

Faculté de santé publique

Comment une intervention de promotion de la santé en milieu carcéral participe-t-elle au développement d'une Prison Promotrice de Santé ?

Etude du cas de Care.Connexion.

Mémoire réalisé par
Rachelle Rousseaux

Promotrices
Isabelle Aujoulat

Ségolène Malengreaux

Année académique 2020-2021
Master en sciences de la santé publique, finalité spécialisée

Comment une intervention de promotion de la santé en milieu carcéral participe-t-elle au développement d'une Prison Promotrice de Santé ?

Etude du cas de Care.Connexion.

Remerciements

Tout d'abord, je souhaite remercier Mmes Isabelle Aujoulat et Ségolène Malengreaux de m'avoir offert la chance de pouvoir rédiger sur le sujet. Je les remercie également pour leur suivi et leur contribution à la bonne réalisation de ce mémoire. Un merci tout particulier à Ségolène qui a donné tant de temps et d'énergie pour me guider à travers l'écriture de ce mémoire. Je la remercie pour son aide plus que précieuse et pour ses conseils avisés.

De plus, merci à l'équipe I.Care d'avoir accepté de participer à la recherche de ce mémoire. Leur travail me fascine et attise ma curiosité et mon envie d'apprendre sur le sujet.

Mes remerciements vont également à mes parents qui m'ont offert l'opportunité de faire ce master complémentaire et qui m'ont toujours poussée à donner le meilleur de moi-même. Merci à ma maman pour ses nombreuses relectures.

Je remercie également Thomas pour son soutien infailible qui me permet de croire en moi ainsi que pour son aide logistique à toute heure.

Enfin, je remercie l'Université catholique de Louvain et, plus précisément, les membres de la faculté de santé publique qui nous épaulent au quotidien dans l'accomplissement de notre parcours universitaire.

Merci à vous, chers lecteurs, de prendre le temps de me lire. J'espère que cette lecture vous sera agréable.

Le plagiat

Je déclare sur l'honneur que ce mémoire a été écrit de ma plume, sans avoir sollicité d'aide extérieure illicite, qu'il n'est pas la reprise d'un travail présenté dans une autre institution pour évaluation, et qu'il n'a jamais été publié, en tout ou en partie.

Toutes les informations (idées, phrases, graphes, cartes, tableaux, ...) empruntées ou faisant référence à des sources primaires ou secondaires sont référencées adéquatement selon la méthode universitaire en vigueur. Je déclare avoir pris connaissance et adhérer au Code de déontologie pour les étudiants en matière d'emprunts, de citations et d'exploitation de sources diverses et savoir que le plagiat constitue une faute grave sanctionnée par l'Université catholique de Louvain.

Avant- propos

La recherche réalisée dans le cadre de ce mémoire présente la particularité de s'inscrire dans la continuité de et en complémentarité avec la recherche ProSess¹ menée par une chercheuse (Ségolène Malengreaux) au service du RESO-UCLouvain (service universitaire de promotion de la santé de l'Université catholique de Louvain).

Ce mémoire traite de la thématique de la santé en prison et étudie de manière plus approfondie l'apport d'une intervention spécifique de promotion de la santé œuvrant en milieu carcéral au développement de la démarche de Prison Promotrice de Santé. L'objectif final étant de tirer des conclusions permettant de proposer des éléments clés transférables à toute action de santé publique en milieu pénitentiaire.

Dans ce document, le genre masculin est utilisé de manière générique dans le but unique de ne pas alourdir la lecture du texte. Néanmoins, une distinction exceptionnelle est faite entre les dénominations 'détenues' et 'détenu·e·s' dans le but de clarifier, pour le lecteur, quand la mémorante fait référence respectivement à la population carcérale spécifique au cas d'étude qui est exclusivement féminine ou à la population carcérale de manière générale.

¹ Lien vers les informations concernant la recherche ProSess : <https://uclouvain.be/instituts-recherche/irss/reso/recherche.html>

TABLE DES MATIERES

TABLE DES FIGURES	3
LISTE DES ABREVIATIONS.....	4
I. Partie théorique	7
1. Prison et santé – état des lieux.....	7
1.1. Le respect des droits fondamentaux en prison en Belgique	7
1.2. Les soins de santé en prison en Belgique et en Europe.....	8
1.3. La santé des personnes incarcérées	8
2. Présentation du cadre conceptuel.....	9
2.1. La prison, un milieu représentant une opportunité pour le développement de la santé	9
2.2. La démarche des Prisons Promotrices de Santé.....	11
2.3. Synthèse de la problématique et question de recherche	13
3. Présentation de la recherche	14
3.1. Présentation de la recherche ProSess et du partenaire I.Care	14
3.1.1. La recherche ProSess	14
3.1.2. L'association I.Care	15
3.2. Présentation de la recherche du mémoire.....	18
II. Approche méthodologique	23
1. L'étude de cas	23
2. Le cadre logique de la Théorie du Changement (TdC)	24
3. Matériel et méthodes.....	26
3.1. Sources de données	27
3.2. Détails des étapes de l'analyse des données	30
III. Résultats	35
1. Description du système	35
1.1. Les éléments constitutifs du système	35
1.1.1. Les éléments contextuels.....	35
1.1.2. Les acteurs	37
1.2. Les éléments constitutifs de l'intervention.....	41
2. Les changements observés chez les détenues et chez les professionnels : théories explicatives de ces changements.	46
2.1. Théorie du changement concernant les détenues.....	46

2.1.1. <i>I.Care devient un acteur intégré dans les lieux de vie des détenues (C.IA1)</i>	47
2.1.2. <i>Création d'une relation de confiance entre I.Care et les détenues (C.IA2)</i>	49
2.1.3. <i>Amélioration des ressources psychiques des détenues (C.IA3)</i>	49
2.1.4. <i>I.Care devient un « référent Santé » pour les détenues (C.IA4)</i>	50
2.1.5. <i>Changements de comportement des détenues (C.IA5)</i>	51
2.2. <i>Théorie du changement concernant les professionnels de la prison</i>	53
2.2.1. <i>Acceptation de la présence d'I.Care au sein de la prison (C.I.B1)</i>	54
2.2.2. <i>Remise en question des représentations de la santé chez les agents et la direction (C.I.B2)</i>	56
2.2.3. <i>Changement de regard des professionnels concernant les détenues (C.I.B3)</i>	57
2.2.4. <i>I.Care devient « référent Santé » pour les professionnels (C.I.B4)</i>	58
IV. Discussion	63
V. Limites et perspectives	75
VI. Conclusions	81
VII. Bibliographie	86
VIII. Annexes	92
1. Annexe A – Théories de programme issues de la recherche ProSess	92
2. Annexe B - Lexique des sources de données documentaires	93
3. Annexe C - Guide d'entretien	94
4. Annexe D - Formulaire de consentement	97
5. Annexe E – Extraits bruts de données	98
6. Annexe F - Lexique clés de lecture TdC	109
7. Annexe G –Théories du Changement des détenues et des professionnels	110

TABLE DES FIGURES

Figure 1- Schématisation de la Théorie du Changement.....	26
Figure 2 - Schématisation des étapes d'analyse	30
Figure 3 - Théorie du Changement concernant les détenues	47
Figure 4 - Théorie du Changement concernant les professionnels de la prison	53

LISTE DES ABREVIATIONS

OIP	Observatoire International des Prisons
CPT	Comité européen pour la Prévention de la Torture et des peines ou traitements inhumains ou dégradants
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
KCE	Centre Fédéral belge d'Expertise des soins de santé
C.C.	Care.Connexion
TdC	Théorie du Changement
EP	Etablissement Pénitentiaire
C.I.	Changement Intermédiaire
ROI	Règlement d'Ordre Intérieur

I. Partie théorique

I. Partie théorique

Cette première section a pour objectif de poser le cadre théorique dans lequel s'inscrit ce mémoire. Nous introduisons, dans un premier temps, la thématique de la santé en prison. Ensuite, nous définissons et détaillons les concepts théoriques centraux. Pour terminer, nous présentons le contexte de recherche dans lequel s'inscrit ce mémoire.

1. Prison et santé – état des lieux

1.1. Le respect des droits fondamentaux en prison en Belgique

En 2016 et 2017, la Belgique est pointée du doigt respectivement par l'Observatoire International des Prisons (OIP) (Observatoire International des Prisons, 2016) et par le Comité européen pour la Prévention de la Torture et des peines ou traitements inhumains ou dégradants (CPT) (CPT, 2017) en raison des lacunes que présentent les prisons belges en regard du respect des droits fondamentaux des êtres humains.

En 2019, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) rappelle à ce propos que la privation de liberté est la punition conférée aux personnes ayant commis un crime et qu'elle ne peut en aucun cas engendrer le manque de respect de la dignité humaine ou des droits fondamentaux qui doivent être respectés tout au long de l'emprisonnement (WHO Regional Office for Europe, 2019). Nous retiendrons notamment les articles 5 et 25 de la déclaration universelle des droits de l'homme à ce sujet :

Article 5 - « Nul ne sera soumis à la torture, ni à des peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants. »

Article 25 - « Toute personne a droit à un niveau de vie suffisant pour *assurer sa santé, son bien-être* et ceux de sa famille, notamment pour l'alimentation, l'habillement, le logement, les soins médicaux ainsi que pour les services sociaux nécessaires » (Ligue des droits humains, n.d.).

Comme le mentionne la Ligue des droits humains (n.d.) ci-dessus et comme le stipulait la déclaration d'Alma Ata en 1978 déjà (OMS, 1978), la santé fait partie des droits fondamentaux des êtres humains.

En ce qui concerne les soins de santé, les règles Nelson Mandela (HCDH, n.d.) et la loi belge dite Loi de principes relative à l'administration pénitentiaire ainsi qu'au statut juridique des détenus du 12 décembre 2005 stipulent que les soins de santé proposés aux détenu·e·s doivent être de bonne qualité. Cette affirmation s'inscrit alors dans trois

principes fondamentaux : l'équivalence des soins par rapport à ceux prodigués dans la société, la continuité des soins et l'indépendance des prestataires de soins dans leur travail clinique.

1.2. Les soins de santé en prison en Belgique et en Europe

En Belgique, les soins de santé sont aujourd'hui financés par le Ministère de la Justice. Cependant, il existe une volonté politique de transférer ces compétences vers le Ministère des Affaires Sociales et de la Santé Publique (KCE, 2017). En vue de la réalisation de ce transfert, le KCE (Centre Fédéral belge d'Expertise des soins de santé) a réalisé, en 2017, une synthèse de la situation des soins de santé dans les prisons belges. Le premier constat émergeant de ce rapport dénonce l'inexistence de données fiables concernant les besoins de santé des personnes détenues dans notre pays. Le KCE (2017) énonce malgré tout l'hypothèse que ces besoins sont bien plus élevés que ceux de la population générale et que les réponses qui y sont apportées sont jugées insuffisantes par la plupart des acteurs concernés. La recherche menée par le KCE concernant les problèmes de santé de la population belge incarcérée met en évidence différents constats : une consommation élevée de médicaments majoritairement pour des problèmes de santé mentale ; les détenu·e·s sont généralement en moins bonne santé que le reste de la population (maladies infectieuses, troubles psychiques et toxicomanie sont fortement représentés dans la population) ; les soins actuels sont insuffisants et parfois inadaptés (KCE, 2017).

Au niveau européen, différentes sources énoncent que la consommation de drogues et de tabac, la transmission de maladies infectieuses, le taux de suicide et de pathologies mentales y sont particulièrement élevés comparé à la population générale (Woodall & South, 2012 ; WHO Regional Office for Europe, 2019). La santé des prisonniers serait également grandement négligée par la Santé Publique partout en Europe (Gatherer et al., 2005 cité dans Woodall & South, 2012).

1.3. La santé des personnes incarcérées

L'adaptation des soins de santé aux besoins des personnes incarcérées est d'autant plus compliquée que la population carcérale est représentée, dans une forte proportion, comme une population, issue de groupes défavorisés et marginalisés, qui cumule des facteurs de risques liés à la précarité (KCE, 2017). D'après le rapport du KCE, les personnes incarcérées en Belgique présentent un grand nombre de problèmes de santé, consultent

fréquemment les prestataires de soins - plus souvent que la population libre - et les soins actuels ne permettraient pas de répondre de manière adaptée à ces besoins (KCE, 2017). En effet, la plupart des détenu·e·s présentent un profil de santé assez complexe à l'arrivée en prison, tant physique que mental. Cela étant la conséquence d'une multitude de difficultés et de désavantages sociaux expérimentés au cours de la vie. Ces personnes sont parfois exposées à toute une série d'injustices concernant les déterminants de la santé comme, par exemple, un statut socio-économique faible, de l'exclusion sociale, un niveau d'éducation faible, un accès au logement précaire etc (Woodall & South, 2012).

En conclusion, une santé médiocre pré-incarcération multipliée par les risques liés à l'incarcération elle-même comme, par exemple, la consommation de drogues, un développement éducationnel faible et un logement instable dû aux allers et retours en prison, ont pour conséquence d'aggraver les inégalités sociales de santé et l'émergence d'une population incarcérée vulnérable présentant des besoins spécifiques (Scruel & Viron, 2018). De plus, étant donné que très peu de données existent sur l'état de santé des populations incarcérées, tant au niveau national qu'international, cela entrave la compréhension de la problématique dans toute sa complexité (WHO Regional Office for Europe, 2019).

2. Présentation du cadre conceptuel

2.1. La prison, un milieu représentant une opportunité pour le développement de la santé

L'ensemble des constats mentionnés précédemment démontre les lacunes de l'organisation des soins de santé en prison. D'autant plus que le milieu carcéral semble défendre des priorités - d'isolement, de punition, de contrôle, de sécurité - qui vont à l'encontre de celles défendues par la santé - autonomie, bien-être, pouvoir d'agir, développement -, ce qui rend le travail d'autant plus complexe, voire donne à penser que c'est impossible (Baybutt et al., 2010 cités par Woodall & South, 2012).

Pour pallier à ces manquements, comme mentionné précédemment, le KCE (2017) recommande de transférer les compétences des soins de santé pénitentiaires du Ministère de la Justice au Ministère des Affaires Sociales et de la Santé Publique. Ce transfert serait une « opportunité unique de se pencher sur la réorganisation et l'amélioration des soins » (KCE, 2017). Cependant, selon de Viggiani (2012), l'approche de la Santé Publique en

prison aurait tendance à se résumer à des actions de prévention et de contrôle concernant les maladies transmissibles. C'est d'ailleurs pour cette raison que l'OMS suggère que la Santé Publique considère les prisons comme des milieux ayant un certain potentiel de développement de la santé spécifiquement par le biais d'une approche de promotion de la santé (WHO Regional Office for Europe, 2019). La démarche de promotion de la santé permettrait, quant à elle, une approche considérant de manière plus large l'entière des déterminants de la santé, basée sur l'observation de besoins, d'inégalités et d'effets sur la santé (de Viggiani, 2012).

D'après l'OMS (2019), les prisons représenteraient « une opportunité pour aborder les conditions sociales et de santé des prisonniers et un cadre de premier ordre pour s'attaquer aux inégalités de santé. De plus, le temps passé en prison est non négligeable et doit être utilisé à bon escient pour traiter les problèmes de santé qui n'ont pas été pris en charge à l'extérieur étant donné les difficultés d'accès aux services de santé et aux inégalités sociales » (WHO Regional Office for Europe, 2019). La prison serait alors une opportunité pour accéder à ces groupes marginalisés qui sont difficilement atteignables par les services de santé dans la population générale (Baybutt et al., 2010 cités par Woodall & South, 2012).

L'OMS considère la prison comme un 'milieu de vie' à part entière pour les personnes qui y vivent et y travaillent (WHO Regional Office for Europe, 2019). Les 'milieux de vie' sont les lieux où les personnes vivent et travaillent, ce sont leurs communautés, leurs foyers, leurs lieux de distraction etc. D'ailleurs, il est reconnu que la santé se développe au quotidien dans le milieu de vie, via l'accès aux ressources locales (par exemple, le logement, les services, les contacts sociaux) (Bernard et al., 2007 ; Duff, 2011 ; Krieger, 2008 ; Macintyre, 2000, Macintyre et al., 2002 cités par Bilodeau et al., 2018). La discipline de la Promotion de la Santé, dans la déclaration de Söndsvall (3^{ème} conférence mondiale sur la promotion de la santé), défend l'intérêt d'une approche axée sur les milieux de vie ('*Healthy Settings*'). Par conséquent, il paraît nécessaire de promouvoir l'accès local à ces ressources de qualité directement dans le milieu (Bilodeau et al., 2018).

De plus, l'action portant sur les milieux de vie défend une stratégie systémique mettant l'accent sur l'ensemble de l'organisation et a pour but la création d'environnements favorables à la santé (OMS, 1991). Cette approche s'ancre dans les valeurs mises en avant dans la représentation dite 'écologique' de la santé qui décrit que la santé est un concept holistique déterminé par des interactions complexes entre des facteurs environnementaux,

organisationnels et personnels (Baybutt et al., 2014). Chacun de ces aspects est relié aux autres dans une interaction dynamique (OMS, 1991). L'approche de la promotion de la santé par les milieux de vie, considérés comme des systèmes, est décrite par Dooris (2009) comme étant une approche qui tient compte de toutes les composantes du système (valeurs, normes contextuelles, interrelations etc) dans lequel elle évolue. Il mentionne alors à ce propos qu'il faut considérer ces milieux comme des systèmes complexes et dynamiques caractérisés par des frontières poreuses permettant à ces composantes d'entrer et de sortir. Cette perspective met en évidence l'importance de définir les connexions et synergies entre les différentes composantes du système qui est complexe donc imprévisible, et qui est également ouvert et donc interagissant avec d'autres milieux et environnements de manière plus large. La santé y est intégrée à tous les niveaux, tant dans la culture que dans les activités quotidiennes de base du milieu (Dooris, 2009). De plus, les expériences antérieures d'application de l'approche sur les milieux de vie à d'autres environnements comme les hôpitaux ou les écoles ont démontré que les interventions efficaces sont majoritairement complexes et multifactorielles et impliquent des activités existant dans de nombreux domaines simultanément (Baybutt et al., 2014).

En conclusion, la prison étant un milieu de vie, elle peut être envisagée comme une opportunité pour devenir un environnement favorable au développement de la santé d'un public qui, hors des murs de la prison, peut être marginalisé et vulnérable (Baybutt et al., 2010). Pour certaines personnes incarcérées, l'enfermement est d'ailleurs la première fois qu'ils considèrent leurs besoins de santé et envisagent de faire appel à certains services d'aide (Woodall & South, 2012). Ce temps en prison pourrait alors permettre d'améliorer la santé et le bien-être actuels et futurs de ces personnes (Baybutt & Chemlal, 2016).

2.2. La démarche des Prisons Promotrices de Santé

L'OMS, en 2007, développe l'approche de promotion de la santé appelée 'les Prisons Promotrices de Santé'. Cette démarche est considérée comme faisant partie des approches sur les milieux de vie – *the whole-prison approach* – telle que décrite ci-dessus (OMS, 2007). Une Prison Promotrice de Santé devrait alors aborder l'entièreté des composantes de la vie en prison, allant des besoins individuels aux facteurs organisationnels et environnementaux (Woodall & South, 2012).

Le concept de Prison Promotrice de Santé se définit selon quatre principes, à savoir :

- La prison est sûre (*safe*).
- La prison est sécurisée (*secure*).
- La prison est réformatrice et promotrice de santé.
- La prison est fondée sur le concept de décence et respecte les droits fondamentaux des êtres humains. (OMS, 2007)

L'OMS étoffe cette définition en ajoutant qu'une approche holistique de la santé en prison comprend trois composantes essentielles :

- Les politiques carcérales doivent développer la santé plutôt que de l'altérer.
- L'environnement carcéral doit soutenir activement la santé.
- Un focus doit être porté à la prévention, à l'éducation pour la santé et à la promotion de la santé au sein même du système, tant pour les détenu·e·s que pour les professionnels y travaillant. La santé est l'affaire de tous, pas seulement de ceux ayant un rôle traditionnel concernant les soins de santé (OMS, 2007).

Cette approche doit être développée dans une perspective systémique, c'est-à-dire qu'il est nécessaire de reconnaître l'ensemble des parties composant le système pénitentiaire (et pas seulement les services de soins de santé) ainsi qu'elle doit promouvoir la collaboration de ces parties pour pouvoir travailler ensemble sur un large éventail de problématiques traitant de la santé et du social et également pour agir sur l'ensemble du parcours juridique criminel avant, pendant et après la prison (Baybutt et al., 2014).

Cette démarche holistique et systémique sous-entend également un développement organisationnel permettant l'émergence de changements en prison qui assurent des conditions de vie et de travail qui promeuvent la santé et aident à la réinsertion des personnes détenues ; qui intègrent la santé et le bien-être dans la culture et les valeurs fondamentales de la prison ; et qui créent des connexions avec la communauté extérieure (Baybutt et al., 2014).

Cette vision de la prison permettrait alors de s'attaquer aux inégalités sociales de santé ainsi que de promouvoir l'inclusion de manière cohérente et pratique. La prison ne gèrerait dès lors plus seulement les problèmes et les manquements mais pourrait promouvoir activement la santé et le bien-être spirituel, physique, social et économique (Baybutt & Chemlal, 2016).

Cependant, malgré l'initiative prise par l'OMS et certains états européens il y a quelques années concernant le projet des Prisons Promotrices de Santé, il existe toujours un manque d'action sur le terrain, un manque de concrétisation des politiques et une adoption non conforme du qualificatif « holistique » que défend l'approche des Prisons Promotrice de Santé. Les actions de promotion de la santé proposées en milieu carcéral auraient tendance à considérer le problème de la santé en prison de manière superficielle, ne permettant pas de répondre de manière satisfaisante aux besoins multiples des personnes incarcérées (Woodall & South, 2012). L'engagement de ces actions envers les principes de promotion de la santé serait trop léger. Le chercheur de Viggiani (2009) cité dans Woodall & South (2012) mentionne à ce propos :

« La perception selon laquelle la promotion de la santé comprend des événements ponctuels et de courte durée qui sont mis en œuvre de manière sporadique et ponctuelle est problématique en prison » (de Viggiani, 2009 cité par Woodall & South, 2012).

La majorité des activités de promotion de la santé en prison se centrerait alors sur des interventions individuelles sur les modes de vie ou sur la prévention des maladies au lieu de s'attaquer à des facteurs plus larges comme l'environnement physique de l'infrastructure, les facteurs économiques, les politiques internes et externes, les relations entre les détenu·e·s et le personnel de la prison et comment tous ces facteurs impactent la santé globale des individus (Woodall & South, 2012 ; Dooris, 2009).

2.3. Synthèse de la problématique et question de recherche

Les difficultés de développement d'actions de promotion de la santé présentées ci-précédemment ne sont pas étonnantes pour autant. En effet, la promotion de la santé en prison doit faire face à de nombreux challenges. Pour résumer, le milieu carcéral a tendance à nuire à la santé des détenu·e·s et du personnel en ne respectant pas les droits fondamentaux des êtres humains. La population incarcérée est représentée par un public déjà vulnérable (physiquement, psychologiquement et socialement) à son entrée en établissement pénitentiaire (EP) et ces vulnérabilités et inégalités risquent d'être aggravées lors de la sortie. Aussi, la prison n'est pas suffisamment considérée dans sa globalité, de manière systémique. A ceci peut également être ajouté le fait que l'apport de la promotion de la santé est parfois vu comme du travail additionnel de la part des agents et professionnels œuvrant en prison ou comme ne faisant pas partie de leur champ d'action et dont ils se chargeront si le temps le permet (Bird et al., 1999 ; Caraher et al., 2002 cités par

Woodall & South, 2012). Enfin, les activités de promotion de la santé sont considérées comme ne faisant pas partie des connaissances essentielles pour ces professionnels, étant une activité spécialisée (Woodall & South, 2012).

L'état des lieux de la problématique de la santé en prison exposé ci-précédemment ouvre la porte à notre réflexion. En effet, au vu des controverses existantes concernant la faisabilité de la réalisation du projet des Prisons Promotrices de Santé, il en découle la question suivante :

« Comment mettre en place une approche de promotion de la santé en prison (un milieu qui semble être particulièrement défavorable à la santé) ? ».

