service médical. Selon plusieurs professionnels, cela facilite l'offre intégrée de soins médicaux et psychologiques. En parallèle, certains PSM choisissent de limiter leurs échanges avec le service médical, en raison de la méfiance susmentionnée et de la composition hétérogène de l'équipe, qui regroupe différents cadres de référence (par ex. infirmiers et psychologues).

De manière générale, la collaboration interne entre les membres de D&D ainsi qu'entre les différents PSM (lorsqu'il y en a plusieurs) a été jugée positive.

ORIENTATION

Dans toutes les prisons, une collaboration est mise en place afin d'assurer une prise en charge intégrée sous la forme d'orientations vers les services appropriés. Dans la plupart des établissements, les usagers des soins des projets pilotes accèdent à ces initiatives via divers canaux d'orientation : le service médical, la direction, les agents pénitentiaires, le SPS ou encore les services organisés par les communautés. Cependant, l'utilisation de ces différents canaux varie d'une prison à l'autre. Par exemple, dans certains établissements, l'orientation vers les PSM dépend de l'approbation d'un médecin (contrairement à l'extérieur de la détention, où les psychologues de première ligne sont accessibles sans orientation préalable). Cette exigence est perçue d'une part comme une manière de protéger les PSM contre une surcharge de demandes, mais d'autre part, elle est également considérée comme un obstacle à l'accessibilité.

Inversement, les projets pilotes orientent fréquemment les personnes détenues vers d'autres services lorsqu'ils constatent que certaines problématiques dépassent leur champ d'action.

Dans plusieurs établissements, la valeur ajoutée d'une personne ou d'une organisation spécifiquement chargée d'orienter vers le service le plus adapté a été soulignée. Dans certaines prisons, ce rôle existe déjà. En revanche, dans celles où il n'est pas encore institutionnalisé, cette tâche est parfois prise en charge de manière informelle, par exemple par l'assistant social du service médical.

COLLABORATION AVEC LES SERVICES EXTRAMUROS

Les projets pilotes s'efforcent de collaborer de différentes manières avec les services extramuros afin de garantir la continuité des soins. Certains professionnels de D&D travaillent à la fois à l'intérieur et à l'extérieur de la prison dans le domaine d'assuétudes, ce qui favorise cette collaboration. Les PSM, qui travaillent généralement à temps plein en milieu carcéral, se concentrent principalement sur l'orientation vers les services externes. En Wallonie, tous les services D&D investissent activement dans cette dynamique, et la plupart d'entre eux ont signé des conventions formelles avec des services extramuros. Cependant, dans certaines discussions de

groupes en Flandre, il a été mentionné que la collaboration avec les services externes pourrait encore être améliorée.

C. COORDINATION

NIVEAU SUPRA LOCAL

Au moment de l'enquête, une grande confusion a régné quant à la répartition des compétences en matière de soins de santé en milieu carcéral. Selon plusieurs interlocuteurs francophones, la Belgique pourrait s'inspirer d'autres pays, tels que la France, pour revoir le cadre légal régissant l'organisation des soins de santé en prison et à l'extérieur. Cela inclurait non seulement l'introduction de services médicaux adaptés, mais aussi une approche davantage axée sur la réhabilitation, la réduction des risques et la prévention. Actuellement, ces aspects des soins de santé relèvent de la compétence régionale plutôt que fédérale, ce qui limite les marges de manœuvre et complique la collaboration. Les interlocuteurs francophones ont ainsi proposé l'organisation d'une conférence interministérielle rassemblant les différents niveaux de compétence en vue d'offrir une prise en charge intégrée en milieu carcéral, incluant la réduction des risques et la prévention.

“Je rêve d'une réunion où tu as les ministres de la région avec le SPF Santé publique derrière qui poussent face à la justice pour dire : ça suffit, vous nous laissez faire des projets pilotes, réduction des risques en prison, ça ne vous coûtera rien, nous on les paye.”

La communication de la part des autorités avant le lancement des projets pilotes PSM (ce qui a été une nouvelle initiative) a été jugée insuffisante dans la plupart des établissements pénitentiaires. Ainsi, les directives relatives au recrutement, aux responsabilités et aux fonctions des PSM ont été décrites comme vagues, ce qui a conduit chaque établissement à organiser ce projet pour une grande partie de manière autonome. Si cet aspect a permis d'adapter la fonction des PSM aux besoins réels des établissements pénitentiaires, il a également eu un impact néfaste sur le bien-être des professionnels de santé et sur l'efficacité de l'intégration du projet pilote. Dans certains établissements, cela a même entraîné des départs parmi les PSM. En outre, selon les participants, le manque de coordination et de communication au niveau supra local a conduit à une préparation insuffisante des services en vue de l'arrivée des nouveaux employés des projets pilotes, ainsi qu'à des défis infrastructurels et opérationnels dans l'intégration des projets pilotes.

“Je pense même que nous avons juste reçu un mail nous informant qu'il y avait des postes vacants pour une équipe de soins. Au départ, nous pensions que cela relevait du SPS, mais il s'est avéré que cela concernait en fait le service médical. Ils ont commencé relativement rapidement, sans que nous ayons jamais reçu de communication claire détaillant leurs missions, ce qui était attendu d'eux et ce qui ne l'était pas. Nous avons donc improviser ça plus ou moins.” (traduit du néerlandais)

NIVEAU LOCAL

La coordination des processus de soins au niveau local est, selon divers participants, cruciale pour la mise en place d'une prise en charge intégrée en milieu carcéral. Elle implique la coordination entre les différents services internes à la prison ainsi que l'harmonisation avec les services externes et les autorités publiques. Par ailleurs, un coordinateur pourrait jouer un rôle clé en cartographiant les services existants, en clarifiant l'offre de soins afin de faciliter les référencement et en servant de point de contact pour les employés des projets pilotes. Les données recueillies montrent, en effet, que les agents pénitentiaires, par exemple, ne sont souvent pas suffisamment informés des initiatives en place, ce qui complique la collaboration et l'orientation.

La coordination au sein des établissements carcéraux a été décrite comme essentielle par pratiquement tous les professionnels et gestionnaires interrogés, afin d'assurer le bon déploiement des projets pilotes, de renforcer

l'adhésion au sein de la prison et de garantir que toutes les conditions préalables soient remplies avant leur lancement. Elle a également été jugée cruciale pour le bien-être des employés des projets pilotes.

“C'est important que, surtout ici, avant le démarrage de tels projets, tout soit bien discuté. Et si un coordinateur pouvait être désigné, ce serait idéal.” (traduit du néerlandais)

En l'absence d'un **coordinateur de soins de santé** lors du lancement des projets pilotes et en raison du besoin criant d'une telle fonction, d'autres acteurs (coordinateurs politiques, points de contact au sein des services médicaux et directions) ont partiellement assumé ce rôle au sein des établissements pénitentiaires. Cependant, il a été signalé que ces personnes ne disposaient pas d'un véritable mandat pour exercer cette fonction, ce qui limitait leur capacité à agir dans l'intérêt des projets pilotes.

Une solution envisageable serait la nomination de coordinateurs locaux dans chaque établissement pénitentiaire, comme cela a été temporairement mis en place dans deux prisons durant la phase de mise en œuvre des projets pilotes.

“Ce sont des coordinateurs issus de la FOD elle-même, qui connaissent les projets pilotes et dont la mission est de les coordonner. Lrs que chez nous, c'est une tâche supplémentaire assumée en marge des autres activités, ce qui empêche de la réaliser de manière optimale. Si une personne pouvait s'y consacrer à plein temps, ce serait indéniablement un atout.” (traduit du néerlandais)

Toutefois, en raison de leur expertise limitée du milieu carcéral et de la durée très courte de leur intervention en prison, ces coordinateurs, d'après les participants, n'ont réussi à soutenir et coordonner le processus de mise en œuvre que de manière limitée.

Dès le début des projets pilotes, D&D a bénéficié d'un coordinateur d'équipe. Cela a été perçu comme un facteur positif pour le bien-être des employés de D&D, la mise en place du projet et la coordination avec les autres services.

1. AMELIORER DES RESULTATS EN MATIERE DE SANTE AU NIVEAU DE LA POPULATION

Bien que l'absence de données quantitatives et longitudinales, empêche de mesurer de manière concluante l'impact des projets pilotes sur l'amélioration de la santé des personnes en détention, il est possible de mettre en évidence les changements observés depuis l'implémentation de ces projets. Cette analyse se concentre sur les actions entreprises dans le but d'améliorer la santé de la population détenue, ainsi que sur les perceptions des responsables et des professionnels impliqués, et l'impact ressenti par les détenus ayant participé aux entretiens. Toutefois, il convient de garder à l'esprit les limites liées au nombre restreint de personnes détenues interviewées et au biais de sélection pouvant influencer les résultats.

Tous les groupes de discussion ont insisté sur l'importance de prendre en compte le contexte structurel lorsqu'il s'agit d'évaluer les résultats sanitaires au niveau de la population détenue. Bien que les projets aient eu un impact tangible selon les personnes interviewées et les discussions dans les focus groups et aient contribué à des changements pour certains individus, il convient de noter que ces projets sont mis en œuvre dans des établissements où la santé physique et mentale des personnes en détention est souvent dans un état critique, dans un environnement peu propice à leur épanouissement. En outre, la problématique de la consommation de drogues demeure un obstacle majeur selon le témoignage d'une personne détenue :

« Les projets pilotes sont une goutte d'eau dans l'océan. (...) Tu ne le sentiras pas et tu ne le verras pas. À moins que tu ne poses la question individuellement à un détenu une fois, je pense qu'il dira que pour lui personnellement, cela a fait une différence minuscule. (...) Mais je ne pense pas que tu verras une

différence, la situation, la situation structurelle est bien trop mauvaise pour cela.» (traduit du néerlandais)

De nombreuses personnes incarcérées, ayant une expérience antérieure en détention, ont souligné les différences d'accès aux soins. Avant l'implantation des projets pilotes, l'offre de soins psychosociaux reposait principalement sur le service du SPS, dont la fonction consultative auprès du tribunal d'application des peines compliquait la garantie de la confidentialité, limitant ainsi les discussions sur des sujets personnels. Ce manque de confidentialité, couplé à une insuffisance de personnel pour un suivi psychologique approfondi, a été reconnu comme un frein par la direction, les professionnels et les personnes détenues. Depuis l'introduction des projets pilotes, une amélioration notable a été observée dans l'accès à des services de prise en charge psychologique et assuétudes, mieux organisés et facilement accessibles, bénéficiant à la fois au personnel et à la population détenue.

Dans plusieurs prisons, le projet D&D a eu un impact positif sur les personnes en détention en matière de prise en charge des assuétudes. De nombreux témoignages de personnes détenues soulignent l'amélioration de leur état, notamment par la participation à des groupes de parole qui leur permettent de comprendre les raisons de leur consommation et de travailler sur leur sevrage.

“Je suis complètement clean. Oui, ça fait huit mois maintenant. Je me sens bien. J'ai pris du poids. Je me sens en meilleure santé. Et tout ça c'est grâce à ces gens là hein.” (traduit du néerlandais)

Cependant, malgré ces témoignages positifs, le manque de suivi et d'évaluation dans toutes les prisons complique la mesure de l'impact réel du projet.

À Hasselt, deux personnes détenues ont indiqué que leur séjour dans la section à faible disponibilités de drogues, - un environnement plus convivial avec des contrôles de la consommation de drogues (voir terminologie) — combiné au soutien psychosocial du projet D&D, a été déterminant pour leur gestion de consommation. Ce modèle est perçu comme positif, et les groupes de discussion ont exprimé le souhait d'étendre ce type de section à d'autres établissements.

Les données de médication que nous avons analysées montrent une quasi-absence de couverture thérapeutique de ces pathologies, en particulier pour le traitement de l'hépatite B et C. Dans un contexte où l'usage de drogues est fréquent, la très faible couverture thérapeutique pour ces infections soulève des questions quant à l'adéquation des ressources et des politiques de santé en prison. Le témoignage d'une personne détenue porteur du VHB et ne bénéficiant d'aucun traitement, faute de budget et de subventions, illustre le besoin d'interventions plus structurées et financées pour une prise en charge adéquate des pathologies infectieuses en détention.

Les données mettent en évidence des divergences notables entre les établissements pilotes et non-pilotes, tant en Flandre qu'en Wallonie-Bruxelles (voir tableau 6 et 7). En Flandre, les prisons pilotes semblent plus enclines à adopter Buvidal comme nouveau traitement de substitution, tandis que les prescriptions de Lyrica et de Rivotril restent relativement modérées. À l'inverse, en Wallonie-Bruxelles, une prison pilote spécifique enregistre une hausse marquée de Lyrica et de Rivotril. Cette progression n'est pas nécessairement un indicateur positif, Il se peut que cette situation soit liée à une prévalence plus élevée de patients nécessitant ce traitement ou l'ayant reçu auparavant, ou elle pourrait s'expliquer par des divergences d'approches thérapeutiques entre les médecins prescripteurs, ainsi que par des pratiques institutionnelles propre à chaque établissement, relevées lors de cette étude. En effet, certains établissements interdisent la prescription de Lyrica et optent pour d'autres stratégies de substitution comme un schéma dégressif avec un autre benzodiazépine en 2 semaines. Faute de données supplémentaires, il reste toutefois difficile de déterminer l'origine précise de cette évolution.

Tableau 6 : Distribution des prescriptions de molécules spécifiques en un jour de référence en 2022 et 2024 en région flamande.

	Prisons pilotes		Prisons non-pilotes	
	2022 N=2482	2024 N=2663	2022 N=3002	2024 N=3466
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Lyrica (Prégabaline)	37 (1,49%)	32 (1,2%)	57 (1,9%)	50 (1,44%)
Rivotril (Clonazépam)	6 (0,24%)	6 (0,23%)	15 (0,5%)	17 (0,49%)
Suboxone (Buprénorphine+Naloxone)	44 (1,77%)	42 (1,58%)	71 (2,37%)	65 (1,88%)
Methadone	66 (2,66%)	34 (1,28%)	75 (2,5%)	67 (1,93%)
Buvidal (Buprénorphine retard)	13 (0,52%)	45 (1,69%)	5 (0,17%)	16 (0,46%)
Antiviraux VIH	9 (0,36%)	18 (0,68%)	16 (0,53%)	17 (0,49%)
Antiviraux VHB	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)
Antiviraux VHC	0 (0,00%)	0 (0,00%)	3 (0,1%)	1 (0,03%)

Tableau 7 : Distribution des prescriptions de molécules spécifiques en un jour de référence en 2022 et 2024 dans la région de la Wallonie-Bruxelles.

	Prisons pilotes		Prisons non-pilotes	
	2022 N=2854	2024 N=3279	2022 N=2771	2024 N=2957
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Lyrica (Prégabaline)	57 (2%)	110 (3,35%)	52 (1,88%)	69 (2,33%)
Rivotril (Clonazépam)	36 (1,26%)	79 (2,41%)	49 (1,77%)	48 (1,62%)
Suboxone (Buprénorphine+Naloxone)	181 (6,34%)	188 (5,73%)	173 (6,24%)	140 (4,73%)
Methadone	64 (2,24%)	80 (2,44%)	89 (3,21%)	71 (2,4%)
Buvidal (Buprénorphine retard)	4 (0,14%)	6 (0,18%)	0 (0,00%)	13 (0,44%)
Antiviraux VIH	22 (0,77%)	29 (0,88%)	20 (0,72%)	14 (0,47%)
Antiviraux VHB	2 (0,07%)	1 (0,03%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)
Antiviraux VHC	2 (0,07%)	1 (0,03%)	2 (0,07%)	0 (0,00%)

Les pourcentages présentés dans ce tableau sont calculés par rapport au nombre total de détenus présents dans chaque catégorie de prison lors d'une journée spécifique en mars 2022 et en septembre 2024. Cela permet d'évaluer la proportion des détenus recevant un traitement spécifique dans l'ensemble de la population carcérale.

Selon, les informations recueillies, le projet des psychologues attachés au service médical, bien que difficile à mettre en place dans certaines prisons a grandement amélioré la prise en charge des personnes détenues en détresse de manière urgente dans plusieurs prisons, réduisant ainsi les frustrations liées aux délais d'attente. Les témoignages des personnes détenues font état de progrès notables, notamment en termes d'apaisement et de gestion des émotions grâce à ces interventions. Selon les témoignages, le rôle des psychologues, en collaboration avec les infirmiers et autres intervenants, s'est avéré essentiel, dans les établissements où ils sont restés tout au long du projet, pour répondre rapidement aux besoins psychologiques des détenus.

2. UNE MEILLEURE EXPÉRIENCE DES SOINS POUR LA PERSONNE

ACCESSIBILITÉ DES SOINS

L'expérience des usagers des soins varie en fonction de la disponibilité des services.

“Il faut attendre pour tout. Il n’y a pas d’offre immédiate. Et quand il y en a une, c’est comme ça. Donc, dans les moments de vulnérabilité où l’on est réellement réceptif, avant le moment où c’est enfin notre tour, on a déjà changé d’avis.” (traduit du néerlandais)

Les **délais d'attente** pour une consultation auprès d'un psychologue ou d'un psychiatre demeurent un problème récurrent dans plusieurs prisons francophones, variant entre 2 et 6 semaines, ce qui génère des frustrations parmi les personnes détenues ainsi que le personnel pénitentiaire. L'absence ou la limitation des listes d'attente a été associée aux procédures d'orientation (ex. : canaux de référencement limités dans les prisons où l'on craint une saturation de la demande), au public cible de l'établissement (ex. : maison d'arrêt), à la (ré)organisation de l'offre, ainsi qu'à la durée limitée et au manque de visibilité des projets. En Flandre, les plus grands problèmes liés aux listes d'attente des services D&D ont été signalés dans la prison où ces services sont opérationnels depuis le plus longtemps. Cependant, dans presque tous les groupes de discussion, il a été souligné que l'offre reste inférieure à la demande et qu'un renforcement des services D&D et des PSM permettrait d'atteindre plus rapidement un plus grand nombre de personnes détenues.

En ce qui concerne les PSM, la priorité est toujours donnée aux situations de crise aiguë (ex. : tentative de suicide), ce qui signifie que les personnes souffrant de problèmes moins urgents doivent parfois attendre avant de recevoir une aide. Le fait que la majorité des PSM travaillent à temps plein en prison (contrairement aux psychologues de première ligne de l'INAMI et aux services d'aide et d'accompagnement du gouvernement flamand) a été identifié comme un atout permettant d'intervenir rapidement. L'infrastructure joue également un rôle clé : les PSM et les intervenants de D&D ont souligné l'importance de disposer d'un local de consultation où ils peuvent rencontrer les usagers en toute confidentialité quand ils en ont besoin.

Les usagers interrogés ont été **orientés** vers les projets pilotes par divers moyens (voir 3.2.1.). Dans certaines prisons, les personnes détenues pouvaient également introduire elles-mêmes une demande via un formulaire papier ou un système numérique (ex. : PrisonCloud ou Just from Cell), leur permettant de solliciter de manière confidentielle à l'aide depuis leur cellule sans intervention du personnel pénitentiaire. Toutefois, ce système numérique n'est pas accessible à tous en raison de barrières linguistiques et numériques. En Flandre, il a été mentionné que la plateforme numérique propose des options de traduction, facilitant ainsi son utilisation pour les personnes détenues non néerlandophones. Par ailleurs, dans certaines prisons francophones, il a été rapporté que le volume élevé de messages envoyés par les personnes détenues pouvait surcharger les personnes chargées de les lire et d'y répondre, ralentissant ainsi le processus et diminuant l'efficacité du système.

L'**auto-référencement** des personnes détenues aux services de soins a été principalement observé dans les prisons flamandes lorsque celles-ci avaient entendu parler de l'offre de soins par un codétenu. Ce constat corrobore les observations faites dans les prisons francophones, selon lesquelles la connaissance des services disponibles par les personnes détenues est essentielle pour leur permettre de soumettre une demande. La mise à disposition d'informations accessibles dès l'arrivée en détention (et ultérieurement, lorsque le sentiment initial de détresse s'est atténué) pourrait faciliter cet accès. De plus, la présence des projets pilotes dans les sections pénitentiaires pourrait contribuer à faire connaître l'offre de soins tant auprès du personnel pénitentiaire que des personnes détenues.

Enfin, la **stigmatisation** peut également constituer un obstacle à l'accès aux projets pilotes. Lorsqu'un détenu est convoqué, cela implique qu'il est associé au service qui l'a convoqué. Selon les professionnels, cela peut dissuader certaines personnes qui ne souhaitent pas être associées par le personnel pénitentiaire, leurs codétenus ou le service psycho-social (SPS) aux problèmes d'addiction et/ou de santé mentale, de participer aux projets pilotes. Selon certains professionnels, garantir une accessibilité plus large aux projets pilotes pourrait favoriser la normalisation des soins psychologiques et en prise en charge d'assuétudes.

“Plus il y en a qui viennent vous voir, plus c'est normalisé. Et alors, cela ne pose plus aucun problème. Il suffit d'un ou deux détenus influents qui acceptent de consulter pour que, soudainement, tout le monde se dise : 'C'est normal, je vais me faire aider.'” (traduit du néerlandais)

EXPÉRIENCES DANS LES SOINS

Les personnes détenues ont souvent pris contact avec les projets pilotes, dans un premier temps, par le biais d'une orientation et d'une **motivation** intrinsèque. En ce qui concerne les PSM, cela visait principalement à faire face aux défis du contexte carcéral, mais aussi à traiter certains traumatismes du passé et à discuter des préoccupations liées à l'avenir. En ce qui concerne les services D&D, les personnes détenues ont indiqué être intrinsèquement motivées à travailler sur leur addiction, notamment en vue de leur réintégration et de la réduction de la récidive après leur détention. Certains usagers des soins ont également souligné que les séances et entretiens avec les PSM et D&D leur permettent de sortir un moment de leur cellule, de changer d'air et d'avoir des discussions approfondies avec leurs pairs et les professionnels de l'aide. Certaines personnes détenues avaient déjà eu une expérience avec les soins en santé mentale et/ou la prise en charge d'assuétudes, tandis que d'autres ont précisé qu'il s'agissait de leur premier contact avec un service d'aide. Leurs expériences positives avec les projets pilotes les ont encouragés à poursuivre un accompagnement en dehors de la prison.

Dans l'ensemble, les usagers des soins ont rapporté des **expériences positives** avec ces projets, en particulier lorsqu'ils se sentaient écoutés et respectés. L'importance d'une relation de confiance avec les intervenants a été soulignée tant par les professionnels que par les usagers comme un élément essentiel pour leur permettre de s'ouvrir et d'aborder des sujets sensibles. Ceci s'avère important par rapport à leur participation aux soins. Cette relation de confiance a également été associée au secret professionnel des soignants. De plus, les usagers des soins ont indiqué que leur confiance envers les professionnels grandissait au fur et à mesure du parcours d'accompagnement. Cela est dû en partie à l'approche accessible, humaine, respectueuse et non jugeant de la part des prestataires de soins.