Cette question sera travaillée dans le cadre d'une étude de cas menée dans le contexte d'un projet particulier (Care.Connexion) par l'asbl I.Care, comme nous le décrivons ci-dessous.

3. Présentation de la recherche

La recherche menée pour ce mémoire s'inscrit dans la continuité de et en complémentarité avec une recherche menée par une chercheuse du service de promotion de la santé Reso-UCLouvain (Ségolène Malengreaux) qui a pour appellation ProSess (Promotion ; Santé, évaluation ; soutien au secteur) et qui consiste en une « recherche-action visant à co-construire un dispositif de soutien à l'évaluation des programmes de promotion de la santé (Reso-UCLouvain, n.d.). Ce processus évaluatif a été guidé par l'approche réaliste (Malengreaux, Doumont & Aujoulat, 2020) et a pour objectif premier d'accompagner quatre associations au développement de la théorie de programme d'un de leurs projets.

3.1. Présentation de la recherche ProSess² et du partenaire I.Care

3.1.1. La recherche ProSess

Comme mentionné ci-précédemment, le premier cycle de la recherche ProSess a consisté en « une démarche d'accompagnement à l'évaluation de manière participative de quatre équipes partenaires en vue de mieux comprendre quels appuis apporter aux organisations

² Voir site du service Reso-UCLouvain : <https://uclouvain.be/instituts-recherche/irss/reso/recherche.html>

de promotion de la santé pour renforcer leurs capacités à évaluer leurs projets et programmes » (Reso-UCLouvain, n.d.).

Cet accompagnement a permis aux partenaires d'élaborer une théorie de programme concernant un de leurs projets. Pour information, la théorie de programme est définie comme suit par Malengreaux, Doumont & Aujoulat (2020) :

« La théorie de programme s'apparente à l'architecture du programme, exprimée avec des mots, un schéma, un tableau, ou autre, qui montre les liens entre ce qui doit être fait, pourquoi c'est ce qui doit être fait et comment – en le faisant – le programme est supposé produire des changements dans son contexte de mise en œuvre. Ainsi, la théorie de programme énonce l'idée qu'on a de : Comment ça marche, pourquoi, pour qui et dans quelles circonstances ? ».

Celle-ci synthétise le contexte ('les facteurs extérieurs au programme mais qui ont une influence sur celui-ci') dans lequel évolue le projet, les mécanismes ('la réponse des personnes aux ressources offertes par le programme') observés de manière intermédiaire ou sur le long terme ainsi que les effets ('le résultat de la réaction des personnes en réponse aux ressources du programme dans le contexte') attendus et inattendus du programme (Malengreaux, Doumont & Aujoulat, 2020). Pour réaliser ces théories, les membres de chaque association ont posé différentes hypothèses de liens de causalité « contextualisés » qui ont permis de comprendre pourquoi, comment, pour qui et dans quelles circonstances l'intervention fonctionne (Malengreaux, Doumont & Aujoulat, 2020).

Pour information, l'expérience du processus d'évaluation vécue par les quatre partenaires lors du premier cycle de la recherche ProSess a ensuite été partagée à l'ensemble des acteurs du secteur de promotion de la santé bruxellois lors de moments d'échanges en vue de mieux comprendre ce dont les acteurs ont besoin pour être soutenus dans l'évaluation de leurs projets.

3.1.2. L'association I.Care

Parmi les quatre partenaires se prêtant au jeu de l'évaluation se trouve l'asbl I.Care qui est une association développant des actions de promotion de la santé en prison à Bruxelles. Cette asbl a vu le jour en 2016. Depuis, maintenant 5 ans, elle œuvre pour promouvoir la santé des détenu·e·s dans les prisons bruxelloises. La présente recherche se focalise sur le

programme Care.Connexion (C.C.) mis en œuvre dans l'EP pour femmes de Berkendael, là où C.C a été implémentée en premier lieu.

C.C. a été construit selon plusieurs objectifs : améliorer la prise en charge globale (médicale et psychosociale) ; donner la possibilité aux personnes d'agir pour leur santé, d'agir sur les déterminants de la santé pour réduire les inégalités sociales ; et améliorer la continuité des soins pendant la période d'enfermement et lors du transfert ou de la libération³.

Cette intervention C.C. est composée de trois projets principaux, à savoir :

- Un accompagnement au quotidien des détenues dans leur cellule, sous forme d'entretiens individuels, dans le but de soutenir et de renforcer les compétences psycho-sociales, de transmettre l'information et d'orienter les personnes les plus isolées et celles qui n'expriment pas ou plus de demandes malgré leurs besoins (Rapport 5 ans Icare⁴).

- La création d'un groupe communautaire de détenues permettant le développement de projets communautaires. Ce groupe se rassemble tous les quinze jours. La présence d'I.Care sert de facilitateur de la démarche dans ce groupe qui travaille en autonomie sur des sujets influençant la santé et qui sont rapportés par les membres du groupe eux-mêmes (Rapport 5 ans I.Care).

- I.Care tente également d'approcher les détenues de manière informelle lors des moments de préau⁵ dans le but de créer un espace de dialogue sur les sujets les plus tabous au sein du milieu carcéral et pour susciter l'inscription des personnes dans un espace communautaire (Rapport 5 ans I.Care).

Dans le cadre de la recherche ProSess, l'asbl I.Care a évalué son intervention C.C. et, de manière plus investie, l'évaluation s'est surtout portée sur le projet de rencontre individuelle en cellule et celui se déroulant au préau. Le produit de cette évaluation est celui

³ Cette définition des objectifs est issue d'une référence faisant partie du corpus de données analysées pour la recherche de ce mémoire – « Référentiel, 2020 ». Le contenu de cette source est explicité dans l'annexe B.

⁴ Cette référence fait partie du corpus de données analysées pour la recherche de ce mémoire- « Rapport 5 ans I.Care ». Son contenu est explicité à l'annexe B.

⁵ Préau = lieu fermé en plein air permettant aux personnes détenues de sortir quotidiennement de leur cellule sous surveillance (Rapport 5 ans Icare).

d'un travail de réflexion en équipe. Il a permis de développer deux théories de programme propres à chaque projet évalué. Ces deux théories de programme se trouvent à l'annexe A.

L'analyse des données, ayant permis la construction des théories de programme, se base sur différentes sources : le contenu de deux focus groupes menés avec des détenues, des entretiens exploratoires réalisés avec certains professionnels de la prison et une base de données reprenant les différents sujets abordés lors des sorties au préau.

Les résultats issus de cette évaluation identifient différents effets intermédiaires, auprès des détenues, à moyen et long terme. Notamment, l'analyse des données a permis de mettre en évidence l'existence d'une amélioration des compétences relationnelles ; un renforcement du pouvoir d'agir ; le développement de l'esprit critique, de l'introspection ; une remise en question des représentations ; une amélioration de l'accessibilité au préau ; une amélioration du sommeil ; et une diminution de l'angoisse. Ces effets intermédiaires sont alors catégorisés en deux sortes d'effets à moyen terme à savoir une amélioration globale des compétences psycho-sociales des personnes détenues ainsi qu'une amélioration de la qualité de vie en détention. Ces effets participeraient à l'atteinte d'objectifs finaux sur le long terme : la réinsertion et la lutte contre la récidive et l'amélioration de la santé des personnes incarcérées. A tout ceci s'ajoute également un effet indirect et inattendu observé auprès des agents et des professionnels de la prison à savoir une facilitation de leur travail ainsi que des effets ricochets sur d'autres projets de C.C. Pour terminer, deux effets pervers ont également été relevés notamment celui d'un potentiel sentiment d'envahissement de la part des personnes détenues et celui du risque de création d'une forme de dépendance des détenues envers les membres d'I.Care.

Le processus d'évaluation a également permis de décrire le contexte dans lequel évolue l'intervention C.C. Au vu des constats soulevés – contexte malveillant, déshumanisant, présentant de nombreux freins qui ne permettent pas le développement de la santé⁶ - les différents membres de l'équipe perçoivent alors la complexité du contexte carcéral et l'influence négative non négligeable que ce dernier peut avoir sur la santé. Le contexte lui-même n'étant pas favorable à la santé, l'équipe d'I.Care éprouve alors la réflexion suivante : « Comment faire de la promotion de la santé dans un milieu qui est si hostile à la santé, qui

⁶ Ces constats sont issus des théories de programme réalisées et également de l'analyse du matériel de données issu de la recherche ProSess de manière plus générale. Les différents composants du contexte ne sont pas détaillés dans cette section puisqu'ils le seront dans la partie des résultats.

met en défaut les différents déterminants de la santé et qui revendique des valeurs qui vont à l'encontre de celles prônées par la promotion de la santé? ».

La mémorante réalisant ce mémoire, ayant participé à la recherche ProSess en tant que jobiste, a retranscrit des enregistrements audio des réunions prenant cours dans le cadre de la recherche ProSess. Ces dernières réunissaient l'équipe d'I.Care et la chercheuse du Reso-UCLouvain. Au fil des retranscriptions, la mémorante prend connaissance de l'existence de l'association I.Care, de ses missions et de son travail au quotidien. C'est à ce moment que naît alors chez la mémorante un intérêt tout particulier pour la problématique de la santé en prison et le souhait de poursuivre la réflexion de l'équipe - évoquée en fin de paragraphe précédent – comme thématique de recherche pour ce mémoire. Effectivement, les effets du projet C.C. ne paraissent pas s'arrêter aux personnes incarcérées mais semblent rayonner sur de nombreux autres aspects de ce milieu fermé.

3.2. Présentation de la recherche du mémoire

La recherche menée dans le cadre de ce mémoire prend la forme d'une étude de cas et souhaite étudier le cas de l'intervention C.C menée par l'asbl I.Care spécifiquement dans la prison pour femmes de Berkendael.

Un bref aperçu dans la littérature ayant permis de prendre connaissance de la démarche des Prisons Promotrices de Santé, et souhaitant comprendre comment faire pour développer la santé dans un milieu comme celui de la prison et comment des actions de promotion de la santé pourraient contribuer à ce développement, la mémorante a développé la question de recherche suivante, qui précise et contextualise la question de recherche initialement formulée à la fin de la partie présentant le cadre conceptuel :

« Comment une intervention de promotion de la santé comme Care.Connexion participe-t-elle au développement d'une Prison Promotrice de Santé ? ».

Le but de ce mémoire étant de proposer des pistes de solutions transférables pour développer une approche de promotion de la santé en prison qui permettrait l'émergence de changements en faveur de la santé au sein d'un EP.

La recherche de ce mémoire s'inscrit donc dans la continuité de l'évaluation menée par I.Care dans le cadre de la recherche ProSess, en apportant à cette évaluation une perspective

systemique. Ce memoire tend à étendre le champ d'application de l'étude précédente en élargissant l'analyse à un contexte plus large d'intervention, en considérant la prison de manière holistique, comme un milieu de vie dans son intégralité. L'évaluation de C.C. menée dans le cadre de ProSess a été développée dans le but d'identifier les principaux effets de l'intervention sur le public cible, à savoir les détenues, pour tenter de comprendre comment ces effets améliorent la santé de ces personnes. La recherche actuelle, quant à elle, souhaite explorer les effets de l'intervention sur l'entièreté des composantes du système, sur l'environnement global. Pour mener cette recherche, différentes sources de données seront analysées : le matériel existant issu de l'étude ProSess ainsi que de nouvelles données collectées par la mémorante qui seront détaillées dans la section méthodologie de ce mémoire.

Pour répondre à la question de recherche, la mémorante s'est outillée d'un cadre logique, celui de la théorie du changement (TdC).

II. Approche méthodologique

II. Approche méthodologique

La section ci-présente s'attèle à définir l'approche méthodologique de la recherche. Pour commencer, le choix méthodologique de l'étude de cas sera détaillé. S'en suivra la présentation du cadre logique de la théorie du changement (TdC). Enfin, nous détaillerons le devis de recherche comprenant la présentation des différentes étapes de collecte et d'analyse de données en lien avec nos deux objectifs de recherche à savoir : la description des éléments constitutifs du système et de l'intervention et la mise en évidence des différents changements apportés par l'intervention et leur lien avec les composantes du système précédemment analysées. Ce dernier objectif sera réalisé par le biais de la construction de deux TdC.

1. L'étude de cas

Comme mentionné précédemment dans la partie théorique de cet écrit, la recherche suit un design d'étude de cas. La littérature met en évidence que l'étude de cas permet d'analyser un cas spécifique, une unité inscrite dans un espace et un temps précis, et de l'observer dans son contexte naturel d'évolution. L'étude de cas s'intéresse notamment en profondeur aux phénomènes complexes (Yin cité dans Crowe et al., 2011). Gerring (2004) définit l'étude de cas comme suit : « c'est l'étude intensive d'une unité singulière ayant pour objectif de comprendre une classe plus large d'unités similaires ». Cette définition correspond à l'objectif final de cette recherche qui cherche, par le biais de l'étude du cas spécifique de C.C., à formuler des composantes-clés transférables à toute action de santé publique en milieu carcéral.

De plus, le choix de cette méthode est particulièrement justifié car, tout d'abord, il s'agit d'une étude exploratoire dont l'objectif est de pouvoir répondre à une question de type « comment ? ». Une recherche est dite exploratoire lorsqu'elle souhaite explorer des situations pour lesquelles l'intervention évaluée n'a pas de résultats clairs et uniques (Yin cité dans Baxter & Jack, 2008). Ensuite, est présente la nécessité de traiter les facteurs contextuels impliqués dans le phénomène étudié, d'autant plus que les limites entre le phénomène et le contexte sont assez floues, ce qui est le cas de notre intervention (Baxter & Jack, 2008). Enfin, le cas de C.C. est innovant et particulier, ce qui incite à une étude approfondie de celui-ci.

Le cas de C.C. peut être considéré, théoriquement, comme étant un « *intrinsic case* » dans le cadre de cette recherche, selon la définition suivante de Crowe et al. (2011) ; c'est-à-dire que c'est « un cas qui est choisi pour ses propres mérites. Il n'est pas choisi car il est représentatif d'autres cas mais pour son côté unique qui présente un réel intérêt pour le chercheur » et qui se distingue alors des cas dits « *instrumental* » et « *collective* ». Une des particularités de C.C. est son ancrage dans le milieu de vie de la prison (cellule et préau) au-delà du parloir, lieu où les professionnels rencontrent communément les détenu·e·s. Une autre caractéristique qui explique ce côté unique est que le projet C.C. propose un accompagnement continu aux détenu·e·s, qui s'inscrit dans la longévité et qui est marqué par des rencontres régulières. Enfin, l'intervention C.C. est constituée d'actions existantes à différents niveaux : individuel, collectif et communautaire.

Enfin, l'asbl I.Care présente une certaine forme d'accueil par rapport à la présente recherche. En effet, l'association a accepté de « participer » à l'étude du cas de son intervention en fournissant les données nécessaires à la recherche et en se soumettant à l'application d'autres méthodes de collecte de données. De plus, l'association se veut être en constante réflexion quant à ses pratiques au quotidien et à l'évolution de ses projets, ce qui rend le cas de C.C. enclin à être l'objet de cette recherche.

2. Le cadre logique de la Théorie du Changement (TdC)

La TdC fut développée par Weiss et al. (cité dans Breuer, 2016). Ces derniers la définissent comme étant une approche qui décrit comment une intervention parvient à des résultats, en passant par une séquence logique de résultats intermédiaires. Cette approche part du résultat final escompté en travaillant à rebours pour développer le processus de changement qui est composé des changements intermédiaires (C.I.) (Breuer, 2016). D'après Mayne (2017), la TdC permet de décrire les mécanismes causaux qui se cachent derrière les liens causaux. En bref, elle décrit les conditions qui doivent exister pour que les liens causaux puissent se réaliser (« *causal link assumptions* »), elle met en avant l'aspect contributif de différents éléments à l'apparition des C.I. et à l'atteinte de l'objectif final. Cette théorie est alors un modèle représentant comment le changement est attendu (ex-ante) ou comment le changement est apparu (ex-post) (Mayne, 2017).

La TdC tient compte des facteurs contextuels et peut également inclure d'autres éléments comme les bénéficiaires de l'intervention, des preuves de recherche permettant d'appuyer

la théorie, les acteurs présents dans le contexte, la sphère d'influence, les choix stratégiques et les interventions, une ligne du temps et des indicateurs (Breuer, 2016).

Ce modèle de la TdC stipule que l'intervention de santé publique étudiée représente *l'input* inséré dans le système et qui devrait pouvoir provoquer du changement. Cette intervention s'inscrit dans le but d'atteindre un *objectif sur le long terme (l'output)*. Dans le cadre de cette recherche, cet objectif sur le long terme se trouve être la transformation de la prison de Berkendael en une Prison Promotrice de Santé. L'input et l'output sont reliés par une ligne du temps mettant en évidence le *processus du changement* qui se déroule entre le moment de l'implantation de l'intervention et celui de l'atteinte de l'objectif final au long terme. Ce processus de changement prend vie grâce à l'existence au fil du temps de différents *C.I.* qui participent à l'élaboration de l'output final. Ces *C.I.* sont le résultat d'une combinaison de différents facteurs causaux qui peuvent être représentés par une combinaison des spécificités de l'intervention, de facteurs contextuels et de l'influence de certains acteurs. L'ensemble de ces influences positives/négatives inscrivent le changement dans *un micro-système* qui lui-même s'inscrit dans le système plus général de l'intervention (Breuer, 2016 ; Mayne, 2017).

Dans le cadre de ce mémoire, l'intervention de promotion de la santé C.C. est alors considérée comme le point de départ d'une chaîne causale de changements intermédiaires (C.I.). Nous souhaitons alors comprendre quels changements sont apparus dans la prison de Berkendael depuis l'implantation de cette intervention dans le milieu, quels sont les éléments composant le système qui influencent ces changements et de quelle manière et comment l'intervention C.C. participe à l'existence de ces changements. Le but étant de faire des liens entre les différents éléments constitutifs du système et l'apparition des C.I.

La figure 1 suivante permet de visualiser les différents éléments constituant la TdC :

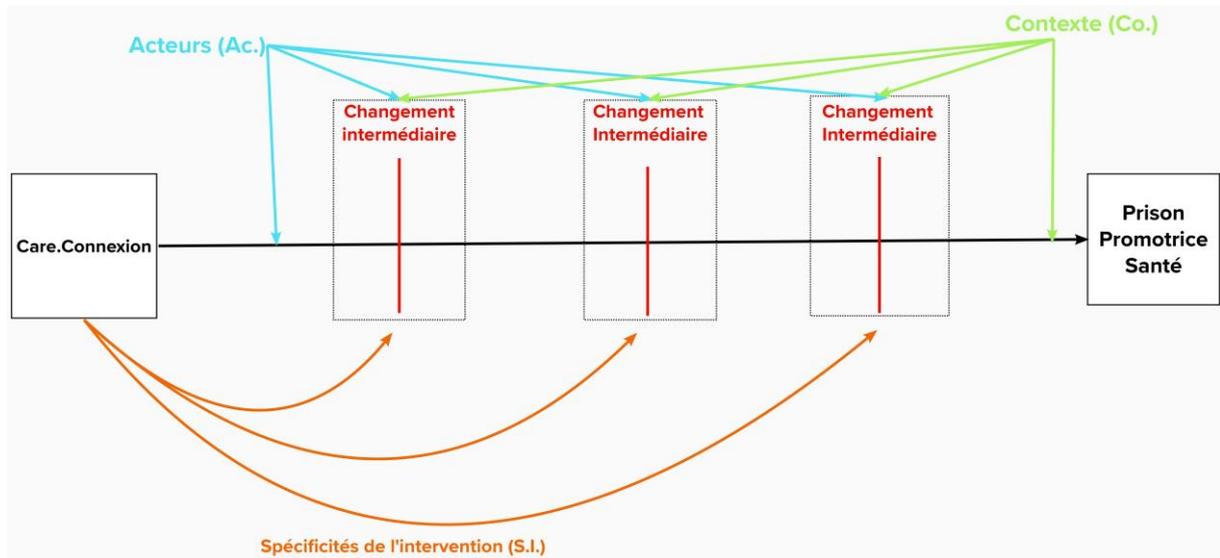


Figure 1- Schématisation de la Théorie du Changement

3. Matériel et méthodes

Cette dernière section concernant l'approche méthodologique expose les différentes sources de données utilisées pour cette recherche et présente ensuite les étapes d'analyse de ces données.

Pour rappel, la question de recherche de ce mémoire est la suivante : « *Comment une intervention de promotion de la santé comme Care.Connexion participe-t-elle au développement d'une Prison Promotrice de Santé ?* ».

Comme mentionné précédemment dans le paragraphe introductif de la section « approche méthodologique », la recherche s'est déroulée en 2 étapes poursuivant chacune un objectif spécifique. La première étape de la recherche peut être qualifiée de descriptive car elle a pour objectif l'identification et la présentation des éléments constitutifs du système (facteurs contextuels et acteurs) et de l'intervention d'intérêt. La deuxième étape s'intéresse à l'identification et à l'analyse des changements existant au sein du système depuis l'implantation de l'intervention C.C. dans la prison dans le but d'élaborer une TdC expliquant comment C.C. participe au développement de l'objectif final, la Prison Promotrice de Santé.

3.1. Sources de données

Comme souvent dans les études de cas, les types de données sont multiples, notamment parce que leur convergence permet de mieux appréhender le phénomène, sa complexité et le contexte dans lequel il existe (Baxter & Jack, 2008). Dans le cadre de la présente recherche, les données sont de cinq types :

- A. *Le matériel issu de la recherche ProSess* (retranscriptions de 30 heures de réunions d'équipe entre I.Care et la chercheuse du service du Reso-UCLouvain abordant l'évaluation des projets de Care.Connexion ; les théories de programmes issues de l'évaluation ; les données collectées pour l'évaluation (focus groupes auprès de 12 détenues, 2 interviews exploratoires avec des professionnels de la prison, base de données reprenant les sujets abordés lors des sorties au préau) ; et les documents de travail d'analyse de ces données). NB : la mémorante bénéficie d'une exposition prolongée au matériel des réunions d'équipe ayant retranscrit elle-même ces dernières.

- B. *Des sources documentaires* (documents fournissant plus d'informations sur l'intervention et sur l'asbl comme, par exemple, des rapports d'activités, un rapport rédigé par l'association à l'occasion des 5 ans de l'asbl, des présentations Power Point des projets etc). Au cours de la recherche, un certain tri a dû être fait dans les données collectées en fonction de leur pertinence en regard de la question de recherche. L'annexe B détaille les sources documentaires ayant été utilisées pour la recherche.

- C. *Quatre entretiens menés avec des membres de l'équipe I.Care*. La récolte de cette source de données n'a pas été réalisée avant de débiter le processus d'analyse. Effectivement, les entretiens ont été réalisés par la mémorante lors de l'étape 2 de l'analyse (cfr plus bas 3.2. *Détails des étapes d'analyse des données*) des données en vue de compléter et d'enrichir les résultats ayant déjà émergé de l'analyse en cours. Les entretiens avaient pour but d'investiguer de manière plus approfondie l'existence de C.I. auprès des professionnels de la prison ainsi que les éléments du système et de l'intervention participant à l'émergence de ceux-ci. De plus, des questions plus « meta » ont été posées à certains participants pour collecter leur point de vue sur ce qu'est, selon eux, une prison qui permet le développement de la santé. Aucun résultat préliminaire n'a été présenté aux participants lors de ces entretiens.

Les entretiens, d'environ une heure chacun, ont été enregistrés et une prise de note a été effectuée par la mémorante. Chaque participant s'est vu être questionné par le biais d'un guide d'entretien. Le guide d'entretien était adapté à chaque personne interviewée. Effectivement, la diversité des fonctions des personnes au sein de l'asbl a nécessité une adaptation des questions à chaque participant (le choix des participants est détaillé dans le paragraphe suivant). De plus, étant donné que les interviews ont été menées en cours d'analyse et avec un objectif précis, les questions posées furent alors assez spécifiques tout en laissant une certaine liberté aux personnes de mener la discussion vers d'autres sujets si elles en ressentaient le besoin ou l'intérêt. Les entretiens peuvent dès lors être qualifiés de semi-directifs.