« Oui, c'est une question de confiance qui doit se construire, bien sûr. Elle ne me connaît pas, je ne la connais pas. Moi, personnellement, je me sens très coupable d'être ici. Donc je devais voir : qui ai-je en face de moi ? Puis-je tout dire ? Je voulais vraiment avancer avec ça. C'étaient les premières choses auxquelles je pensais. Mais j'ai vite compris que je pouvais trouver ma place ici. Qu'elle était très ouverte, qu'elle ne jugeait pas du tout. Et ça m'a donné un sentiment de sécurité, avant tout. » (traduit du néerlandais)

Certains ont également mentionné qu'ils se sentaient renforcés par les PSM et les professionnels de D&D, grâce à une approche axée sur les forces et la reconnaissance des évolutions positives.

« Tu veux vraiment te donner une seconde chance, et c'est magnifique. (...) D&D me donne l'impression que tout le monde mérite une deuxième ou même plusieurs chances. » (traduit du néerlandais)

Les usagers des soins en Flandre ont décrit comment le fait d'avoir leur mot à dire dans leur parcours de soins et de pouvoir participer aux décisions les concernant renforçait leur sentiment de sécurité et de respect mutuel. Ils ont souligné l'importance d'un accompagnement durable avec un intervenant de référence, car la confiance prend du temps à se construire. Par conséquent, un changement de personnel peut entraîner de la déception et de la démotivation. En revanche, dans les prisons francophones, le manque de temps pour des consultations approfondies et un suivi régulier a été identifié comme un obstacle au développement d'une relation thérapeutique et à l'efficacité de l'accompagnement.

Dans les prisons néerlandophones, plusieurs professionnels et responsables ont exprimé des préoccupations concernant l'administration du questionnaire RECOPRIS lors des premiers contacts avec les usagers des soins de D&D. Ils ont indiqué qu'ils préféreraient utiliser ces moments pour établir une relation de confiance, afin que les détenus se sentent en sécurité lorsqu'ils remplissent le questionnaire et y répondent de manière honnête.

Les usagers des soins ont particulièrement apprécié les **entretiens individuels** avec les PSM et les professionnels de D&D. Le caractère individuel de ces consultations permet d'aborder en profondeur les besoins immédiats, de discuter de sujets sensibles et d'offrir un accompagnement personnalisé.

Plusieurs usagers ont rapporté que D&D les aidait à gérer leur stress et à réduire ou arrêter leur consommation de drogues. La plupart des personnes détenues ont perçu les **séances de groupe de D&D** comme positives en raison de leur aspect psychoéducatif, où, d'après eux, ils ont acquis des « outils » pour gérer leur addiction en détention et après leur libération. De plus, le soutien entre pairs lors de ces séances de groupe a été identifié comme un élément aidant, bien que cette expérience varie selon le sentiment de sécurité ressenti dans le groupe. Ce sentiment de (non-)sécurité dépend de plusieurs facteurs. Certains détenus ont mentionné que parler trop souvent de la consommation de drogues pouvait raviver des *craving*. En outre, un climat de méfiance envers les codétenus ou un manque de motivation à participer au D&D ont été décrits. Dans certains cas, il a été signalé que des arrangements pour le trafic de drogues étaient conclus lors ou après les séances de groupe D&D. En raison de ces difficultés, certains détenus préfèrent ne participer qu'aux séances individuelles.

« Je ne vais pas dire qu'il y a du deal. Mais... certains attisent les envies des autres, et l'un commence à en vouloir. Puis ça finit par : "La prochaine fois, je t'en ramène." "Ah super, prends-en pour moi aussi !" Tu comprends... Tu es dans un groupe avec des personnes dépendantes. Il suffit qu'une seule personne pourrisse l'ambiance en ramenant quelque chose, et voilà... » (traduit du néerlandais)

Afin de promouvoir la motivation intrinsèque des participants au sein des services D&D – plutôt qu'une motivation extrinsèque liée, par exemple, à la volonté de projeter une image positive de soi auprès du SPS –, certains programmes D&D ont décidé de ne pas délivrer d'attestation de participation au SPS. Par ailleurs, un entretien d'évaluation est généralement réalisé avec les détenus pour mieux cerner leur aptitude à contribuer à un climat de groupe sécurisé. Une différenciation des groupes est mise en place autant que possible afin de proposer une offre accessible et de garantir des environnements sécurisés. La progression graduelle dans les séances de groupe a donné à certains usagers le sentiment de franchir des étapes, ce qui a eu un impact positif sur leur confiance en eux et leur motivation. Certaines structures D&D avaient intégré un expert du vécu, ce qui a été perçu par de nombreux usagers et professionnels comme un facteur de motivation et d'espoir.

« Dans le deuxième groupe, il y avait quelqu'un qui avait lui aussi été dépendant, qui avait traversé la même chose que nous, qui avait même fait de la prison... Et ça te fait sentir beaucoup mieux d'avoir des choses... Ça devient un exemple. On se dit : oui, c'est possible. (...) Et puis, il comprend ce dont on parle. Et ça, c'est une différence énorme. C'était vraiment agréable d'échanger avec lui. Parce qu'on avait le sentiment d'être compris. »

Plusieurs usagers ont insisté sur l'importance d'une approche intégrée de la prise en charge des addictions, qui ne se limite pas aux aspects cognitifs, biologiques ou comportementaux, mais qui approfondit également les processus psychologiques et les traumatismes sous-jacents influençant les comportements addictifs. Ce dernier aspect a été davantage abordé dans les séances individuelles selon les usagers de soins en Flandre, tandis qu'il a été signalé comme manquant en Wallonie. C'est surtout la combinaison des séances de groupe et des consultations individuelles qui a donné aux usagers des soins l'impression de bénéficier d'un accompagnement adapté. Les séances de groupe étant destinées à un public plus large, elles ne répondent pas toujours aux besoins immédiats de chacun.

Enfin, en ce qui concerne le **service médical** (hors psychologues et assistants sociaux), plusieurs détenus de différentes prisons ont exprimé leur insatisfaction, estimant que les soins n'étaient pas suffisamment adaptés à leurs besoins. Ils ont mentionné un manque d'écoute et une prise en charge trop centrée sur la médication au détriment d'un véritable suivi axé sur les soins. Lors des groupes de discussion, il a été souligné que cela était dû au manque de ressources du service médical pour traiter les demandes de manière approfondie. Les professionnels de santé ont, eux aussi, apprécié l'arrivée des projets pilotes, qui leur ont permis d'orienter plus facilement les patients vers des consultations psychologiques et des services spécialisés en prise de charge d'assuétudes.

3. OBTENIR PLUS DE VALEUR AVEC LES MEMES RESSOURCES GRACE A UNE UTILISATION PLUS EFFICACE DES RESSOURCES DISPONIBLES

COORDINATION ET EFFICACITÉ DES RESSOURCES

Selon presque toutes les intervenants un manque de coordination a entraîné une utilisation inefficace des ressources dans les prisons. Les travailleurs des services externes ont souvent eu un accès limité aux personnes en détention, ce qui a réduit l'efficacité des interventions. Les défis pratiques ont inclus la difficulté d'accès aux locaux, les procédures de sécurité complexes et les chevauchements d'activités. Comme l'a souligné un coordinateur de services,

"Quand tu vois la mosaïque de tous les services qui vont en prison, peu importe la communauté, flamands, francophones, tout. Si tous ces services auraient réellement la possibilité de faire 100% de leur temps de travail... On aurait une offre qui est magistrale."

La multiplicité des services psychologiques a créé de la confusion pour le personnel pénitentiaire et les personnes détenues et a rendu difficile la coordination efficace des soins. Par exemple les soignants eux-mêmes ont rapporté qu'il serait difficile de distinguer les rôles des psychologues de première ligne de l'INAMI de ceux des psychologues rattachés au service médical.

"La répartition des rôles est très difficile à faire. Il s'agit de psychologues de première ligne venant de l'extérieur, mais il y a aussi des psychologues de première ligne du service médical. Alors oui, qui fait quoi ?" (traduit du néerlandais)

IMPLÉMENTATION DES PROJETS

Dans certaines prisons, des bureaux ont été mis à disposition des projets, ce qui a été mentionné comme très bénéfique pour leur intégration dans la prison. Même en cas de manque de locaux, des solutions ont parfois été trouvées, mais pas dans toutes les prisons. Les professionnels et la direction ont indiqué que la coordination interne pourrait faciliter le processus d'implémentation des projets.

IMPORTANCE DE LA RÉPARTITION CLAIRE DES TÂCHES

Il serait crucial de clarifier les rôles et les responsabilités des différents services pour éviter les chevauchements et améliorer l'efficacité des interventions. Les focus groupes ont souligné la nécessité de créer un système de screening pour mieux orienter les personnes en détention vers les services appropriés et éviter les doublons.

« Je rêve aussi de ça : avoir une sorte de point de contrôle central. Que tu arrives en prison ... Et nous allons maintenant essayer d'y arriver un peu par nos propres moyens. » (traduit du néerlandais)

SOLUTIONS PROPOSÉES ET EXEMPLES PRATIQUES

Dans la prison de Hasselt et Gent, une solution a été réfléchiée sous la forme d'un point d'accueil général pour la santé mentale (AGG). Les psychologues rattachés au service médical, les centres de santé mentale et l'équipe médicale y participeraient. L'idée était que, avec le consentement de la personne détenue, il soit discuté quel service continuerait à suivre cette personne en détention. En pratique, cela pouvait être difficile à organiser en raison de la charge de travail élevée des services et des cadres de travail peu remplis, ce qui compliquait les réunions.

"Je pense que la première étape est une meilleure communication. Un meilleur lien entre les différents services. Que nous n'ayons pas peur de se réunir une fois." (traduit du néerlandais)

Dans une prison en Wallonie, il a été mis en avant par les projets que tous les intervenants qui ont vu une personne détenue seraient enregistrés dans le programme SIDIS. Cela a facilité la coordination et permis deux choses principales pour la direction : la réduction de la duplication des services et, en cas de dégradation de l'état d'une personne détenue, la possibilité de contacter directement le service approprié qui a déjà pris en charge cette personne. Cette approche a permis de mieux gérer les ressources et d'assurer une prise en charge plus cohérente des personnes détenues.

INSTABILITÉ DES PROJETS

Les projets ont souffert de l'instabilité due aux contrats à durée déterminée, entraînant un taux de rotation élevé des employés. Cela a affecté la continuité et l'efficacité des services offerts aux personnes incarcérées.

4. L'AMÉLIORATION DU BIEN-ÊTRE DES PROFESSIONNELS

IMPACT POSITIF DES PROJETS PILOTES

Selon les données qualitatives, l'introduction des projets pilotes dans les prisons a généralement eu un impact positif sur le bien-être du personnel pénitentiaire. Dans les prisons francophones et néerlandophones, les professionnels et la direction ont indiqué que ces projets avaient allégé la charge de travail des **services médicaux, des agents pénitentiaires et de la direction** sur certains aspects. La possibilité d'orienter les détenus vers une aide spécialisée et d'avoir un point de contact pour les questions liées aux problèmes psychologiques ou aux addictions a été perçue comme très précieuse. Cela a engendré un sentiment de calme et de soutien au sein des différents services.

« Les psychologues du service médical. Cela apporte beaucoup de calme. Dans les unités même, savoir qu'il y a quelqu'un à qui s'adresser, qui peut aider directement, qui est à l'écoute et qui nous donne des conseils sur la manière de gérer certains profils, qui aussi pour, qui donne aussi beaucoup de conseils au personnel dans les sections et qui a bon contact avec eux. C'est une vraie valeur ajoutée. » (traduit du néerlandais)

De plus, les utilisateurs de soins et les professionnels ont signalé que l'accompagnement psychologique et l'aide en matière d'assuétudes avaient un impact positif sur le climat carcéral. À long terme, cela contribue à un meilleur environnement de travail pour le personnel, en aidant à réduire les tensions et les incidents.

« Je pense que le fait que ça soit possible d'en parler, que ça soit connu, qu'il y ait un soutien, qu'il y ait cette offre, et que c'est très accessible, fait une grande différence je trouve. Quand une personne ne parle pas et que tout s'accumule... Les agents seront les premiers à en subir les conséquences. » (traduit néerlandais)

DÉFIS LIÉS AU BIEN-ÊTRE DES PROFESSIONNELS

Malgré les impacts positifs des projets pilotes, plusieurs défis affectant le bien-être du personnel ont été identifiés. Un défi important concerne la collaboration entre les différents services. La charge de travail élevée, les changements de personnel nombreux et rapides et le caractère temporaire des projets pilotes exercent une pression sur cette collaboration. Ce constat a été fait dans les prisons francophones et néerlandophones.

« Il faut aussi comprendre que ces personnes sont elles-mêmes sous pression, hein ? Et toi aussi t'es sous... c'est-à-dire, le D&D même est aussi sous pression. Et bah oui, quand deux personnes en tension doivent trouver une solution ensemble, ce n'est pas toujours facile. Donc, au début, c'était difficile. » (traduit du néerlandais)

Les **PSM** font face à des défis spécifiques tels que la gestion de cas complexes, la collaboration interservices et des difficultés opérationnelles comme le manque de locaux et de ressources. L'absence d'un coordinateur et d'une équipe d'au moins deux personnes ont été perçue comme un manque, contribuant à un sentiment d'isolement et de surcharge.

« Allez, il faut s'imaginer, on nous place ici seuls. Je n'ai pas d'équipe, pas d'autres psychologues avec qui consulter. (...) Il n'y a personne pour ventiler, demander conseil ou avis. On se sent laissé à l'abandon. C'est difficile de faire réussir un projet quand t'es là tout seul... Donc oui, je crois que, si j'avais ça, que je pourrais faire beaucoup plus que ce que je fais maintenant. Au bout d'un moment ça te rend quand même un peu désespéré. » (traduit du néerlandais)

Dans les prisons francophones, il a été signalé que le manque de temps et les priorités logistiques empêchaient les intervenants **D&D** de voir régulièrement les usagers de soins, les obligeant à se concentrer sur des tâches administratives. Cette situation génère un sentiment de frustration et d'inutilité chez les professionnels.

Les groupes de discussion ont indiqué que les **agents pénitentiaires** étaient souvent le premier point de contact pour les détenus et les connaissaient mieux que d'autres catégories de personnel. Cependant, les groupes de discussion ont montré que ces agents manquent souvent d'informations précises pour réorienter efficacement les détenus vers les services adéquats. De plus, ils ressentent un manque de reconnaissance pour leur travail, notamment lorsque leurs référencements ne sont pas pris en compte ou quand leurs décisions ou messages sont remis en question.

“Usant, de ne pas se faire entendre. Oui, fatigant. Et on a vraiment l'impression par moment qu'on est juste bon à venir fermer les portes et qu'on est juste les débiles et les crétins de service. Mais à un moment donné, comme tout le monde, je pense qu'on a un cerveau et qu'on a aussi ben quelques années avec 20 ans d'ancienneté.”

Il a été souligné que les agents pénitentiaires doivent souvent assumer des responsabilités dépassant largement celles prévues dans leur description de poste. Par exemple, dans certaines prisons, ils se voient confier la distribution de médicaments sans disposer des informations nécessaires sur les dosages ou d'éventuelles prescriptions complémentaires. De plus, ils estiment généralement ne pas bénéficier d'une formation suffisante pour gérer de manière adéquate les détenus souffrant de troubles addictifs ou de pathologies psychiatriques. Parallèlement, ils signalent que le manque de temps constitue un obstacle à la participation à des formations et à une implication approfondie dans les parcours de soins des personnes détenues. Toutefois, ils soulignent également que tous les agents ne nourrissent pas cette ambition et que, par conséquent, la distinction entre assistants de sécurité et accompagnateurs en détention pourrait constituer une évolution positive, à condition d'être mise en œuvre de manière appropriée.

SECRET PROFESSIONNEL

Une autre difficulté majeure est l'absence d'une politique uniforme sur le secret professionnel. Les variations dans son application créent des **incertitudes pour les acteurs tels que le SPS, les avocats et les agents**

pénitentiaires quant au partage d'informations. Cela exerce une pression sur les professionnels pour divulguer des informations qu'ils ne peuvent ou ne veulent pas partager, affectant négativement leur bien-être.

« Nous n'avons pas le droit de dire ça. Et à force de recevoir 20 ou 30 appels par jour sur le sujet, cela devient épuisant... Ce n'est pas qu'on ne veut pas le partager hein, nous n'avons pas le droit. Mais il n'y a zéro compréhension pour cela. Zéro. Cela pèse sur une équipe [...] Tellement de conflits, tellement de reproches qu'on a eu parce qu'on ne peut pas dire des choses comme ça, ça n'est vraiment plus OK hein » (traduit du néerlandais)

Les professionnels de D&D sont également confrontés à l'ambiguïté de leur rôle au sein du service médical et à des dilemmes éthiques lorsqu'ils partagent des informations. Cela peut entraîner des tensions et des incertitudes dans leur travail.

PROCESSUS DE MISE EN ŒUVRE

Malgré les efforts du gouvernement pour faciliter la mise en place des **PSM** (par exemple en développant leur profil de fonction et en organisant une journée d'accueil pour les PSM), leur intégration dans les prisons et les services médicaux est vécu comme un défi majeur tant par la coordination que par les professionnels. Ils faisaient référence à des ambiguïtés par rapport à leur description de fonction et à d'autres défis administratifs et pratiques en matière de ressources humaines.

Les PSM, financés par le SPF Santé publique, ont évoqué une difficulté supplémentaire liée au fait qu'ils relèvent du SPF Santé publique tout en opérant dans un contexte judiciaire. Cela a engendré dès le départ une grande confusion ainsi que des défis pratiques, notamment en ce qui concerne l'accès aux prisons, qui n'était pas organisé, et une gestion du personnel perçue comme un parcours du combattant. Par ailleurs, dans les prisons francophones, il a été signalé que les PSM étaient placés sous la supervision de personnes rattachées au service médical dépendant du SPF Justice, ce qui a compliqué leur intégration cohérente au sein du SPF Santé publique et entravé l'organisation quotidienne de leur travail et de la gestion du personnel. De plus, presque tous les postes financés par le SPF Santé publique dans les prisons pilotes francophones sont restés vacants (à l'exception de la prison de Haren), car la plupart des candidats ont préféré opter pour un contrat à durée indéterminée sous le SPF Justice plutôt que pour le contrat temporaire lié au projet pilote.

Dans les prisons tant francophones que néerlandophones, il existait un grand manque de clarté quant à la fonction et au rôle des PSM. Les descriptions de fonction correspondaient peu aux besoins réels de la prison, ce qui a conduit les PSM à rechercher eux-mêmes la meilleure manière d'exercer leur métier. Ce manque de clarté concernant leur fonction a également entraîné une attribution inappropriée des tâches et des attentes contradictoires, sources de tensions sur le lieu de travail.

« On n'a pas encore de profil de fonction pour ce type de poste en première ligne, à l'heure actuelle. On n'a pas de profil de fonction clair. »

De plus, une confusion est apparue entre les différents psychologues présents dans les établissements, notamment en raison d'une distinction insuffisante des tâches. Le processus d'orientation vers les PSM n'était pas toujours clairement défini, ce qui a rendu leur intégration encore plus difficile. Des défis pratiques liés au démarrage des PSM ont également été rapportés, tels que l'absence d'accès aux prisons et le manque de ressources essentielles à l'exercice de leur fonction, comme l'absence de téléphone, de bureau ou d'ordinateur. Cela a généré des frustrations et un sentiment d'insécurité.

« Maintenant, tout à coup, vous vous retrouvez avec un psychologue et deux assistants sociaux dans votre service médical, mais personne ne sait exactement ce qu'ils doivent faire. Allez, je pense que pour vous [service médical], ce n'était pas facile au début, et pour moi [psychologue du service médical] encore moins. Parce que, oui, il n'y a pas vraiment de description de poste, personne ne dit que vous devez faire ceci ou cela. C'est à chacun de chercher et d'essayer par lui-même. » (traduit du néerlandais)

La résistance des acteurs déjà en place dans les prisons à l'égard de nouveaux projets a également été identifiée comme un défi. Cette résistance était en partie due à un manque de préparation et de communication concernant l'arrivée des projets pilotes, ce qui a entraîné des attentes contradictoires et rendu l'intégration des nouveaux collaborateurs plus difficile. Cette opposition était aussi liée à des défis infrastructurels (manque d'espaces disponibles), car l'arrivée des projets pilotes a donné aux services existants en prison l'impression qu'ils devaient céder une partie de leur espace de travail. Dans la plupart des établissements, les PSM ont été intégrés dans l'aile médicale, entraînant une saturation des locaux.

Afin d'éviter cette résistance, les professionnels et la direction ont souligné l'importance d'un coordinateur chargé de créer une adhésion au projet au sein de la prison, de préparer sa mise en œuvre, de faciliter la collaboration et la communication, et de faire le lien entre l'administration et l'établissement pénitentiaire.

« Le changement entraîne toujours une certaine résistance, c'est ce que nous constatons bien. (...) Surtout dans un établissement comme [prison] qui fonctionne depuis des années sur le même modèle, si l'on peut dire. Introduire des modifications majeures dans un régime de fonctionnement demande d'abord un certain travail de préparation, la création d'un consensus, avant de pouvoir réellement mettre en œuvre ces changements. Pour être tout à fait honnête, le principal obstacle est peut-être simplement le manque de temps et d'espace. Le fait de pouvoir s'y consacrer pleinement, d'avoir le temps d'y réfléchir sérieusement, d'élaborer cette politique, de la structurer, de se réunir avec les équipes et d'y réfléchir en profondeur. Euh... Et puis, il y a aussi l'aspect infrastructurel. (...) Je pense que la présence d'un coordinateur est vraiment essentielle. » (traduit du néerlandais)

5. AMÉLIORER L'ÉQUITÉ EN SANTÉ ET DANS LE SECTEUR SOCIAL (HEALTH EQUITY)

Dans une perspective d'équité en santé, le principe de l'universalisme proportionné stipule que les personnes détenues présentant des besoins de santé plus élevés devraient bénéficier d'un accès renforcé aux soins médicaux et psychosociaux. Ce point a été particulièrement souligné par un membre de la direction :

"Les soins de santé, en fait, ce que les gens ne comprennent pas, c'est qu'un détenu va avoir beaucoup plus de soins qu'une personne normale à l'extérieur."

En 2023, 32,1 % des personnes détenues des prisons pilotes (voir tableau 2) ont été en situation irrégulière en Belgique, avec des variations allant de 24 % à 43 % selon les établissements, représentant ainsi une proportion significative de la population carcérale. Ces personnes ont fait face à d'importantes difficultés d'accès aux soins, en raison de barrières administratives, linguistiques et du manque de continuité des soins après leur libération.