L'échantillonnage des participants avait pour critère d'inclusion que chaque personne soit membre de l'association ou de son conseil d'administration depuis le lancement des projets dans le but de pouvoir investiguer l'existence de changements depuis la création de l'intervention jusqu'à aujourd'hui. Aussi, la diversité des fonctions des participants était un critère nécessaire lors de l'échantillonnage dans le but de collecter différents niveaux de points de vue. Le nombre de personnes interviewées s'élève à 4 et cela comprend un membre de la direction et fondateur de l'asbl, deux travailleurs de première ligne (infirmier·ère et médecin) et un membre du conseil d'administration et fondateur de l'asbl également.

Enfin, en amont des entrevues, chaque interviewé a reçu, complété et signé un formulaire de consentement. Les guides d'entretien et formulaire de consentement se trouvent respectivement aux annexes C et D.

- D. *Des notes de terrain* consignées dans un *journal de bord* dont la mémorante s'est dotée pour garder des traces de ses réflexions, questionnements, idées, introspections, observations etc tout au long de la recherche.

- E. *Focus groupe de validation* avec les individus participant à la recherche. La récolte de cette source de donnée a été réalisée en fin de processus d'analyse étant donné que l'objectif était la validation des résultats de la recherche par les membres de l'équipe d'I.Care. Les résultats de chaque étape de l'analyse des données (cfr plus bas 3.2. Détails des étapes d'analyse des données) leur ont été présentés. Leurs remarques ont été directement intégrées aux résultats exposés dans la section suivante de ce mémoire.

Les données récoltées spécifiquement pour le mémoire, à savoir les sources documentaires (B) et les entretiens (C), mettent majoritairement en avant la voix d'un acteur principal, celui d'I.Care. Effectivement, les sources documentaires ont principalement été rédigées par l'équipe elle-même et mettent donc en évidence le point de vue de ses membres. Il en va de même pour les entretiens menés par la mémorante. Toutefois, les données collectées pour l'évaluation au cours du premier cycle de la recherche ProSess (A) permettent, quant à elle, de faire entendre la voix de certaines détenues (n=12) et de quelques professionnels de la prison (n=2).

Les données sont de sources multiples dans le but de permettre une certaine triangulation pour tenter de développer une meilleure validité interne de l'étude (Crowe et al., 2011). La triangulation *des données* (c'est-à-dire l'utilisation de différentes sources de données) et la triangulation « *écologique* » (c'est-à-dire que les analyses et les interprétations ont été soumises à la vérification auprès des sujets participants à la recherche, dans ce cas-ci l'équipe I.Care) sont d'application dans cette recherche (Kohn, 2018).

3.2. Détails des étapes de l'analyse des données

Pour rappel, pour répondre à la question que pose ce mémoire, la recherche s'est déroulée en plusieurs étapes. La figure 2 suivante reprend les différentes étapes de l'analyse des données en vue de faciliter la compréhension du processus par le lecteur.

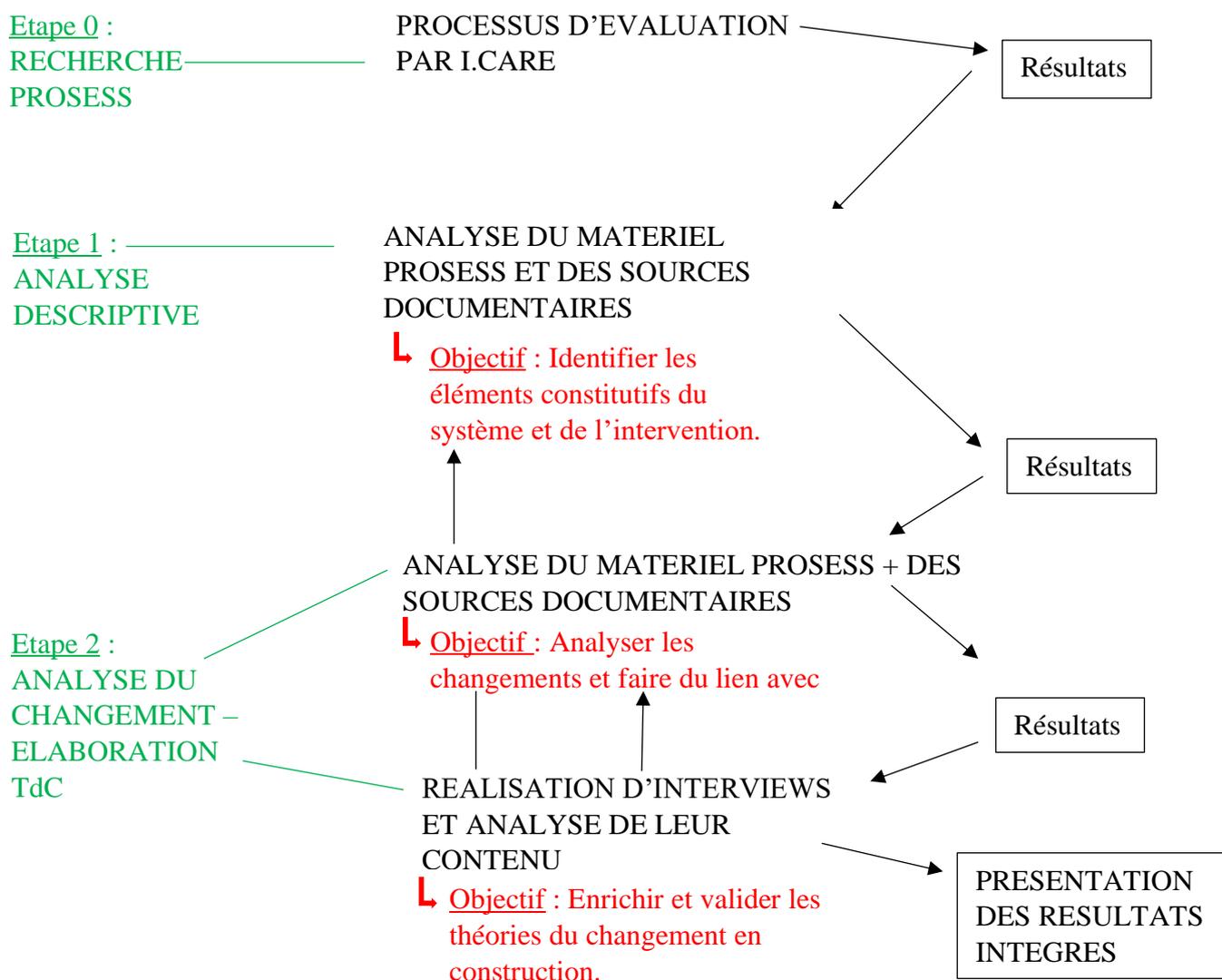


Figure 2 - Schématisation des étapes d'analyse

Etape 1 : Analyse descriptive

Cette première étape d'analyse descriptive a pour but d'appréhender l'environnement dans lequel est implémentée l'intervention C.C., pour comprendre quelles sont les influences contextuelles ainsi que les acteurs composant ce système qui sont défavorables à la santé et qui ont un impact potentiel sur le travail de l'équipe I.Care au quotidien et sur le

déroulement de leurs projets. De plus, cette étape tente d'identifier les bases théoriques sur lesquelles reposent l'intervention C.C.

Cette analyse descriptive s'est faite au départ des données qui avaient été collectées dans le cadre de la recherche ProSess et des sources documentaires (cfr sources de données A et B citées plus haut). Ces données ont fait l'objet d'une analyse thématique descriptive. Les différents documents ayant été passés sous « screening » et les éléments d'intérêt émergents ont été catégorisés dans un tableau Excel et mis en lien avec des extraits de matériel (verbatim).

L'étape d'analyse descriptive est caractérisée par deux sous-objectifs :

- Le premier sous-objectif était d'identifier et de décrire les *éléments constitutifs du système*, celui dans lequel évolue l'intervention C.C. Cette étape a été réalisée par le biais de l'analyse du matériel issu de la recherche ProSess et a permis de mettre en évidence une série d'éléments contextuels (liés à l'environnement social, l'environnement politique et institutionnel, l'environnement physique et les ressources personnelles) ainsi que divers acteurs du système.
- Le deuxième sous-objectif était l'identification des *éléments constitutifs de l'intervention C.C.* elle-même. Le but étant de fournir une analyse plus poussée de l'intervention C.C. elle-même, de son contenu, de la façon dont elle existe, ses objectifs, ses missions, ses valeurs et des éléments la composant et la rendant unique.

La mémorante tente alors de répondre aux questions suivantes :

- Quels sont les éléments contextuels composant le système de l'intervention C.C. ?
- Quels sont les acteurs de la prison dans le système de l'intervention C.C. ?
- Quelles sont les bases théoriques composant l'intervention C.C. ?

Les interviews (cfr source de données C citée plus haut) a également contribué en partie à l'identification des éléments constitutifs du système relatifs à cette étape de la recherche.

Étape 2 : Analyse des changements identifiés dans la prison depuis l'implantation de C.C.

Lors de cette étape d'analyse du changement, la chercheuse a utilisé, dans un premier temps, les données issues du matériel ProSess et les sources documentaires (cfr sources de données A et B citées plus haut). Ensuite, les données provenant des entretiens avec les membres de l'équipe I.Care (cfr source de données C citée plus haut) ont été analysées. Cette étape d'analyse fut guidée par le cadre logique de la TdC (expliqué précédemment au point 2 de cette section méthodologie).

Cette deuxième étape d'analyse du changement avait pour objectif d'*identifier et d'analyser les changements* observés dans le système depuis l'implantation de l'intervention de promotion de la santé et de *faire des liens* entre ces changements et les différents éléments identifiés lors de l'analyse descriptive. Deux théories du changement en construction ont alors émergé.

Afin d'enrichir et de valider les deux TdC en construction, les quatre interviews ont été analysées. Le contenu des notes prises lors des entretiens a permis de confirmer ou d'infirmer certaines hypothèses posées par la chercheuse concernant l'émergence de certains changements et les influences s'y rapportant.

De plus, ces entretiens ont permis d'investiguer de manière plus large quelle était la vision des membres d'I.Care concernant l'impact potentiel que pouvait avoir une intervention de promotion de la santé comme la leur sur le développement de la santé dans un environnement comme celui du carcéral. Cela contribue alors à l'objectif final de cette recherche à savoir formuler des composantes-clés transférables de pratiques permettant le développement de la santé en prison.

L'entièreté des résultats de l'analyse (les éléments constitutifs du système et de l'intervention ainsi que les TdC) a été présenté à l'équipe responsable du projet C.C. d'I.Care pour validation (cfr source de données E citée plus haut) et ces remarques ont été intégrées aux résultats en cours d'élaboration.

III. Résultats

III. Résultats

Nos résultats seront présentés de la manière suivante : d'abord, nous présentons les résultats de l'analyse descriptive puis de l'analyse du changement.

Certains résultats seront illustrés par des exemples directement inclus dans le texte de ce mémoire, d'autres (des verbatims) seront référencés à l'annexe E pour des raisons de lisibilité. De plus, chaque élément d'importance émergeant de l'analyse descriptive sera annoté d'un code pour faciliter la compréhensibilité des schémas qui vont suivre. L'entièreté de ces codes est présentée sous forme de lexique à l'annexe F.

1. Description du système

1.1. Les éléments constitutifs du système

Pour rappel, dans cette première partie descriptive, la mémorante s'est intéressée aux éléments contextuels et aux acteurs qui composent le système dans lequel l'intervention C.C. évolue, à partir du matériel de la recherche ProSess et des sources documentaires.

1.1.1. Les éléments contextuels

En ce qui concerne les *facteurs contextuels* (Co), ce premier temps d'analyse a permis d'identifier 15 éléments contextuels qui influencent la santé des détenues. Ceux-ci ont été répartis en différentes catégories : environnement social ; environnement physique ; ressources personnelles ; et environnement institutionnel et politique.

Environnement social :

- Co.1 : Le système carcéral est représenté par une forme d'**inertie**⁷ importante et s'ancre facilement dans des manières de penser, des approches et des pratiques profondément ancrées dans des habitudes qui se transmettent implicitement.

- Co.2 : Un **climat de méfiance, de parano et de tension** permanent touche tous les acteurs de la prison (détenues, professionnels, etc.).

⁷ Cfr annexe E – extrait brut de données – 1.

- Co.3 : L'organisation est extrêmement « **procédurale** »⁸ et sécuritaire, ce qui ne **favorise pas le changement**.
- Co.4 : L'**information de santé** y est très **peu accessible voire non-existante** pour les détenues.
- Co.5 : Aucun lieu **d'écoute ou de soutien**⁹ n'existe pour les professionnels de la prison.
- Co.6 : Une forme de **dualité agents-détenues** est présente, favorisant l'existence de deux clans au sein de l'EP.
- Co.7 : Les professionnels expérimentent des **conflits de valeurs**. Nombreux sont les moments où les membres de l'asbl disent devoir « ramer à contre-courant » dans leur travail au quotidien. Cette confrontation est également observée chez les professionnels de la prison.

Environnement physique :

- Co.8 : La prison est un **microcosme fermé** de par sa nature physique et les fondements sur lesquels elle est construite. C'est un lieu conçu pour isoler socialement et qui ne dispose pas de beaucoup de relations avec l'extérieur¹⁰.
- Co.9 : Les **services** (médicaux, informationnels, alimentaires, etc.) de la prison ne sont **pas adaptés**¹¹ aux besoins du public (littératie en santé, besoins de santé etc.)
- Co.10 : Les **conditions de travail**¹² y sont très compliquées pour les professionnels, les moyens sont pauvres, le temps manque, l'environnement physique est inconfortable et inadapté, les professionnels sont en sous-effectifs.

⁸ Cfr annexe E – extrait brut de données – 2.

⁹ Cfr annexe E – extrait brut de données – 3.

¹⁰ Cfr annexe E – extrait brut de données – 4.

¹¹ Cfr annexe E – extrait brut de données – 5, 6 et 7.

¹² Cfr annexe E – extrait brut de données – 8.

Ressources personnelles :

- Co.11 : Les **compétences des professionnels** de la prison ne sont **pas adaptées** aux caractéristiques des détenues. Ils manquent de formation adaptée au public avec lequel ils travaillent.
- Co.12 : Certains professionnels ont des **attitudes et des représentations négatives** à l'égard des femmes détenues.

Environnement institutionnel et politique :

- Co.13 : La prison est représentée par une **organisation verticale** dans un environnement stable caractérisé par un fonctionnement qui suit une **hiérarchie** claire pour tous les acteurs de la prison, et avec des **enjeux de pouvoir**¹³.
- Co.14 : L'association I.Care subit une certaine **instabilité économique**¹⁴ concernant le financement de ses projets.
- Co.15 : Les **soins de santé en prison, en Belgique, sont financés** par le **SPF Justice**¹⁵. Les valeurs et priorités mises en avant dans les pratiques sont alors celles prônées par la Justice et non celles de la Santé.

1.1.2. Les acteurs

En plus des facteurs contextuels, l'analyse du corpus de données issu de la recherche ProSess a également permis d'identifier *les différents acteurs (Ac.)* existants au sein ou à l'extérieur de la prison et impactant le système d'une manière ou d'une autre. Les acteurs composant le système à l'étude sont les suivants :

- Ac.1 - Les détenues

Le premier acteur présenté, public-cible principal de l'intervention de promotion de la santé d'I.Care, est le groupe des détenues. Ce public est particulièrement hétérogène, composé uniquement de femmes, de tous âges, de nationalités et cultures diverses, parlant différentes langues, appartenant à des milieux socio-économiques variés mais avec une prédominance

¹³ Cfr annexe E – extrait brut de données – 9 et 10.

¹⁴ Cfr annexe E – extrait brut des données – 11.

¹⁵ Cfr annexe E – extrait brut des données – 12.

pour les milieux défavorisés. La population carcérale est souvent représentée comme étant fortement vulnérable sur le plan médical, social et psychologique. C'est une population particulièrement précaire et marginalisée.

- Ac.2 - Les agents pénitentiaires

Les agents pénitentiaires représentent un deuxième groupe d'acteurs important. Ces derniers sont les personnes au sein de la prison qui sont le plus en contact avec les détenues et qui ont une force décisionnelle importante sur le quotidien des détenues (et sur leur santé). Effectivement, dans le référentiel rédigé par I.Care en 2020, y est décrit la fonction de l'agent pénitentiaire comme suit :

« Les agents pénitentiaires sont présents en prison : à l'accès, lors des ouvertures des portes, sur les sections etc. D'une part, l'agent assure le maintien de l'ordre dans un établissement pénitentiaire pour éviter tout risque d'émeute ou d'évasion. Il surveille en permanence les détenus, effectue des rondes, inspecte les cellules, réalise les fouilles corporelles, procède à l'ouverture et à la fermeture des portes, fait respecter le règlement et la discipline, gère les conflits. Il contrôle également les visites au parloir et rapporte à la direction tout problème survenu et porté à sa connaissance. Au besoin, il escorte aussi les personnes détenues au tribunal ou chez le médecin, si prise de rendez-vous dans un hôpital. D'autre part, l'agent gère l'organisation de la vie quotidienne au sein de la prison. Il se charge de vérifier que les personnes détenues sont réveillées, de la distribution des repas, des douches, de l'attribution des travaux journaliers aux détenus, de l'animation d'activités sportives ou culturelles. L'agent vérifie aussi le courrier et les colis et gère les appels téléphoniques ». (Référentiel, 2020)

De par les nombreuses tâches qui incombent à son rôle, les agents deviennent omniprésents dans la prison¹⁶. Le moindre mouvement de personne dans l'établissement nécessite la coopération de ces derniers. Aussi, ils sont responsables de la bonne circulation de l'information dans la prison.

Ce groupe d'acteurs présente plusieurs clans en son sein¹⁷. Ces clans existeraient sur base de représentations différentes concernant la manière de mener leur travail au quotidien. I.Care mentionne qu'il y a les agents dits plutôt « sociaux » et ceux plus « autoritaires ». La collaboration avec les agents « sociaux » semblerait être plus facile pour les membres d'I.Care ainsi que pour les détenues.

¹⁶ Cfr annexe E – extrait brut de données – 13.

¹⁷ Cfr annexe E – extrait brut de données – 14.

- Ac.3 - La direction

Tel que défini dans le référentiel rédigé par I.Care en 2020 :

« La direction est chargée de la gestion des services pénitentiaires. Elle doit effectuer de nombreuses missions pour garantir la sécurité au sein de l'établissement pénitentiaire. Il ne s'agit pas d'être uniquement « directeur de prison », car le directeur pénitentiaire s'occupe notamment de la direction, mais également du management et du contrôle des établissements pénitentiaires. Il veille à favoriser la réinsertion des détenus dans la société. De plus, la direction donne les autorisations pour les entrées, les activités, ... en prison ». (Référentiel, 2020)

Toute demande de détenue nécessite un accord préalable de la direction¹⁸. Il en va de même concernant les projets d'I.Care.

La direction de Berkendael et l'asbl I.Care entretiennent une relation assez positive permettant, de manière générale, une collaboration sereine.

- Ac.4 - Le service médical

Le service médical de la prison se compose de divers professionnels de la santé (infirmiers, médecins, spécialistes, psychiatres etc). Ces professionnels sont financés par le SPF Justice. Ces professionnels ne passent pas un temps égal en prison. Les médecins, par exemple, effectuent des permanences de travail et ne sont pas présents en prison durant les week-ends. Pour avoir accès à une consultation médicale, la détenue doit rédiger un billet de rapport (demande écrite) comprenant sa demande. Rares sont les professionnels qui disposent d'une formation concernant la population carcérale.

La collaboration entre l'association I.Care et le service médical de la prison de Berkendael est extrêmement difficile.

En plus de ce service médical, il existe aussi les services psycho-sociaux comprenant des psychologues et des assistants sociaux.

- Ac.5 - Les acteurs associatifs ponctuels

Nombreux sont les services d'aide aux détenues et à la réinsertion qui entrent en prison de manière ponctuelle pour y proposer leurs services. Ces derniers sont « des asbl avec des missions et/ou un public plus spécifiques. Exemples : médiation financière, médiation entre l'auteur et la/les victime(s),

¹⁸ Cfr Annexe E – extrait brut de données – 15.

mise en place du lien entre un parent incarcéré et un enfant mineur etc. » (Référentiel, 2020). Ces associations de terrain peuvent devenir des acteurs de soutien pour les projets d'I.Care.

- Ac.6 – Les acteurs de soutien¹⁹

I.Care est également entouré d'autres acteurs de soutien rassemblant différentes personnes comme celles composant son assemblée générale et son conseil d'administration. Elle dispose également de points d'appuis comme celui de l'OIP, la ligue des droits humains et différentes fédérations liées au secteur carcéral qui sont autant de ressources sur lesquelles I.Care se repose pour construire ses actions.

- Ac.7 – Les autorités politiques

Un dernier acteur externe est celui des politiques. En effet, les autorités ont un certain pouvoir d'influence sur le système via l'octroi de financement et via le développement de politiques favorables à certaines actions ou secteurs etc.

- Ac.8 - Les travailleurs d'I.Care

Enfin, le dernier groupe d'acteurs faisant partie des influences agissant sur le système sont les travailleurs de l'association I.Care eux-mêmes. Ces derniers effectuent des allées et venues dans la prison toutes les semaines, allant des cellules, au préau en passant par le groupe communautaire, dans le but de tenter de développer la santé au sein de la prison et avec les détenues. Leur travail se veut être le plus participatif et accessible possible. Ils portent et véhiculent des valeurs de promotion de la santé en les exprimant, entre autres, sous forme d'une posture dite de « *care* ».

Les membres d'I.Care, lors de la création de l'asbl, avaient pour objectif que l'association endosse un rôle de relais au sein d'un réseau de différents acteurs œuvrant pour la santé et qui permettrait la distribution d'informations de santé là où il en manque ou là où elle est peu accessible. Pour ce faire, I.Care souhaite créer des collaborations avec toutes sortes d'organisations extérieures qui pourraient répondre aux besoins exprimés en proposant leurs services.

En conclusion, cette partie d'analyse relative au contexte et aux acteurs permet déjà de soulever un premier constat à savoir l'existence d'une complexité systémique dans laquelle le cas spécifique étudié prend vie. Multiples sont les facteurs à prendre en compte, multiples

¹⁹ Cfr annexe E – extrait brut de données – 16.

sont les influences négatives ou médiatrices, ainsi que les acteurs concernés dans la transformation de la prison en un lieu qui fait santé.

1.2. Les éléments constitutifs de l'intervention

Dans un deuxième temps, l'analyse descriptive s'est portée sur l'intervention C.C..

Tout d'abord, il est important de comprendre que cette intervention de promotion de la santé s'inscrit dans le programme d'une association revendiquant des pratiques et des valeurs fortes et peu communes pour le secteur carcéral. Ces différentes spécificités seront représentées par le code suivant : *S.I. (Spécificités de l'Intervention C.C.)*.

1 - S.I.1 – La culture d'action de l'institution

L'équipe d'I.Care, lors de son travail au quotidien pour C.C., met en œuvre des pratiques professionnelles qui reflètent une *culture institutionnelle* bien ancrée. En effet, dans le référentiel (Référentiel, 2020) rédigé par l'association et mis à disposition des différents travailleurs de l'institution, il y est fait mention de deux « philosophies » de travail à savoir le concept du « *care* » et la philosophie émergeant des principes de *promotion de la santé*. Les pratiques de *care* s'inscrivent dans cette optique de promotion de la santé. Ce sont dans les limites dessinées par ces philosophies que s'élaborent les pratiques de terrain des travailleurs et la posture de professionnel des membres d'I.Care²⁰.

Cette culture d'action est favorisée par l'existence de réunions d'équipe fréquentes et par la présence des divers acteurs de soutien (Ac.6). Ces réunions sont dites « cliniques » car elles permettent à l'équipe elle-même d'analyser et de remettre en question ses pratiques au quotidien. Les travailleurs échangent alors sur leur vécu de travail en général ou sur une situation spécifique et chacun donne son avis.

Les membres de l'association ancrent leurs pratiques de travail pour C.C. dans le concept du *care* à savoir « prendre soin de ». En 2017, l'asbl crée un poster récapitulatif de ce qu'est le *care* selon I.Care. Sur ce dernier, y sont mentionnées les caractéristiques suivantes. Le *care* c'est :

- Porter de l'attention à l'autre : ses besoins, ses valeurs, sa culture, ses priorités.
- Apporter de la bienveillance : accueillir la personne détenue là où elle en est.
- Donner du temps à l'autre.

²⁰ Cfr annexe E – extrait brut de données – 17, 18, 19 et 20.

- Penser l'individu en terme relationnel. Tout individu est vulnérable et dépendant de soin. Personne n'est autosuffisant.
- Penser le collectif : sortir de l'isolement, retrouver du lien, créer une dynamique.
- Tenir compte de l'environnement : être attentif à l'écosystème autour du détenu.
- Favoriser l'autonomie : être soucieux de la capacité de réponse du bénéficiaire (garder l'horizontalité de la relation, sa capacité de décision).

L'asbl souhaite donner la priorité au *pouvoir d'agir* des gens, développer l'*empowerment*, mettre la personne au centre, contribuer à renforcer la confiance en elles des détenues et en leurs compétences. De plus, l'association prend le temps de réapprendre le « vivre ensemble ». L'objectif final de C.C. étant l'aide à la réinsertion par le biais de réalisation d'objectifs tels que « renforcer les personnes détenues dans leurs savoirs (connaissances et compréhension de l'information), dans leur savoir-faire (prise en compte de leur propre santé et de celle des autres) ainsi que dans leur savoir-être (autonomie, relation aux autres). » (Référentiel 2020). Cette définition du *care* s'inscrit parfaitement dans les principes revendiqués par la discipline de la promotion de la santé en participant au développement des aptitudes personnelles des personnes. En conclusion, comme le veut la promotion de la santé, l'asbl tente de conférer, au public cible de son intervention, les moyens d'assurer un plus grand contrôle sur leur propre santé, et d'améliorer celle-ci (OMS, 1978).

L'analyse du matériel issu de la recherche ProSess a également permis de mettre en évidence d'autres spécificités de la posture du *care* en prison. Dans cette posture spécifique aux travailleurs de chez I.Care y est également inclus le *secret professionnel* qui n'est que très peu respecté d'habitude en prison ainsi que le fait de *se rendre disponible* pour les détenus. *Être authentique* dans le travail au quotidien avec les détenues permettrait également de plus facilement entrer en relation avec les personnes incarcérées. Il en est de même pour les compétences suivantes : *considérer, valoriser et reconnaître le vécu* des personnes, ainsi qu'*apporter une écoute active* et favoriser une *approche humaniste* de la personne. En conclusion, le *care* en prison permet d'apporter de la *bienveillance* là où il y en a très peu, dans un milieu qui va à contre-sens de la santé.

L'*écoute active*, en particulier, semble être d'une importance non négligeable, selon l'équipe d'I.Care, spécifiquement dans le contexte carcéral. Ecouter permet d'identifier exactement où se situe le problème, de formuler la plainte et, dès lors, de préciser la

demande. C'est ce qui permet de définir la bonne équation de départ pour apporter la bonne réponse en termes de prise en charge et de soins. A cette écoute s'ajoute le fait de *porter attention*²¹. Ce sont deux caractéristiques nécessaires à l'établissement d'une relation de confiance selon l'équipe I.Care et permettant de mettre le doigt sur des éléments particuliers que personne ne regarde. Cela permet d'être au plus proche des détenues et de pouvoir prendre connaissance des besoins existants. Les membres d'I.Care deviennent alors des « traducteurs du contexte » en étant attentifs à la personne et à son environnement. Enfin, la *proximité*²² dont dispose les membres d'I.Care avec les détenues de par leur intervention directement sur les lieux de vie (en cellule et au préau) est également une caractéristique importante des pratiques de l'association. D'autant plus que, de cette proximité, découle directement le bénéfice d'une certaine *accessibilité* des travailleurs pour les détenues.

Pour terminer, I.Care possède également dans son ADN l'importance de « *faire ensemble* » ou « *faire avec* » à la place de « faire pour ». Cela fait lien avec le fait de rendre le pouvoir d'agir aux personnes mais signifie également l'importance de faire « réseau »²³, d'établir des ponts entre l'intérieur et l'extérieur avec d'autres acteurs prêts à s'investir pour promouvoir la santé des personnes détenues.

2 - S.I.2 – Statut particulier²⁴

L'asbl I.Care dispose d'un statut particulier au sein de la prison qui lui confère avantages et inconvénients. En effet, l'association est indépendante de la Justice étant donné qu'elle n'est pas financée par cette autorité. De ce fait, I.Care est un organisme externe à la prison. Elle ne fait pas partie du système carcéral qui est d'application. Elle n'a d'ailleurs pas pour mission d'influencer le parcours juridique ou de réinsertion des personnes détenues. Cette position lui offre une certaine latitude d'action sur le terrain et lui octroie aussi la possibilité de développer des relations particulières avec les personnes incarcérées. Cependant, malgré cette indépendance, l'asbl étant inscrite depuis maintenant des années dans le quotidien de la prison et œuvrant au plus près des détenues et en collaboration étroite avec les différents professionnels, I.Care ferait désormais « partie des murs » selon certains professionnels.

²¹ Cfr annexe E - extrait brut de données – 21.

²² Cfr annexe E – extrait brut de données – 22 et 23.

²³ Cfr point 5 – Relais Réseau plus loin dans cette section.

²⁴ Cfr annexe E – extrait brut de données – 24, 25, 26, 27 et 28.

Cette position particulière permet à l'équipe d'observer directement ce qu'il se passe dans la prison tout en gardant un regard plus « meta » permettant une prise de recul sur les actions. Néanmoins, cette place se joue sur un équilibre difficile à maintenir au quotidien. En effet, I.Care intervient désormais auprès des détenues mais également auprès des agents. Pourtant, la dualité entre ces deux groupes est fortement marquée d'appréhension négative. Il faut donc qu'I.Care trouve l'équilibre entre les deux pour ne pas « faire partie du camp » des uns au détriment des autres.

De plus, I.Care apprend à travailler à contre-courant, à avoir une place qui n'est pas acceptée de tous dans ce système car les valeurs de santé prônées par l'asbl ne sont pas toujours bien comprises ni acceptées dans ce milieu où les priorités ne coïncident pas avec celles de la santé. Il est important pour les membres d'I.Care de garder une certaine ligne de conduite pour ne pas se faire emporter par les manières de faire existantes dans le système. Cela nécessite alors une forme d'adaptation au système, de respect de ses limites et de ses codes, une forme de reconnaissance et de valorisation aussi du travail qui se fait en interne dans ce milieu.

Également, l'asbl dispose d'une place compliquée car les membres d'I.Care travaillent en première ligne avec les détenues au sein de cette prison, mais tentent également de provoquer du changement systémique et organisationnel au sein de cette même prison, ce qui a pour risque d'avoir des répercussions négatives sur le relationnel avec les professionnels dans le cadre de l'intervention C.C.

3 - S.I.3 – Actions multi-niveaux

Une autre spécificité de l'intervention C.C., et qui fait lien avec la caractéristique de statut particulier présentée ci-dessus, est le fait que I.Care travaille sur différents niveaux d'action de manière simultanée. Comme mentionné précédemment, l'équipe travaille auprès des détenues, mais agit en même temps de manière à provoquer un changement plus systémique en interne dans la prison. L'équipe agit alors sur son public cible mais également sur l'environnement qui l'entoure. Les travailleurs prennent soin des détenues mais aussi de l'institution. C'est-à-dire qu'ils travaillent également avec les autres acteurs inscrits dans ce système, prennent soin de l'environnement, des collaborations avec l'extérieur, du relationnel etc.

Aussi, les membres de l'asbl visent, dans leurs pratiques au quotidien, tant l'individuel, que le collectif et le communautaire. Pour ce faire, l'asbl entre dans toutes formes de lieux de vie, tant au préau, que dans les cellules, dans les couloirs, à la bibliothèque etc. Selon un de ses membres, une plus-value de ce projet est spécifiquement l'offre de cet éventail d'approches différentes pour les détenues qui permettrait d'approcher un plus grand nombre de personnes.

4 - S.I.4 – La continuité dans le temps²⁵

De par leur présence continue depuis plusieurs années, à travailler avec les détenues et les professionnels, dans différents lieux de la prison, à différents niveaux, I.Care offre une certaine stabilité/continuité aux acteurs de la prison. Cette continuité est ressentie par les personnes interagissant dans le système et ils l'expriment d'ailleurs comme quelque chose de positif.

Cette continuité semble être d'autant plus appréciée que ce n'est pas une caractéristique qui est inhérente au milieu carcéral. En effet, les membres d'I.Care décrivent ce dernier comme étant un « milieu de ruptures à tous niveaux ». De plus, certaines détenues arrivent en prison avec un parcours de vie compliqué, constitué de ruptures incessantes. Également, le turnover des professionnels en prison est accablant et n'assure aucune stabilité sur du long terme.

5 - S.I.5 – Relais Réseau²⁶

C.C. vise à mettre en lien avec la prison des acteurs de la santé et du social extérieurs à la prison pour apporter des réponses aux besoins des détenues.

Cette première étape de résultats d'analyse démontre le nombre important d'influences contextuelles (environnement physique, social, institutionnel et politique, ressources personnelles) ainsi que leur caractère plutôt néfaste sur le milieu. Les acteurs présents dans le système d'intérêt sont majoritairement représentés par des personnes internes à la prison à savoir les professionnels (agents, service médical et direction) et les détenues. Enfin, l'intervention C.C. est composée de plusieurs fondements théoriques assez spécifiques.

²⁵ Cfr annexe E – extrait brut de données – 29, 30 et 31.

²⁶ Cfr annexe E – extrait brut de données – 32 et 33.

2. Les changements observés chez les détenues et chez les professionnels : théories explicatives de ces changements.

Pour rappel, l'analyse du changement a pour but d'identifier les C.I. provoqués par l'intervention C.C. qui participent au développement d'une démarche de Prison Promotrice de Santé. De plus, dès lors que l'ensemble des composantes du système a été appréhendé, le deuxième objectif est de comprendre comment ces composantes du système ont participé au développement des changements identifiés.

Dans le cadre de ce mémoire, nous nous limitons à présenter deux TdC, chacune relative à un groupe d'acteurs de la prison : les détenues et les professionnels. Nous présentons ci-après ces deux TdC.

NB : Pour décoder les schémas qui vont suivre, le lecteur se référera à l'annexe F qui reprend le lexique des codes de lecture.

2.1. Théorie du changement concernant les détenues

Dans cette première TdC²⁷ (A), cinq C.I. peuvent expliquer en quoi l'influence de l'intervention C.C. sur les détenues contribue à transformer la prison en un lieu promoteur de santé :

- C.I. – A.1. I.Care devient un acteur intégré dans les lieux de vie des détenues ;
- C.I. – A.2. Création d'une relation de confiance entre I.Care et les détenues ;
- C.I. – A.3. Amélioration des ressources psychiques des détenues ;
- C.I. – A.4. I.Care devient « référent Santé » pour les détenues ;
- C.I. – A.5. Changements de comportements des détenues.

La figure 3 suivante présente la TdC de manière schématisée.

²⁷ Cfr annexe G pour une meilleure lisibilité du schéma de la TdC A.

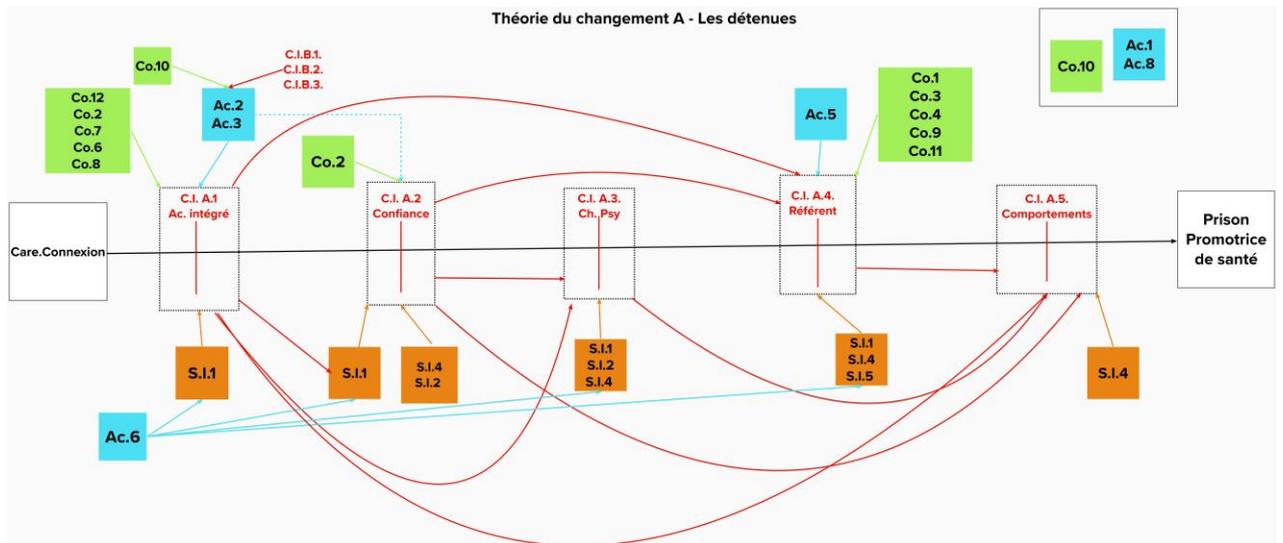


Figure 3 - Théorie du Changement concernant les détenues

Dans cette TdC A, les relations entre les travailleurs d'Icare (Ac.8) et les détenues (Ac1) sont au centre des changements observés. De plus, les membres d'I.Care relatent les conditions précaires (Co.10) dans lesquelles ils travaillent en prison et comment ces conditions pourraient impacter leur travail au quotidien avec les détenues.

2.1.1. I.Care devient un acteur intégré dans les lieux de vie des détenues (C.I.A1).

Explication du changement

D'après les membres de l'asbl, il est peu commun que des professionnels entrent dans les cellules ou au préau et y soient en plus invités par les personnes incarcérées. D'habitude, les professionnels entrant en prison rencontrent les personnes incarcérées au parloir. Les cellules et le préau représentent les lieux de vie des détenues, ce sont des lieux privés pour lesquels il n'existe que très peu de surveillance. La cellule, par exemple, représente le « chez soi » de chaque détenue. Malgré cela, les membres d'I.Care, sont désormais intégrés dans ces espaces intimes car ils y sont tolérés voire même invités par certaines détenues. Les détenues offrent alors une chaise et une tasse de café aux travailleurs d'I.Care qui viennent les rencontrer et discuter avec elles. Certaines détenues demandent également à savoir à l'avance si des membres de l'association seront présents lors de la prochaine sortie au préau car, selon elles, la présence d'I.Care leur apporte une forme de sécurité par rapport à d'autres détenues avec lesquelles les relations sont difficiles et cela les encourage alors à sortir.

Composantes du système qui participent au changement

L'analyse des données a permis de mettre en évidence une importante influence positive des pratiques (S.I.1+Ac.6) exercées par les travailleurs de l'association sur l'apparition du changement. Effectivement, la posture de *care* et l'approche de promotion de la santé qui fondent l'identité professionnelle des travailleurs d'I.Care est un facteur médiateur de l'acceptation de l'équipe dans les lieux de vie des détenues. Par exemple, lorsque les travailleurs d'I.Care se trouvent au pas de la porte d'une cellule, ceux-ci frappent à la porte et demandent l'autorisation pour entrer dans la cellule. Cette démarche respecte l'individu et son intimité et favoriserait l'acceptation des membres de l'asbl dans les lieux de vie des détenues.

De plus, de par sa nature de microcosme fermé (Co.8), la prison ne permet que très peu d'interactions sociales pour les personnes incarcérées qui sont isolées 23h/24h. I.Care offrirait alors une opportunité pour les détenues d'avoir de nouvelles interactions avec un acteur externe du système carcéral. Ce facteur contextuel d'isolement serait dès lors médiateur pour ce premier C.I. car il « encouragerait » les détenues à rencontrer les travailleurs d'I.Care.

D'autres acteurs participent à l'intégration de l'équipe d'I.Care dans les lieux de vie des détenues : la direction (Ac.3) et les agents (Ac.2). Ces acteurs disposent de « pouvoirs » qui faciliteront ou empêcheront l'entrée des membres d'I.Care dans les cellules ou au préau. Effectivement, la direction, par exemple, octroie l'autorisation d'entrée de l'équipe dans les différents espaces de la prison en marquant son accord. En ce qui concerne les agents, ils permettent l'entrée effective des membres de l'association dans les cellules et au préau puisque ces derniers sont responsables du moindre mouvement existant en prison. Néanmoins, cette collaboration est conditionnée par différents facteurs contextuels et C.I. qui seront présentés plus loin dans la Tdc B des professionnels.

2.1.2. Création d'une relation de confiance entre I.Care et les détenues (C.I.A2)²⁸.

Explication du changement

Une certaine relation de confiance se développe, permettant aux personnes incarcérées de se livrer sur des thématiques plus intimes relevant de leur vie privée et relationnelle. Aux débuts de C.C., les thématiques abordées par les détenues lors des rencontres en cellule ou au préau consistaient principalement en des demandes pratico-pratiques ou administratives. Désormais, les sujets abordés touchent plus des problématiques privées et personnelles.

Composantes du système qui participent à ce changement

Ce changement semble être favorisé par différentes spécificités de l'intervention C.C. Notamment, par les pratiques d'action bienveillantes (S.I.1+Ac.6) exercées par les membres de l'association et par la proximité que confère la présence d'I.Care dans les lieux de vie intimes des personnes incarcérées moyennant la condition préalable que les détenues aient accepté l'association dans ces lieux (C.I.A1). De plus, le statut particulier (S.I.2) de l'asbl favorise la création d'une relation de confiance car l'association, étant externe à la prison, n'est pas présente pour contrôler ou surveiller les faits et gestes des détenues dans le but d'influencer leur parcours juridique, ce qui permet de dépasser aussi la méfiance et la paranoïa omniprésente en prison (Co.2). Enfin, la présence continue d'I.Care (S.I.4) dans la prison et la fréquence régulière des rencontres serait favorable à l'établissement de cette confiance.

2.1.3. Amélioration des ressources psychiques des détenues (C.I.A3).

Explication du changement

Les effets, résultant des actions menées dans le cadre de C.C., ont été analysés lors de l'évaluation menée pour la recherche ProSess²⁹. Pour rappel, l'analyse des théories de programme ayant émergé de cette évaluation a permis de mettre en avant les changements psychologiques suivants : une amélioration des compétences relationnelles des détenues ; le développement de l'esprit critique, de l'introspection ; une remise en question des représentations ; une diminution de l'anxiété. La plupart de ces effets contribuent, de

²⁸ Cfr annexe E – extrait brut de données – 34, 35 et 36.

²⁹ Cfr partie théorique de ce mémoire présentant la recherche ProSess.

manière plus générale, à l'amélioration des compétences psycho-sociales et de la capacité d'agir des personnes détenues.

L'analyse des interviews, menées dans le cadre de la présente recherche, a également démontré les changements suivants : les femmes incarcérées disent se sentir désormais plus soutenues, écoutées et sentent que quelqu'un se préoccupe d'elles et de ce qu'elles vivent.

Composantes du système qui participent à ce changement

Le fait que les travailleurs d'I.Care rencontrent les personnes directement dans leurs lieux de vie semble être bénéfique pour permettre le développement des ressources psychiques des détenues car ces espaces permettent la confidentialité puisqu'ils ne sont pas ou qu'ils sont moins soumis à la surveillance. Ceci sous-entend néanmoins la nécessité préalable d'une certaine forme d'acceptation de l'équipe d'I.Care dans ces lieux intimes (C.I.A.1). Y est également mise en avant la spécificité des pratiques (S.I.1+Ac.6) actionnées par les membres I.Care comme facilitatrices du C.I.. Il y est fait mention des caractéristiques suivantes : respect du secret professionnel, philosophie du care, posture horizontale dans les relations, approche humaniste, attention portée à la communication.

L'existence d'une relation de confiance (C.I.A.2)³⁰ préalable entre les détenues et les membres d'I.Care apparaît également comme une condition nécessaire à l'amélioration des ressources psychiques des détenues. Aussi, le statut particulier (S.I.2) de l'association, à savoir l'indépendance d'I.Care vis-à-vis de la Justice serait également un facteur médiateur de ce C.I.. Enfin, il y est fait mention, en tant que mécanisme intermédiaire, de l'importance d'une présence constante et régulière (S.I.4) comme facteur participant au développement des ressources psychiques.

2.1.4. I.Care devient un « référent Santé » pour les détenues (C.I.A4).

Explication du changement

Ce troisième changement met en évidence le développement d'un nouveau rôle, non anticipé, pour les travailleurs d'I.Care, celui de devenir une forme de ressource pour les détenues. Effectivement, pour toute sorte d'information³¹ ou de besoin concernant la santé

³⁰ Cfr annexe E – extrait brut de données – 37.

³¹ Cfr annexe E – extrait brut de données – 38.

(dans sa dimension la plus large à savoir comme étant déterminée par une multitude de déterminants), les détenues ont désormais tendance à se tourner vers I.Care en premier lieu pour trouver des réponses à leurs questions.

Composantes du système qui participent à ce changement

Ce C.I. semble être favorisé par trois facteurs contextuels que sont ceux du manque d'accès et d'existence de l'information en prison³² (Co.4), d'une mauvaise adaptation de la prison à son public (Co.9+11) mais également celui de l'inertie importante du système carcéral de manière générale (Co.1+3).

La formulation de ces demandes, parfois assez intimes, émerge grâce à l'existence au préalable d'une relation de confiance entre les membres de l'association et les femmes détenues (C.I.A2). De plus, la proximité d'I.Care avec les détenues (de par leur présence dans les lieux de vie – C.I.A1) rend les travailleurs d'autant plus accessibles aux personnes détenues. Aussi, la présence continue dans le temps (S.I.4) de l'association permet l'émergence d'un rôle de ressource, de référent.

Enfin, I.Care défend l'importance de travailler en réseau (S.I.5) pour aller chercher les informations manquantes auprès d'acteurs externes (Ac.5) permettant de répondre à ce manque. A force de voir l'association mettre en place des partenariats pour les détenues dans le but de leur fournir les informations dont elles ont besoin, cela renforcerait chez les détenues le fait qu'I.Care peut être une ressource pour elles. Ceci serait alors un facteur bénéfique pour l'émergence du changement ci-présenté.

2.1.5. Changements de comportement des détenues (C.I.A5).

Explication du changement

Pour commencer, depuis l'existence du projet C.C., les membres de l'association observent que les détenues formulent désormais de plus en plus de demandes³³. Au départ, les personnes incarcérées, selon I.Care, présentent souvent toutes sortes de besoins existants mais ceux-ci n'étaient que très peu exprimés par les détenues. Ces demandes peuvent concerner tout un panel de problématiques diverses. Ces nouvelles demandes peuvent être

³² Cfr annexe E – extrait brut de données – 39.

³³ Cfr annexe E – extrait brut de données – 40.

considérées comme faisant partie d'un processus de remobilisation³⁴ des personnes incarcérées concernant leur santé et leur vie en général.

Cette nouvelle forme de mobilisation est également observée au sein du groupe communautaire dans le cadre duquel les détenues portent des problématiques et définissent ensemble les réponses qu'elles ont envie d'y apporter. Par exemple, des détenues ont fait mention du fait que le Règlement d'Ordre Intérieur (ROI) distribué à toute nouvelle détenue à son entrée à la prison de Berkendael n'était pas adapté au niveau de lecture des personnes et n'était pas traduit dans suffisamment de langues différentes. Le groupe communautaire a alors décidé de rédiger un flyer d'information vulgarisé, schématisé, et traduit en de multiples langues pour qu'il puisse correspondre aux capacités de chaque personne. Autre exemple, ce groupe a également entrepris l'organisation d'une soirée dansante de fin d'année comprenant un dîner gastronomique pour toutes les personnes incarcérées et les professionnels de la prison.