BARRIÈRES LINGUISTIQUES

PSM ainsi que D&D ont mis l'accent sur l'accessibilité de leurs services pour un large groupe des personnes détenues. Ils ont utilisé diverses procédures d'inscription et de renvoi, et ont offert des services complémentaires avec peu de critères d'exclusion. Un membre de la direction a témoigné :

"Je pense que D&D a une très grande, très grande portée dans notre prison. Je veux dire par là qu'elle s'adresse aussi bien aux accusés et aux condamnés qu'aux personnes qui viennent d'arriver, y compris les femmes. » (traduit du néerlandais)

Certains groupes sont restés difficiles à atteindre, notamment les personnes qui ne parlaient ni le Français ni le Néerlandais. Les services ont été principalement offerts dans ces langues, ce qui a exclu une partie importante de la population détenue. Un professionnel a expliqué :

"Les offres de groupe de D&D ne sont proposées qu'en néerlandais. Par conséquent, les personnes dont ce n'est pas la langue maternelle ne peuvent pas en profiter". (traduit du néerlandais)

Les barrières linguistiques sont demeurées un défi majeur, malgré l'introduction d'un outil de traduction basique, Vasco, qui a permis de recueillir les demandes des personnes détenues mais est resté insuffisant pour un suivi psychologique approfondi. Un psychologue a témoigné :

“Et en fait j'ai beaucoup de détenus qui sont frustrés, qui ne savent pas communiquer, qui ne savent pas comment faire des billets de rapport, qui viennent chez moi en disant en fait oui moi je vais mettre le feu à ma cellule parce que c'est comme ça que je vais voir la direction, que c'est comme ça qu'on va m'expliquer comment ça fonctionne.”

Bien que des services d'interprètes en ligne existaient, les contraintes logistiques au sein des établissements pénitentiaires rendaient leur utilisation difficile. Les prisons participant aux projets pilotes du service de médiation culturelle du SPF Santé publique ont rapporté des contraintes liées à la nécessité de prendre des rendez-vous spécifiques pour bénéficier de ce service, et l'information sur sa disponibilité n'a pas toujours été communiquée adéquatement. De plus, tous les services médicaux n'ont pas été informés de l'existence de cette option. Le format de prise de rendez-vous en ligne n'a pas toujours été adapté au contexte carcéral, en raison de la difficulté à trouver des locaux avec connexion Internet et des imprévus fréquents dans les plannings des détenus.

BARRIÈRES NUMÉRIQUES

Dans les établissements pénitentiaires utilisant Prison Cloud ou « Just from Cell », les personnes détenues non francophones ou ceux présentant des barrières numériques ont été défavorisés, car ils ont très peu pu utiliser cet outil. Un agent pénitentiaire a expliqué :

“On fournit du matériel, un super clavier, une plateforme, à des détenus qui ne savent pas du tout s'en servir. Et qui disent, oui, mais chef, j'ai fait la demande il y a trois semaines et on se rend compte qu'il l'a mal fait.”

SPÉCIFICITÉS DE GENRE

5 des 10 prison pilotes hébergent des femmes détenues. Leurs besoins, souvent marqués par des vécus traumatiques, nécessiteraient un soutien spécifique. La pression sociale liée à l'arrêt de la consommation de substances, en particulier en tant que mère, exacerberait leur culpabilité et compliquerait leur réinsertion. Le besoin de soutien entre codétenues pour parler des maltraitances vécues a été également souligné pourtant il n'y a eu lors de la recherche encore peu d'offre de groupe destinée à des femmes.

ADAPTATION DES OBJECTIFS DES PROJETS PILOTES

Il serait crucial d'adapter les objectifs des projets pilotes aux spécificités des différents types d'établissements pénitentiaires. Dans les maisons d'arrêt, l'accent devrait être mis sur la gestion de crise et les besoins immédiats, tandis que dans les maisons de peine, des objectifs à moyen ou long terme, axés sur le suivi et la réhabilitation, sont plus pertinents.

3.2.3. PANELS DES PARTIES PRENANTES

Après la collecte des données qualitatives dans les établissements pénitentiaires, deux panels de parties prenantes ont été organisés afin d'obtenir un aperçu des perspectives des acteurs concernés sur les recommandations potentielles issues des résultats. Le guide utilisé pour ces panels est disponible en annexe 15. Ce qui suit présente brièvement ces panels et les principales thématiques qui y ont été abordées.

PREMIER PANEL DE PARTIES PRENANTES

(27/11/24 10-12h via Teams)

Le premier stakeholder panel qui a regroupé des acteurs du service médical, des projets pilotes D&D, PSM ainsi que des PPL de l'INAMI, issus tant des prisons flamandes, bruxelloises que wallonnes, s'est ouverte par la présentation des résultats préliminaires de l'étude. Le tableau 8 représente les participants à ce panel de parties prenantes.

Tabel 8. Participants au panel de parties prenantes 1

Profil	Francophone	Néerlandophone	Total
Coordinateur D&D	2	1	3
Collaborateur D&D	1	1	2
PSM	5	3	8
Représentant des services médicaux	1	1	2
			15

Lors de la discussion sur ces résultats les points suivants ont été soulignés par les participants.

THÉMATIQUES CLÉS

1. CONTINUITÉ DES SOINS

La continuité des soins en milieu carcéral est essentielle pour assurer une prise en charge efficace des personnes détenues, nécessitant une coordination étroite entre les services internes et externes. Cependant, plusieurs défis entravent cette continuité, notamment la surpopulation carcérale, le manque de personnel et les limites infrastructurelles. Parmi les recommandations formulées, l'amélioration de la communication et de la coordination entre les services ainsi qu'un suivi post-détention plus structurant sont jugés essentiels.

2. COLLABORATION ET COORDINATION

Une collaboration efficace entre les services médicaux, psychologiques et sociaux internes ainsi que les associations et institutions de santé externes est indispensable à l'amélioration des soins. La création d'un poste de coordinateur de soins, idéalement doté d'une bonne connaissance du contexte carcéral, est préconisée pour faciliter les interactions et garantir une gestion optimale des parcours de soins. Actuellement, l'implication de coordinateurs issus de firmes externes constitue un défi, leur durée d'intervention étant trop courte pour leur permettre d'acquérir une connaissance approfondie du système pénitentiaire et de s'intégrer pleinement aux dynamiques institutionnelles. Un renforcement de leur ancrage au sein du milieu carcéral favoriserait une coordination plus efficiente et une continuité des soins optimisée.

3. CONFIDENTIALITÉ ET SECRET PROFESSIONNEL

La gestion de la confidentialité et du secret professionnel demeure un enjeu central dans le partage d'informations entre les différents services. Afin d'assurer un équilibre entre respect de la vie privée et efficacité des soins, l'établissement de protocoles clairs définissant les informations pouvant être partagées et leurs destinataires est nécessaire.

4. BIEN-ÊTRE DES SOIGNANTS

Le bien-être des soignants en milieu carcéral est une préoccupation majeure, notamment en raison du turnover élevé et de la perte d'expertise qui en résulte. Afin de renforcer la stabilité des équipes et d'améliorer la qualité des soins, des améliorations des conditions de travail ainsi que des programmes de formation et de soutien continu sont recommandés.

5. ACCÈS AUX SOINS POUR LES DÉTENUS

L'accès aux soins est souvent limité par des contraintes logistiques et structurelles, telles que l'insuffisance des locaux disponibles et les difficultés d'organisation des consultations. Une meilleure coordination entre les différents acteurs ainsi que la mise en place de permanences linguistiques pour les détenus allophones sont des mesures susceptibles d'améliorer cette situation.

6. PRÉVENTION ET RÉDUCTION DES RISQUES

La prévention et la réduction des risques associés à l'usage de substances en milieu carcéral constituent un enjeu majeur de santé publique. Parmi les mesures préconisées figurent l'instauration de programmes de réduction des risques, incluant l'échange de matériel stérile, ainsi que le dépistage et le traitement des maladies infectieuses telles que l'hépatite C.

RECOMMANDATIONS

- **Amélioration de la communication** : Renforcement de la coordination entre les différents niveaux de gestion et les services pour éviter les redondances et optimiser les ressources.
- **Formation et soutien** : Mise en place de formations continues et d'un soutien accru pour les soignants afin d'améliorer la qualité des soins dispensés.
- **Politiques de santé publique** : Adoption de politiques spécifiques aux réalités carcérales, incluant des programmes de prévention et réduction des risques et de traitement des maladies infectieuses.

CONCLUSION

Les résultats préliminaires de l'étude mettent en évidence des avancées positives dans l'amélioration des soins en milieu carcéral, mais soulignent également de nombreux défis persistants. Une action concertée des décideurs politiques est essentielle pour mettre en œuvre les recommandations formulées et améliorer durablement la qualité des soins pour les personnes en détention.

DEUXIÈME PANEL DES PARTIES PRENANTES

(27/11/24 14-16h à Bruxelles)

Le deuxième panel des parties prenantes a réuni des représentants politiques et des responsables de la coordination (n=5), incluant des membres du Service Public Fédéral (SPF) Justice et Santé publique, des coordinateurs des services externes en Région bruxelloise et en Flandre, ainsi qu'un coordinateur des PPL de l'INAMI.

Les discussions ont porté sur les thématiques suivantes :

1. MANQUE DE COORDINATION ET CLOISONNEMENT INSTITUTIONNEL

Un problème majeur identifié est l'absence d'une coordination efficace entre les services internes (médicaux et psychosociaux) et les services externes (associations, réseaux de soins, institutions publiques). Cette fragmentation entraîne un chevauchement des compétences, des lacunes dans l'accès aux soins et une utilisation sous-optimale des ressources.

Le manque de clarté quant aux responsabilités entre les niveaux fédéral, régional et communautaire accentue cette situation. Les intervenants constatent que les décisions politiques et administratives sont souvent prises de manière descendante, sans concertation suffisante avec les professionnels de terrain.

2. ACCÈS AUX SOINS ET CONTINUITÉ ENTRE LA DÉTENTION ET L'EXTÉRIEUR

L'un des principaux défis soulevés concerne la continuité des soins après la détention. Les détenus libérés se retrouvent souvent sans suivi médical adéquat, notamment en raison de l'absence d'un dossier médical partagé et du manque de coordination entre les acteurs intra et extramuros.

Certains dispositifs ont été mis en place pour améliorer cette transition, tels que les partenariats avec des hôpitaux et des maisons médicales, mais leur mise en œuvre reste entravée par des obstacles bureaucratiques et un manque de financement stable. L'intégration de psychologues de première ligne, bien que prometteuse, est également limitée par des contraintes d'accès aux prisons et des modèles de financement inadaptés (facturation à l'acte incompatible avec la réalité carcérale).

3. COMPLEXITÉ DES CIRCUITS DE FINANCEMENT ET INEFFICACITÉ BUDGÉTAIRE

Malgré l'existence de budgets alloués à la santé mentale en prison, leur utilisation est entravée par des règles administratives rigides et un manque de flexibilité dans leur affectation. Les services externes peinent à obtenir des fonds pour salarier des professionnels intégrés aux structures carcérales, et les conventions existantes ne permettent pas d'adapter l'offre de soins aux besoins spécifiques du milieu pénitentiaire.

4. BESOIN DE NOUVEAUX MODÈLES DE COORDINATION ET DE SCREENING

Une proposition centrale est la mise en place d'un coordinateur de santé par établissement pénitentiaire, chargé de centraliser les informations et de fluidifier les interactions entre les acteurs impliqués. Ce coordinateur pourrait s'appuyer sur un système de screening, permettant d'orienter efficacement les personnes détenues vers les soins appropriés en fonction de la gravité et de l'urgence de leur situation.

Une approche en réseau est également suggérée pour mieux intégrer les services intramuros et extramuros, à l'instar des modèles de soins en santé mentale déjà existants en dehors du milieu carcéral. Cela impliquerait une meilleure communication entre les services et une reconnaissance formelle des complémentarités entre les acteurs.

5. OBSTACLES ADMINISTRATIFS ET CONTRAINTES SÉCURITAIRES

Les exigences en matière de sécurité et de confidentialité (secret professionnel, RGPD) compliquent l'intégration des intervenants extérieurs aux services médicaux en prison. L'absence de protocoles clairs sur le partage d'informations nuit à la prise en charge globale la population détenue et freine la mise en place de solutions coordonnées.

CONCLUSIONS ET RECOMMANDATIONS

- **Mise en place d'une coordination locale et nationale** pour assurer une vision globale des soins en prison.
- **Harmonisation des circuits de financement** afin de garantir une utilisation optimale des budgets disponibles.
- **Développement d'un système de triage structuré** pour hiérarchiser les besoins en soins et éviter la saturation des services.
- **Facilitation de l'accès des professionnels externes aux prisons** avec des protocoles adaptés aux contraintes sécuritaires.
- **Amélioration de la transition entre la détention et l'extérieur**, notamment par la création de collaborations pérennes avec des institutions médicales et sociales.

Ce résumé met en évidence la nécessité d'une réforme structurelle des mécanismes de coordination et de financement afin de garantir un accès aux soins continu et efficace pour les personnes détenues.

4. ASPECTS ÉCONOMIQUES

Principales conclusions

- **Réforme du financement** : Transfert des compétences du SPF Justice vers le SPF Santé publique et l'INAMI, avec une attention particulière aux accords concrets.
- **Organisation efficace des soins** : Mise en place d'un modèle de "needs-adjusted integrated capitation", favorisant la prévention et la maîtrise des coûts.
- **Continuité et collaboration multidisciplinaire** : Nomination de coordinateurs de soins de santé et encouragement de la collaboration entre les prestataires de soins internes et externes afin d'améliorer la qualité des soins et la réintégration.
- **Approche globale de la santé** : Au-delà des soins médicaux, une attention particulière doit être accordée au soutien psychologique, au logement et à l'emploi après la détention pour favoriser une réinsertion réussie.

Pour répondre à la question de recherche sur les aspects économiques, plusieurs méthodes ont été utilisées : (1) une revue systématique de la littérature, (2) une étude comparative de la situation dans plusieurs pays européens et (3) un groupe de discussion avec des experts.

4.1. REVUE DE LA LITTÉRATURE

OBJECTIF

L'objectif de la revue systématique de la littérature est d'identifier les éléments de preuve relatifs aux différentes stratégies de financement dans les institutions pénitentiaires en Europe. En analysant les recherches publiées, nous visons à identifier et à évaluer l'impact des différents mécanismes de financement. Cette analyse a pour objectif de fournir des informations basées sur des données probantes aux décideurs politiques et autres parties prenantes afin de les aider dans leur processus de prise de décision concernant le financement (futur) des soins de santé dans les institutions pénitentiaires en Belgique.

MÉTHODE

INTRODUCTION

Les lignes directrices PRISMA (Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses, (Page et al., 2021) ont été suivies.

REVUE DE LITTÉRATURE

Les bases de données électroniques suivantes ont été consultées : Medline (via PubMed), Web of Science et Embase (via Embase.com). Pour Medline, une stratégie de recherche a été développée en combinant des termes MeSH et des mots-clés (Annexe 14). Étant donné la quantité limitée de preuves scientifiques disponibles, une recherche supplémentaire dans la littérature grise a été effectuée pour examiner les principales données relatives au financement des soins de santé dans les institutions pénitentiaires. La stratégie de recherche de Medline a ensuite été adaptée aux caractéristiques des autres bases de données. Les principaux concepts inclus dans la stratégie de recherche sont :

- A. Soins de santé
- B. Financement
- C. Institution pénitentiaire

SÉLECTION DES ÉTUDES

Les critères d'inclusion et d'exclusion ont été déterminés à l'avance en fonction de la stratégie PICO (Population, Intervention, Comparateur, Résultats) (Tableau 9).

Tableau 9 : aperçu des critères d'inclusion et d'exclusion

Paramètre	Inclusion	Exclusion
Population	Institutions pénitentiaires	Autres
Intervention	Stratégies de financement des soins de santé en milieu pénitentiaire	Autres mécanismes de financement en dehors des soins de santé et des soins aux détenus, et de financement hors en dehors des établissements pénitentiaires
Comparateur	/	/
Résultats	Bonnes pratiques en matière de financement des soins de santé pénitentiaires en termes de qualité, coût et accessibilité	/
Géographie	Europe	Pays non européens
Langue	Anglais, Français, Néerlandais	Autres langues

La **population** cible de cette étude comprend les institutions pénitentiaires. Les soins de santé en milieu carcéral diffèrent considérablement des soins de santé et du financement dans d'autres contextes. L'**intervention** se réfère aux différents mécanismes de financement utilisés dans ce cadre. Aucun type de financement n'a été exclu a priori, incluant aussi bien les financements publics que les régimes d'assurance. L'**objectif** est d'identifier les bonnes pratiques en matière de financement des soins de santé en milieu pénitentiaire et leur impact sur divers aspects, notamment les coûts, la qualité et l'accessibilité des soins.

RÉSULTATS

LA REVUE DE LA LITTÉRATURE

Après application des différents termes de recherche dans les bases de données, un total initial de 1.212 enregistrements a été identifié. La Figure 5 présente un aperçu détaillé de la stratégie de recherche. Après vérification des critères d'admissibilité (à l'aide des critères d'inclusion et d'exclusion), 8 études ont été retenues pour l'analyse finale.

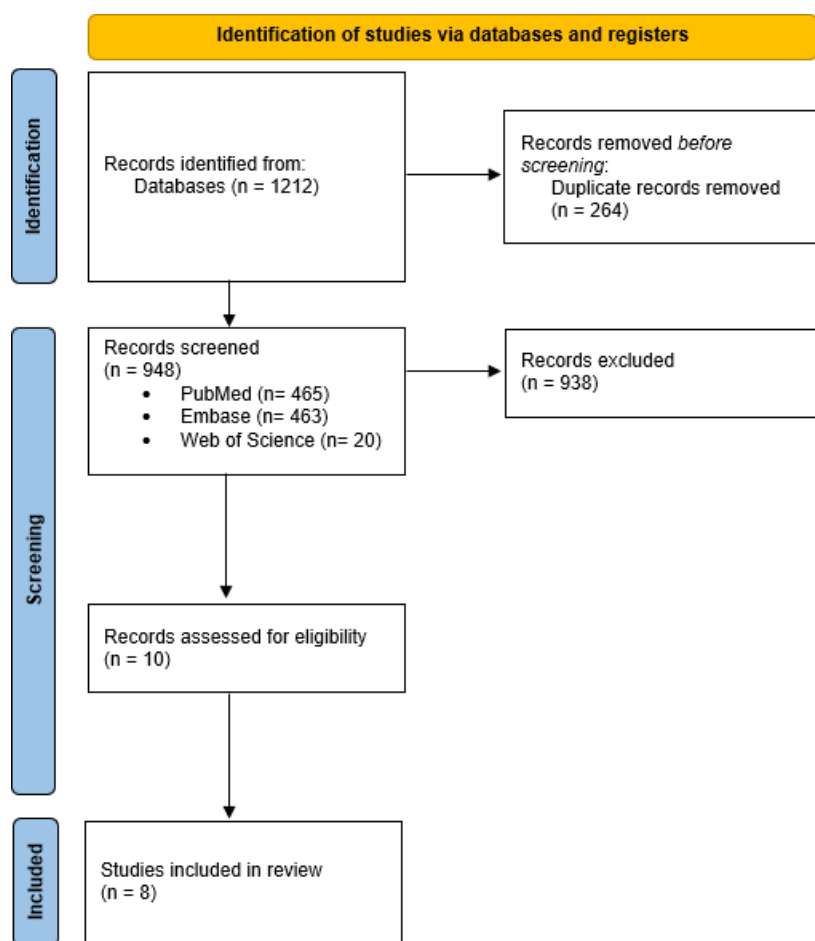


Figure 5: Schéma de flux PRISMA

COÛTS DES SOINS DE SANTÉ

En Belgique, en 2017, le coût annuel des soins de santé sous la responsabilité du ministère de la Justice s'élevait à 100 millions d'euros (Mistiaen et al., 2017). La majorité des dépenses (60 %) était consacrée aux employés (intérimaires et personnel fixe en milieu carcéral) et aux prestataires de soins externes.

FINANCEMENT DES SOINS DE SANTÉ

Selon Winkelman et al. (2022), les données sur les soins de santé en établissements pénitentiaires sont généralement insuffisantes en Europe. Il n'existe trop peu de rapportage sur la question si les soins aux détenus sont intégrés aux systèmes de santé publics ou gérés par des prisons locales (Winkelman et al., 2022). Lors de l'évaluation de la couverture des soins de santé au Royaume-Uni la tendance a été d'intégrer le financement des soins de santé des prisons au niveau du gouvernement, et non pas au niveau des établissements pénitentiaires qui sont responsable pour les soins des patients. Par exemple, le "Her Majesty's Prison Service" était antérieurement responsable du financement et de la fourniture des soins de santé dans les prisons d'Angleterre et du Pays de Galles, et a été réformé pour être intégré au département de la santé du National Health Service (NHS) (Hayton et Boyington, 2006).

En Belgique, le système de remboursement est mixte. Le SPF Justice couvre les soins de tous les détenus, y compris les personnes sans titre de séjour (Mistiaen et al., 2017). Depuis 2023, les détenus sont affiliés à une mutuelle. Les soins de santé en dehors de la prison sont donc remboursés par les mutuelles et sont sous la responsabilité de l'INAMI. En tenant compte des preuves actuelles issues d'un rapport du Centre fédéral

d'expertise des soins de santé (KCE), la responsabilité et le budget des soins de santé au sein des établissements pénitentiaires devraient être transférés du ministre de la Justice au ministre de la Santé publique (Mistiaen et al., 2017) et l'INAMI. Dans ce même rapport, trois stratégies sont proposées afin d'optimiser l'assurance maladie pour les détenus (Mistiaen et al., 2017) :

- L'application du régime d'assurance maladie existant (celui de la population générale) aux détenus ;
- Le gel du statut assurable dès le début de la détention ;
- La création d'un nouveau statut assurable dans le système d'assurance maladie belge.

Selon le KCE et sur la base des avis d'experts, le premier scénario est considéré comme le plus adapté au contexte belge (Mistiaen et al., 2017).

Malgré le manque de littérature sur le financement des soins de santé dans les établissements pénitentiaires, plusieurs études soulignent l'importance d'une optimisation des soins de santé afin de réduire les coûts dans ces établissements. D'après la littérature, trois thématiques majeures sont souvent mises en avant pour améliorer les soins de santé en milieu carcéral : le dépistage et la prévention, la santé mentale et la télémédecine.