Composantes du système qui participent à ce changement

Ce changement concernant les comportements des détenues serait favorisé par l'entière des C.I. (C.I.A1, C.I.A2, C.I.A3 et C.I.A4) composant la TdC A. Les détenues doivent pouvoir compter sur une forme de « ressource » (C.I.A4) en laquelle elles ont confiance (C.I.A2) qui peut leur fournir l'information nécessaire pour se mobiliser ou pour formuler leurs demandes. Ces nouveaux comportements sont également favorisés par l'amélioration préalable des ressources psychiques (C.I.A3) des détenues qui représentent les compétences nécessaires pour redonner une forme de pouvoir d'agir aux personnes. Enfin, tout cela est possible car les membres d'I.Care sont « acceptés » (C.I.A1) dans les lieux de vie par les détenues. Cela a servi de fondation pour permettre l'accompagnement des personnes incarcérées par l'association et forme une base nécessaire à l'émergence des autres C.I. de cette TdC A. De plus, la présence continue et régulière de l'association auprès des femmes détenues (S.I.4) participerait à l'émergence du C.I.

³⁴ Cfr annexe E – extrait brut de données – 41 et 42.

2.2. Théorie du changement concernant les professionnels de la prison

Dans cette TdC³⁵ (B), quatre changements intermédiaires ont été observés :

- C.I. – B.1. Acceptation de la présence d'I.Care au sein de la prison ;
- C.I. – B.2. Remise en question des représentations de la santé chez les agents et la direction ;
- C.I. – B.3. Changement de regard des professionnels de la prison concernant les détenues ;
- C.I. – B.4. I.Care devient « référent Santé » pour les professionnels de la prison.

La figure 4 suivante présente la TdC de manière schématisée.

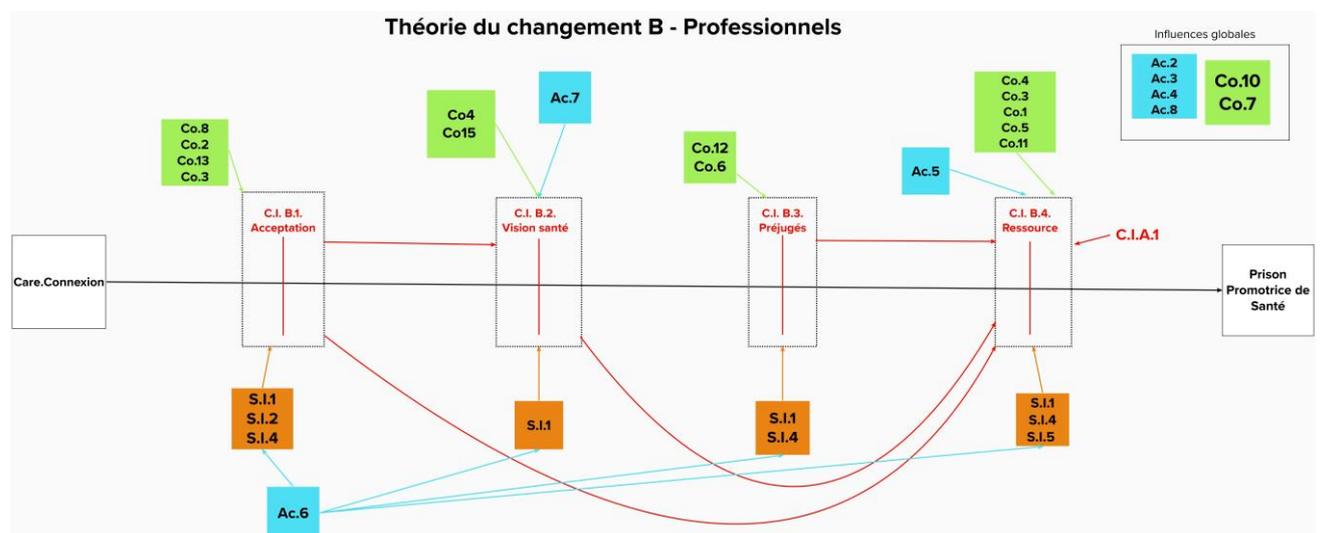


Figure 4 - Théorie du Changement concernant les professionnels de la prison

Cette TdC concernant les professionnels est influencée de manière générale et, à chaque C.I., par deux facteurs contextuels assez imposants. Le premier facteur est celui du conflit de valeurs interne (Co.7) qui a tendance à être un frein à l'émergence de changements en faveur de la santé auprès des professionnels. En effet, les membres d'I.Care, de par leur action avec les détenues au quotidien, donnent pour exemple une nouvelle manière de travailler avec et de considérer les détenues et cela provoquerait, de manière inattendue, une remise en question chez les professionnels concernant leurs pratiques de travail avec la population incarcérée. Cette remise en question met en exergue des priorités et des valeurs sous tensions. Ce conflit est alors un challenge pour les professionnels.

³⁵ Cfr annexe G pour une meilleure lisibilité du schéma de la TdC B.

Un deuxième facteur contextuel ayant un impact potentiellement néfaste sur l'émergence des C.I. de la TdC B est celui des conditions de travail (Co.10) des professionnels internes à la prison. En effet, ces conditions difficiles ne permettent pas toujours aux personnes de disposer des moyens et des ressources nécessaires à leurs pratiques au quotidien, risquant d'entacher la qualité du travail des professionnels.

Dans cette TdC B, les relations entre les professionnels internes de la prison (Ac2, 3 et 4) et les travailleurs d'I.Care (Ac.8) sont au centre des C.I. observés.

Les C.I. présentés ci-après ne concernent pas l'ensemble des professionnels de la prison de la même manière. En effet, certains C.I. sont observés auprès de certains groupes de professionnels mais pas des autres. Aussi, au sein d'un même groupe de professionnels, les changements ne seront pas présents avec la même intensité d'un individu à l'autre. Par exemple, la collaboration entre I.Care et le service médical reste très compliquée aujourd'hui, voire presque impossible. Ces professionnels semblent avoir du mal à comprendre l'intérêt du travail de l'association et n'acceptent que très peu la présence de l'asbl ce qui empêche l'émergence des C.I. qui sont observés auprès des autres professionnels. Un autre exemple est celui des agents pour lequel, au sein de ce même groupe d'acteurs, l'existence des C.I. varie fortement d'une personne à l'autre. Malgré tout, cette TdC met en évidence l'entière existence des C.I. identifiés même si ceux-ci ne s'appliquent pas à l'ensemble des professionnels.

2.2.1. Acceptation de la présence d'I.Care au sein de la prison (C.I.B1).

Explication du changement

L'arrivée de l'association I.Care et de son intervention de promotion de la santé au sein de la prison n'a pas toujours été facilement acceptée par les professionnels internes de la prison. La direction a d'ailleurs fait mention lors d'une évaluation que les travailleurs d'I.Care pouvaient être envahissants et extrêmement demandeurs, d'après les agents, provoquant une certaine forme d'ingérence³⁶ pour les professionnels de la prison.

Néanmoins, avec le temps, la présence des membres d'I.Care et le développement de l'intervention C.C. sont de plus en plus acceptés par la majorité des professionnels³⁷.

³⁶ Cfr annexe E – extrait brut de données – 43.

³⁷ Cfr annexe E – extrait brut de données – 44.

Certains font mention d'un changement d'ambiance positif et d'un sentiment de soulagement dans leur travail depuis l'arrivée d'I.Care dans la prison.

Composantes du système qui participent à ce changement

L'acceptation de la présence d'I.Care au sein de la prison pourrait être freinée par plusieurs facteurs contextuels :

La prison est un milieu qui est par essence fermé (Co.8) dans lequel règne un sentiment de méfiance (Co.2) et qui n'est ni favorable aux échanges avec l'extérieur, ni au changement de manière générale (Co.3). Le statut d'I.Care (S.I.2), en tant qu'acteur externe à la prison, risque alors de représenter une influence modératrice sur le C.I.. D'autant plus, dans un contexte où la structure hiérarchique et les enjeux de pouvoir sont imposants (Co.13). De plus, les membres d'I.Care revendiquent des valeurs qui vont à l'encontre des priorités évoquées par l'établissement carcéral, ce qui pourrait avoir tendance à provoquer chez les professionnels un certain conflit de valeurs (Co.7) qui pourrait être un frein alors à l'acceptation d'I.Care dans la prison.

Malgré tout, certains éléments favoriseraient l'émergence du C.I.. Une compréhension et une adhésion, de la part des professionnels, à la représentation de la santé défendue par l'association (C.I.B2) serait favorable à l'acceptation de la présence d'I.Care en prison puisque les professionnels comprennent alors l'intérêt du travail de l'association au sein de l'EP.

De plus, l'analyse des données met en évidence que les pratiques (S.I.1+Ac.6)³⁸ exercées par l'équipe d'I.Care auprès des professionnels à savoir l'apport d'écoute (Co.5), de considération, d'attention, de valorisation du travail permettraient l'acceptation des membres de l'association dans la prison. Enfin, la présence continue (S.I.4) des membres de l'asbl participerait au développement d'un sentiment de confiance qui est favorable à l'acceptation de l'association dans l'établissement.

Un évènement vient néanmoins mettre en évidence la fragilité de l'intégration de l'équipe d'I.Care dans le milieu de vie et de travail de la prison :

³⁸ Cfr annexe E – extrait brut de données – 45.

Un jour, l'équipe d'I.Care est interpellée par un journaliste souhaitant rédiger un article sur le travail de l'asbl en prison. Les membres de l'association décident de se prêter au jeu de l'interview. Aussitôt que l'article fut publié, et distribué parmi les professionnels de la prison, les membres d'I.Care disent avoir observé un retour à la « case départ » avec les agents. Certains agents, étant mécontents du contenu de l'article, ont compliqué le travail des membres d'I.Care pendant des semaines en rendant difficile l'accès aux détenues, ainsi que le mouvement des travailleurs en général dans la prison, ou encore en les soumettant à des fouilles plus poussées qu'habituellement. En bref, l'équipe d'I.Care n'était à nouveau plus acceptée dans la prison par les agents et la relation de confiance qui avait été établie fut réduite à zéro. L'association a alors dû prendre le temps de recréer cette relation, de rétablir la confiance, de réexpliquer l'intérêt de son travail aux agents etc.

Cet exemple démontre la fragilité des relations et des collaborations de travail en prison ainsi que les allers et retours possibles concernant l'existence des C.I. identifiés. Ce n'est pas parce qu'un C.I. est observé à un certain moment dans le temps, qu'il peut être considéré comme pérenne. Cela démontre également à quel point les membres de l'association doivent disposer d'une certaine capacité d'adaptation constante et ne peuvent considérer comme acquises les collaborations professionnelles existantes.

2.2.2. Remise en question des représentations de la santé chez les agents et la direction (C.I.B2).

Explication du changement

Les membres d'I.Care observent un changement dans les représentations de la santé chez certains professionnels de la prison³⁹ qui évoluent de représentations réductionnistes centrées sur la santé de manière purement biomédicale à des représentations plus positives et globales.

Ce changement de regard sur la santé et le questionnement⁴⁰ que cela provoque, notamment chez les agents concernant leurs pratiques, permettrait à ces derniers de s'orienter vers des

³⁹ Cfr annexe E – extrait brut de données – 46, 47, 48, 49 et 50.

⁴⁰ Cfr annexe E – extrait brut de données – 51, 52 et 53.

solutions plutôt que d'adopter constamment des modes de pensée répressifs, punitifs. Cela permettrait aux professionnels de penser « bien-être » et d'agir en conséquence.

Composantes du système qui participent à ce changement

C'est en observant comment I.Care pratique (S.I.1+Ac.6) le relationnel avec les détenues dans le cadre de C.C. tous les jours que les agents et la direction apprennent aussi qu'il existe une autre manière de travailler, apprennent comment faire plus de santé avec les détenues, via une pratique de travail humaine et bienveillante. C.C. permet alors de questionner le rôle des professionnels en matière de santé.

Ce C.I. nécessite néanmoins l'acceptation préalable d'I.Care et de son intervention dans la prison (C.I.B1) et serait favorisé par le manque d'accès à l'information en santé (Co.4) ainsi que par l'existence d'un conflit de valeur existant (Co.7) en interne chez les professionnels qui les pousseraient à remettre en question la représentation de la santé mise en avant par la Justice (Co.15+Ac.7).

2.2.3. Changement de regard des professionnels concernant les détenues (C.I.B3).

Explication du changement

Certains professionnels internes à la prison ont tendance à exprimer divers jugements négatifs envers les personnes détenues⁴¹ (Co.12 + Co6) en les considérant en regard de l'acte criminel qu'elles ont commis et non pas comme étant des personnes humaines à part entière. A plusieurs moments, dans le cadre de l'intervention C.C., les travailleurs de chez I.Care ont voulu entreprendre différentes actions de santé avec et/ou pour les détenues (ramassage des mégots de cigarette au préau, disposition de pages de BD sur les murs du préau) pour lesquelles certains professionnels ont fait savoir aux membres de l'association qu'ils étaient naïfs de croire que ce genre d'action allait fonctionner avec les détenues et qu'elles risquaient même probablement d'y nuire. Néanmoins, à plusieurs reprises, les femmes incarcérées ont étonné positivement ces professionnels. De ces observations découle petit à petit un changement de regard porté sur les détenues par ces professionnels.

⁴¹ Cfr annexe E – extrait brut de données – 54.

Composantes du système qui participent à ce changement

Ce changement intermédiaire serait facilité par des observations positives récurrentes. Cet aspect répété des observations est permis grâce à l'action continue dans le temps (S.I.4) menée par I.Care. Les pratiques mises en application au quotidien par les membres de l'asbl (S.I.1+Ac.6) et les réactions correctes des détenues permettent d'offrir aux professionnels des exemples positifs revalorisant les personnes incarcérées.

2.2.4. I.Care devient « référent Santé » pour les professionnels (CI.B4).

Explication du changement

Tout comme pour les détenues, les membres d'I.Care acquièrent, malgré eux, le rôle de « référent Santé » auprès des professionnels de la prison. En effet, les travailleurs d'I.Care deviennent des personnes de référence concernant tout ce qui touche à la santé globale ou à des questions concernant les détenues. D'autant plus que les membres d'I.Care se retrouvent à être les personnes les plus au fait de tout ce qui concerne de près ou de loin les détenues de par leur action de proximité menée auprès d'elles au quotidien (C.I.A1).

Voici divers exemples qui illustrent ce C.I. : un infirmier vient se confier à I.Care sur les difficultés concernant son travail au quotidien en prison, un bénévole de la bibliothèque interpelle un travailleur d'I.Care dans un couloir pour lui faire part de son inquiétude par rapport à une détenue, un agent fait appel à I.Care car une détenue se retrouve par terre et l'agent cherche un professionnel de la santé pour savoir comment s'y prendre. Autre exemple qui concerne la direction, cette dernière est convoquée par un organisme œuvrant pour la santé pour une réunion professionnelle. Elle se tourne alors vers les membres d'I.Care pour leur demander de l'y accompagner.

Composantes du système qui participent à ce changement

Plusieurs facteurs contextuels participent à l'émergence de ce changement, à savoir un manque criant d'information et une difficulté d'accès à cette dernière (Co.4) ; un manque de lieu d'écoute pour les professionnels⁴² (Co.5) ; un manque de compétences adaptées au public carcéral (Co.11) ; une lenteur des procédures et une inertie du système (Co.3+1) ;

⁴² Cfr annexe E – extrait brut de données – 55 et 56.

et, enfin, des conditions de travail difficiles pour les professionnels expérimentant un manque de moyens et peu de soutien dans leur travail⁴³ (Co.7).

Cet intérêt pour I.Care en tant que ressource au sein de la prison serait favorisé par les pratiques (S.I.1+Ac.6) exercées par l'association, notamment via l'application d'une posture d'action de *care* et d'une approche humaniste. De plus, comme pour les personnes incarcérées, I.Care se veut être un point de relais pour l'information de santé (S.I.4) par le biais de partenariats avec des acteurs extérieurs (Ac.5) œuvrant pour le développement de la santé.

A nouveau, cette fonction d'entité référente est également favorisée par la présence continue⁴⁴ (S.I.5) d'I.Care en prison permettant, comme mentionné précédemment, le développement d'une certaine confiance de la part des professionnels. Enfin, de par l'acceptation de la présence d'I.Care dans la prison (C.I.B.1), mais également du changement de représentation de la santé (C.I.B.2), les membres d'I.Care deviennent des personnes « ressource » qui pourraient être mentionnés d' « interlocuteurs de promotion de la santé ».

⁴³ Cfr annexe E – extrait de données – 57.

⁴⁴ Cfr annexe E – extrait de données – 58.

IV. Discussion

IV. Discussion

Les C.I. identifiés et analysés dans la partie des résultats semblent s'inscrire dans les grandes lignes théoriques et directrices de la promotion de la santé et participent alors au développement de la démarche de Prison Promotrice de Santé. La suite de cette section apporte un aspect plus théorique aux résultats de cette recherche, via un aperçu dans la littérature scientifique.

Pour commencer, l'affirmation stipulant qu'une approche globale sur le milieu de vie serait bénéfique pour s'attaquer au développement de la santé en prison semble être largement partagée dans la littérature (Woodall & Dixey, 2015 ; Merzel & D'Afflitti, 2003 ; Woodall & South, 2012 ; Woodall & Freeman, 2019 ; Baybutt et al., 2014), d'autant plus que cette approche représente la recommandation principale de l'OMS à ce jour (OMS, 2007). Une Prison Promotrice de Santé devrait alors porter son attention sur les différentes facettes de l'organisation carcérale, dépassant les besoins de santé individuels et l'objectif de changements des comportements et perceptions individuelles, en prenant en compte également les influences sociales et environnementales (Merzel & D'Afflitti, 2003). Elle devrait défendre des politiques carcérales favorables à la santé et proposer un environnement qui soutient le développement de la santé (Woodall & Dixey, 2015).

Cette approche globale de la prison devrait également être considérée comme une opportunité pour faire évoluer les représentations de la santé. Une prison qui fait santé doit défendre l'idée que la santé n'est pas seulement l'affaire des professionnels qui sont mandatés pour en tenir compte mais que cela doit s'inscrire dans une vision plus large qui concerne l'entièreté des acteurs et de l'environnement (Baybutt & Chemlal, 2016). Un changement allant du modèle *pathogénique* de la santé – considérant la santé comme étant égale à l'absence de maladie, – vers le modèle *salutogénique* de la santé – où la santé est perçue de manière positive comme étant une ressource pour le bien-être – est revendiqué comme un moyen efficace de s'attaquer aux inégalités sociales de santé et de prendre en considération les déterminants de la santé (Baybutt & Chemlal, 2016). La santé est alors considérée comme un modèle social s'éloignant d'une perspective réductionniste purement biomédicale et pathogénique et défendant le fait que celle-ci est influencée par une multitude de facteurs, tant structuraux qu'environnementaux (Maycock, Meek & Woodall, 2021). Il y a encore du chemin à faire auprès des services de soins de santé en prison qui auraient tendance à œuvrer dans une perspective pathogénique de la santé, fermant les yeux

sur les autres déterminants de la santé, rendant ces services moins efficaces pour améliorer la santé des détenu·e·s (Maycock, Meek & Woodall, 2021).

Comme mentionné ci-dessus, l'approche des Prisons Promotrices de Santé défend le développement de la santé de manière globale, l'objectif final serait alors l'acceptation et l'inscription des valeurs de la santé publique directement dans l'environnement social à savoir par l'organisation elle-même, la communauté, l'environnement et les politiques. Le développement au préalable d'un contexte social promoteur de santé, défendant une représentation salutogénique de la santé, pourrait alors être nécessaire pour observer des changements comportementaux chez les individus. Néanmoins, selon McLeroy et al. (2003), les conditions nécessaires à l'émergence d'un changement social ne sont encore que très peu connues. Les interventions basées sur les milieux de vie n'envisageraient que trop peu les changements à des niveaux supérieurs comme l'organisationnel, le communautaire, l'environnemental et le politique (McLeroy et al., 2003).

L'approche des Prisons Promotrice de Santé est également qualifiée de globale car elle permettrait de faire du lien tant avec les services internes de la prison dans le but de permettre la circulation de l'information de santé que avec les secteurs extérieurs qui promeuvent la santé. Cela favoriserait également le contact avec des instances supérieures pour plaider en faveur du changement concernant la santé en prison. La littérature met en avant l'importance de l'intersectorialité et met l'emphase sur la nécessité de développer des partenariats entre la communauté carcérale et les secteurs public, privé et de bénévolat du monde libre (Baybutt & Chemlal, 2016). Une proposition serait alors de développer, au sein de chaque prison, un comité de coordination de prévention et de promotion de la santé qui approuverait les programmes de promotion de la santé en collaboration avec toutes les parties prenantes de la Santé et de la Justice (Baybutt & Chemlal, 2016). Les résultats de la recherche de ce mémoire ont d'ailleurs mis en évidence un effet inattendu de l'intervention C.C. qui va dans ce sens. Effectivement, l'équipe d'I.Care se retrouve à endosser le rôle de « référent Santé » tant auprès des détenues que des professionnels internes de la prison. L'émergence d'un tel comité au sein des prisons pourrait être une opportunité pour rassembler autour de la table différents acteurs de la santé et du social, de première ou de seconde ligne, internes ou externes à la prison ainsi que des agents ou des directions d'EP, voire même d'anciens ou actuels détenus. Cette association d'acteurs

pourrait permettre la confrontation des différents points de vue pour tenter de concilier, enfin, la détention et la santé, la Justice et la Santé.

De plus, la littérature soutient la nécessité pour les interventions de promotion de la santé de s'inscrire dans la continuité et dans le temps. Comme mentionné précédemment dans la partie théorique de ce mémoire⁴⁵, certains auteurs déplorent le fait que trop souvent les interventions de promotion de la santé agissent de manière ponctuelle, sporadique et sur une courte durée (Woodall & South, 2012) alors que la recherche actuelle de ce mémoire démontre que des interventions inscrites dans la durée seraient favorables au développement de relations de confiance avec les détenues et les professionnels. Cette confiance serait d'ailleurs une condition nécessaire à l'émergence d'autres changements en faveur de la santé en prison.

L'approche des Prisons Promotrices de Santé est théoriquement bien formulée. Cependant, les grands principes qu'elle défend sont parfois difficiles à traduire en pratique. En effet, développer cette approche sur le terrain reste un réel challenge pour les acteurs (Baybutt & Chemlal, 2016 ; Woodall, 2020). L'approche sur les milieux de vie telle que défendue par la promotion de la santé semble être prometteuse pour faire face à ce challenge et les enseignements des expériences passées dans d'autres milieux, comme par exemple celui des écoles, pourraient servir d'inspiration à la création de cette démarche (Woodall & Dixey, 2017). Néanmoins, les particularités du contexte carcéral ne devraient pas être sous-estimées. Ce milieu d'isolement est de nature unique. En effet, les dynamiques de pouvoir entre les prisonniers et les professionnels sont prégnantes et ce genre de milieu ne donne que très peu d'opportunités aux différents acteurs le composant pour donner leur point de vue de manière égale. Aussi, ce milieu est représenté par une structure fortement hiérarchique et qui empêche la souveraineté des personnes incarcérées (Woodall & Dixey, 2017). Ces aspects contextuels sont à l'opposé de ceux défendus dans une approche de promotion de la santé telle que celle appliquée dans les milieux de vie. Celle-ci ne peut alors être simplement transférée et appliquée de la même manière en prison et dans un autre milieu (Woodall & Dixey, 2017). Cette question de la transférabilité sera abordée en détails plus loin dans cet écrit.

⁴⁵ Cfr partie théorique – démarche des Prisons Promotrices de Santé

En ce qui concerne le cas étudié pour cette recherche, l'association I.Care semble avoir trouvé sa manière à elle de traduire ces grands principes en pratique. Tout d'abord, l'asbl se rend dans les prisons et propose une démarche, une approche, plutôt qu'une offre de services composée de projets ponctuels précis et préalablement constitués.

De plus, pour I.Care, l'existence d'une posture de *care* comme ressource directement accessible dans les lieux de vie du milieu semble représenter la porte d'entrée au développement de la santé en prison. Cette démarche est totalement 'ascendante' (ou 'bottom-up') comme le décrirait Matland (1995) (cité dans Cerna, 2013). Dans ce genre d'approche, l'accent est mis sur les groupes cibles et les prestataires de services qui soutiennent que la politique s'élabore au niveau local. De plus, il est nécessaire que ce genre de stratégie soit flexible afin de pouvoir s'adapter aux difficultés locales et aux facteurs contextuels qui sont d'une importance non négligeable (Matland cité dans Cerna, 2013). L'exemple de C.C. est le témoin de la force d'une approche bottom-up pour changer les milieux durablement.