Des recherches indiquent que la prévalence des troubles de santé mentale est élevée dans les établissements pénitentiaires (Kurdyak et al., 2022). Malgré cette forte prévalence et les coûts de santé qui en découlent, les soins offerts à ces patients semblent insuffisants et nécessitent une plus grande attention (de Oliveira et al., 2022 ; Kurdyak et al., 2022 ; Rowlandson et al., 2024). En outre, les maladies liées à la consommation de drogues, telles que l'hépatite C (VHC), présentent une prévalence élevée (Ward et al., 2021). Selon l'étude de Ward et al. (2021), un dépistage à grande échelle du VHC pourrait être une stratégie rentable pour son traitement. Par ailleurs, la prévalence du VIH et de la tuberculose est également élevée en milieu carcéral, ce qui justifie la nécessité d'une recherche approfondie et/ou d'un renforcement des programmes de dépistage (Mouriño et al., 2013 ; Dos Santos et al., 2022). Enfin, plusieurs études mettent en évidence l'importance de la télémédecine dans l'optimisation des soins de santé et/ou la réduction des coûts médicaux en milieu carcéral (Deslich, Thistlethwaite et Coustasse, 2013). Ces recherches indiquent que la télémédecine améliore les résultats en matière de santé et peut constituer une solution rentable pour les établissements pénitentiaires.

CONCLUSION

Le financement et la prestation des soins de santé en milieu carcéral sont encore largement sous-étudiés. Toutefois, les recommandations actuelles plaident en faveur d'une centralisation du financement des soins de santé au niveau gouvernemental, en désengageant les institutions locales de cette responsabilité. En Belgique, où le SPF Justice gère traditionnellement les coûts des soins de santé pour les détenus, une transition est en cours vers le SPF Santé publique afin d'harmoniser l'assurance maladie des détenus avec le système général d'assurance maladie. Le rapport du KCE recommande l'application des règles existantes d'assurance maladie de la population générale aux détenus comme solution la plus appropriée. Bien que la littérature sur le financement des soins de santé en milieu carcéral soit limitée, plusieurs études soulignent que l'optimisation des soins, notamment en matière de santé mentale, de maladies infectieuses et de télémédecine, pourrait réduire considérablement les coûts et améliorer les résultats sanitaires en milieu pénitentiaire.

4.2. FINANCEMENT DANS UNE SÉLECTION DE PAYS EUROPÉENS

INTRODUCTION

Cette section fournit un aperçu des modalités de financement des soins de santé en milieu pénitentiaire dans une sélection de pays européens. Les pays sélectionnés ont été choisis sur la base des conseils d'experts afin de garantir une représentation des modèles de financement qui pourraient être pertinents pour la Belgique.

L'objectif du rapport est de décrire les structures financières et les mécanismes de financement des services de santé en milieu carcéral, et non d'évaluer ces systèmes en termes de performance, d'efficacité ou de rentabilité.

FINANCEMENT DES SOINS DE SANTÉ EN MILIEU PÉNITENTIAIRE : LE CAS DE L'ANGLETERRE

Historiquement, la responsabilité du financement des soins de santé en milieu pénitentiaire en Angleterre a été transférée entre différentes instances gouvernementales. Avant l'an 2000, Her Majesty's Prison Service était responsable des soins de santé dans les prisons. Les soins de santé primaires, qui constituaient la majorité des services de santé en prison, étaient principalement assurés dans chaque établissement par du personnel pénitentiaire, notamment des médecins et des infirmiers. Les hôpitaux du National Health Service (NHS) offraient des soins secondaires et spécialisés, bien que l'accès à ces services fût entravé par des défis logistiques et de sécurité (Hayton et Boyington, 2006).

En 2000, le Ministère de la Santé a repris la responsabilité de l'élaboration de la politique de santé pénitentiaire, jusqu'alors sous la tutelle de Her Majesty's Prison Service. En 2006, la gestion budgétaire et administrative des soins a été transférée au Ministère de la Santé (Hutchings et Davies, 2021). Cette réforme reconnaissait que les personnes détenues avaient droit à des services de santé similaires à ceux de la population générale. Lors de cette réorganisation, le Ministère de la Santé a donné pour instruction au NHS de considérer les personnes détenues comme faisant partie de la communauté local en ce qui concerne l'évaluation des besoins de santé et la planification des services (Hayton et Boyington, 2006). En 2013, à la suite du Health and Social Care Act 2012, la responsabilité de l'achat direct des services de santé en prison a été transférée à NHS England (HM Prison and Probation Service, 2014). Les services de santé couverts comprennent les soins primaires, les soins hospitaliers, la santé publique, les soins ophtalmologiques, dentaires et la santé mentale (NHS England, 2021). Le financement provient du budget national de la santé, qui est alloué à NHS England pour l'achat de services de santé dans divers secteurs, y compris les prisons.

En 2022, un accord de partenariat a été signé entre le Ministère de la Justice, His Majesty's Prison and Probation Service, le Ministère de la Santé et des Affaires sociales, NHS England et la UK Health Security Agency. L'objectif de ce partenariat est de poursuivre les objectifs suivants (HM Government, n.d.) :

- Améliorer la santé et le bien-être des personnes sous notre responsabilité et réduire les inégalités de santé ;
- Réduire la récidive et soutenir la réinsertion en s'attaquant aux causes liées à la santé des comportements criminels ;
- Soutenir l'accès aux soins et assurer la continuité des soins en détention, avant et après l'incarcération dans la communauté.

La Figure 6 donne un aperçu des organismes impliqués dans la supervision, l'achat et la régulation des soins de santé pénitentiaires en Angleterre (Hutchings et Davies, 2021).

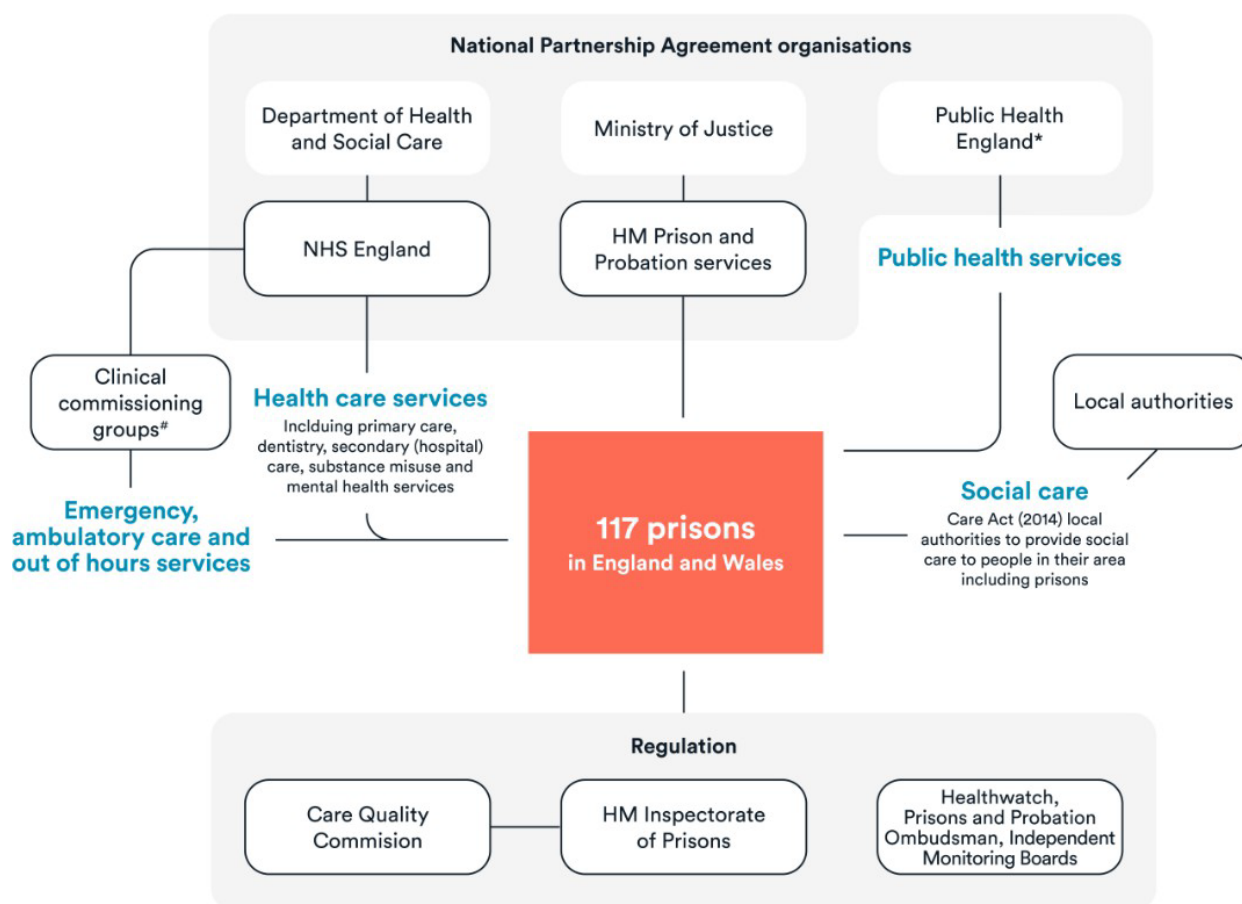


Figure 6: national partnership agreement organisation

FINANCEMENT DES SOINS DE SANTÉ PÉNITENTIAIRES: LE CAS DES PAYS-BAS

Aux Pays-Bas, les citoyens sont tenus de souscrire une assurance maladie de base (*basispakket*), qui couvre les soins de santé nécessaires auxquels chacun a droit. Le gouvernement national détermine le contenu de ce paquet de base, tandis que les assureurs de santé définissent les prestations des assurances complémentaires (Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 2016). En cas de détention, l'assurance maladie du détenu est temporairement suspendue, y compris en cas de détention provisoire. Cela signifie que la personne détenue ne peut pas faire valoir ses droits aux soins via son assurance maladie personnelle (Dienst Justitiële Inrichtingen, 2024). Pendant cette période, les personnes en détention sont couvertes par une assurance collective fournie par l'État (Rijksoverheid, n.d). Les soins somatiques et de santé mentale dispensés en milieu carcéral sont gérés et financés par le Service des établissements pénitentiaires (Dienst Justitiële Inrichtingen, DJI), qui relève du Ministère de la Justice et de la Sécurité.

Conformément à la « Loi sur la qualité, les plaintes et les litiges dans les soins de santé », le DJI assure des soins (para)médicaux nécessaires et non reportables aux détenus, avec une qualité équivalente à celle des soins fournis en dehors du système pénitentiaire (Dienst Justitiële Inrichtingen, 2024). « Soins nécessaires et non reportables » signifie que seulement les soins médicalement indispensables et ne pouvant être reportés sont fournis. Le professionnel de santé en charge de la personne détenue (médecin généraliste, psychiatre et/ou dentiste) décide si un traitement est requis. Chaque établissement pénitentiaire dispose d'un service médical comprenant un médecin généraliste et des infirmiers chargés des soins physiques. Une figure clé de la prise en charge médicale en prison est le « médecin d'établissement », qui agit temporairement en tant que médecin traitant de la personne détenue durant son incarcération. Ce médecin est également responsable du personnel

médical de l'établissement (le service médical) ((Commissie van Toezicht Kenniscentrum, n.d.). D'autres professionnels de santé interviennent en milieu carcéral, notamment des kinésithérapeutes et des dentistes. Pour la prise en charge de la santé mentale, des psychiatres et des psychologues sont présents. Pour des soins plus spécialisés, comme des traitements hospitaliers ou des soins psychiatriques ne pouvant être dispensés en prison, des prestataires de soins externes sont sollicités ((Dienst Justitiële Inrichtingen, n.d.).

Une tendance émergente consiste à regrouper les personnes détenues ayant des besoins de santé spécifiques dans certaines institutions ou unités spécialisées. Cette approche facilite l'accès aux soins spécialisés et renforce le soutien médical au sein du système pénitentiaire. Elle concerne souvent les personnes détenues souffrant de troubles physiques ou psychiques graves nécessitant une prise en charge intensive et spécialisée. Par exemple, les personnes détenues avec des troubles psychiatriques sont fréquemment placés dans des Centres psychiatriques judiciaires (Forensisch Psychiatrische Centra - FPC) ou dans des unités de soins spécialisées au sein des prisons classiques. Ces structures leur offrent des thérapies intensives et un accompagnement adapté ((ministerie van Volksgezondheid, n.d.).

FINANCEMENT DES SOINS DE SANTÉ PÉNITENTIAIRES: LE CAS DU PORTUGAL

Au Portugal, le Système National de Santé est un système universel, principalement financé par l'impôt, qui couvre l'ensemble des résidents. Le Ministère de la Santé est responsable de la planification, du suivi, de l'orientation et de la réglementation de la majorité des services de santé (OECD/European Observatory on Health Systems and Policies, 2023). Historiquement, les soins de santé pénitentiaires au Portugal ont été fragmentés, avec des services gérés indépendamment de l'infrastructure nationale de santé (World Health Organization, n.d.). En 2007, la responsabilité des soins de santé en prison a été transférée du Ministère de la Justice au Système National de Santé. Cette réforme visait à "rationaliser et perfectionner les synergies entre les soins primaires et post-pénitentiaires" et à "améliorer l'efficacité dans l'utilisation des ressources publiques" (Pontes et Dores, 2016).

Le Ministère de la Santé et le Ministère de la Justice/Ministère de l'Intérieur partagent la responsabilité du financement des soins de santé pénitentiaires, qui sont entièrement couverts par l'assurance maladie. Le personnel soignant en milieu carcéral comprend des médecins, des infirmiers, des psychiatres et des dentistes. Tous les établissements pénitentiaires disposent de protocoles pour le transfert des personnes détenues vers des établissements spécialisés pour le traitement des maladies mentales et du cancer (World Health Organization, 2023).

En 2024, un ambitieux programme a été lancé pour réduire les inégalités de santé entre la population générale et les détenus, en garantissant un accès à des soins de qualité équivalente. Parmi les mesures clés figurent le déploiement des services de télémédecine et la transition vers des dossiers médicaux électroniques afin d'assurer une meilleure continuité des soins (World Health Organization, n.d.).

Un groupe de travail interministériel recommande un transfert progressif des responsabilités du Ministère de la Justice vers le Ministère de la Santé, accompagné d'un suivi régulier fondé sur des indicateurs permettant d'évaluer la rentabilité de cette réforme. Le rapport souligne que l'intégration des soins pénitentiaires au sein du système de santé national améliorerait le suivi des maladies chroniques, réduirait les coûts des nouveaux examens, limiterait le développement de résistances aux médicaments et diminuerait les pertes de suivi ainsi que les risques de récidive.

Le Plan stratégique repose sur six axes prioritaires, à savoir la protection et la promotion de la santé ; la prévention des maladies ; l'accès, le maintien et la continuité des soins ; la réinsertion sociale ; les systèmes d'information et technologies ; et la composante recherche (DRGSP Justica, n.d.).

CONCLUSION

Le financement des soins de santé en milieu pénitentiaire varie considérablement d'un pays européen à l'autre. Cependant, des tendances communes émergent, notamment l'accent mis sur l'égalité d'accès aux soins et l'optimisation de la coopération entre les systèmes de santé et de justice. Chaque modèle vise à améliorer la santé des personnes détenues, à assurer la continuité des soins et à réduire les inégalités de santé. L'amélioration de la qualité des soins et une meilleure réinsertion sociale sont des objectifs clés.

4.3. ENTRETIEN DE GROUPE DE DISCUSSION

OBJECTIF

Le groupe de discussion a été organisé afin d'obtenir des perspectives sur l'organisation, le financement et les défis des soins de santé dans les établissements pénitentiaires en Belgique. Au cours de cette discussion impliquant divers experts dans ce domaine, plusieurs thèmes ont été abordés, notamment la qualité des soins, les obstacles structurels et les conditions préalables à l'amélioration. L'objectif de ce rapport est de fournir une base pour une discussion plus approfondie et le développement de politiques.

Catégorie	Nombre de participants	Institutions
Experts académiques	2	UGent, UNamur
Décideurs politiques	4	SPF Justice, SPF Santé publique
Assureurs de santé	1	INAMI

ENTRETIEN DE GROUPE DE DISCUSSION

ORGANISATION ET FINANCEMENT DES SOINS DE SANTÉ – COÛT OU INVESTISSEMENT?

Lors de l'entretien, il a été avancé que les soins de santé dans les établissements pénitentiaires ne doivent pas être considérés comme un coût, mais comme un investissement. La qualité des soins, y compris l'accompagnement et l'encadrement durant la détention, est un facteur crucial. Un participant a souligné que cet investissement ne présente pas seulement une dimension éthique (offrir les mêmes soins aux personnes détenues que à l'ensemble de la société), mais qu'il a également une utilité sociétale plus large :

« C'est un investissement avec un très haut niveau de rendement, car il permet de traiter efficacement des problèmes persistants au sein d'une population très vulnérable. »

Il a été observé que les personnes détenues constituent une population spécifique avec des besoins de soins souvent complexes, nécessitant une continuité de soins allant au-delà des aspects médicaux et psychosociaux. Il convient également de porter une attention particulière au logement et à l'emploi post-détention afin de prévenir la récidive. Il a été conclu qu'un investissement approprié peut générer un rendement sociétal significatif.

SURCONSOMMATION DES SOINS

La question de la surconsommation des soins en milieu carcéral a été débattue de manière critique. Il a été relevé que les personnes détenues sollicitent fréquemment des soins médicaux et psychologiques, en partie en raison de leur environnement de vie et de leur état de santé souvent fragile. Certains experts ont noté que cette surconsommation peut révéler des inefficacités dans les processus actuels de soins, nécessitant une approche plus globale des besoins fondamentaux.

« Je vois les chiffres de surconsommation comme des indicateurs permettant d'évaluer si nos processus de soins répondent aux besoins. »

La définition de la surconsommation dans ce contexte particulier mérite d'être affinée et adaptée aux besoins spécifiques de cette population avant de conclure s'il s'agit réellement d'une surconsommation.

SYSTÈME DE FINANCEMENT ACTUEL ET DÉFIS

Plusieurs participants ont signalé que le financement des soins de santé en milieu carcéral présente des défis considérables, notamment en raison de la grande variabilité des structures de financement. Quelques participants ont mentionné que certains soignants sont rémunérés à l'acte, d'autres sont salariés ou travaillent en tant qu'indépendants. Ce mode de financement fragmenté a été jugé source d'inefficacité et de manque de cohérence. L'absence d'une vision claire en termes de financement et de la manière dont cela devrait être abordé à l'avenir a également été soulignée.

« Le défi est que nous devons encore développer une idée plus précise de la direction que nous voulons prendre en matière de financement. Je pense que de nombreux problèmes sont également liés au financement et aux soins que nous pouvons fournir avec celui-ci. Par exemple, en termes de personnel soignant salarié. Il y a suffisamment de budgets pour cela, mais on ne trouve pas de personnes pour remplir cette fonction. »

Il a été noté que le personnel soignant salarié peut apporter une valeur ajoutée à la qualité des soins, comme une meilleure intégration dans la culture de la prison, une collaboration pluridisciplinaire et un accent mis sur la prévention.

« Le personnel rémunéré par prestation n'a pas vraiment l'impression de faire partie de l'équipe. Et ils ne sont pas non plus considérés comme faisant partie de l'équipe, du cadre du personnel. Et les conséquences sont là. »

L'un des principaux défis consiste à rendre le travail plus attrayant. Selon certains experts, le budget alloué au personnel soignant est actuellement suffisant, mais il y a également des pénuries importantes dans des domaines cruciaux tels que l'assistance informatique, la formation et l'équipement. Il est urgent de mettre en place un modèle de financement intégré, qui tienne compte des besoins spécifiques de cette population en matière de soins.

« Pour le personnel salarié, la situation de travail est souvent très difficile, les conditions sont dures. »

« Avant tout, nous devons veiller à ce que le travail devienne attrayant en termes de contenu. Que le travail puisse être effectué dans de bonnes conditions. Cela signifie également que les procédures doivent être simplifiées, en mettant l'accent sur une approche orientée vers les personnes, personnelle et simple, avec les investissements infrastructurels nécessaires pour que cela se fasse rapidement et en toute sécurité. »

COMPÉTENCES ET FINANCEMENT

La complexité des compétences en matière de financement demeure, selon plusieurs experts, un défi majeur. Un financement entièrement intégré provenant d'une seule source ne semble pas réalisable dans le contexte belge. Un cofinancement entre les autorités fédérales et régionales est indispensable. Le débat sur la répartition des compétences entre la justice et la santé publique reste d'actualité et a également été discuté de manière critique au sein du groupe de discussion. L'implication du ministère de la Santé publique dans les soins de santé au sein des établissements pénitentiaires pourrait, selon certains experts, contribuer à une meilleure continuité et qualité des soins, à condition que des accords clairs soient établis avec le ministère de la Justice. Il est donc nécessaire de distinguer, d'une part, le financement et, d'autre part, l'organisation des soins entre la Justice et la Santé publique. Une délimitation claire des responsabilités est, selon certains experts, essentielle, étant donné que l'organisation des soins relèvera encore en partie de la compétence du ministère de la Justice.

« Les soins ont bien lieu dans un établissement pénitentiaire. La Santé publique ne sera pas compétente pour le service médical et l'unité de soins infirmiers. Le bâtiment appartient à la Justice, pour ainsi dire, et les patients doivent s'y déplacer. Il est essentiel de clarifier quel aspect des soins est concerné. »

Étant donné les différences entre les régions et les établissements, il a été plaidé pour le lancement de projets pilotes afin de tester et d'adapter de nouveaux modèles de financement. L'un des participants a souligné l'importance d'un système de « needs-adjusted integrated capitation », avec des professionnels de santé salariés, axé sur des soins intégrés. La mise en œuvre des projets pilotes a été discutée à trois niveaux, avec les conditions et les obstacles associés. À un niveau micro, les experts ont insisté sur la nécessité de rendre le métier plus attractif, non seulement sur le plan financier, mais aussi en termes de conditions de travail. À un niveau méso, l'organisation des établissements doit être optimisée pour plus d'efficacité. À un niveau macro, des lignes directrices claires doivent être établies en ce qui concerne le financement par le gouvernement fédéral. Il a été noté que cette réforme devrait idéalement être initiée selon une approche descendante (top-down), en traitant d'abord la question de la clarté au niveau macro.

CONTINUITÉ DES SOINS

Il a été souligné que la continuité des soins est un élément crucial pour une réinsertion réussie des personnes détenues dans la société. Les participants ont mis en avant l'importance de la collaboration multidisciplinaire, tant au sein qu'en dehors des établissements pénitentiaires. Certains experts ont indiqué que les recommandations médicales formulées en prison ne sont souvent pas suivies après la libération, en raison d'un manque de crédibilité des prestataires de soins pénitentiaires aux yeux des acteurs externes.

« Dès qu'une personne quitte la prison, des tests sont souvent refaits. Cela est lié à la crédibilité du personnel soignant en prison et à la perception de la qualité des soins dispensés. »

Cette situation entraîne une inefficacité dans le suivi de l'état de santé des personnes détenues, favorisant ainsi la duplication des soins. Un changement de mentalité est nécessaire pour garantir une meilleure transition des soins. Les soins après la détention doivent être adaptés non seulement aux besoins médicaux, mais aussi aux aspects pratiques tels que le logement et l'emploi.