Le travail de proximité réalisé auprès des acteurs dans une approche humaniste permettant de remettre l'individu au centre, de le considérer en tant qu'être humain avec son vécu, permettrait la création d'une relation de confiance et, par conséquent, l'expression des besoins par le public ciblé. Dans un milieu où tout est déshumanisant, le relationnel deviendrait alors le point de départ de toute action. Cette approche permet également à I.Care de porter attention à l'environnement et au système et, de ce fait, d'inscrire son travail dans une approche globale de la santé en prison. Les membres d'I.Care portent attention, entendent et observent et, sur base de ces constats, adaptent l'intervention C.C. pour qu'elle réponde aux besoins de la population et de l'environnement.

Cette posture de *care* proposée dans les lieux de vie représenterait un pré-travail de fond relationnel qui permet ensuite l'émergence d'activités concrètes et de projets. Cet aspect changeant et adaptatif prend racine dans un ancrage directement auprès de la population carcérale et dans les réalités de terrain. Ces observations servent ensuite de terreau pour favoriser le changement systémique en interne mais également pour soutenir un plaidoyer politique à l'extérieur de la prison.

Récemment, l'association I.Care a obtenu des financements pour élargir son champ d'action dans les prisons wallonnes. Cette opportunité vient interroger l'équipe d'I.Care sur

le caractère transférable de leur intervention et plus largement sur la démarche qu'I.Care propose. De plus, comme mentionné précédemment dans cette discussion, la prison est un milieu particulièrement complexe où le contexte a une importance non-négligeable et doit être considéré comme facteur fondamental à la transférabilité d'une intervention dans un milieu de vie pénitentiaire (Woodall, 2020). L'intervention de promotion de la santé C.C. développée par I.Care à la prison de Berkendael pourrait-elle être appliquée de la même manière dans une prison wallonne ? Nous attirons l'attention du lecteur sur quelques points contextuels importants dans cette réflexion sur la transférabilité.

Tout d'abord, cette intervention se développe dans un contexte particulier par le fait que la population de la prison de Berkendael n'est composée que de femmes. La question du genre pousse alors à se demander si la même intervention serait adoptée et acceptée de la même manière par des hommes détenus et par des femmes détenues. C.C. étant une approche dite ascendante, se développant sur base des besoins de santé évalués et exprimés par les détenu·e·s, il est peu probable que ces besoins se trouvent être les mêmes chez les hommes et chez les femmes. Par exemple, un des projets développés dans la prison de Berkendael par I.Care naît de la constatation d'un manque d'accès pour les détenues à des protections hygiéniques de qualité et en suffisance. Ce genre de projet ne verra jamais le jour auprès d'un public masculin. La question du genre peut également être évoquée en ce qui concerne les travailleurs de promotion de la santé directement. Certains publics se sentiront peut-être plus à l'aise ou en confiance face à un travailleur de genre féminin ou l'inverse. Il est déjà arrivé, dans le cadre de l'intervention C.C., qu'une détenue demande à ne rencontrer que les femmes travailleuses chez I.Care.

De plus, l'implantation de C.C. dans la prison de Berkendael aurait été facilitée par la relation cordiale existante entre l'association et la direction de la prison, favorisée par des rencontres professionnelles antérieures. Néanmoins, l'intervention proposée par I.Care défend des principes qui sont tellement à l'opposé de ce qui est mis en avant en prison qu'une mauvaise compréhension de l'intérêt du travail d'I.Care et, par conséquent, un rejet de leur action par la direction est tout à fait envisageable dans un autre établissement. Il en va de même pour les autres professionnels de la prison qui, de manière individuelle, de par leur personnalité, individualité, culture, représentation de la santé, seront plus ou moins enclins à accepter et à collaborer avec les membres d'I.Care.

Aussi, la prison de Berkendael est un petit établissement ce qui pourrait représenter un aspect positif pour l'action d'I.Care étant donné qu'il y a moins de détenues à rencontrer. De ce fait, le temps passé avec chaque personne est optimisé. De plus, l'équipe d'I.Care peut plus facilement se faire connaître et il semble plus facile d'« aller vers » les personnes et de les rencontrer. L'accès aux détenu·e·s ne sera peut-être pas aussi évident dans un EP réunissant un nombre plus important de personnes incarcérées.

En outre, certains aspects physiques de la prison de Berkendael comme sa localisation en plein centre-ville et sa modeste vétusté sont des facteurs facilitants pour l'intervention d'I.Care mais ne sont pas caractéristiques, à nouveau, de toutes les prisons belges.

Enfin, l'accompagnement proposé aux détenu·e·s pourrait devoir être adapté selon le lieu d'enfermement. En effet, dans une maison d'arrêt, le turnover des détenu·e·s est beaucoup plus important que dans un établissement de peine puisque ces dernier·ère·s sont en détention provisoire ou en attente d'affectation vers une autre institution et n'y séjourneront alors que pour quelques mois. Par exemple, l'intervention C.C. se développe dans la continuité et cela semble être un facteur essentiel au bon développement de l'intervention et à l'émergence d'effets positifs auprès des détenu·e·s. Un établissement « de passage » nécessitera alors une adaptation de l'intervention.

En conclusion, nombreux sont les éléments à prendre en compte dans l'étude du transfert de l'intervention C.C. dans d'autres EP. Néanmoins, cette transférabilité ne devrait peut-être pas être envisagée de manière si précise, projet par projet, mais plutôt dans l'optique d'un transfert d'une démarche, d'une philosophie, d'une approche. Comme mentionné précédemment, I.Care défend proposer plutôt une approche de base (*le care dans les lieux de vie*) permettant, dans un second temps seulement, le développement de projets spécifiques adaptés aux demandes et besoins du public et de l'environnement. Cette manière de concevoir l'action permettrait peut-être de contrer les freins contextuels rencontrés à la transférabilité car l'approche défendue est caractérisée par une flexibilité et une adaptation au contexte importantes qui permettent de travailler « avec » celui-ci.

Ce questionnement concernant la transférabilité des actions de promotion de la santé d'une prison à l'autre est également soulevé dans la littérature par Woodall (2020). Effectivement, en 2016, ce chercheur anglais mentionnait déjà que la définition du concept des Prisons Promotrices de Santé ne permettait pas de rendre compte de la diversité existante entre les

contextes carcéraux. Il recommande alors une compréhension plus détaillée de ces différents contextes en prenant en considération la fonction, la taille et l'objectif de chaque EP singulièrement. De plus, Woodall (2020) mentionne que, en Angleterre, certaines institutions relèvent du secteur privé alors que d'autres sont des établissements publics. De plus, il ajoute que le niveau de sécurité n'est pas le même d'une prison à l'autre. D'autant plus que cette variation d'intensité de contrôle et d'isolement impacterait le développement du pouvoir d'agir et du pouvoir de décision des détenu·e·s, certains niveaux sécuritaires octroyant plus de liberté que d'autres. Comme mentionné précédemment, Woodall (2020) évoque également le potentiel supplémentaire qu'offrirait un établissement de long séjour pour y développer des activités significatives, à contrario d'un établissement d'arrêt où les entrées et sorties des personnes sont trop fréquentes. La recherche réalisée dans le cadre de ce mémoire vient ajouter la question du genre à cette étude de contexte.

Pour terminer, l'analyse des résultats intégrés a mis en évidence l'existence d'un aspect séquentiel, successif, dans l'apparition de certains C.I., telle une chaîne causale. Effectivement, nous observons que certains C.I. observés dans les deux TdC (auprès des détenues et des professionnels) ont pour facteur contributif causal un C.I. précédent provenant de la même TdC ou de l'autre. L'exemple le plus marquant est celui concernant le fait que I.Care devienne un acteur intégré et toléré dans les lieux de vie de la prison par les détenues. Cette intégration des membres d'I.Care dans ces lieux dépend fortement d'autres C.I. existants auprès des professionnels et, plus particulièrement, auprès des agents pénitentiaires. En effet, les agents sont responsables d'octroyer l'accès à ces lieux aux travailleurs d'I.Care. Cet accès est rendu plus ou moins facile en fonction des agents, des moyens dont ils disposent et de leur volonté de collaborer avec I.Care ou non. Cette collaboration serait favorisée par l'existence des C.I.B1 et C.I.B2. C'est-à-dire, que pour qu'un agent facilite l'accès des membres d'I.Care aux lieux de vie des détenues, il faudrait que ce dernier ait lui-même accepté la présence de l'association au sein de la prison, qu'il comprenne l'intérêt du travail que mène l'asbl et qu'il puisse se reconnaître dans la représentation de la santé défendue par celle-ci.

Cette séquentialité ouvre alors la porte à un questionnement sur la nécessité de réaliser un travail de fond préliminaire auprès des professionnels de la prison pour faciliter le travail auprès des détenu·e·s, dans un second temps seulement. Sur un laps de temps assez long, cette chaîne causale n'apparaît néanmoins pas de manière linéaire. En pratique, elle est

plutôt représentée par de nombreux allers-retours. La réaction des agents face à la publication de l'article sur le travail d'I.Care en prison en est un excellent exemple. En effet, les membres d'I.Care étaient parvenus à instaurer une certaine relation de confiance et de collaboration positive avec les agents avant que l'article ne soit publié. Mais, le contenu de cet article a suffi pour abimer cette relation. Les travailleurs d'I.Care ont alors dû redoubler d'efforts pour la reconstruire, en réexpliquant l'intérêt de leur travail, la vision dans laquelle ils évoluent, la manière dont ils envisagent la santé, en revalorisant leur vécu, en les écoutant etc. Pendant tout ce temps, l'accès aux détenues par les travailleurs d'I.Care leur a été rendu compliqué par les agents. De manière générale, le contexte sécuritaire et de méfiance ne facilite pas la création de relations de confiance en prison. Les relations ne peuvent jamais être considérées comme acquises car elles reposent sur un équilibre de confiance très précaire et les allers-retours dans cette évolution relationnelle sont très fréquents. Pourtant, être socialement accepté et acquérir la confiance est primordial en prison pour pouvoir développer un travail significatif (Maycock, Meek & Woodall, 2021).

De plus, les agents travaillent au quotidien dans des conditions qui sont difficiles et qui ont tendance à faire émerger chez eux de nombreux dilemmes éthiques dans leur pratique au quotidien, opposant les priorités sécuritaires et de contrôle imposées par l'EP à des valeurs plus humaines inhérentes à un travail relationnel et social, conséquence du travail interactionnel constant avec les détenus. Aussi, l'institution manque souvent de se positionner ou de proposer aux professionnels des codes de conduite leur permettant de savoir comment réagir face à ce genre de situations qui impliquent une décision éthique et pour lesquelles aucune solution évidente n'existe (De Schrijver & Maesschalck, 2015). Ce genre de dilemme éthique est également observé auprès du personnel médical et, plus particulièrement, des médecins travaillant en EP. Cela est alors appelé le « conflit de double loyauté » et est défini comme étant un conflit concernant le rôle clinique du médecin entre les devoirs qu'il a envers son patient et les obligations imposées par l'administration pénitentiaire (Pont, Stöver & Wolff, 2012). Ces dilemmes imposés aux professionnels de la prison influencent leurs comportements et ceux-ci prennent alors des décisions basées sur leurs choix individuels à défaut de pouvoir s'appuyer sur d'autres formes de ressource. Ceci tend à poser la question de l'intérêt que pourrait avoir la proposition d'offre de formations complémentaires pour ces professionnels travaillant en milieu carcéral, dans le but d'équiper ces personnes pour faire face à ce genre de situation conflictuelle. Cet apprentissage pourrait comporter un volet plus théorique en abordant des thématiques

comme celles de la promotion de la santé, des droits fondamentaux humains, des lois concernant la médecine, de l'éthique (Pont, Stöver & Wolff, 2012) mais pourrait également adopter une partie plus pratique en proposant des ateliers permettant le développement de compétences concernant le raisonnement moral (De Schrijver & Maesschalck, 2015). L'observation de l'existence de conflits de valeurs chez les professionnels vient appuyer l'importance de la position externe et indépendante de l'équipe d'I.Care par rapport à la prison car ce statut d'organisme extérieur lui fournit la légitimité nécessaire pour ne pas avoir à répondre à ce genre de dilemmes éthiques.

Cette problématique met d'autant plus en évidence l'importance et la nécessité de travailler avec les professionnels de la prison et de ne pas les laisser de côté. En effet, le contexte carcéral est délétère tant pour les détenu·e·s que pour les professionnels qui y travaillent. Il semble alors pertinent que ces derniers soient considérés comme public à part entière des interventions de promotion de la santé développées en milieu carcéral. Cela va de pair avec une approche globale sur le milieu de vie où chaque acteur doit être pris en compte. Dixey & Woodall (2011) mentionnent également à ce sujet que la contribution des professionnels des prisons au développement des Prisons Promotrices de Santé est souvent sous-estimée et négligée. Pourtant, ces acteurs pourraient notamment être impliqués dans la création de changements au niveau de la culture organisationnelle de l'établissement. En résumé, les professionnels de la prison, tout comme les détenus, subissent les conditions néfastes du milieu mais ils disposent en même temps d'un pouvoir d'action sur le système qui peut bloquer ou promouvoir le changement. Une bonne coopération avec ces travailleurs de première ligne est vitale pour développer l'approche de Prison Promotrice de Santé (Dixey & Woodall, 2011). Cependant, pour que ce changement apparaisse, il faut que les professionnels s'identifient à la philosophie et aux valeurs sous-jacentes à la promotion de la santé (Dixey & Woodall, 2011).

V. Limites et perspectives

V. Limites et perspectives

Limites

La recherche de ce mémoire présente différentes limites :

Pour commencer, le choix méthodologique de l'emploi d'un modèle logique (celui de la théorie du changement) pour analyser les données comporte une limite en soit. Bien que ce genre de modèle présente l'avantage de guider la mémorante à travers la multitude de données, il offre également un cadre précis qui influence l'analyse de celles-ci et peut entraîner un frein à l'aspect inductif de la recherche (Baxter & Jack, 2008). La chercheuse a tenté, malgré tout, de mener sa recherche de la manière la plus ouverte possible, en n'ignorant aucune information sous prétexte qu'elle ne correspondrait pas au cadre d'analyse ou ne répondrait à aucune catégorie existante. De plus, la théorie du changement manque de consensus quant à sa formalisation et aux éléments qui doivent la composer ; ainsi que par rapport à ce qu'elle devrait mettre en valeur ; ou encore concernant la manière dont elle devrait être représentée (Mayne, 2017). Ces incertitudes laissent alors place à un certain risque de subjectivité de la part de la chercheuse (Mayne, 2017).

Une seconde limite à cette recherche est le fait que la mémorante a tendance à présenter un certain biais de cadrage dans le sens où le contexte d'émergence de cette recherche a influencé la chercheuse dans ses choix méthodologiques. Par exemple, le simple choix du cas d'étude a été influencé par la recherche antérieure ProSess dans le cadre de laquelle un partenariat est lié avec cette asbl.

De plus, au vu de la complexité relationnelle et sociale que représente le contexte carcéral, il aurait également été pertinent d'ajouter, aux données existantes, différents moments d'observation sur le terrain pour que la mémorante puisse vraiment se saisir des enjeux prenant cours entre les acteurs. D'autant plus que les données de cette recherche présentent majoritairement le point de vue des acteurs de promotion de la santé à savoir celui des membres de l'association I.Care. La perspective des détenues ou d'autres acteurs du système n'est que très peu explorée. Cependant, la crise sanitaire a rendu impossible la réalisation d'observations sur le terrain.

Ensuite, il semble important de remettre en perspective les résultats de cette recherche. En effet, cette théorie a été construite à un moment défini dans le temps, sur base des

informations fournies par I.Care, faisant référence à leur travail avant la pandémie de Covid-19. Aujourd'hui, la crise sanitaire empêche fortement l'association de mener son travail dans les prisons. De plus, depuis deux ans, l'équipe d'I.Care a vécu plusieurs turn-over et s'est par ailleurs agrandie. Les C.I. identifiés ne peuvent dès lors être considérés comme toujours existants actuellement.

Enfin, lors des interviews, un des membres de l'association fait remarquer qu'il est peut-être un peu prématuré pour parler de changements comportementaux chez les personnes détenues étant donné que ces changements sont encore très minimes.

Perspectives

Nombreuses sont les perspectives futures qu'offre cette recherche. En effet, comme mentionné précédemment, les recherches concernant la promotion de la santé en prison sont peu nombreuses, notamment car l'évaluation de ce genre de système dans sa globalité, inscrit dans un milieu aussi particulier, est un vrai challenge (Baybutt & Chemlal, 2016). De ce fait, développer de futures recherches sur la thématique de manière générale est déjà pertinent en soit. La recherche de ce mémoire a par ailleurs mis en évidence différents points d'intérêts spécifiques.

Pour commencer, l'étude de cas, ci-présente, tente de comprendre comment la promotion de la santé permet de provoquer du changement en faveur d'un milieu de vie carcéral en santé. Cependant, l'étude d'un cas unique ne permet pas la généralisation des résultats présentés. Une première perspective serait alors de réaliser une étude de cas comparative reprenant différents cas d'études - à savoir différentes interventions de promotion de la santé évoluant en prison – pour comparer ce qui fonctionne et ce qui ne fonctionne pas et tenter de comprendre pourquoi certaines interventions provoquent certains changements et d'autres pas, tout en tenant compte des éléments contextuels qui interagissent avec les interventions. Cette analyse de cas multiples permettrait également de donner des exemples supplémentaires concernant la manière dont les principes de promotion de la santé peuvent être appliqués en pratique sur le terrain pour mieux comprendre comment opérationnaliser la démarche de Prison Promotrice de Santé.

Une seconde perspective serait de continuer à s'intéresser à l'intervention C.C. en observant son évolution dans différentes prisons (à Bruxelles et en Wallonie) dans le but de saisir l'influence de la diversité des milieux carcéraux (genre, niveau de sécurité, taille de la prison, etc) et d'observer comment ces différences contextuelles impactent l'intervention de promotion de la santé et favorisent ou non les changements qui font santé au sein du milieu. Un intérêt tout particulier serait d'étudier le développement et les effets de cette même intervention dans un milieu masculin.

De plus, il semblerait intéressant de récolter le point de vue et le vécu des autres acteurs existant dans le système pour comprendre quels sont, selon eux, les freins et les leviers au développement de la santé en prison et comment ces acteurs pourraient devenir partie prenante de ce développement.

Enfin, de plus amples recherches concernant la contribution d'interventions de promotion de la santé développées en milieu carcéral à la lutte contre les inégalités sociales de santé et à la réinsertion présente également un intérêt potentiel. Dooris (2009) mentionne d'ailleurs à ce propos : « la réduction des inégalités sociales de santé est toujours un objectif majeur pour la promotion de la santé et le secteur de la santé publique à ce jour. Il est donc impératif que l'approche de promotion de la santé, se focalisant sur la création d'environnements favorables à la santé, fasse ses preuves et démontre sa contribution dans la lutte contre les inégalités sociales de santé et dans la création d'un monde social plus juste ».

VI. Conclusions

VI. Conclusions

La prison est un contexte unique qui engendre des challenges multiples pour la promotion de la santé. Les barrières et les freins en regard de la santé et du bien-être sont tellement nombreux que cela pourrait décourager de nouvelles initiatives ou mêmes celles existantes. Ce mémoire donne la preuve qu'il est possible d'observer du changement favorable à la santé même en milieu carcéral. Effectivement, les changements sont minimes et nécessitent du temps pour émerger mais ils existent.

Le cas de l'intervention d'I.Care témoigne de la pertinence des principes et de la philosophie de l'approche de la promotion de la santé comme guide d'action au quotidien, et cela même dans un contexte aussi déshumanisant et antithétique à la santé que celui de la prison. Cela demande une certaine créativité et ingéniosité pour développer des moyens d'approche qui sont différents des connaissances issues d'autres milieux et questionne alors sur le potentiel transférable de ces pratiques.

Cependant, les changements identifiés restent très individuels, à un niveau « micro » et ne peuvent être généralisés de manière homogène dans les différents groupes d'acteurs. Cette observation questionne alors sur la possibilité et la nécessité d'une transformation plus radicale de l'environnement social, culturel et organisationnel de la prison. La responsabilité de ce genre de changement peut-elle être endossée par une intervention de promotion de la santé bottom-up comme celle d'I.Care ? Les apports d'une intervention telle que celle étudiée dans cette recherche représentent « des grains de sables ramant à contre-courant du système », selon certains membres de l'association. Néanmoins, ce genre d'intervention pourrait participer à la constitution d'un plaidoyer dans le but de changer les politiques carcérales en faisant remonter les succès, les constats et les difficultés du terrain. Une intervention comme celle de C.C. peut alors être vectrice d'amélioration et être l'amorce d'un processus de changement, mais ne peut endosser à elle seule la responsabilité de la transformation de la prison en un milieu qui fait santé.

Les résultats de cette recherche ainsi que l'intérêt porté à la littérature scientifique offrent les bases pour proposer plusieurs composantes clés qui pourraient être qualifiées de transférables à toute action de santé publique menée dans le milieu carcéral et qui permettraient le développement de la santé :

1) L'intervention adopte une **approche globale** qui considère l'établissement pénitentiaire comme un système dynamique physique et social. C'est-à-dire, qu'elle est consciente de l'existence et de l'influence de chacun des composants de ce système :

- la culture et le contexte ;
- l'environnement social, relationnel et organisationnel ;
- l'environnement physique ;
- les acteurs qui vivent et travaillent dans le milieu.

L'intervention reconnaît et tient compte de l'entière des déterminants influençant la santé des différents acteurs.

2) L'intervention permet aux acteurs de se **questionner sur leur représentation de la santé**, sur ce qui fait santé selon eux, sur les ressources dont ils disposent pour développer leur santé et celle d'autrui et sur la manière dont la santé est considérée et développée dans la prison. Une redéfinition de la santé de manière globale et positive fournira un socle pour l'émergence d'une nouvelle culture institutionnelle.

3) L'intervention s'efforce à « **faire du lien** ». Cette mise en relation se fera tant en interne, au sein même de la prison entre différents acteurs et services qu'entre la prison et le monde extérieur. Proposer ce service à l'intérieur de la prison permettra de coordonner et de rendre accessible l'information de santé dans l'établissement. Rendre le milieu perméable à l'extérieur permettra le développement de collaborations favorables à la santé et une meilleure qualité, accessibilité et disponibilité des ressources nécessaires à la santé. Le microcosme fermé et passif aura alors la possibilité de devenir un système dynamique ouvert et évoluant de manière synchrone avec le monde libre.

4) L'intervention **s'inscrit dans la continuité et dans le temps**. Un accompagnement continu du milieu, un suivi régulier et non morcelé permettra le développement d'une relation de confiance avec les différents acteurs et une « inculturation » des membres de l'équipe de promotion de la santé pour mieux saisir les enjeux et la complexité du système.

5) L'intervention est menée par des professionnels arborant **une posture de care** et cela avec l'ensemble des acteurs. Cette approche remet **l'individu au centre**. C'est une approche holistique car l'individu est considéré dans son intégralité et dans son

individualité. Cette posture est la clé d'entrée pour un travail de développement relationnel et personnel participant à la réhumanisation du milieu.

6) L'intervention existe directement **dans les lieux de vie** des personnes incarcérées. Cette présence au plus près du public cible offre une meilleure accessibilité et proximité aux travailleurs de promotion de la santé. De plus, l'attention à l'environnement et la proximité avec les détenu·e·s permettra l'identification de besoins de santé et, par conséquent, une adaptation de l'offre de service pour répondre à ces derniers.

7) L'équipe de promotion de la santé dédie des **temps en équipe** permettant une prise de recul et une réflexion continue sur les pratiques d'action appliquées au quotidien.

« Le défi à venir est de développer des approches systématiques pour faire des prisons des environnements qui améliorent - plutôt que de nuire - le bien-être des personnes qui franchissent la porte d'entrée et des familles et communautés dans lesquelles elles retournent. À un certain niveau, il s'agit simplement de reconnaître les principes éthiques de base qui guident les professionnels de la santé, à un autre niveau, cela nécessitera une transformation du système correctionnel. »

(traduction libre - Ramaswamy & Freudenberg, 2007)

VII. Bibliographie

VII. Bibliographie

Baxter P. & Jack S. (2008). Qualitative case study methodology : Study design and implementation for novice researchers. *The Qualitative Report*, 13, 4, p544-559.

Baybutt, M., & Chemlal, K. (2016). Health-promoting prisons : Theory to practice. *Global Health Promotion*, 23(1_suppl), 66-74. <https://doi.org/10.1177/1757975915614182>

Baybutt, M., Hayton, P., & Dooris, M. (2010). Prisons in England and Wales: An important public health opportunity? In J. Douglas, S. Earle, S. Handsley, L. Jones, C. Lloyd, & S. Spurr (Eds.), *A reader in promoting public health. Challenge and controversy* (2nd ed., pp. 134–142).

Baybutt M., Acin E., Hayton P. & Dooris M. (2014). Promoting health in prisons : a settings approach. In WHO Regional Office for Europe – Enggist S., Moller L., Galea G. & Udesen C. (Eds), *Prisons and Health*. (pp. 197–201).

Bilodeau A., Galarneau M., Lefebvre C. & Potvin L. (2018). Linking process and effects of intersectoral action on local neighbourhoods : systemic modelling based on Actor-Network Theory. *Sociology of health & Illness*, 41 (1), 165-179. doi : 10.1111/1467-9566.12813

Breuer E., Lee L., De Silva M. & Lund C. (2016) Using theory of change to design and evaluate public health interventions : a systematic review. *Implementation Science*, 11, p 1-17. doi : 10.1186/s13012-016-0422-6

Centre Fédéral belge d'Expertise des soins de santé (KCE) (2017). Rapport 293Bs : *Soins de santé dans les prisons belges : situation actuelle et scénarios pour le futur*. Retrieved mei 10, 2021 from <https://kce.fgov.be/fr/soins-de-sant%C3%A9-dans-les-prisons-belges>.

Cerna L. (2013). *The nature of policy change and implementation : A review of different theoretical approaches*. Unpublished document. Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD).

Chemlal, K., Echard-Bezault, P., & Deutsch, P. (2014). *Promotion de la santé en milieu pénitentiaire : Référentiel d'intervention*. INPES éd.

Comité européen pour la Prévention de la Torture et des peines ou traitement inhumains ou dégradants. (2017). *Déclaration publique relative à la Belgique*. CTP, Strasbourg.

Crowe S., Cresswell K., Robertson A., Huby G., Avery A. & Sheikh A. (2011). The case study approach. *BMC Medical Research Methodology*, 11, 1-9. doi : <http://www.biomedcentral.com/1471-2288/11/100>

De Schrijver A. & Maesschalck J. (2015). The development of moral reasoning skills in police recruits. *Policing : An International Journal of Police Strategies & Management*, 38 (1), 102-116. Doi : <http://dx.doi.org/10.1108/PIJPSM-09-2014-0091>

de Viggiani, N. (2012). Creating a Healthy Prison : Developing a system wide approach to public health within an English prison. *Prison Service Journal*, 202, pp 12-19.

Dixey, R., & Woodall, J. (2011). Prison staff and the health promoting prison. *International Journal of Prisoner Health*, 7(4), 8-16. doi : <https://doi.org/10.1108/17449201111256862>

Dooris M. (2009). Holistic and sustainable health improvement : the contribution of the settings-based approach to health promotion. *Perspectives in Public Health*, 129 (1), 29-36. doi : 10.1177/1757913908098881

Gerring J. (2004). What is a case study and what is it good for ? *American Political Science Review*, 98 (2), pp341-354.

Haut Commissariat des Nations Unies aux droits de l'homme (HCDH) (n.d.). *Ensemble des règles minima pour le traitement des détenus*. Retrieved May 11, 2021 from <https://www.ohchr.org/FR/ProfessionalInterest/Pages/TreatmentOfPrisoners.aspx>

Ligue des droits humains (n.d.). *La déclaration universelle des droits de l'Homme*. Retrieved from Ligue des droits humains, Web site <https://www.liguedh.be/la-declaration-universelle-des-droits-de-lhomme/>

Loi de principes du 12 décembre 2005 relative à l'administration pénitentiaire ainsi que le statut juridique des détenus. Entrée en vigueur le 15 janvier 2007.

Kohn L. (2018) citée par Aujoulat I. WFSP2204 – *Méthodes qualitatives avancées*. 24 février 2021. Université Catholique de Louvain, Bruxelles.

Malengreaux S., Doumont D., Aujoulat I. (2020). *L'approche réaliste pour évaluer les interventions de promotion de la santé : éclairages théoriques*, Woluwé-SaintLambert : UCLouvain/IRSS-RESO.

Maycock M., Meek R. & Woodall J. (Eds) (2021). *Issues and Innovations in prison Health Research*. Cham, Suisse : Palgrave MacMillan.

Mayne J. (2017). Théories du changement : comment élaborer des modèles utiles. *Canadian Journal of Program Evaluation*, 32, 174-201. doi: 10.3138/cjpe.31144

Mayne J. (2017). *Theory of change analysis. Building robust theories of change*. *Canadian Journal of Program Evaluation*, 32, 155-173. doi: 10.3138/cjpe.31122

McLeroy, K. R., Norton, B. L., Kegler, M. C., Burdine, J. N., & Sumaya, C. V. (2003). Community-Based Interventions. *American Journal of Public Health*, 93(4), 529-533.

Merzel, C., & D'Afflitti, J. (2003). Reconsidering Community-Based Health Promotion : Promise, Performance, and Potential. *American Journal of Public Health*, 93(4), 557-574.

Observatoire International des Prisons. (2016). *Notice 2016 pour le droit à la dignité des personnes détenues*. OIP section belge, Bruxelles.

Organisation Mondiale de la Santé. (1978). *Déclaration d'Alma-Ata*. Retrieved April 30, 2021 from https://www.who.int/topics/primary_health_care/alma_ata_declaration/fr/

Organisation Mondiale de la Santé (1991). *Déclaration de Sundsvall : Les milieux favorables à la santé*. Retrieved May 10, 2021 from <https://apps.who.int/iris/handle/10665/59561>

Organisation Mondiale de la Santé. (2007). *La santé en prison. Un guide de l'OMS sur l'essentiel de la santé en milieu carcéral*. Retrieved from <https://www.euro.who.int/fr/publications/abstracts/health-in-prisons.-a-who-guide-to-the-essentials-in-prison-health>

Pont S., Stöver H. & Wolff H. (2012). Dual loyalty in prison health care. *American Public Health Association*, 102(3), 475-480. doi : 10.2105/AJPH.2011.300374

Ramaswamy M. & Freudenberg N. (2007). Health promotion in jails and prisons : An alternative paradigm for correctional health services. In Greifinger R.B. (Ed.), *Public Health Behind Bars : From prisons to communities*. (pp.229-345). New York : Springer.

Reso-UCLouvain (n.d.) *ProSess*. Retrieved May 10, 2021 from <https://uclouvain.be/instituts-recherche/irss/reso/recherche.html>

Scruel S. & de Viron H. (2018). Malade et en prison : double peine ? La promotion de la santé en milieu carcéral. *Santé conjugquée*, 83, 40-42.

WHO Regional Office for Europe. (2019). *Status report on prison health in the WHO European Region*. WHO, Denmark.

Woodall, J. (2020). Health promotion co-existing in a high-security prison context : A documentary analysis. *International Journal of Prisoner Health*, ahead-of-print. <https://doi.org/10.1108/IJPH-09-2019-0047>

Woodall, J., & Dixey, R. (2015). Advancing the health-promoting prison : A call for global action. *Global Health Promotion*, 24(1), 58-61. doi : <https://doi.org/10.1177/1757975915581760>

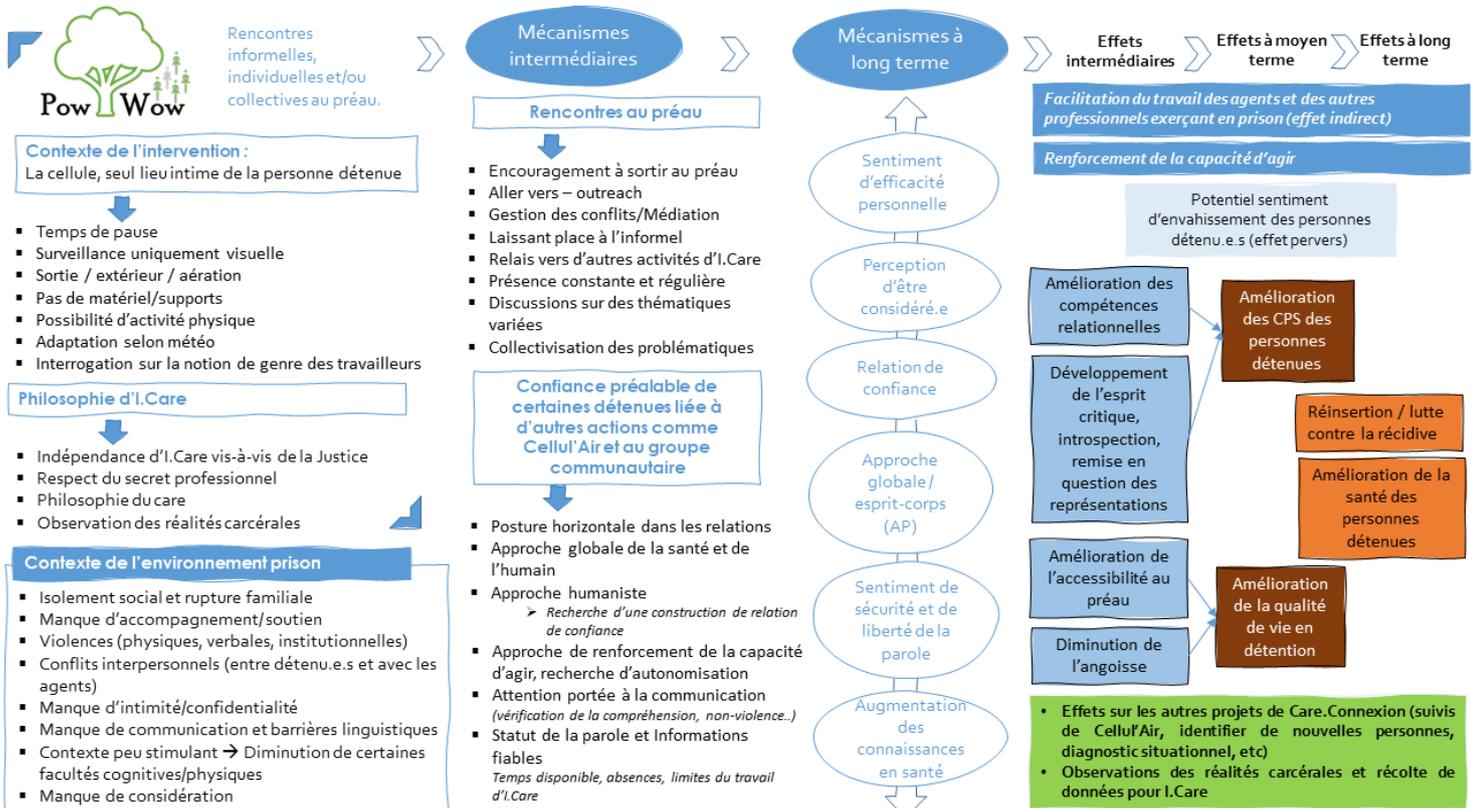
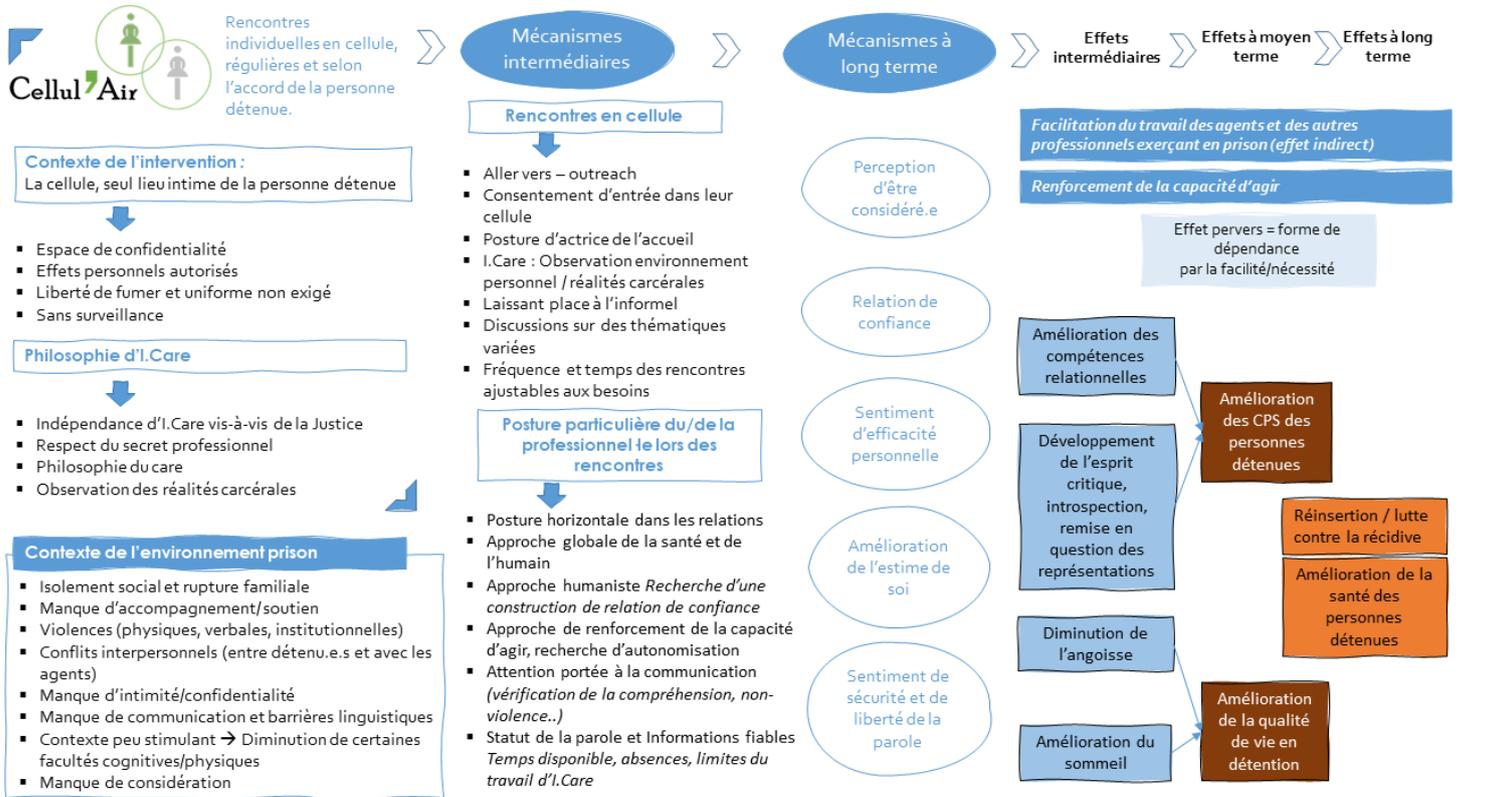
Woodall, J., & Freeman, C. (2020). Promoting health and well-being in prisons : An analysis of one year's prison inspection reports. *Critical Public Health*, 30(5), 555-566. <https://doi.org/10.1080/09581596.2019.1612516>

Woodall J. & South J. (2012). Health promoting prisons : dilemmas and challenges. In Scriven A. & Hodgins M. (Eds), *Health promotion settings : principles and practice*. London, Sage.

VIII. Annexes

VIII. Annexes

1. Annexe A – Théories de programme issues de la recherche ProSess



2. Annexe B - Lexique des sources de données documentaires

Sources documentaires

- « Référentiel, 2020 » : ce document fut rédigé par les membres de l'asbl et est utilisé en interne pour communiquer les bases du travail de terrain à toute nouvelle personne venant à intégrer l'équipe dans la prison.

- « Rapport 5 ans I.Care » : ce document fut rédigé en 2021. Il décrit l'asbl, ses projets, son public etc et mutualise tous les constats de terrain observés par l'association depuis son arrivée en prison. Le document se termine par diverses recommandations. Ce rapport est utilisé en externe et adosse un objectif de plaidoyer.

- « RA, 2018 » et « RA, 2019 » : Ces documents sont des rapports d'activités, faisant référence aux années 2018 et 2019, ayant été rédigés à la demande des pouvoirs subsidiant et reprenant une description de toutes les activités menées par l'association lors de l'année écoulée. Y sont également inclus diverses données qualitatives et quantitatives permettant d'appuyer la pertinence de l'action menée par I.Care.

- « Poster Care, 2017 » : Ce document visuel prend la forme d'un poster contenant un roman graphique expliquant la philosophie du *care* adoptée par l'asbl depuis sa création et appliquée dans leur travail au quotidien en prison.

- « AP PPS 18-22 » : Ce document est une réponse formulée par I.Care à un appel à projet. Cet appel à projet s'inscrit dans le cadre du Plan de Promotion de la Santé Bruxellois 2018-2022 et a permis l'accès à des financements pour l'asbl. Il décrit les actions de l'asbl et les projets futurs de cette dernière.

- « PPT présentation, 2020 » : Ce document est un Power Point réalisé par les fondateurs de l'asbl en vue d'une présentation publique de l'association, de ses missions, de son environnement d'évolution, de son public, de ses objectifs etc.

3. Annexe C - Guide d'entretien

Interview 1

1. Pourriez-vous m'expliquer comment vous est venu le projet de créer I.Care ?
Quels constats vous ont poussé à ce projet ?
Sur quelles valeurs a été créée I.Care ?
2. Pourquoi avoir commencé dans la prison de Berkendael ?
Quelles conditions favorables ont permis d'y développer des projets de promotion de la santé ?
Inversement, quelles conditions défavorables ont freiné le développement de projets de PS ?
2. De votre point de vue, comment les projets d'I.Care ont transformé la prison de Berkendael en une prison qui « fait santé » ?
3. Les projets d'I.Care ont un impact sur les détenus mais aussi sur le personnel de la prison et plus globalement sur l'environnement de la prison. Pourtant, les projets n'ont pas été conçu dans ce sens. Alors, comment expliquez-vous ces effets inattendus ?
Quels facteurs extérieurs à l'intervention d'I.Care font soutien ou impactent de manière négative les actions menées par I.Care au sein de la prison ?
Quels acteurs extérieurs à l'intervention d'I.Care font soutien ou impactent de manière négative les actions menées par I.Care au sein de la prison ?
4. D'après vous, jusqu'à quel point l'asbl I.Care peut-elle être « responsable » de la transformation de la prison en un milieu de vie qui fait santé ?

Interview 2

1. Pourriez-vous m'expliquer comment vous est venu le projet de créer I.Care ?
Sur quelles valeurs a été créée I.Care ?
2. Pourriez-vous me raconter comment se sont passés les premiers jours d'ICare dans la prison de Berkendael ?
Comment était la collaboration avec la direction ?
Comment était l'accueil des agents pénitentiaires ?
et du personnel soignant ?
et des détenus ?
y a-t-il un autre type d'acteur qui a joué un rôle ?
3. Comment décririez-vous l'évolution de vos rapports avec ces différents acteurs ?

4. A quoi attribuez-vous ces changements ? Quels sont les spécificités d'I.Care qui permettent de provoquer du changement dans la prison ?

5. Comment ces acteurs influencent votre travail au quotidien dans la prison et le développement de projets qui font santé ?

6. Quel rôle jouent les valeurs d'I.Care ?

Comment ces valeurs sont-elles appropriées dans la prison ?

Et par qui ?

6. D'après vous, jusqu'à quel point l'asbl I.Care peut-elle être « responsable » de la transformation de la prison en un milieu de vie qui fait santé ?

7. Selon vous, qu'est-ce qu'une prison promotrice de santé ? Quels sont les déterminants d'une prison promotrice de santé ?

Interview 3

1. Pourriez-vous me raconter votre parcours au sein de l'ASBL I.CARE ?

Qu'est-ce qui vous a le plus marqué les premières fois que vous vous rendiez à Berkendael ?

Est-ce que c'est toujours le cas, ou alors, il y a eu du changement ?

A quoi sont dus ces changements ?

2. Quels changements observez-vous auprès des femmes qui participent à Défis sûres d'elles ?

A quoi peuvent être attribués ces changements ?

3. Lors de l'évaluation de Care.Connexion réalisée dans le cadre de ProSess, les différents professionnels de la prison (agents, service médical, direction) apparaissent comme ayant un certain potentiel d'influence sur le déroulement des projets.

Comment les agents impactent votre travail au quotidien ?

Et le personnel soignant ?

Et la direction ?

4. A l'inverse, quel impact pensez-vous que vos actions en prison ont aujourd'hui sur ces professionnels ?

Comment expliquez-vous ces effets ?

5. Comment se passe la co-existence de différentes disciplines professionnelles dans la prison ? Selon vous, quelles sont les conditions favorables ou défavorables pour travailler en pluridisciplinarité au sein de la prison ?

5. A quelles conditions une prison est favorable à la santé ?

Interview 4

1. Comment est-ce que vous en êtes venue à vous investir dans l'asbl I.Care ?

Quel est votre rôle au sein d'I.Care ?

2. Selon vous, qu'est-ce qu'une prison qui fait santé?

Quels services devraient être inclus dans la prison pour que cette dernière puisse faire santé ?

3. En quoi les projets d'I.Care permettent de faire plus de santé en prison ?

En quoi les projets d'I.Care répondent à des besoins de santé des détenus ?

En quoi les projets d'I.Care soutiennent les autres professionnels de la prison dans leurs missions ?

4. Comment se passe la co-existence de différentes disciplines professionnelles dans la prison ? Selon vous, quelles sont les conditions favorables ou défavorables pour travailler en pluridisciplinarité au sein de la prison ?

5. Quels changements avez-vous observé au sein de la prison depuis qu'I.Care est arrivé ?

A quoi sont-ils dus ?

4. Annexe D - Formulaire de consentement

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT LIBRE ET ÉCLAIRÉ



Objectif de la recherche et procédure utilisée : Le but de la recherche est d'investiguer comment une intervention en promotion de la santé contribue à transformer le milieu carcéral en un milieu qui fait santé.

Pour réaliser cette recherche, le interviewé est invité à participer à un entretien semi-structuré individuel d'une durée approximative d'une heure. Celui-ci sera mené dans le **respect** de la personne et de son vécu, dans une atmosphère de non jugement. Le mémorant **enregistrera** l'entretien avec un dictaphone pour recueillir les informations données par le participant. Les informations récoltées seront **anonymes** et aucune information permettant de reconnaître l'interviewé ne sera utilisée. Les participants ont le droit de mettre fin à l'entretien à tout moment **sans devoir se justifier**. La **confidentialité** est garantie dans l'analyse des données de l'entretien. Si nécessaire, le participant peut poser diverses **questions** avant, pendant, ou après l'entretien.

La recherche ayant parmi ses objectifs de servir au développement de l'intervention étudiée et de soutenir son plaidoyer, les résultats seront communiqués aux participants en fin de recherche.

Je soussigné

E-mail (dans le cas où le participant désire recevoir des informations quant aux résultats) :

.....

Déclare par la présente **marquer mon accord** pour participer en tant que participant volontaire à la recherche. Je suis conscient que je peux retirer mon consentement à tout moment, et n'en subir aucune conséquence. Je reconnais au responsable de l'étude le droit d'interrompre ma participation à l'étude pour tout motif qui lui semblera justifié. Je suis informé que les données recueillies seront strictement confidentielles et qu'il sera impossible à tout tiers non autorisé de m'identifier. Enfin, je sais que si nécessaire, je peux contacter le mémorant pour toute question ou insatisfaction relative à ma participation à la recherche.

Fait à.....,

le

.....