CLUSTERISATION DES SOINS SPÉCIALISÉS

La clusterisation des soins pour des problématiques spécifiques, telles que l'addiction, peut présenter des avantages, mais nécessite une approche réfléchie. Il a été souligné que le risque de stigmatisation doit être évité. Un équilibre doit être trouvé entre des soins généralistes et spécialisés, en tenant compte des besoins complexes des détenus, notamment en matière de multi-morbidité.

CONCLUSION

Les résultats de l'entretien du groupe de discussion montrent que les soins de santé dans les établissements pénitentiaires sont un domaine complexe mais crucial dans lequel des améliorations significatives peuvent être apportées. En se concentrant sur certains aspects cruciaux (qualité des soins, continuité, soins intégrés), la qualité de vie des personnes détenues et leurs chances de réinsertion peuvent être améliorées de manière significative.

L'organisation et le financement des soins de santé dans les établissements pénitentiaires se heurtent simultanément à plusieurs défis. Il manque actuellement une vision cohérente du financement, une répartition adéquate des compétences et la complexité des processus de soins de santé dans les établissements pénitentiaires. Le modèle de financement actuel laisse une marge d'amélioration en se concentrant sur les soins intégrés dans lesquels le statut salarié du personnel soignant, des équipes pluridisciplinaires et des projets pilotes innovants jouent un rôle prépondérant.

Enfin, une plus grande attention devrait être accordée aux besoins spécifiques des détenus en matière de soins, y compris l'assistance psychologique, les soins somatiques et le soutien pratique en termes de logement et de

travail afin de garantir une bonne réintégration dans la société. En se concentrant sur ces changements, des améliorations significatives peuvent être obtenues, à la fois pour les personnes en détention et pour la société dans son ensemble.

5. CONCLUSION GÉNÉRALE

En résumé, et conformément aux résultats de la recherche empirique, les éléments suivants peuvent être relevés concernant les questions de recherche initialement formulées par le commanditaire :

1. QUELS SONT LES RÉSULTATS DES PROJETS PILOTES EN SOINS DE SANTÉ PRIMAIRES ET EN PRISE EN CHARGE DES ADDICTIONS, Y COMPRIS LE PROGRAMME DE FORMATION, EN CE QUI CONCERNE :

A) LA QUALITÉ DES SOINS FOURNIS PAR LE SERVICE MÉDICAL

Selon les entretiens et les observations, les projets pilotes ont permis d'améliorer la qualité des soins médicaux en milieu carcéral. L'intégration de psychologues et d'assistants sociaux a favorisé une approche holistique de la prise en charge des personnes détenues, en combinant les aspects médicaux et psychosociaux. Par ailleurs, les initiatives menées par les projets D&D, telles que les groupes de parole et les consultations individuelles, ont contribué à une meilleure gestion de la consommation de substances par les personnes détenues. Ces interventions ont selon les informations dans les interviews avec les personnes détenues très probablement généré des résultats positifs, notamment en termes de réduction de la consommation et d'amélioration de la santé mentale des bénéficiaires.

Les PSM et les assistants sociaux ont trouvé leur rôle et leur place respective dans la majorité des établissements pénitentiaires. La plupart sont parvenus à établir un système de référencement adapté, bien que son organisation varie d'un établissement à l'autre.

En l'absence de suivi d'indicateurs quantitatifs, seules des analyses qualitatives ont pu être menées pour évaluer les résultats des projets pilotes. Afin de disposer de données quantitatives pertinentes, il serait nécessaire de développer des indicateurs mesurables et de les suivre tout au long de la mise en œuvre des projets, ce qui n'a malheureusement pas été possible en raison d'un démarrage tardif du projet de recherche. Un plan d'analyse et une liste d'indicateurs ont néanmoins été élaborés (Annexe X) et pourraient être utilisés ultérieurement si cela s'avérait opportun.

B) LES COMPÉTENCES ET CONNAISSANCES DU PERSONNEL PÉNITENTIAIRE EN MATIÈRE DE SOINS

Les actions de sensibilisation mises en place dans le cadre des projets pilotes ont permis d'améliorer les compétences et les connaissances du personnel pénitentiaire en matière de soins. Les agents ont bénéficié de informations spécifiques sur la gestion des addictions et la santé mentale, renforçant ainsi leur capacité à identifier et répondre aux besoins des détenus. Cependant, dans certaines prisons, il existe encore des obstacles importants dus au manque de temps des agents pénitentiaires et aux différences idéologiques, ce qui complique leur information et leur implication. En plus, des défis persistent en ce qui concerne la formation structurelle et les ressources disponibles pour le personnel, malgré un besoin largement exprimé par les agents lors de la recherche. De plus, les modules de formation préparés par HoGent, l'ULB, Transit, UCLouvain et ICare n'ont pas pu être évalués en raison de retards dans leur mise en œuvre.

C) L'IMPLICATION ET LA SATISFACTION DES PATIENTS OU BÉNÉFICIAIRES

Les personnes en détention ont exprimé une satisfaction accrue vis-à-vis des soins reçus, en raison de l'accessibilité et de la qualité des services proposés dans le cadre des projets pilotes. L'implication des personnes détenues dans leur propre parcours de soins a été encouragée, facilitant une meilleure adhésion aux traitements et une réduction des comportements à risque.

Bien que certaines personnes incarcérées aient fait preuve d'une méfiance à l'égard du service médical pénitentiaire traditionnel, ils ont perçu une meilleure accessibilité, une confidentialité renforcée et une prise en charge sans stigmatisation de la part des professionnels impliqués dans les projets pilotes. Cette dynamique a contribué à renforcer la confiance des détenus dans les soins reçus.

D) LA CULTURE, LA POLITIQUE ET LA SENSIBILISATION EN MATIÈRE DE SANTÉ EN PRISON

Les projets pilotes ont également contribué à une sensibilisation accrue à l'importance de la santé en milieu carcéral. Des efforts ont été entrepris pour intégrer une culture de la santé au sein des établissements pénitentiaires, notamment par la sensibilisation de l'ensemble du personnel à la nécessité de promouvoir la santé mentale et à réduire la stigmatisation des addictions.

Cependant, des obstacles structurels majeurs persistent, notamment la surpopulation carcérale et le manque de personnel, tant parmi les agents pénitentiaires que les professionnels de santé. Ces facteurs entravent la mise en œuvre efficace des initiatives en santé. Surmonter ces obstacles est essentiel pour garantir une prise en charge équitable et efficiente des détenus.

Les projets pilotes ne disposent pas d'un levier de contrôle direct sur la politique de santé en milieu carcéral, bien qu'ils tentent d'exercer une influence en la matière. L'ancrage durable de ces initiatives et l'atteinte des résultats escomptés nécessitent une politique favorable et une vision commune, dont la mise en œuvre dépend, entre autres, de l'orientation stratégique et de l'engagement de la direction pénitentiaire.

2. QUELLES SONT LES BONNES PRATIQUES, LES RISQUES ET LES CONDITIONS ESSENTIELLES POUR UNE PRISE EN CHARGE EFFICACE DES SOINS DE SANTÉ PRIMAIRES AU SEIN DES SERVICES MÉDICAUX, AVEC UNE ATTENTION PARTICULIÈRE PORTÉE À LA SANTÉ MENTALE ET AUX SPÉCIFICITÉS DE GENRE ?

A. CONDITIONS ESSENTIELLES POUR UNE PRISE EN CHARGE EFFICACE DES SOINS DE SANTÉ PRIMAIRES

Continuité des soins La continuité des soins est une composante essentielle pour garantir une prise en charge efficace des personnes détenues. Cela implique de s'assurer qu'elles reçoivent des soins cohérents et ininterrompus tout au long de leur détention et après leur libération. Pour ce faire, il est crucial de mettre en place des systèmes de transfert d'informations médicales entre les différents services de santé, tant à l'intérieur qu'à l'extérieur des établissements pénitentiaires. Par exemple, l'utilisation de dossiers médicaux électroniques partagés peut faciliter la communication entre les professionnels de santé et assurer un suivi adéquat des traitements.

De plus, une transition fluide entre les soins en milieu carcéral et les soins externes est essentielle pour garantir la continuité des soins et aider les personnes détenues à bénéficier d'un suivi médical après leur libération, afin de maintenir les progrès réalisés pendant leur détention. Cela nécessite une coordination avec les services de santé externes et la mise en place de dispositifs de suivi adaptés.

Collaboration interdisciplinaire La collaboration entre les différents services médicaux, psychologiques et sociaux est essentielle pour offrir des soins complets et coordonnés. Une approche interdisciplinaire permet de répondre aux besoins complexes des détenus en combinant les expertises de divers professionnels de santé. Par exemple, des réunions régulières de coordination entre médecins, psychologues, assistants sociaux et autres intervenants peuvent aider à élaborer des plans de soins personnalisés et à assurer une prise en charge globale des détenus.

Infrastructure adéquate Il serait crucial d'améliorer les infrastructures médicales et les espaces de consultation dans les établissements pénitentiaires. Cela inclut des salles de consultation privées, des équipements médicaux appropriés et des espaces dédiés aux soins psychologiques et sociaux.

Soutien institutionnel Le soutien des autorités pénitentiaires et de santé publique est indispensable pour la réussite des initiatives de soins. Il est nécessaire de renforcer la collaboration entre les différents niveaux de responsabilité et les services de santé pour assurer une coordination efficace des soins. Les autorités doivent également s'engager à fournir les ressources nécessaires, y compris le financement et le personnel, pour soutenir les programmes de santé en milieu carcéral.

Formation continue Étant donné que les agents pénitentiaires sont les premiers points de contact pour les personnes détenues, il est crucial qu'ils soient suffisamment formés pour réagir de manière constructive aux

problématiques complexes des détenus et qu'ils soient bien informés des possibilités d'orientation vers les services appropriés. En outre, des ateliers de formation sur la reconnaissance des signes de détresse psychologique peuvent aider les agents à intervenir rapidement et efficacement. Des programmes de formation adaptés pour le personnel du service médical peuvent inclure des modules sur la gestion des maladies chroniques, la prévention des infections, l'usage de substances et la prise en charge des troubles mentaux. Pour le personnel soignant, une formation adéquate concernant le contexte de la détention est également recommandée.

B. BONNES PRATIQUES POUR UNE PRISE EN CHARGE EFFICACE DES SOINS DE SANTÉ PRIMAIRES

Collaboration interdisciplinaire

- Organisation de réunions interdisciplinaires, avec la possibilité d'effectuer un intake interview/un screening interdisciplinaire pour développer un trajet de soins spécialisé pour chaque personne. Cela doit cependant se faire dans le respect de la confidentialité de l'utilisateur des soins, avec transparence sur ce qui est partagé avec qui et de préférence avec le consentement de l'utilisateur des soins.
- Enregistrement du nom des intervenants ayant vu une personne détenue dans Sidis afin de garantir une meilleure prise en charge en cas de détresse, de limiter la duplication des services et de préserver la confidentialité.

Réponse rapide

- Mise en place d'une prise en charge rapide (moins de 24h) en cas de détresse d'une personne détenue nouvellement incarcérée, si signalé par un agent pénitentiaire ou toute autre personne, avec une première consultation assurée par un membre de l'équipe PMS.
- Élaboration d'une politique axée sur le repérage des situations de crise aiguë liées à la santé mentale des personnes détenues, telles que le risque suicidaire, qui garantit un accès rapide (moins de 24h) aux soins.

Accès aux soins spécialisés

- Assurer l'accès aux soins spécialisés est crucial pour répondre aux besoins des personnes détenues. Cela inclut la mise en place de partenariats avec des hôpitaux et des cliniques externes pour offrir des consultations spécialisées en cas de besoin.
- Développer la possibilité de téléconsultation avec des médecins spécialistes pour pallier les difficultés d'extraction des détenus pour raisons médicales et au manque de spécialistes disponibles en détention.
- Faciliter et ne pas entraver les transferts vers des établissements de santé externes lorsque les problématiques médicales ne peuvent pas être résolues via téléconsultation et que les soins spécialisés ne peuvent pas être fournis en milieu carcéral.

C. RISQUES POUR UNE PRISE EN CHARGE EFFICACE DES SOINS DE SANTÉ PRIMAIRES

Chaque absence des conditions essentielles représente un facteur de risque en soi. Nous souhaitons toutefois souligner un enjeu supplémentaire majeur : l'accès aux soins pour les personnes soumises à une mesure de CPP est particulièrement complexe. Cette situation a même conduit les responsables à proposer que ces personnes se présentent chaque semaine au service médical de la prison afin d'obtenir leur traitement. Cependant, une telle approche s'avère impraticable en raison des contraintes organisationnelles et des besoins spécifiques des patients détenues en CPP.

3. QUELLES SONT LES BONNES PRATIQUES, LES RISQUES ET LES CONDITIONS ESSENTIELLES POUR AMÉLIORER LA PRISE EN CHARGE DES ADDICTIONS, TANT AU SEIN DES SERVICES MÉDICAUX QU'EN COLLABORATION AVEC DES ACTEURS EXTERNES, EN ACCORDANT UNE ATTENTION PARTICULIÈRE À LA SANTÉ MENTALE ET AUX SPÉCIFICITÉS DE GENRE ?

A. CONDITIONS ESSENTIELLES POUR AMÉLIORER LA PRISE EN CHARGE DES ADDICTIONS EN MILIEU CARCÉRAL

Approche intégrée. Une approche intégrée combinant les soins médicaux, psychologiques et sociaux est essentielle pour assurer une prise en charge globale et efficace des addictions en milieu carcéral. Il est nécessaire de développer des programmes qui prennent en compte l'ensemble des dimensions de l'addiction. À cet effet, l'organisation de consultations médicales régulières, de séances de thérapie individuelle et de groupe, ainsi que d'interventions sociales visant à améliorer les conditions de vie des détenus permet d'assurer une approche complète et coordonnée. Cette intégration favorise une meilleure réponse aux besoins complexes des personnes détenues et optimise l'efficacité des traitements.

Participation des personnes détenues. L'implication active des personnes incarcérées dans leur propre parcours de soins est un levier essentiel pour renforcer leur adhésion aux traitements et améliorer leur rétablissement. Il est recommandé d'encourager les personnes détenues à participer activement aux programmes de soins et à prendre des décisions éclairées concernant leur santé. À cet égard, la mise en place de groupes de soutien par les pairs, où les détenus peuvent partager leurs expériences et s'entraider, favorise le développement d'un sentiment de responsabilité et de communauté, renforçant ainsi la motivation à suivre les traitements. (Underhill, Dumont and Operario, 2014; Bagnall *et al.*, 2015; Kronfli *et al.*, 2018) Ceci a aussi été mentionné lors des interviews et focusgroups.

Sensibilisation et éducation. Une sensibilisation continue des personnes détenues et un accès à l'éducation sur les addictions et les options thérapeutiques pour elles constituent des éléments clés d'une prise en charge efficace. Il est primordial de fournir aux personnes détenues des informations claires et accessibles sur les risques liés à la consommation de substances et sur les bénéfices des traitements. À cette fin, l'organisation de sessions d'information régulières, la diffusion de supports pédagogiques et l'animation de groupes de discussion peuvent contribuer à une meilleure compréhension et favoriser l'engagement dans les parcours de soins.

Formation spécialisée du personnel. Il est impératif de former les professionnels de santé et les agents pénitentiaires sur les spécificités des addictions et les stratégies de réduction des risques. Une meilleure connaissance des différentes formes d'addictions et des méthodes de prise en charge adaptées permet d'améliorer la qualité des soins et d'optimiser la réponse institutionnelle. La mise en place de programmes de formation continue renforce ainsi les compétences du personnel et contribue à une approche plus efficace et adaptée.

Soutien post-libération. Un accompagnement structuré après la libération des personnes détenues est essentiel pour prévenir les rechutes et favoriser la réinsertion sociale. Il est crucial d'assurer un suivi médical et psychosocial post-carcéral afin de garantir la continuité des soins amorcés en détention. La création de liens avec des dispositifs de soutien externes tels que des programmes de mentorat, des groupes de soutien communautaires et des services de suivi médical constitue une réponse efficace pour maintenir les acquis thérapeutiques et réduire les risques de récidive.

Collaboration avec les acteurs externes. L'établissement de partenariats solides avec les structures spécialisées en addiction est indispensable pour garantir une prise en charge complète et coordonnée. La collaboration avec des centres de traitement des addictions, des associations de réduction des risques et des services de santé communautaires permet d'assurer un continuum de soins avant, pendant et après l'incarcération. Ces partenariats facilitent également l'orientation des détenus vers des ressources adaptées à leur sortie.

Programmes de réduction des risques Les stratégies de réduction des risques jouent un rôle central dans la gestion des addictions en milieu carcéral (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction., 2022; Kronfli *et al.*, 2025). Ces programmes visent à minimiser les conséquences néfastes de la consommation de substances tout en offrant des alternatives plus sécurisées. Par exemple :

- Les programmes d'échange de seringues permettent de réduire la transmission des maladies infectieuses telles que le VIH et l'hépatite C. De plus, toute personne atteinte du VIH ou de l'hépatite doit bénéficier d'un traitement adapté.
- Les traitements de substitution aux opioïdes (méthadone, buprénorphine) contribuent à stabiliser les patients et à limiter les comportements à risque, tout en favorisant une prise en charge progressive de la dépendance.

B. BONNES PRATIQUES POUR AMÉLIORER LA PRISE EN CHARGE DES ADDICTIONS

Dépistage et traitement des maladies infectieuses

- Mise en place de dépistages systématiques et réguliers du VIH, de l'hépatite B et C, conformément aux protocoles du SPF Justice théoriquement en place.
- Accès immédiat aux traitements spécifiques pour les personnes diagnostiquées afin d'éviter l'aggravation des pathologies et de réduire la transmission en milieu carcéral.

Préparation à la sortie et continuité des soins

- Notification anticipée au moins pour les personnes condamnées et les personnes internées (minimum 24 à 48 heures avant la libération) pour organiser un traitement médical de 72 heures et fournir une feuille de route détaillant les ressources disponibles après la sortie. Pour les personnes prévenus sous traitement médical : passage au service médical lors de la décision de leur libération.
- Utilisation d'un dossier patient informatisé compatible avec e-health et accessible à tout prestataire de soins avec accord de la personne soignée.

Mise en place de groupes de soutien par les pairs

- Organisation de sessions de groupe animées par des personnes ayant une expérience vécue de l'addiction.
- Données empiriques démontrant un impact positif sur l'engagement et le maintien des détenus dans les parcours de soins.

Création de quartiers sécurisés pour les personnes détenues abstinentes

- Possibilité d'affectation des personnes détenues souhaitant éviter toute exposition aux drogues dans des unités spécifiques.
- Mise en place de tests de dépistage réguliers pour assurer la conformité aux critères d'admission et garantir un environnement sans substances psychoactives.

Dépistage systématique à l'entrée en détention

- Évaluation initiale systématique des besoins en matière d'addictions via les services médicaux ou psychosociaux.
- Proposition d'un accompagnement individualisé dès l'arrivée pour les personnes détenues exprimant une demande de prise en charge.

Collaboration interdisciplinaire et partage d'informations sous secret professionnel

- Élaboration de protocoles clairs définissant les informations pouvant être échangées entre les différents professionnels impliqués (médecins, psychologues, assistants sociaux, personnel pénitentiaire).

- Collaboration renforcée en matière de traitement médicamenteux pour assurer une prise en charge sécurisée et adaptée.

C. RISQUES POUR UNE PRISE EN CHARGE EFFICACE DES ADDICTIONS

Chaque absence des conditions essentielles représente un facteur de risque en soi. Nous souhaitons toutefois mettre en évidence un enjeu supplémentaire majeur : l'accès aux soins pour les personnes soumises à une mesure de CPP est particulièrement complexe, notamment en ce qui concerne le traitement de substitution. En effet, ce dernier ne peut être administré que pour une durée maximale de trois jours, obligeant ainsi les personnes concernées à se présenter au service médical de la prison tous les trois jours, ce qui constitue une contrainte supplémentaire susceptible d'affecter la continuité des soins.

4. QUELS SONT LES **MODÈLES OU MÉCANISMES DE FINANCEMENT** LES PLUS APPROPRIÉS (EN TERMES DE **COÛT-EFFICACITÉ ET DE FAISABILITÉ**), TANT EN PHASE DE PROJET QU'EN MODE STRUCTUREL, POUR ASSURER DES SOINS DE SANTÉ PÉNITENTIAIRES DE QUALITÉ (NOTAMMENT EN CE QUI CONCERNE LEUR REMBOURSEMENT) ? QUELLE EST L'ESTIMATION BUDGÉTAIRE ASSOCIÉE ET QUELLES MESURES (NOTAMMENT RÉGLEMENTAIRES) DOIVENT ÊTRE MISES EN PLACE À CET EFFET ?

L'étude de la littérature et les groupes de discussion mettent en évidence la nécessité d'une réforme du financement des soins de santé pénitentiaires en Belgique. Actuellement, les coûts des soins sont financés par le SPF Justice, ce qui entraîne une fragmentation et des inefficacités. La solution préconisée consiste à transférer le financement au SPF Santé publique et à l'INAMI, conformément au principe d'équivalence avec les soins de santé classiques. Cette transition permettrait d'assurer une prise en charge intégrée et de qualité, à condition de prendre en compte les besoins du SPF Justice, qui resterait responsable de l'organisation des soins (infrastructures et sécurité). Un accord formel et une concertation intersectorielle sont essentiels pour structurer cette collaboration.

Un modèle de financement pertinent à considérer est la méthode de "needs-adjusted integrated capitation", selon laquelle les établissements pénitentiaires recevraient un budget fixe basé sur les besoins de soins moyens par institution. Les conditions de faisabilité de ce modèle doivent être analysées en profondeur. Ce système pourrait limiter la surconsommation des soins, encourager la prévention et favoriser la collaboration multidisciplinaire. Sa mise en œuvre devrait être facilitée par la création d'équipes de soins multidisciplinaires, l'utilisation de dossiers patients numériques pour améliorer l'échange de données et le développement de programmes de prévention visant l'optimisation des soins.

En outre, il est recommandé de recruter des prestataires de soins sous statut salarié. Pour ce faire, des mesures importantes doivent être prises afin d'accroître l'attractivité de la fonction. Parmi ces mesures, il serait envisageable d'introduire une combinaison d'emplois, permettant aux soignants de travailler à temps partiel en établissement pénitentiaire et à temps partiel en société. Cette approche leur offrirait une plus grande diversité d'expériences et une expertise élargie. Par ailleurs, de meilleures conditions de travail, des opportunités de formation et un soutien professionnel renforcé pourraient également contribuer à susciter un plus grand intérêt pour cette fonction.

Enfin, une vision plus large des soins de santé en milieu pénitentiaire est nécessaire : les soins ne doivent pas se limiter aux besoins médicaux et psychosociaux, mais également inclure l'accompagnement en matière de logement et d'emploi après la détention. Une approche intégrée, assurant une meilleure coordination entre les professionnels de santé et les services sociaux et psychologiques, permettrait d'améliorer la continuité et l'efficacité des soins. Cela aurait non seulement un impact positif sur la qualité de vie des personnes détenues, mais générerait également des bénéfices sociétaux en réduisant les taux de récidive et en favorisant une population en meilleure santé.

6. RECOMMANDATIONS

Les recommandations formulées ci-dessous visent à contribuer à un ou plusieurs des cinq éléments du modèle Quintuple Aim, afin de favoriser une évolution vers un système de santé pénitentiaire intégré. Pour chaque recommandation, nous expliquons quelles données issues de la littérature et de notre recherche soutiennent cette recommandation (principales conclusions), comment elle pourrait être mise en œuvre (comment ?), dans quel délai (échéance), quels acteurs sont impliqués (acteurs), quelles sont les conditions préalables nécessaires à sa réalisation (conditions préalables), et enfin, quel est la base de soutien pour cette recommandation (soutien). Les différents éléments sont définis comme suit :

- Principales conclusions de l'étude : Les recommandations sont fondées sur les résultats des différentes parties de cette étude. Une synthèse des principales conclusions soutenant chaque recommandation est fournie.
- Comment ? : Des suggestions concrètes sont formulées sur les modalités spécifiques de mise en œuvre de chaque recommandation.
- Délai : Une estimation du délai nécessaire pour la mise en œuvre est proposée, avec une distinction entre le court terme (C, <1 an), le moyen terme (M, 1-4 ans) et le long terme (L, >4 ans).
- Acteurs : Les acteurs impliqués dans la mise en œuvre de la recommandation sont précisés.
- Conditions préalables : Les conditions minimales devant être remplies pour garantir la faisabilité de la recommandation sont analysées.
- Soutien : Une enquête en ligne a été envoyée à 110 parties prenantes aux niveaux local (professionnels des services médicaux, D&D, coordinateurs locaux) et supra-local (coordinateurs du SPF Justice, SPF Santé publique et INAMI). L'objectif était d'évaluer leur niveau d'accord avec certaines propositions et la faisabilité perçue de ces dernières (voir annexe 15 pour le questionnaire). Au total, 48 parties prenantes ont participé à cette enquête : 2 coordinateurs au niveau fédéral, 15 coordinateurs au niveau des prisons, 10 membres du personnel de D&D, 9 PSM (psychologues et assistants sociaux des services médicaux), 2 membres des services médicaux (hors PSM), 10 autres professionnels (coordinateurs de politiques, coordinateurs de services externes).

Terminologie

- Service médical : Service médical incluant les psychologues et assistants sociaux des services médicaux (PSM).
- Professionnels de la santé : Service médical, y compris les PSM et les membres de D&D.
- Professionnels de la santé issus des communautés : Prestataires de soins (mentaux) intervenant en milieu pénitentiaire au titre de services communautaires (ex. services d'aide et d'assistance des gouvernements régionaux).
- Autorités compétentes : SPF Justice, SPF Santé publique, autorités régionales.
- TAP : Tribunal d'application des peines.
- SPS : Service psychosocial.
- PPL INAMI : Psychologues de première ligne sous convention avec l'INAMI.
- Prisons : Points de contact dans les établissements pénitentiaires (ex. direction, coordinateurs).
- Coordinateurs en soins de santé (SS) : Coordinateur des soins de santé et/ou coordinateur D&D.
- Coordinateurs en santé mentale (SM) : Coordinateur des soins de santé et/ou coordinateur D&D, ainsi que le coordinateur des acteurs régionaux de la santé mentale.
- Acteurs des soins de santé (mentale) en prison : PSM, service médical, D&D, PPL INAMI, services d'aide et d'assistance des communautés.
- AP : Agents pénitentiaires, regroupant l'ensemble du personnel en charge de la surveillance et de l'accompagnement des détenus en prison (ex. accompagnateurs de détention, assistants de sécurité, responsables d'unités).

6.1. COMPETENCE EN MATIERE DE SOINS DE SANTE PENITENTIAIRE

L'organisation et le financement des soins de santé primaires en milieu pénitentiaire devraient relever de la **compétence du Service Public Fédéral (SPF) Santé publique et de l'INAMI** (Favril et al., 2024 ; Organisation mondiale de la santé, 2013). Cette modification de compétence doit tenir compte du contexte particulier des établissements pénitentiaires. Une concertation intersectorielle entre la Justice et la Santé publique (y compris les entités fédérées) est essentielle à cette transition.

Principales conclusions de l'étude :

Cette proposition repose sur le principe d'équivalence avec les soins de santé généraux (Organisation mondiale de la santé, 2013 ; INAMI, n.d.), qui a été validé dans la littérature comme un levier essentiel pour assurer une continuité fluide des soins après la libération des personnes détenues. La revue de la littérature et l'évaluation économique soulignent également que l'investissement dans les soins de santé en prison représente une opportunité majeure de santé publique, permettant de prendre en charge des individus qui, autrement, auraient un accès limité voire inexistant aux soins dans la communauté. Cette perspective a été confirmée à plusieurs reprises dans les panels de parties prenantes et les entretiens (panel économique, panel supra-local et entretiens avec des coordinateurs).

Il a été souligné que les structures de financement complexes engendrent une confusion sur le terrain. Toutefois, la délégation des compétences pourrait présenter des avantages potentiels en matière de continuité et de qualité des soins, à condition que des accords clairs soient établis et qu'une collaboration multidisciplinaire soit mise en place avec le *SPF Justice* et le *SPF Santé publique* pour l'organisation et la prestation des soins.

Par ailleurs, le fait que les soins de santé et leur organisation relèvent d'une compétence partagée entre ces deux institutions a mis en évidence, lors des entretiens, la nécessité de distinguer le mandat en matière de sécurité et de structure, sans le limiter uniquement aux soins. Il a également été souligné que l'organisation des soins ne se résume pas à l'infrastructure et aux aspects sécuritaires, mais qu'une approche intégrée est indispensable pour garantir la qualité des soins

Délai	Comment ?	Acteurs
C	Mettre en place un groupe de travail au sein des conférences interministérielles compétentes pour préparer et accompagner le transfert et l'intégration des soins de santé en prison. Ce groupe devra recenser les défis spécifiques (logistiques, organisationnels, financiers), formuler des propositions concrètes pour assurer une transition fluide et clarifier les compétences (voir annexe 4 pour plus de détails).	Autorités compétentes, conférences interministérielles (IMC), INAMI
M-L	Mettre en œuvre le transfert effectif des compétences.	Autorités compétentes

Conditions préalables : Une collaboration équilibrée entre le gouvernement fédéral et les entités fédérées, conformément à leurs compétences respectives (voir également l'accord de gouvernement fédéral 2025-2029 : [Regeerakkoord-Bart De Wever nl.pdf](#)).

Soutien : Cette proposition bénéficie d'un large soutien dans l'enquête en ligne auprès des parties prenantes. 68 % des répondants se déclarent favorables à ce transfert de compétences et 73 % estiment que cette proposition est réaliste. La création d'un groupe de travail pour accompagner ce transfert est approuvée par 94 % des répondants, avec 71 % qui considèrent cette mesure faisable.

6.2. SOINS INTEGRES

Afin de promouvoir la santé et la réintégration à long terme, la transition entre la détention et le retour à la société doit être accompagnée et soutenue sur différents domaines de la vie (Hopkin et al., 2018 ; Hu et al., 2020 ; Jamin et al., 2021 ; Brosens et al., 2024). Un changement de paradigme, passant d'une approche centrée sur

les problèmes à une approche axée sur les objectifs, est nécessaire à cet égard (De Maeseneer et Boeckxstaens, 2012). L'étude a identifié quatre éléments essentiels à la mise en place de soins intégrés, à savoir : (1) le suivi médical et psychosocial des usagers des soins après leur détention, (2) la collaboration interdisciplinaire, (3) un protocole relatif au secret professionnel et (4) l'élargissement et l'amélioration de l'accès aux soins essentiels pour les personnes détenues. Les mesures suivantes peuvent être mises en œuvre pour atteindre ces objectifs :

2A. Renforcement du suivi médical et psychosocial des usagers des soins lors de la transition entre la détention et la société

Principales conclusions de l'étude :

L'examen de la littérature a révélé que le maintien de la continuité des soins lors de la transition entre la prison et la société améliore l'accès aux soins ainsi que la participation aux services de santé mentale et de traitement des addictions. Toutefois, les effets sur la récidive et les résultats à long terme restent variables. Il a été démontré qu'une approche continue, assurant un lien direct entre les soins en détention et ceux dispensés après la libération, est plus efficace pour réduire la récidive que les interventions mises en place uniquement après la détention. Les stratégies efficaces incluent la collaboration, des ressources suffisantes, un accompagnement personnalisé et un soutien social, tandis que des obstacles tels que la bureaucratie et un manque de communication limitent leur efficacité. Dans les données qualitatives, tant les entretiens avec les usagers des soins que les groupes de discussion avec les professionnels ont souligné que le suivi après la détention est essentiel pour assurer la continuité des soins et obtenir des résultats positifs en matière de santé à long terme. En outre, cette question a été identifiée comme prioritaire dans les trois panels de parties prenantes, mettant en avant la nécessité d'un renforcement et d'une amélioration de cette prise en charge.

Délai	Comment?	Acteurs
C	Les prestataires de soins en prison établissent un lien avec les institutions de soins externes afin d'organiser les rendez-vous de suivi pour les usagers des soins. Les intervenants peuvent également élaborer un "plan d'action / feuille de route" (voir annexe 7) pour guider la personne durant les premières semaines après la libération.	Professionnels de santé (service médical, D&D)
C	Le personnel travaillant à la fois en milieu intra- et extramuros (comme c'est souvent le cas dans les projets D&D) peut servir de relais avec les services extramuros et ainsi contribuer à la fois à l'interdisciplinarité et à la continuité des soins. Toutefois, il convient de veiller à ce que le taux d'occupation en prison ne soit pas trop faible (au moins 50 % d'un ETP est recommandé) afin d'éviter la fragmentation des équipes et de favoriser la coopération.	D&D
C - M	Les professionnels du service médical remettent aux patients un schéma médicamenteux accompagné d'un minimum de 72 heures de traitement (court terme). Si le Belgian Integrated Health Record est mis en œuvre dans les prisons (voir section 6.5), le schéma médicamenteux deviendra une "source authentique" qui fournira automatiquement une vue d'ensemble actualisée des médicaments prescrits, permettant ainsi une meilleure gestion médicamenteuse après la détention (moyen terme). La personne libérée pourra obtenir ses médicaments auprès de n'importe quelle pharmacie, mais il reste utile de lui remettre quelques doses lors de sa sortie.	Service médical
C-M	Les services de soins de santé (mentale) pénitentiaires doivent être informés au moins 24 heures avant la libération d'une personne condamnée ou internée afin d'élaborer un plan de suivi des soins et de la médication. Pour les mêmes raisons, une personne en détention préventive devrait être vue par le service médical avant sa libération.	Autorités compétentes

C-M	Intégrer les soins de santé primaire en prison dans les bassins de soins de première ligne. Cela facilite la continuité des soins pour les personnes en détention en renforçant le lien avec les services extramuros. Une telle intégration pourrait également favoriser l'échange de connaissances et améliorer l'orientation des usagers vers les soins les plus appropriés après leur libération.	Autorités compétentes, coordinateurs des soins de santé en prison
C	Les PPL de l'INAMI peuvent jouer un rôle dans la promotion de la continuité des soins en soutenant les personnes à la fin de leur détention et en les suivant par la suite dans la société.	PPL INAMI
C	Le CPP doit être limitée autant que possible en raison des risques associés (discontinuité des soins et difficulté à construire une structure de vie hors de la prison). Si un CPP est tout de même mise en œuvre, la continuité des soins ainsi que les conditions de base (logement et moyens de subsistance) doivent être garanties par un suivi et un accompagnement adéquat.	Autorités compétentes, SURB, direction et SPS
M	Conclure des accords de coopération avec les hôpitaux et les institutions de santé mentale, en établissant des modalités claires pour l'orientation et le suivi des patients. Pour D&D, ces formes de collaboration sont déjà définies dans l'Arrêté Royal, mais elles pourraient être étendues au service médical, en collaboration éventuelle avec D&D.	D&D Service médical

Conditions préalables : Une offre de soins de suivi suffisante, accessible et abordable doit être disponible dans la société.

Soutien : 86 % des parties prenantes interrogées en ligne estiment qu'une intégration progressive des réseaux de soins de première ligne et spécialisés est nécessaire pour faciliter l'échange de connaissances et l'orientation de patients vers les soins appropriés après la détention.

74 % considèrent cette proposition comme réalisable. Le travail à temps partiel en intra- et extramuros est encouragé et jugé faisable par 60 % des répondants, à condition qu'il ne conduise pas à une fragmentation des effectifs.

2B. Une approche interdisciplinaire en prison est essentielle pour répondre aux besoins complexes des personnes détenues. Cela nécessite une collaboration entre différentes instances de soins, avec des réunions régulières (hebdomadaires ou bimensuelles) entre tous les acteurs impliqués, afin d'assurer une prise en charge coordonnée et efficace.

Principales conclusions de l'étude :

Dans les trois panels de parties prenantes, l'importance de la collaboration interdisciplinaire en prison a été confirmée comme un élément clé pour garantir des soins efficaces et efficaces aux personnes détenues (D'Amour et al., 2008). Les données qualitatives ont également identifié la "collaboration" comme un élément transversal influençant les cinq dimensions du *Quintuple Aim* (Nundy, Cooper et Mate, 2022). Pour rendre le travail interdisciplinaire possible, deux aspects ont été soulignés : l'importance du partage d'informations (voir recommandation 2C et section 5) et la nécessité d'une coopération structurelle. Là où des organes de concertation existaient déjà, ils ont été généralement bien évalués. En revanche, dans les établissements où ces organes n'étaient pas encore mis en place, leur nécessité a été exprimée. Cependant, des incertitudes ont été soulevées quant à ce qui pouvait être partagé dans ces réunions au regard du secret professionnel (voir recommandation 2C). Le manque de temps a également été mentionné comme un obstacle à la coopération.

Délai	Comment	Acteurs
C	Instaurer un organe de concertation interdisciplinaire intramuros se réunissant régulièrement, incluant les services D&D et le service médical en prison.	Service médical, D&D

M	Étendre cet organe de concertation interdisciplinaire à toutes les instances de soins de santé (mentale) intervenant en prison (ex. PPL de l'INAMI, prestataires de soins régionaux).	Acteurs des soins de santé (mentale)
----------	---	--------------------------------------

Conditions préalables : Disponibilité de temps des acteurs concernés et d'un espace (physique) dédié aux réunions. Un cadre cohérent de partage d'informations et de respect du secret professionnel (voir section 2B).

Soutien : L'importance des collaborations intra- et extramuros est largement reconnue par les acteurs en prison ainsi que par d'autres parties prenantes. Toutefois, il a été souligné que ces collaborations ne doivent pas compromettre la relation de confiance avec les usagers des soins et qu'elles doivent se faire avec leur consentement. Nous avons également posé la question de l'intégration structurelle des services D&D au sein du service médical.

Les avis étaient partagés : 50 % des répondants y étaient favorables, tandis que 50 % s'y opposaient. Ces résultats corroborent les constats issus des données qualitatives concernant les avantages (ex. secret professionnel partagé et soins intégrés) et les inconvénients (ex. confidentialité et confiance des usagers des soins) d'une telle intégration.

2C. Élaborer un protocole de partage d'informations entre toutes les parties prenantes

Principales conclusions de l'étude :

Afin d'assurer la continuité des soins, les données qualitatives et les panels de parties prenantes ont souligné l'importance d'un protocole encadrant le partage d'informations. Ce protocole doit, d'une part, permettre la collaboration interdisciplinaire et, d'autre part, garantir le respect du droit à la vie privée des usagers des soins. Les participants ont insisté sur le fait que ce protocole doit être élaboré en concertation avec les acteurs concernés afin de garantir son adéquation au contexte spécifique de la détention. Le bien-être des professionnels de santé a également été mentionné comme un élément central de cette démarche. Parmi les pratiques inspirantes identifiées, l'utilisation d'un formulaire de *consentement éclairé* permettant aux usagers de décider du partage de leurs informations a été mise en avant.

Délai	Comment	Acteurs
C	Lancer une étude sur les bonnes pratiques et les différentes perspectives des acteurs en prison afin d'identifier comment assurer des soins intégrés tout en respectant le secret professionnel et la confidentialité (ex. consentement éclairé).	Autorités compétentes en collaboration avec des chercheurs et établissements pénitentiaires
C	Sur cette base, élaborer un accord commun entre les acteurs concernés (acteurs des soins au niveau fédéral et régional, internes et externes, acteurs judiciaires tels que les agents pénitentiaires, la direction et le SPS), dans lequel des accords concernant l'échange de données personnelles sont établis en vue de l'organisation pratique de la prestation des soins, dans le respect des obligations existantes relatives au traitement des données personnelles (voir, par exemple, l'accord de coopération entre le gouvernement fédéral et le gouvernement flamand concernant l'aide aux détenus de mai 2022)	Autorités compétentes
C-M	Intégrer les soins pénitentiaires dans le plan interfédéral pour les soins intégrés, en particulier pour les groupes vulnérables.	Autorités compétentes

Soutien : Les données collectées en prison, les panels de parties prenantes locaux et l'enquête en ligne ont révélé une forte demande pour un cadre cohérent de partage d'informations. De manière générale, les résultats de

l'enquête en ligne indiquent que les professionnels de santé (PPL de l'INAMI, acteurs régionaux des soins de santé mentale) considèrent qu'une liste des usagers des différents services devrait être accessible aux soignants afin de faciliter l'identification d'un point de contact et d'éviter la duplication des services. Une courte majorité (53 %) s'est déclarée favorable au partage d'informations essentielles entre les services D&D et le service médical sous le régime du secret professionnel partagé. En revanche, la majorité des répondants ne souhaite pas partager d'informations avec les acteurs judiciaires (SPS, direction de la prison et agents pénitentiaires), par souci de préserver la relation de confiance avec les usagers des soins (voir tableau section 6.5 pour une vue d'ensemble).

6.3. QUESTIONS RELATIVES AU PERSONNEL

Principales conclusions de l'étude :

Alors que les données qualitatives ont mis en évidence plusieurs lacunes concernant l'accès aux soins médicaux spécialisés, la revue de la littérature a identifié les téléconsultations comme une option prometteuse pour améliorer cet accès tout en optimisant le rapport coût-efficacité. Par ailleurs, plusieurs profils de gestionnaires interrogés dans les données qualitatives ont souligné les difficultés de recrutement et de rétention des agents pénitentiaires et des médecins, un constat également appuyé par la littérature. Ces défis ont un impact négatif sur l'accès à des soins de qualité pour les personnes détenues. Le volet économique de l'étude a nourri les recommandations ci-dessous visant à relever ces défis. En outre, tant la littérature que les données qualitatives ont mis en avant l'importance de la formation des agents pénitentiaires pour leur permettre de mieux répondre aux besoins complexes des personnes détenues. Selon la littérature, cela favoriserait la mise en œuvre des interventions de santé et contribuerait à un environnement plus favorable au soutien et à la réhabilitation. De plus, le personnel de santé récemment intégré en prison a exprimé le besoin d'une formation spécifique au contexte pénitentiaire, tandis que le personnel de santé déjà en place a souligné la nécessité d'une formation continue pour faire face aux besoins complexes et évolutifs des personnes détenues (ex. addictions). L'offre de formation développée par HoGent, ULB, UCLouvain, Transit ASBL et I.Care pourrait répondre en partie à ces besoins.

Délai	Comment	Acteurs
C-M	Assurer la formation du personnel soignant pour fonctionner dans un contexte pénitentiaire et former à la fois les agents pénitentiaires et le personnel de santé à la gestion des besoins complexes des personnes détenues. Il est recommandé de prévoir une offre de formation globale, incluant éventuellement un module local pour répondre aux spécificités contextuelles de certaines prisons.	Autorités compétentes
M	Permettre aux médecins et infirmiers exerçant en prison de consulter des médecins spécialistes pour avis via des téléconsultations. Pour cela, il est nécessaire de garantir une connexion internet, un ordinateur équipé d'une caméra, un pool de médecins spécialistes accessibles à la consultation et des modalités de remboursement pour ces consultations (via convention ou par patient).	Autorités compétentes
M	Rendre la profession de soignant en milieu pénitentiaire suffisamment attractive. Pistes concrètes : une rémunération compétitive, un accès à la formation et au développement professionnel, des conditions de travail optimales (ex. espaces de travail bien équipés, environnement sécurisé, possibilité de travailler à temps partiel en intra- et extramuros), ainsi qu'une attention particulière au bien-être du personnel.	Autorités compétentes
M	Engager l'ensemble du personnel soignant impliqué dans la santé (mentale) en prison (ex. médecins, PPL) en tant que salariés. Cela pourrait améliorer le bien-être du personnel, l'accessibilité et la qualité des soins en milieu pénitentiaire, ainsi que l'intégration des soignants à la culture carcérale et la collaboration multidisciplinaire.	Autorités compétentes

Conditions préalables : Il est nécessaire de libérer du temps pour que le personnel pénitentiaire et soignant puisse suivre ces formations.

Soutien : Les acteurs ayant participé à l'enquête en ligne étaient presque unanimement favorables (94 %) à la mise en place des *téléconsultations* avec des médecins spécialistes. La majorité (75 %) considérait cette initiative comme réalisable. L'importance des autres recommandations a été mise en évidence dans les différents volets de la recherche.

6.4. SYSTÈME DE FINANCEMENT VIA NEEDS-ADJUSTED INTEGRATED CAPITATION

Nous proposons un système de financement basé sur une *needs-adjusted integrated capitation*. Ce modèle attribue un budget fixe par établissement pénitentiaire, calculé en fonction des besoins moyens en soins de santé et du nombre de personnes détenues dans chaque prison, plutôt que sur une base de prestation ou de service rendu.

Principales conclusions de l'étude :

Le volet économique a mis en évidence la nécessité d'un système de financement efficace qui favorise la continuité des soins et la collaboration multidisciplinaire, et qui remédie à la fragmentation actuelle des systèmes de financement (paiement à la prestation, salariat, indépendants), tout en permettant une évolution progressive vers des soins de santé intégrés. De plus, ce système pourrait répondre aux préoccupations soulevées dans l'analyse qualitative concernant l'accessibilité des soins qui répondent aux besoins spécifiques de la population carcérale.

Délai	Comment	Acteurs
C	Réaliser une analyse détaillée des besoins moyens en soins par établissement, sur la base de données démographiques, de la prévalence des maladies, de la consommation historique de soins et des déterminants sociaux de la santé.	Autorités compétentes en collaboration avec les instances de recherche
M	Les établissements pénitentiaires pourraient servir de plateformes innovantes (tant les maisons d'arrêt que les maisons de peine, étant donné leurs contextes spécifiques) pour la mise en œuvre d'une approche intégrée des soins financée via needs-adjusted integrated capitation. Pour ce faire, il convient d'inclure les soins en prisons dans un plan interfédéral ou de créer deux chambres au sein de l'INAMI, dans la Commission chargée de l'application des paiements forfaitaires : l'une dédiée au paiement par capitation intégré pour les personnes détenues et l'autre pour les patients suivis dans les maisons médicales. Bien que les budgets de ces deux chambres soient distincts, elles pourraient collaborer afin d'affiner et d'évaluer le modèle de financement sur base d'expériences passées et en cours. L'efficacité du système pourrait être mesurée par des indicateurs concrets tels que l'amélioration de la continuité des soins, une collaboration renforcée, des modèles de collaboration innovatives et des soins mieux adaptés aux besoins complexes de groupes vulnérables entre les prestataires et une transition des soins curatifs vers des soins préventifs. Sa mise en œuvre impliquerait en premier instance la création d'équipes de soins multidisciplinaires, l'utilisation de dossiers médicaux électroniques compatibles avec e-health pour un meilleur partage des données, ainsi que le développement de programmes de prévention ciblant les addictions et la santé mentale.	Autorités compétentes en collaboration avec les instances de recherche
L	À terme, ce système pourrait être déployé dans l'ensemble des établissements pénitentiaires concernés, avec pour objectif final son ancrage légal et son intégration structurelle dans le financement des soins de santé en prison.	Autorités compétentes

Soutien : Une large majorité des acteurs du panel en ligne (85 %) a exprimé son accord avec cette proposition. Toutefois, une minorité (41 %) a soulevé des questions quant à sa faisabilité.

6.5. DONNEES DE SANTE DES PERSONNES EN DETENTION

Des données précises et fiables sont essentielles pour garantir des soins de qualité et continus, éviter les chevauchements et les duplications, surveiller les soins fournis et planifier les dépenses de santé en fonction des besoins du groupe cible. Dans la société, le partage de ces données est régi par la règle selon laquelle les données de santé d'une personne sont accessibles aux prestataires de soins avec lesquels elle entretient une *relation thérapeutique*, sauf si elle exclut explicitement certains prestataires de l'accès à ses données (Arrêté royal du 15 décembre 2024 sur l'accès aux données de santé).

Principales conclusions de l'étude :

L'enquête a révélé des difficultés récurrentes liées à l'utilisation du système *Epicure*. De plus, un manque frappant de données quantitatives et objectives sur les soins de santé en prison a été mis en évidence. Concernant la mise en place du nouveau dossier patient électronique (DPE) *Omnipro*, qui subit d'importants retards, il est crucial de définir clairement les objectifs de son utilisation. Un DPE facilitant la communication avec les prestataires de soins externes est indispensable pour améliorer la continuité des soins. En parallèle, la confidentialité des données a été identifiée comme un pilier essentiel dans le fonctionnement des projets pilotes, selon les données qualitatives recueillies.

Délai	Comment	Acteurs
C	Au moins mettre à disposition des différents acteurs de soins une liste précisant quels services sont sollicités par chaque patient, afin d'éviter les redondances dans l'offre de soins et d'identifier un point de contact pour les préoccupations concernant une personne détenue.	Coordinateurs en charge des soins en prison
C-M	Développer un dossier patient électronique (DPE) qui, avec le consentement du patient, intègre ses données médicales, psychologiques et sociales, tant pour les soins reçus à l'intérieur qu'à l'extérieur de l'établissement pénitentiaire (par exemple en l'intégrant au Belgian Integrated Health Record – BIHR – afin d'assurer la continuité des soins après la libération).	Autorités compétentes
M-L	Une fois le DPE mis en place et un entretien standardisé d'admission instauré, différents indicateurs pourront être suivis de manière systématique. Une liste d'indicateurs potentiels, développée sur base de la littérature et adaptée au contexte belge, est annexée (voir annexe 5).	Autorités compétentes

Conditions préalables : Il est nécessaire que la liste des services de soins utilisés par chaque patient soit mise à jour et que le dossier patient, s'il est disponible, soit complété par les prestataires de soins afin que les données puissent être exploitées.

Les conventions de partage des données doivent être signées par les différents acteurs pour garantir la conformité au RGPD et au secret professionnel.

Soutien : 83 % des répondants à l'enquête en ligne soutiennent l'idée que le partage d'informations doit être encadré par une convention. 97 % des participants (seule une personne s'y est opposée) estiment que l'échange d'informations ne devrait être possible qu'avec le consentement de l'usager des soins. En ce qui concerne les différents acteurs impliqués, nous avons interrogé les participants sur leur préférence quant au partage d'informations avec d'autres catégories d'acteurs : ne pas partager d'informations, partager uniquement le nom du prestataire de soins impliqué ou secret professionnel partagé.

	Ne pas partager d'informations	Nom du prestataire uniquement	Secret professionnel partagé
Service médical, D&D	9 %	38 %	53 %
PPL INAMI	7 %	53 %	40 %
Prestataires de soins hors prison	35 %	23 %	42 %
Prestataires de soins (psychosociaux et spirituels) des Communautés	7 %	67 %	20 %
Direction, service psychosocial, AP	67 %	30 %	3 %

6.6. IMPLEMENTATION DES PROJETS PILOTES

Principales conclusions de l'étude :

L'analyse qualitative a mis en évidence plusieurs défis liés à l'implémentation des projets pilotes. Selon les participants, ces défis ont un impact tant sur l'efficacité des soins que sur le bien-être des professionnels. De plus, l'étiquette de « projet pilote » complique l'intégration structurelle de ces initiatives dans le système carcéral. Afin d'éviter ces difficultés à l'avenir, nous proposons les mesures suivantes :

Délai	Comment	Acteurs
C	Recruter de manière durable des coordinateurs de soins de santé en milieu carcéral, chargés de l'intégration des différents aspects des soins de santé, de la collaboration interdisciplinaire à l'intérieur et à l'extérieur de la prison, et d'assurer un rôle de point de contact pour les professionnels de santé. Une première étape réalisable à court terme est l'élaboration d'un profil de poste et d'un parcours de formation pour cette fonction, en collaboration avec les institutions de santé existantes.	Autorités compétentes
M	Pour la poursuite de la mise en œuvre des projets pilotes, nous recommandons une approche progressive basée sur un Plan de Gestion du Changement, impliquant : une analyse des besoins, la création d'un soutien institutionnel, une communication efficace, la satisfaction des conditions préalables avant l'implémentation et une évaluation structurelle continue.	Autorités compétentes
M	Privilégier une réforme structurelle intégrée plutôt que la mise en place de « projets pilotes ». Lorsque des projets pilotes sont néanmoins adoptés, veiller à les intégrer durablement dans le système de soins dès qu'ils s'avèrent efficaces, afin d'atténuer les effets négatifs liés au caractère temporaire de ces initiatives.	Autorités compétentes

Soutien : Les acteurs pénitentiaires consultés ont unanimement souligné l'importance d'un coordinateur de soins de santé, en insistant sur la nécessité d'un rôle pérenne, idéalement confié à une personne familiarisée avec l'environnement carcéral. L'enquête en ligne auprès des parties prenantes a révélé que 76 % des répondants considèrent cette proposition comme importante et réalisable. De plus, plusieurs parties prenantes ont soulevé l'importance que ça soit une personne qui connaît « les tenants et aboutissants » de la prison. Pour cela, 65 % des participants estiment que ce rôle devrait être confié à un professionnel déjà présent dans la prison, à condition que cette personne dispose du temps et du mandat nécessaires. La vaste majorité (90 %) des répondants ont exprimé leur préférence pour une réforme structurelle intégrée, où les projets pilotes jugés efficaces deviennent des dispositifs permanents et intégrés au système de soins existant. 77 % des participants jugent cette approche réalisable.

6.7. SOINS DE SANTE MENTALE

Principales conclusions de l'étude :

Une confusion a été rapportée dans les prisons concernant les rôles des différents services offrant des soins de santé mentale en milieu carcéral (y compris les PSM, PPL et soins fournis des acteurs des communautés). Par ailleurs, une demande accrue de soins psychologiques pour les personnes en détention a été formulée. L'étude de la littérature a montré que les sessions de groupe, combinées à d'autres formes de traitement (telles que la thérapie cognitivo-comportementale, la pleine conscience et le soutien par les pairs), offrent des opportunités pour une prise en charge rentable des personnes souffrant d'anxiété et de dépression, tout en améliorant leur expérience de soins. Lors de la collecte de données en milieu carcéral, un besoin urgent et une lacune importante en matière de soins psychologiques de seconde ligne ont été identifiés, les PSM prenant souvent en charge ces problématiques « de deuxième ligne » en raison de l'absence d'alternative immédiatement disponible. Il a également été souligné que les personnes présentant des troubles psychiques graves et complexes ne devraient pas être placées en détention, mais devraient recevoir des soins spécialisés dans un cadre de soins adapté.

Délai	Comment	Acteurs
C	Clarification des rôles des différents acteurs responsables des soins de santé (mentale) en prison en créant : 1) un organigramme au niveau supra-local et 2) un organigramme au niveau local, avec des objectifs clairs, des groupes cibles et des points de contact pour chaque service, afin d'éviter toute confusion, de limiter les chevauchements de services et de développer une offre complémentaire.	Niveau supra-local : autorités compétentes Niveau local : coordinateurs en santé mentale
M	Extension de l'offre de soins psychologiques de première ligne par le biais de sessions de groupe en collaboration avec les PPL de l'INAMI.	PPLs INAMI en collaboration avec d'autres acteurs des soins de santé (mentale) et la direction de la prison ou d'autres membres du personnel pénitentiaire (ex. APs)
M	Expansion et développement des soins psychologiques de deuxième ligne en milieu carcéral, de préférence en partie à l'intérieur de la prison (cf. service médical PSM) afin d'en améliorer l'accessibilité.	Acteurs soins de santé mentale, direction de la prison ou d'autres membres du personnel pénitentiaire (ex. APs)

Conditions préalables : Il est nécessaire de lever les obstacles à la mise en place d'une offre de soins de santé mentale en groupe et individuelle, tels que la pénurie de personnel, le manque de locaux adaptés aux sessions de groupe et les difficultés d'accès aux prisons. De plus, il est primordial d'assurer un environnement de travail sécurisé pour le personnel soignant et de faciliter l'utilisation d'un ordinateur portable au sein de la prison. L'offre de soins doit être développée en concertation avec tous les acteurs concernés (ex. APs, direction, acteurs communautaires et fédéraux en santé mentale). Enfin, une offre de soins spécialisée, en dehors des prisons ordinaires, doit être accessible aux personnes présentant des troubles psychiques graves et complexes.

Soutien : Lors du sondage en ligne, 90 % des répondants se sont déclarés favorables à l'extension de l'offre de soins psychologiques de premier ligne en groupe, dont 68 % considèrent cette mesure comme réalisable. De plus, les parties prenantes ont presque unanimement exprimé (97 %) la nécessité d'un renforcement des soins psychologiques de deuxième ligne, bien que 27 % des répondants aient soulevé des questions quant à la

faisabilité de cette mesure en raison de contraintes contextuelles telles que le manque de locaux et le régime pénitentiaire.

6.8. PRISE EN CHARGE DES PERSONNES PRESENTANT DES PROBLEMES LIES AUX DROGUES

Les soins aux personnes souffrant d'assuétudes doivent être aussi pleinement accessibles que dans la société afin d'être efficaces. Cela inclut la prévention, le traitement et la réduction des risques (Sander et al., 2016; Bielen et al., 2018; European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, 2022). Bien que la prévention et la réduction des risques relèvent des compétences régionales, elles doivent également être disponibles en prison conformément à la loi de base du 12 janvier 2005.

8A) Prévention et réduction des risques – Améliorer l'accès aux mesures préventives et à la réduction des risques pour les personnes détenues

Principales conclusions de l'étude :

Les projets D&D, selon les entretiens avec les usagers de soins et les groupes de discussion, s'impliquent dans la prévention et dans divers éléments (souvent éducatifs) de la réduction des risques, et s'efforcent de les offrir au mieux aux usagers. L'absence de programmes d'échange de seringues et le manque de tests et de traitements contre le VHC – un seul détenu a reçu un traitement à un moment donné en 2024 – ont été perçus comme une limitation par les participants en prison. Les programmes d'échange de seringues ne sont mis en œuvre que dans neuf pays à travers le monde. Dans la plupart de ces pays, ces mesures ont été étendues après les projets pilotes initiaux (Kronfli et al., 2025).

Délai	Mesures	Acteurs
C	Dépistage des maladies transmissibles (VIH, hépatites B et C) à l'entrée en prison et traitement rapide pour toutes les personnes détenues, qu'elles soient condamnées, internées ou prévenues.	Service médical
C-M	Demande aux instances régionales compétentes (ex. Safe Brussels, Cocof, Cocom) d'apporter leur aide et leur expertise afin d'implémenter ces stratégies en prison via D&D.	Autorités compétentes, D&D
C-M	Révision des protocoles de traitement de substitution et d'administration des médicaments psychotropes pour mieux les adapter au contexte spécifique des maisons d'arrêt et des maisons de peiness.	Autorités compétentes, service médical, D&D

Conditions préalables : Décision politique pour permettre les mesures de réduction des risques en prison.

Soutien : 100 % des répondants de l'enquête Qualtrics soutiennent l'extension des mesures de réduction des risques en prison, et 89 % considèrent cette mesure comme réalisable.

8B) Traitement – soins intégrés (thérapie de groupe + thérapie individuelle + traitement de substitution)

Il est essentiel que la prise en charge des personnes ayant des problèmes liés à la consommation des drogues repose sur un continuum de soins, disponibles à la fois en prison et dans la société. Ces soins doivent assurer une continuité, y compris lors des transferts entre établissements ou à la libération. Différentes options de traitement de substitution (administration orale quotidienne ou injection mensuelle) doivent être accessibles, avec un choix basé sur les besoins individuels plutôt que sur les contraintes des services de soins. Le suivi régulier des usagers de soins et, si nécessaire, adaptation de dose sont importants.

Principales conclusions de l'étude :

La revue de la littérature a révélé que la réduction la plus significative de la consommation de substances et de la récidive est obtenue par une approche globale de l'accompagnement, incluant un soutien individuel, une assistance spécialisée en assuétudes, une thérapie cognitivo-comportementale, des approches spécifiques au

genre et l'accès à des soins de santé mentale sensibles aux traumatismes. Comme indiqué en section 6.7, un cadre de soins plus spécialisé peut être nécessaire pour les personnes souffrant de troubles concomitants graves en matière d'addiction et de psychiatrie. En outre, la revue a apporté des preuves scientifiques convaincantes de l'efficacité de la thérapie de substitution (telle que la méthadone et la buprénorphine) sur divers résultats chez les personnes en détention (tels que la consommation de drogues, la mortalité et la rétention dans le traitement). Une hétérogénéité significative existe quant à la prescription et la disponibilité de la thérapie de substitution dans les prisons belges (voir les résultats dans l'annexe en français). Certaines prisons semblent privilégier les injections de Buvidal comme traitement de substitution, car une seule dose par mois est nécessaire. D'autres établissements favorisent l'utilisation du Suboxone. Afin d'assurer la continuité du traitement lors des transferts et après la détention, ainsi que pour offrir des soins adaptés, il est recommandé que tous les traitements soient disponibles dans l'ensemble des établissements pénitentiaires. Pour garantir une approche intégrée, cette disponibilité doit être combinée avec d'autres formes de soutien et de traitement.

Délai	Comment	Acteurs
C	Maintien et afin d'atteindre un public plus large, extension de la combinaison des sessions individuelles et de groupe chez D&D.	Autorités compétentes, D&D
C	Accès à la substitution par voie orale et injectable, combiné à des consultations avec les intervenants en assuétudes.	Service médical, D&D
C-M	Harmonisation du traitement pharmacologique et de substitution entre les prisons et équivalent à la disponibilité en société libre pour assurer la continuité des soins.	Autorités compétentes, service médical
C-M	Les personnes qui reçoivent un traitement de substitution, devraient avoir accès au thérapie individuel ainsi qu'aux séances de groupes. Pour cela, une collaboration entre D&D et le service médical devrait être formalisé dans une convention dans tous les établissements, afin de rendre possible le secret professionnel partagé.	Autorités compétentes, service médical, D&D

Soutien : 97 % des répondants de l'enquête en ligne soutiennent une extension de l'offre de groupes D&D et 72 % la considèrent faisable. Cependant, des défis subsistent quant à l'accès des personnes détenues (à cause de procédures d'appel complexes) et à la disponibilité de locaux suffisants. Les barrières linguistiques limitant l'extension à des groupes vulnérables sont également mentionnées.

8C) Traitement – Extension des nouvelles initiatives (soutien par les pairs, communautés thérapeutiques et sections sans drogues ou à faible disponibilité des drogues (explications en terminologie))

Principales conclusions de l'étude :

Selon la littérature, les communautés thérapeutiques montrent des résultats prometteurs pour les personnes présentant des problèmes liés aux drogues. Tant la revue de la littérature que les entretiens et groupes de discussion en prison soulignent l'importance d'impliquer des experts du vécu. Selon la littérature (bien que des recherches supplémentaires soient nécessaires, les revues disponibles présentant des limites méthodologiques), ces derniers constituent non seulement des soutiens précieux pour les personnes ayant des problèmes liés aux drogues, mais contribuent également, avec des programmes éducatifs, à une amélioration significative des connaissances sur la transmission du VIH et les comportements à risque, réduisant ainsi les comportements sexuels et d'injection à risque. Les sections où les personnes détenues subissent régulièrement des tests de dépistage afin de démontrer leur abstinence et où la disponibilité des drogues est moindre, réduisant ainsi la tentation d'en consommer – sont perçues très positivement tant par les personnes détenues que par le personnel soignant. (ex. section sans drogues ou section à faible disponibilité de drogues)

Délai	Comment	Acteurs
C-M	Toutes les nouvelles initiatives devraient idéalement être développées en tenant compte de l'expertise des initiatives existantes afin de répondre aux besoins du terrain.	Autorités compétentes
C-M	Une réflexion doit être engagée sur le développement possible de communautés thérapeutiques dans les prisons belges.	Autorités compétentes, D&D
C-M	Renforcement de l'implication des experts du vécu dans l'offre de groupes.	D&D
M	Augmenter la disponibilité des sections sans drogues et, là où ce n'est pas possible, créer des sections à faible disponibilité des drogues dans chaque prison pour les détenus souhaitant éviter tout contact avec les drogues, avec obligation de tests réguliers.	Autorités compétentes

Conditions préalables : Le financement régulier des tests de dépistage est indispensable pour assurer le fonctionnement des sections sans drogues et sécurisées.

Acceptabilité : 87 % des répondants de l'enquête soutiennent l'introduction de communautés thérapeutiques en prison, dont 74 % considèrent cela faisable. Par ailleurs, 83 % approuvent la création de davantage de sections sans drogues, avec 57 % jugeant cette mesure réalisable.

6.9. EQUITE

Principales conclusions l'étude :

Sur la base des chiffres du SPF Justice, entre 28 % et 44 % des personnes détenues ayant séjourné en prison en 2023 ne disposaient pas de titre de séjour en Belgique. Les instruments de screening et les dossiers électroniques des patients doivent donc permettre l'enregistrement des personnes sans titre de séjour. L'accès aux soins de santé est organisé pour les personnes détenues sans titre de séjour, mais dans la société libre, l'absence de titre de séjour peut constituer un obstacle à l'accès aux soins. La barrière linguistique a été signalée comme un défi par les professionnels de la santé. L'étude de la littérature a souligné l'importance des soins adaptés aux besoins des détenus âgés et des minorités de genre en prison (principalement les femmes). La collecte de données qualitatives a révélé une lacune dans les soins adaptés aux personnes allophones et/ou issues de minorités culturelles, les services ayant recours aux médiateurs interculturels s'étant exprimés positivement à cet égard, mais de nombreux obstacles à l'utilisation de ces services ayant été rapportés. Selon les participants, le traducteur Vasco facilite les conversations simples avec les personnes détenues, ouvrant ainsi des possibilités de communication avec les allophones en détention.

Délai	Comment	Acteurs
C	Développer une offre spécifique pour les minorités de genre et les femmes au sein de D&D, en leur donnant le choix de rejoindre soit un groupe mixte (hommes et femmes), soit un groupe spécifique au genre répondant à leurs besoins.	D&D
C	Accroître la notoriété des médiateurs interculturels auprès des services susceptibles d'y recourir (service médical) et en élargir l'accès à d'autres prestataires de soins (ex. D&D).	Autorités compétentes en collaboration avec les médiateurs interculturels
C	Rendre le traducteur Vasco plus largement disponible, en priorité pour D&D et les agents pénitentiaires. Cette disponibilité pourrait ensuite être étendue à d'autres acteurs de la prison qui n'y ont pas encore accès.	Autorités compétentes, direction des prisons

C	Rendre les informations sur l'offre de soins disponible, leur objectif et la procédure d'inscription accessibles au personnel pénitentiaire et aux détenus, en les diffusant en plusieurs langues, avec des pictogrammes et sous différentes formes.	Coördinateurs en santé mentale
C	Adopter diverses procédures d'inscription aux soins de santé (mental) : soumettre une demande par note écrite, via un système en ligne, ou par référence de diverses instances rencontrées. Cette diversité des moyens d'inscription augmente les chances que davantage de détenus accèdent aux soins (ex. ceux ayant une littératie numérique limitée peuvent envoyer une note plutôt que d'utiliser un système en ligne).	Coördinateurs en santé mentale
C-M	Renforcer la disponibilité et l'accessibilité des soins pour les personnes âgées en détention en mettant en place une offre de groupe ou individuelle spécifique et en développant un travail d'outreach	Acteurs des soins de santé (mentale)
C-M	Augmenter les possibilités de travail en outreach pour les professionnels de la santé, notamment en se rendant en cellule, d'abord pour les PSM et D&D, puis pour d'autres professionnels de santé tels que les PPL de l'INAMI et les professionnels de santé communautaires.	Direction des prisons et agents pénitentiaires, coordinateurs en santé mentale)
C-M	Améliorer la disponibilité et l'accessibilité des médiateurs interculturels (1) par des modifications à l'échelle des prisons (ex. augmentation du nombre de locaux avec connexion Internet) et (2) par l'élargissement de leur accessibilité, par exemple, en planifiant des permanences linguistiques fixes au lieu de rendez-vous limités à certaines heures.	Autorités compétentes, direction des prisons, médiateurs interculturels
M	Rendre les offres de groupes pour D&D et les soins psychologiques de première ligne plus accessibles aux allophones en créant des groupes dans les langues les plus courantes et en diffusant des informations sur D&D dans ces langues.	Autorités compétentes, D&D

Conditions préalables : Pour garantir l'égalité des soins, une offre de soins suffisante est nécessaire. Pour pouvoir faire du travail d'outreach, il est essentiel que les prestataires de soins et les autres acteurs (notamment les agents pénitentiaires) réfléchissent aux mesures nécessaires pour assurer un déploiement sécurisé de ceci.

Soutien : L'accessibilité des soins pour divers groupes est fortement liée à la disponibilité des soins. Bien que la collecte de données empiriques ait indiqué que les projets pilotes souhaitent se concentrer sur cet aspect, les principaux obstacles à sa mise en œuvre sont le manque d'offre disponible, ainsi que l'insuffisance de temps et d'espace physique pour développer une offre accessible. Lorsqu'ils sont utilisés, le traducteur Vasco et les médiateurs interculturels sont cités comme des bonnes pratiques pour atteindre des populations culturellement et linguistiquement diverses, mais leur disponibilité doit être augmentée afin que davantage de personnes puissent en bénéficier.

6.10. RECOMMANDATIONS POUR LES RECHERCHES FUTURES

Revue de la littérature : Peu de recherches ont été menées sur le traitement des **femmes détenues**, malgré leurs besoins spécifiques en matière de soins de santé et les défis particuliers auxquels elles sont confrontées (notamment une prévalence plus élevée de traumatismes, de problèmes de santé mentale et de consommation de substances) (Friestad, Haukvik, Johnsen & Vatnar, 2023). De plus, il existe un manque frappant de recherches sur le traitement des détenus présentant des troubles comorbides (par exemple, des troubles concomitantes de santé mentale et de consommation de substances), une seule revue menée par Perry et al. (2023) abordant ce sujet en se concentrant sur les détenus (âgés) ayant des troubles comorbides. En outre, aucune revue n'a exploré les besoins en soins de santé des minorités ethniques ou culturelles.

Évaluation économique : Les établissements pénitentiaires peuvent servir de plateformes d'innovation pour la mise en œuvre de approches de soins nouvelles ou alternatives, telles que le **système de financement needs-adjusted integrated capitation**. Nous proposons de mettre en place un projet pilote dans plusieurs prisons (tant dans les maisons d'arrêt que dans les maisons de peine, en raison de leurs contextes distincts) afin d'implémenter une approche de soins intégrée financée selon ce modèle.

Une évaluation scientifique du projet pilote est essentielle pour mesurer l'effet du modèle de needs-adjusted integrated capitation. Cela peut être réalisé à travers des rapports périodiques, des entretiens avec les personnes détenues et les prestataires de soins, le suivi des résultats de soins tels que l'état de santé, les taux de récidive et la réinsertion sociale, ainsi que l'analyse coût-efficacité du nouveau modèle de soins comparé à l'approche actuelle et une analyse d'impact budgétaire. Les données générées par ces recherches fourniront des informations précieuses pour l'élaboration de politiques fondées sur des preuves.

En utilisant les prisons comme plateforme d'innovation pour un modèle needs-adjusted integrated capitation, il est possible d'obtenir des insights majeurs sur l'adaptation des soins aux besoins divers et souvent complexes des personnes détenues, tout en contribuant à l'amélioration de leur santé et de leur réinsertion sociale (apport positif à la société).

Étude empirique en méthode mixte :

Lors des enquêtes qualitatives menées en prison, le besoin urgent d'un protocole **de partage d'informations et de secret professionnel** a été souligné. Bien que nous ayons partagé certaines conclusions à ce sujet, des recherches supplémentaires sont nécessaires pour développer un protocole intégrant l'ensemble des acteurs en prison, tenant compte de leur finalité et offrant la meilleure approche possible pour fournir des soins intégrés tout en respectant la confidentialité des bénéficiaires. En outre, une recherche approfondie sur les soins de santé (mentale) destinés aux minorités de genre (y compris les **femmes**) en milieu carcéral pourrait fournir des outils pour développer une offre plus ciblée et mieux adaptée aux besoins de ces populations. Enfin, des études pourraient également améliorer l'accessibilité des soins pour les minorités ethniques et culturelles ainsi que pour les personnes allophones, en proposant des solutions adaptées sur la base des besoins identifiés dans la littérature scientifique et des populations les plus représentées en détention.

Les recherches quantitatives peuvent permettre d'**objectiver** et de **quantifier** les observations qualitatives, bien qu'elles dépendent de la **disponibilité des données**. Afin d'éviter toute charge supplémentaire sur des services déjà surchargés, les données utilisées devraient, dans la mesure du possible, provenir de **sources générées de manière routinière** dans le cadre des activités en cours. **Différentes méthodes d'analyse** peuvent être appliquées à ces indicateurs (voir Annexe 05). En parallèle des recherches scientifiques, les données devraient être utilisées **de manière structurelle** pour le suivi et l'**évaluation** des soins dans une **optique MEAL** (Monitoring, Evaluation, Assessment, Learning). Un projet de recherche pourrait ainsi jouer un rôle clé dans **la construction et l'implémentation** d'un tel cadre d'évaluation. Si ces données étaient disponibles de manière régulière, les **changements dans la qualité des soins** pourraient être suivis et évalués grâce à un **contrôle statistique des processus** (Thor et al., 2007). De plus, une **analyse de séries temporelles interrompues** pourrait être utilisée pour comparer les évolutions des **prisons ayant déjà mis en œuvre des projets pilotes** avec celles où de telles initiatives n'ont pas encore été déployées. Un cadre d'analyse structuré avait initialement été élaboré dans le cadre de cette proposition de recherche (voir protocole soumise au comité éthique Annexe 06), mais n'a pas pu être mis en œuvre en raison du **manque de temps et de la qualité insuffisante des données**.

7. RÉFÉRENCES

- Aldridge, R.W. *et al.* (2018) 'Morbidity and mortality in homeless individuals, prisoners, sex workers, and individuals with substance use disorders in high-income countries: a systematic review and meta-analysis', *Lancet (London, England)*, 391(10117), pp. 241–250. Available at: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(17\)31869-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(17)31869-X).
- Bagnall, A.-M. *et al.* (2015) 'A systematic review of the effectiveness and cost-effectiveness of peer education and peer support in prisons', *BMC public health*, 15, p. 290. Available at: <https://doi.org/10.1186/s12889-015-1584-x>.
- van den Bergh, B.J. *et al.* (2011) 'Imprisonment and women's health: concerns about gender sensitivity, human rights and public health', *Bulletin of the World Health Organization*, 89(9), pp. 689–694. Available at: <https://doi.org/10.2471/BLT.10.082842>.
- Berwick, D.M., Nolan, T.W. and Whittington, J. (2008) 'The triple aim: care, health, and cost', *Health Affairs (Project Hope)*, 27(3), pp. 759–769. Available at: <https://doi.org/10.1377/hlthaff.27.3.759>.
- Bielen, R. *et al.* (2018) 'Harm reduction and viral hepatitis C in European prisons: a cross-sectional survey of 25 countries', *Harm Reduction Journal*, 15(1), p. 25. Available at: <https://doi.org/10.1186/s12954-018-0230-1>.
- Bodenheimer, T. and Sinsky, C. (2014) 'From triple to quadruple aim: care of the patient requires care of the provider', *Annals of Family Medicine*, 12(6), pp. 573–576. Available at: <https://doi.org/10.1370/afm.1713>.
- Brosens, D. *et al.* (2024) *Het BruG-project: een grootschalig onderzoek naar re-integratie van personen in gevangneissen in Vlaanderen en Brussel*. Available at: https://assets.vlaanderen.be/image/upload/v1731922211/repositories-prd/Brosens_et_al._2024_-_BRuG_integratief_rapport_digitaal_lbdxnd.pdf.
- Chang, Z. *et al.* (2015) 'Psychiatric disorders and violent reoffending: a national cohort study of convicted prisoners in Sweden', *The Lancet. Psychiatry*, 2(10), pp. 891–900. Available at: [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(15\)00234-5](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(15)00234-5).
- Commissie van Toezicht Kenniscentrum. Medische zorg gedetineerden. <https://www.commissievantoezicht.nl/dossiers/medische-zorg/gedetineerden/medische-zorg-gedetineerden/>
Accessed 29/10/2024
- D'Amour, D. *et al.* (2008) 'A model and typology of collaboration between professionals in healthcare organizations', *BMC Health Services Research*, 8(1), p. 188. Available at: <https://doi.org/10.1186/1472-6963-8-188>.
- De Maeseneer, J. and Boeckstaens, P. (2012) 'James Mackenzie Lecture 2011: multimorbidity, goal-oriented care, and equity', *The British Journal of General Practice: The Journal of the Royal College of General Practitioners*, 62(600), pp. e522-524. Available at: <https://doi.org/10.3399/bjgp12X652553>.
- Deslich, S.A., Thistlethwaite, T. and Coustasse, A. (2013) 'Telepsychiatry in correctional facilities: using technology to improve access and decrease costs of mental health care in underserved populations', *The Permanente Journal*, 17(3), p. 80.
- Dienst Justitiële Inrichtingen (2024) Vademecum. Verstrekkingenpakket medische zorg van de Dienst Justitiële Inrichtingen. <https://www.dji.nl/justitiabelen/documenten/publicaties/2024/01/02/vademecum-2024-dji>
Accessed 28/10/2024

Dienst Justitiële Inrichtingen (n.d.) Justitiabelen met somatische zorg. N.d. <https://www.dji.nl/justitiabelen/onderwerpen/gezondheidszorg-aan-justitiabelen/justitiabelen-met-somatische-zorg> Accessed 28/10/2024

Dos Santos, P.C.P. *et al.* (2022) 'Pooling sputum samples for efficient mass tuberculosis screening in prisons', *Clinical Infectious Diseases*, 74(12), pp. 2115–2121.

DRGSP Justica (n.d.) *Apresentado o Plano de saúde para as prisões*. <https://justica.gov.pt/Noticias/Apresentado-o-Plano-de-saude-para-as-prisoas>

El Zerrouk, A. *et al.* (2021) *RECOvery in PRISon-bis (RECO-PRIS-bis) : evaluatie van het pilootproject in drie Belgische gevangenissen : onderzoeksrapport in opdracht van de FOD Volksgezondheid*. Gent, Brussel: UGent & NICC.

European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. (2022) *Prison and drugs in Europe: current and future challenges*. LU: Publications Office. Available at: <https://data.europa.eu/doi/10.2810/420042> (Accessed: 11 March 2025).

Favril, L. *et al.* (2020) 'Risk factors for self-harm in prison: a systematic review and meta-analysis', *The Lancet. Psychiatry*, 7(8), pp. 682–691. Available at: [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(20\)30190-5](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30190-5).

Favril, L. *et al.* (2024) 'Mental and physical health morbidity among people in prisons: an umbrella review', *The Lancet. Public Health*, 9(4), pp. e250–e260. Available at: [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(24\)00023-9](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(24)00023-9).

Fazel, S. *et al.* (2016) 'Mental health of prisoners: prevalence, adverse outcomes, and interventions', *The Lancet Psychiatry*, 3(9), pp. 871–881. Available at: [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(16\)30142-0](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(16)30142-0).

Forman-Dolan, J. *et al.* (2022) 'Burnout among Professionals Working in Corrections: A Two Stage Review', *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(16), p. 9954. Available at: <https://doi.org/10.3390/ijerph19169954>.

Friestad, C. *et al.* (2023) 'Prevalence and characteristics of mental and physical disorders among female prisoners: a mixed-methods systematic review', *International Journal of Prisoner Health*, 19(4), pp. 599–627. Available at: <https://doi.org/10.1108/IJPH-12-2022-0080>.

Grella, C.E. *et al.* (2020) 'A Scoping Review of Barriers and Facilitators to Implementation of Medications for Treatment of Opioid Use Disorder within the Criminal Justice System', *The International Journal on Drug Policy*, 81, p. 102768. Available at: <https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2020.102768>.

Grella, C.E. *et al.* (2021) 'A scoping review of factors that influence opioid overdose prevention for justice-involved populations', *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy*, 16(1), p. 19. Available at: <https://doi.org/10.1186/s13011-021-00346-1>.

Harris, F., Hek, G. and Condon, L. (2007) 'Health needs of prisoners in England and Wales: the implications for prison healthcare of gender, age and ethnicity', *Health & Social Care in the Community*, 15(1), pp. 56–66. Available at: <https://doi.org/10.1111/j.1365-2524.2006.00662.x>.

Hayton, P. and Boyington, J. (2006) 'Prisons and health reforms in England and Wales', *American Journal of Public Health*, 96(10), pp. 1730–1733.

HM Government (n.d.) *National Partnership Agreement for Health and Social Care for England: Improving the quality of services for people in prison and those subject to statutory supervision by the probation service in the community 2022-2025*.

HM Prison and Probation Service 2014. *Healthcare for offenders*. <https://www.gov.uk/guidance/healthcare-for-offenders#healthcare-in-prisons-in-england> accessed 24/09/2024

Hopkin, G. *et al.* (2018) 'Interventions at the Transition from Prison to the Community for Prisoners with Mental Illness: A Systematic Review', *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 45(4), pp. 623–634. Available at: <https://doi.org/10.1007/s10488-018-0848-z>.

Hu, C. *et al.* (2020) "'When you first walk out the gates...where do [you] go?": Barriers and opportunities to achieving continuity of health care at the time of release from a provincial jail in Ontario', *PLOS ONE*, 15(4), p. e0231211. Available at: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0231211>.

Hutchings, R. and Davies, M. (2021) 'How prison health care in England works', *Nuffield Trust* [Preprint].

Jamin, D. *et al.* (2021) "'My first 48 hours out": drug users' perspectives on challenges and strategies upon release from prison', *Harm Reduction Journal*, 18(1), p. 32. Available at: <https://doi.org/10.1186/s12954-021-00480-w>.

Kendall, S. *et al.* (2018) 'Systematic review of qualitative evaluations of reentry programs addressing problematic drug use and mental health disorders amongst people transitioning from prison to communities', *Health & Justice*, 6(1), p. 4. Available at: <https://doi.org/10.1186/s40352-018-0063-8>.

Kinner, S.A. and Wang, E.A. (2014) 'The Case for Improving the Health of Ex-Prisoners', *American Journal of Public Health*, 104(8), pp. 1352–1355. Available at: <https://doi.org/10.2105/AJPH.2014.301883>.

Kokko, P. (2022) 'Improving the value of healthcare systems using the Triple Aim framework: A systematic literature review', *Health Policy (Amsterdam, Netherlands)*, 126(4), pp. 302–309. Available at: <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2022.02.005>.

Kronfli, N. *et al.* (2018) 'Interventions to increase testing, linkage to care and treatment of hepatitis C virus (HCV) infection among people in prisons: A systematic review', *The International Journal on Drug Policy*, 57, pp. 95–103. Available at: <https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2018.04.003>.

Kronfli, N. *et al.* (2025) 'Improving implementation of needle and syringe programmes to expand, scale up, and sustain evidence-based prevention interventions for HIV and hepatitis C in prisons', *The Lancet Public Health*, 10(1), pp. e63–e70. Available at: [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(24\)00275-5](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(24)00275-5).

Kurdyak, P. *et al.* (2022) 'Prevalence of mental health and addiction service use prior to and during incarceration in provincial jails in Ontario, Canada: a retrospective cohort study', *The Canadian journal of psychiatry*, 67(9), pp. 690–700.

Leaman, J. *et al.* (2017) 'Improving health in prisons - from evidence to policy to implementation - experiences from the UK', *International Journal of Prisoner Health*, 13(3–4), pp. 139–167. Available at: <https://doi.org/10.1108/IJPH-09-2016-0056>.

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Het Nederlandse Zorgstelsel. 2016 <https://open.overheid.nl/documenten/ronl-5f6ea9d9-c8b5-4f2a-903b-1732d9579578/pdf> Accessed 28/10/2024

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Toezicht medische zorg in justitiële inrichtingen. [Toezicht medische zorg in justitiële inrichtingen | Justitiële inrichtingen | Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd](#) Accessed 07/11/2024

- Mistiaen, P. *et al.* (2017) 'Health care in Belgian prisons: Scientific report', *KCE Report 293* [Preprint]. [Health care in Belgian prisons: Scientific report](#) accessed 30/03/25
- Mouriño, M. *et al.* (2013) 'Late diagnosis of HIV infection among prisoners', *AIDS reviews*, 15(3), pp. 146–151.
- NHS England (2021) '[NHS commissioning: health and justice](#)' accessed 23/09/2024
- Nundy, S., Cooper, L.A. and Mate, K.S. (2022) 'The Quintuple Aim for Health Care Improvement: A New Imperative to Advance Health Equity', *JAMA*, 327(6), pp. 521–522. Available at: <https://doi.org/10.1001/jama.2021.25181>.
- OECD/European Observatory on Health Systems and Policies (2023) *Portugal: Country Health Profile 2023, State of Health in the EU*, OECD Publishing, Paris/European Observatory on Health Systems and Policies, Brussels.
- de Oliveira, C. *et al.* (2022) 'Health care costs of individuals with chronic psychotic disorders who experience incarceration in Ontario', *Psychiatric services*, 73(7), pp. 760–767.
- Page, M.J. *et al.* (2021) 'The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews', *bmj*, 372.
- Perry, A.E. *et al.* (2023) 'Effects of interventions on depression and anxiety in older people with physical health problems in the criminal justice system: a systematic review', *The Lancet. Healthy Longevity*, 4(8), pp. e431–e440. Available at: [https://doi.org/10.1016/S2666-7568\(23\)00111-3](https://doi.org/10.1016/S2666-7568(23)00111-3).
- Pontes, N. and Dorés, A.P. (2016) 'Improving Prison Conditions by Strengthening the Monitoring of HIV, HCV, TB and Harm Reduction'.
- Rekenhof (2022) *Hulp- en dienstverlening aan gedetineerden*. Available at: <https://www.ccrek.be/nl/publicatie/hulp-en-dienstverlening-aan-gedeteneerden>.
- Rijksoverheid (n.d.) *Zorgverzekering*. <https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/zorgverzekering/vraag-en-antwoord/wat-gebeurt-er-met-mijn-zorgverzekering-als-ik-in-de-gevangenis-zit> Accessed 28/10/2024
- RIZIV (n.d.) *Terugbetaalde zorg voor gedetineerden*. Available at: <https://www.riziv.fgov.be/nl/thema-s/verzorging-kosten-en-terugbetaling/verzekerbaarheid/terugbetaalde-zorg-voor-gedeteneerden#:~:text=Sinds%201%20januari%202023%20vergoeden,en%20verzekerd%20bij%20een%20ziek enfonds>.
- Rowlandson, A. *et al.* (2024) 'The cost-effectiveness of mental health interventions amongst prison populations: a systematic review (research letter to the editor)', *The Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*, 35(4), pp. 622–628.
- Sander, G. *et al.* (2016) 'Overview of harm reduction in prisons in seven European countries', *Harm Reduction Journal*, 13(1), p. 28. Available at: <https://doi.org/10.1186/s12954-016-0118-x>.
- Schippers, G.M. *et al.* (1998) 'Effectiveness of a drug-free detention treatment program in a Dutch prison', *Substance Use & Misuse*, 33(4), pp. 1027–1046. Available at: <https://doi.org/10.3109/10826089809056253>.
- Simpson, A.I.F. *et al.* (2021) 'A Systematic Review of Reviews of Correctional Mental Health Services Using the STAIR Framework', *Frontiers in Psychiatry*, 12, p. 747202. Available at: <https://doi.org/10.3389/fpsy.2021.747202>.

Smith-Merry, J. *et al.* (2019) 'A narrative review of mental health support for people during transition from incarceration to community: the grass can be greener on the other side of the fence', *Journal of Mental Health (Abingdon, England)*, 28(2), pp. 189–197. Available at: <https://doi.org/10.1080/09638237.2018.1466029>.

South, J. *et al.* (2016) 'A qualitative synthesis of the positive and negative impacts related to delivery of peer-based health interventions in prison settings', *BMC health services research*, 16(1), p. 525. Available at: <https://doi.org/10.1186/s12913-016-1753-3>.

Stürup-Toft, S., O'Moore, E.J. and Plugge, E.H. (2018) 'Looking behind the bars: emerging health issues for people in prison', *British Medical Bulletin*, 125(1), pp. 15–23. Available at: <https://doi.org/10.1093/bmb/ldx052>.

Thor, J. *et al.* (2007) 'Application of statistical process control in healthcare improvement: systematic review', *BMJ Quality & Safety*, 16(5), pp. 387–399. Available at: <https://doi.org/10.1136/qshc.2006.022194>.

Underhill, K., Dumont, D. and Operario, D. (2014) 'HIV prevention for adults with criminal justice involvement: a systematic review of HIV risk-reduction interventions in incarceration and community settings', *American Journal of Public Health*, 104(11), pp. e27-53. Available at: <https://doi.org/10.2105/AJPH.2014.302152>.

Winkelman, T.N. *et al.* (2022) 'Universal health coverage and incarceration', *The Lancet Public Health*, 7(6), pp. e569–e572.

World Health Organisation (2013) *Good governance for prison health in the 21st century. A policy brief on the organization of prison health*. Copenhagen, Denmark: Universität Tübingen. [Good governance for prison health in the 21st century: a policy brief on the organization of prison health](#) accessed on 28/03/2025

World Health Organization (2023) 'Status report on prison health in the WHO European Region 2022. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe'. [Status report on prison health in the WHO European Region 2022](#) accessed on 28/03/2025

World Health Organization (n.d.) *Bridging the health gap in Portugal's prisons*. [Bridging the health gap in Portugal's prisons](#) Accessed 811/2024

Yoon, I.A., Slade, K. and Fazel, S. (2017) 'Outcomes of psychological therapies for prisoners with mental health problems: A systematic review and meta-analysis', *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 85(8), pp. 783–802. Available at: <https://doi.org/10.1037/ccp0000214>.

8. ANNEXE

Annexe 1 : WP1 - Rapport de revue de la littérature

Annexe 2 : WP2 - Rapport des prisons flamandes

Annexe 3 : WP2 - Rapport des prisons à Bruxelles et en Wallonie

Annexe 4 : WP3 - Recommandations issue de l'évaluation économique

Annexe 5 : Indicateurs proposés pour le suivi de la santé

Annexe 6 : Protocole soumise au Comité d'éthique

Annexe 7 : Exemple de "Feuille de Route" (Macadam)

Annexe 8 : Exemple d'anamnèse (Lantin)

Annexe 9 : Convention GDEPI (Macadam)

Annexe 10 : Exemple de Convention Tripartite (Macadam)

Annexe 11 : Guide d'entretien avec les usagers des soins

Annexe 12 : Guide d'entretien management

Annexe 13 : Questionnaire Qualtrics

Annexe 14 : Termes de recherche revue de littérature économique

Annexe 15 : Guide d'entretien Stakeholder panels

Annexe 16: Formulaire de consentement éclairé (développé par D&D Gent et Dendermonde)