Signature du participant :

Signature du mémorant :

5. Annexe E – Extraits bruts de données

1. « Je ne sais pas très bien expliquer, c'est un monde fermé qui tourne un peu en boucle, avec parfois des vieilles façons de penser, de faire, qui est très parano. (...) (ITW)
2. « A l'arrivée à Berkendael, tout était défavorable au développement des projets de promotion de la santé car la promotion de la santé en elle-même est vectrice de changement. Or, la prison est peu encline à apprécier le changement. » (ITW)
3. « Face à un public précarisé, des problématiques de santé accentuées en comparaison avec la population générale, et aux impacts de l'incarcération sur la santé globale (mentale et physique) sur les personnes détenues, il n'existe pas d'espaces de parole pour permettre aux agent·es d'être accompagn·es face à des situations parfois traumatisantes (suicides, violences verbales et physiques, etc), d'accueillir leur vécu et d'analyser leurs pratiques. » (Rapport 5 ans I.Care)
4. « C'est un milieu clos, qui ne veut pas qu'on aille vérifier quoi que ce soit, qui ne veut pas qu'on parle de lui ». (ITW)
5. « Le groupe communautaire a identifié le fait que les femmes entrantes en prison manquaient d'informations sur le fonctionnement de la prison et leurs droits, ce qui augmente le stress lié à l'incarcération et donc le mal-être. Seul un ROI (règlement d'ordre intérieur) est donné, et celui-ci ne correspond pas au niveau de littératie des personnes détenues». (Rapport 5 ans I.Care)
6. « Ceci implique un important travail de prévention via l'alimentation (par exemple, pour les diabétiques, le régime alimentaire pénitentiaire n'est pas ou très peu adapté, il faut leur apprendre à faire le tri, ce qui est très compliqué en prison. Beaucoup prennent beaucoup de poids, ce qui est un facteur de risque cardiovasculaire) ». (Matériel ProSess)
7. « La qualité et l'accès aux soins sont parfois catastrophiques, non pas à cause d'un manque de compétence des médecins, mais à cause d'un manque de moyens. L'accès au CMC (centre médico chirurgical) est théorique pour les détenu.e.s de Berkendael (car décentralisé). En pratique, l'attente peut être de plusieurs mois pour voir le spécialiste. » (Matériel ProSess)
8. « Il faut chouchouter les spécialistes qui viennent consulter en prison, car, très souvent, le SPF ne les paie pas à temps, les conditions de travail sont difficiles (ordinateurs qui ne fonctionnent pas toujours correctement, manque de matériel

ou matériel défectueux, etc), du fait aussi des mouvements nombreux des détenues qui, dès lors, ne peuvent pas venir aux consultations (ex. mouvements préau / mouvements visites/ etc), longs temps d'attente sans rien faire pour les médecins (car ils doivent attendre qu'on leur amène les détenus)... Les médecins font en majorité de leur mieux mais les conditions sont très difficiles. Même l'accès aux toilettes du personnel a été pendant tout un temps compliqué car l'une était bouchée...» (Matériel ProSess)

9. « La prison est un milieu sous pression, parfois terriblement hostile tant pour les professionnels que pour les détenus. C'est un milieu qui doit être étroitement surveillé pour éviter les dérives, tant les rapports de pouvoir y sont prégnants ». (Rapport 5 ans I.Care)
10. « Le système carcéral est extrêmement hiérarchisé. Il est important d'avoir cela en conscience car si le semeur.se (travailleur promotion santé) a une question par rapport à l'univers carcéral ou/et à son fonctionnement ; il est conseillé de suivre les échelons afin de ne pas heurter celui-ci. » (Référentiel 2020)
11. « Aux difficultés du terrain et des situations rencontrées, s'ajoutent ainsi l'incertitude économique. L'instabilité, les accords en dernière minute et la multiplication des financements pour assurer la viabilité de projets pourtant essentiels pour des publics qui subissent de plein fouet la violence sociale et économique, l'exclusion, la désocialisation et l'invisibilisation. Des travailleur·euses trop souvent peu expérimenté·es car qui voudrait d'un contrat à durée déterminée de quelques mois ? Des directions qui tentent de faire vivre leurs institutions, navigant au gré des subsides sans vraies possibilités de prévoir, d'anticiper, de préparer ce qui est pourtant essentiel pour assurer une gestion saine et une bonne organisation de celles-ci ». (Rapport 5 ans I.Care)
12. « (...) En Belgique, la compétence des soins de santé dans les prisons relève toujours du ministère de la Justice. Ce fonctionnement a des conséquences importantes comme la priorité donnée à la sécurité (en terme de budget et de moyens matériels), le risque de conflit de loyauté pour les professionnels de santé, l'isolement des services médicaux du secteur hospitalo-universitaire et donc d'un manque de formation continue, etc. Cette non-indépendance des soignant·es et personnels médicaux, les consultations expresses dues au manque de personnel, parfois à travers la porte des cellules, met en danger le secret

médical, droit fondamental des patient·es, que les personnes soient détenues ou non. » (Rapport 5 ans I.Care)

13. « C'est les agents qui décident de tout. Ils font tout ce qu'ils veulent quand ils ne sont pas contents sur toi. Donc, cela reste un rapport de force compliqué ». (ITW)
14. « Donc on doit s'appuyer sur des personnes. Et c'est en ça que je crois que le système va mal aussi (...) J'ai évoqué tout à l'heure que, selon l'équipe d'agents, tu te retrouves avec des gens qui font vraiment de l'abus de pouvoir ou à l'opposé avec ceux qui sont plus dans une attention aux détenues, dans le respect des détenues. C'est un effet d'équipe. Et après, ceux qui ont de bonnes intentions, ne sont pas soutenus par des valeurs institutionnelles donc ne se sentent pas légitimes dans leur institution pour aller dénoncer un truc parce que ça ne va pas, tu ne sais pas te bouger tout seul en fait ». (ITW)
15. « Une bonne collaboration entre la direction et l'asbl I.Care est une plus-value indispensable pour la mise en place d'un projet Care Connexion dans une prison. Il faut donc veiller à bien informer et demander les autorisations avant chaque mise en place de projets/activités. » (Référentiel, 2020)
16. « Mener nos missions au sein de l'univers carcéral nécessite de tenir et de consolider un socle institutionnel commun à l'équipe, basé sur des valeurs, des aspects légaux, des recommandations internationales et des principes de travail ». (Rapport 5 ans I.Care)
17. « Aujourd'hui, chez I.Care, avec n'importe quel travailleur, je pense que tu peux te dire que derrière ça il y a une philosophie commune, il y a une démarche de travail, il y a des valeurs ». (ITW)
18. « Et donc, prendre soin de, à priori, on pourrait dire que c'est accompagner la personne à vivre ce qu'elle est en train de vivre. (...) au-delà de la faute qu'elle a commise et qui ne la définit pas en tant que membre de l'humanité. Et donc, qu'est-ce qu'il faut pour prendre soin de? Il faut considérer la personne et être sensible à ce que la personne vit. » (Matériau ProSess)
19. « Et ici, on pourrait rajouter que c'est une posture aussi qui nécessite d'observer, d'être attentif à la personne, à son contexte, pour fournir une réponse qui tienne compte de tous ces aspects. » (Matériau ProSess)
20. « Et votre posture professionnelle, c'est aussi une approche globale de la personne et donc, là, c'est ce qu'elle dit: "on peut parler de tout". Et je trouve que

cela c'est aussi important à montrer. C'est aussi très propre à la promotion de la santé quoi. C'est qu'il ne faut pas s'attendre à ce que vous parliez uniquement de sujets de santé spécifiques avec les détenues, non, c'est une approche globale liée à votre posture du professionnel qui est telle qu'elle est. » (retranscri ProSess)

21. « - Mais c'est un peu ça le Care hein. Enfin, c'est avoir une grande attention.

- Prendre soin du détail dans ton intervention ?

- Mais dans tout, en fait. Moi je sors de prison, généralement, je suis exténuée. Parce que je suis hyper attentive aux détails donc même mes intonations de voix, ma posture non-verbale, ma...

- De sa posture professionnelle alors ?

- Oui mais que ce soit avec les agents, que ce soit...voilà. Par exemple, je...oui je suis hyper attentive aux détails. Mais même quand je suis dans une cellule, j'observe la cellule, je vois la propreté, la luminosité, ce qu'il y a sur les murs, les trucs aux côtés du lit, la manière dont elle fait le lit...

- Et pourquoi est-ce que tu penses que c'est important d'être attentif aux détails ?

- Parce que, pour moi, ça me donne déjà beaucoup d'indications sur l'état d'esprit ou, en tout cas, la personne. C'est que la cellule est un peu investie comme chez nous donc c'est un peu un reflet aussi. Donc, voilà, il y a des personnes qui sont, par exemple, très *clean* et puis, du jour au lendemain, je vois que la cellule est dégueulasse...La disposition dans l'espace aussi. Je m'assieds, comment je m'assieds, enfin voilà. Tout ça participe, pour moi, au prendre soin, au fait de s'adapter, pour revenir dans le contexte, donne des indications par rapport à l'état d'esprit de la personne...voilà. Mais, voilà, c'est observer que, par exemple, la personne n'a pas de cendrier mais utilise son verre d'eau pour faire le cendrier, c'est voir qu'il n'y a pas de rideaux, c'est voir que...voilà, ce sont des conneries, tout ça, enfin non ce ne sont pas des conneries mais ce sont tous des détails qui font que...». (Matériau ProSess)

22. « Elle, elle (une détenue) disait: « c'est gai parce que, avec Icare, il y a plusieurs endroits où on est susceptibles de vous rencontrer ». Et donc, du coup, elle disait: « c'est chouette (...) au moins, on sait que l'on peut, à un moment donné, vous croiser quelque part quoi ».» (Matériau ProSess)

23. « Après, en tant que tel, l'action c'est le Care parce que c'est se rendre, je pense,...disponible. C'est cette proximité, c'est cette possibilité de ; hop, tu veux parler, tu vas parler dans un système où chaque demande...il y a des procédures, tout fonctionne avec des procédures, de l'écrit etc. Et là, on leur donne la possibilité de...on facilite l'accès aux ressources. Il suffit juste d'ouvrir la bouche, entre guillemets, et de faire trois pas vers la personne et donc c'est une adaptation. » (Matériau ProSess)
24. Parole d'une détenue : « On aime bien que ce soit toi parce que tu viens de l'extérieur et que, du coup, tu n'es pas dans le système et tu nous considères ». (Matériau ProSess)
25. I.Care cite une détenue : « "Ils sont intervenus quand il y avait des abus de certains agents avec moi et, ça, je les remercie quoi". Donc, du coup, dans mécanismes, on a marqué "indépendants de la prison", que le fait d'être indépendants cela nous avait permis de pouvoir faire tiers et de pouvoir donner une réponse rationnelle. Et, du coup, en "effet", relation de confiance et d'indépendance. » (Matériau ProSess)
26. « Avec ce projet, il s'agit avant tout de s'intégrer dans un milieu qui a son fonctionnement ses codes particuliers. S'intégrer dans le sens de se faire accepter ; d'être reconnu comme acteur de santé en prison, sans faire partie du système carcéral. C'est extrêmement important de respecter cette frontière, de rester au seuil du système tout en le pénétrant, afin de ne jamais s'y habituer ni de le normaliser. Cette posture amène l'équipe à se questionner quotidiennement ensemble, lors des réunions et des moments informels. » (Référentiel, 2020)
27. « Je disais, de ne pas être formaté comme le carcéral dans cette façon de penser et toujours agir en fonction de la sécurité, etc. Et peut-être aussi être connecté au monde libre. Donc, on représente quelque part, comme d'autres, quelque chose venant de l'extérieur et la vie normale. » (Matériau ProSess)
28. « Trouver l'équilibre entre travail clinique et travail politique rend notre quotidien complexe. Laisser nos équipes se concentrer sur les hommes et les femmes détenu-es et leurs singularités, tout en observant le système et son fonctionnement. Mener des entretiens individuels tout en agissant sur le système, parfois de l'intérieur. Créer des projets tout en agissant sur l'environnement carcéral par nos questionnements envers les directions d'établissements ou leurs services médicaux. L'importance de rendre visible

l'invisible, en nommant les dysfonctionnements du système dans un milieu fermé qui a du mal à regarder sa propre réalité. Rester constructifs et force de proposition. Toujours. Tel est le fil de notre action. » (Rapport 5 ans I.Care)

29. « Que ce soit, par exemple, des agents qui disent : on se rend quand même compte que depuis que vous êtes là il y a une ambiance différente dans la prison. Que le greffe dise ça. Voilà, les services d'aide aux justiciables, ça fait 40-50-60 ans qu'ils sont là. Donc, il y a quand même quelque chose, dans le fait que l'on soit au quotidien en Cellul'Air, qui change quelque chose. » (Matériau ProSess)
30. « Moi je suis de plus en plus interpellée par des remarques que l'on entend. "Vous faites partie des murs". "Ah oui, c'est vous alors ça va". Ou alors, "Monsieur X, on a un mail de Madame Y qui dit que c'est le bordel au niveau des activités, que tout est suspendu pour le moment etc." Et quand je vais voir Monsieur X et que je lui dis : mes collègues, il y a un groupe qui se fait demain, on n'a pas de nouvelles, on n'ose pas etc. Il dit : Ah mais c'est vous, il n'y a aucun souci etc. Il y a complètement un décalage entre...tu vois. Et je me dis [coupé] »
« Oui. On remplit une case vide. Du coup, elles en remplissent plein de cases vides. Tout ça ce n'est pas prévu. Mais, simplement, tu as des gens au quotidien, ils remettent beaucoup en avant, ça j'ai entendu plusieurs fois la direction te dire : oui mais ceux-là ils sont là depuis longtemps. On a quelque chose dans la continuité. » (Matériau ProSess)
31. « Et ça, dans un milieu de rupture à tous niveaux, tu sais, les gens sortent, on ne sait pas qu'ils sortent, ces gens disparaissent...enfin, tout qui bouge, même les gens du service médical ça bouge beaucoup. En fait, qui est permanent dans cette prison ? » (Matériau ProSess)
32. « La philosophie au sein de l'asbl I.Care nous amène à travailler énormément en réseau. C'est-à-dire aussi de ne pas vouloir tout faire, reconnaître qu'I.Care n'est pas compétent dans tous les domaines. Par contre, nous pouvons faciliter l'entrée en prison d'autres professionnels, leur décoder la prison et son fonctionnement et les soutenir dans un projet commun. » (Référentiel, 2020).
33. « I.Care collabore avec de nombreuses asbl, fédérations et autres structures du réseau assuétudes, de la santé sexuelle et reproductive, de défense des droits humains et d'autres secteurs touchant à la précarité. A travers ce travail en réseau, l'asbl a pour objectif très clair de ne pas « *faire ce qui est déjà fait* » par d'autres services. Réorienter et faciliter le renvoi vers les services existants, à

l'intérieur comme à l'extérieur de la prison, est un des principes phares d'I.Care. » (Rapport 5 ans I.Care)

34. « Nous pouvons actuellement envoyer une personne seule au préau tant la confiance est installée ». (RA, 2019)
35. « On va aller plus loin dans ce qu'elles vont amener, dans ce qu'elles vont vouloir travailler. Au début, ça tourne beaucoup autour de comment fonctionne la prison, les procédures administratives etc. Au fur et à mesure, on va plus loin, on peut prendre du temps sur ce qu'elles ont vécu dans leur passé, les traumatismes, parler du futur, de la réinsertion etc. On ne leur impose rien, on laisse venir les choses ». (ITW)
36. « - La construction de la confiance en l'autre est compliquée en prison, c'est ça ?
- Oui parce que je pense qu'une prédominance de structure de personnalité là-bas c'est représentatif du parano.
 - Et il y a ça parce qu'il n'y a aucune information qui est donnée. C'est très dur de trouver l'information et que...
 - Tout est basé sur le contrôle donc, en tout cas, celui qui a déjà...Ça développe le parano c'est vrai et celui qui a déjà des tendances, il craint littéralement. » (Matériau ProSess)
37. « Encore une fois, le fait de la relation de confiance que vous arrivez à construire avec chaque détenu, est liée à votre posture de professionnel et permet une amélioration des compétences psycho-sociales et surtout des compétences relationnelles, en fait. » (Matériau ProSess)
38. Pour toute sorte d'informations : « Mais ce qu'il se passe au préau, c'est intéressant et on l'a encore eu hier, des fois ce sont des femmes qui nous connaissent qui vont ramener quelqu'un qu'on ne connaît pas forcément, sous le bras, genre "elle a une question par rapport à telle démarche administrative, je lui ai dit de venir vous parler" et ça c'est quand même quelque chose qui se passe qui est intéressant. Donc, c'est du sujet individuel mais ramené par une autre détenue quoi. » (Matériau ProSess)
39. « On discutait aussi, un tout petit peu ce matin, du fait qu'il y a une évolution vraiment formulée par les détenues et, souvent, tu te dis : mais, tiens, cette question, où est-ce que cette femme aurait pu la poser ? Pourquoi elle l'a posée

- à cet endroit-là et pas ailleurs, tu vois ? Et pourquoi elle ne va pas dire : « bon je vais demander ça à tel médecin » (...) ». (Matériau ProSess)
40. « Ce n'est pas facile de décaler je me suis sentie oppressée par toutes les demandes de rencontres, je ne savais pas comment décaler, j'enchaînais et je voyais des détenus attendre leur tour. » (Matériau ProSess)
41. « (...) Ou parfois, je sais que plusieurs détenues vont en même temps contacter la commission pour signaler quelque chose qui ne va pas au même moment. Il y a un peu une espèce de solidarité qui se met. » (Matériau ProSess)
42. « Madame A, 50 ans, a été rencontrée après une tentative de suicide médicamenteuse au sein de la prison. Madame est déprimée, ne veut pas sortir de sa cellule. Elle attend son jugement, est angoissée et pleure durant le premier entretien. Elle a peur de ne pas pouvoir « tenir le coup » (...) Elle ne bénéficie pas de suivi psychologique. (...) Lors du second entretien, Madame confie être porteuse d'une hépatite C. Care.Connexion lui explique la maladie et lui remet une brochure d'information. Elle abordera par la suite le sujet avec le médecin de la prison mais refuse des examens supplémentaires étant donné qu'elle doit être transférée dans un autre établissement pour les subir. (...) Petit à petit, pour des raisons diverses, elle pleure moins. Elle a repris contact avec un psychologue l'ayant déjà suivie. De plus, elle se fait aider par un bénévole dans sa démarche de passer le jury central. Lors du 5^{ème} entretien, elle accepte la rencontre du Réseau Hépatite C. Lors du 6^{ème} entretien, Madame A est prête à passer des examens supplémentaires dans l'objectif de démarrer un traitement de son hépatite C. (...) Care.Connexion prend alors contact avec la direction à ce sujet. En 3 mois, Madame A a peu à peu fait confiance aux professionnel.les et a entamé les démarches. » (Rapport 5 ans I.Care)
43. « La prison est un microcosme. La présence d'I.Care au quotidien peut créer des écueils vis-à-vis du personnel interne. Attention, rien de jamais malintentionné, que du contraire. Mais certains membres du personnel peuvent parfois interpréter leurs actions comme une forme d'ingérence maladroite au sein d'un système qui par essence est fermé. Cela est notamment dû à la divergence des missions de chacun. Les membres de l'équipe d'I.Care peuvent parfois prendre beaucoup de place. Il est nécessaire de remettre le cadre car quoi qu'ils en pensent, I.Care fait désormais partie du système pénitentiaire. Une critique à formuler est qu'il est parfois nécessaire d'améliorer la façon de communiquer,

de se concerter, en gardant en tête que les missions de chacun sont différentes. Il faut parfois faire des compromis...Ils y parviennent globalement bien. » (Matériau ProSess)

44. « Par exemple, le travailleur d'I.Care arrive près d'une porte et ne doit plus appuyer sur le bouton, un agent ouvre la porte avant même que le travailleur ait appuyé sur le bouton. Cela s'est démontré après 2-3 mois et c'est un grand signe d'acceptation. » (ITW)
45. « Si on n'avait pas, en partie volontairement, laissé une possibilité à soigner la relation avec les agents et les services infirmiers, la qualité et la longévité des projets n'auraient pas pu être aussi bonnes. (...) On n'aurait pas eu ce degré d'acceptation » « C'est s'intéresser à leur métier, s'intéresser à leurs difficultés parce que ce n'est pas facile leur boulot ». (ITW)
46. « On voit qu'il y a quand même chez les gardiens... ils se rendent compte que ça inclut le bien-être, ça inclut la santé mentale, ça inclut plein de choses. Donc vous leur offrez un interlocuteur, vous êtes l'interlocuteur promotion de la santé et santé globale et d'un autre côté vous leur permettez, de par la manière dont vous agissez, vous réagissez, vous leur permettez de questionner leur propre rôle dans leur pratique donc ce rôle santé dans leur pratique quotidienne, dans leur manière de communiquer, dans la manière donc de réagir à certaines choses, dans la manière de rediriger aussi peut-être des détenus. » (Matériau ProSess)
47. Un professionnel mentionne : « L'équipe d'I.Care apporte une plus-value, une valeur ajoutée dans le travail autour de la santé des détenues. Ils apportent du changement autour de ce principe qui dit que la santé est un luxe en prison. La santé est un droit ! ». (Matériau ProSess)
48. Un professionnel mentionne : « A Berkendael, cela m'a permis de prendre connaissance de problèmes auxquels je n'avais que très peu eu l'occasion de m'intéresser en 20 ans de carrière. Je les regarde maintenant sous un prisme différent. De par la confidentialité des services médicaux, de l'organisation générale de la prison, la santé n'est en interne pas considérée comme un domaine prioritaire. (...) I.Care apporte une plus grande transparence par rapport à la question de la santé des détenues. Ils ont la capacité de prendre en main des volets très spécifiques qui ne peuvent être pris en charge en interne (Ex : Projet Bru'zelle et plannings familiaux). (ITW)

49. « (...) On apporte une espèce de changement de regard sur une vision plus globale de la santé et donc en quoi, par leurs actions, leurs méthodes etc ils peuvent ou ne peuvent pas faire santé. En changeant les choses structurelles, en changeant de comportement, en changeant de façon de penser les choses. C'est une conscientisation sur la vision globale de la santé et donc en quoi ils peuvent jouer aussi un rôle. » (Matériau ProSess)
50. Quels sont les changements observés dans la prison depuis l'arrivée d'I.Care ?
« Le regard que la prison porte sur les questions de santé des détenus. Il y a plus d'ouverture d'esprit de la part des professionnels désormais. Ils sont moins choqués. » (ITW)
51. « C'est plus d'aller questionner des choses qui ne sont pas cohérentes au sein de la prison. Qui fonctionnent comme ça depuis des années et des années et pour lesquels ils ne sont pas prêts à changer ou à reconnaître que ça ne fonctionne pas bien. » (Matériau ProSess)
52. « Quand on met le doigt sur des éléments particuliers que personne ne regarde, on change progressivement le regard des professionnels et donc la manière dont il faut incarcérer les gens ». (Matériau ProSess)
53. « - En fait, je me dis aussi, pour compléter ce que tu dis, ça provoque chez d'autres le fait de faire attention à des choses auxquelles il n'est pas conscient.
- Parfois, j'ai l'impression que les agents regardent des trucs dans ce que vous ramenez qu'ils n'auraient peut-être pas regardés autrement. Parce qu'à force d'avoir un cadre collé sur un truc ou un autre...c'est quand même contagieux. » (Matériau ProSess)
54. Un professionnel du service médical mentionne : « Se battre contre certaines mentalités, contre certains soignants. En forçant un peu le trait, ce qui est souvent sous-entendu c'est que « ce sont des détenus, donc, ils peuvent attendre ». Par exemple, « aller chez le dentiste, ils auraient pu le faire avant l'incarcération ou pendant leur sortie. » » (Matériau ProSess)
55. « Voilà parce que à un moment elle nous prenait quand même pour... Ok on est bien au courant des trucs dans la prison, on peut quand même évaluer, on a un regard sur ce genre d'action. (...) Donc je pense que par rapport à leur forme de solitude que ce soit agents, infirmiers, directions sur ces questions qui touchent plus ou moins à la santé, au bien-être et bien ils peuvent faire appel. Il y a un truc là-dessus en tout cas je pense.» » (Matériau ProSess)

56. Un membre du personnel médical mentionne : « J'ai sollicité les travailleuses d'I. Care pour toutes sortes de demandes émanant des détenues : qu'elles soient médicales, juridiques, administratives, ou même pour trouver un/une interprète. En fait, pour toutes sortes de demandes pour lesquelles je ne pouvais pas trouver de solutions, avec l'espoir que peut être une solution pourrait être trouvée par les collègues. Certaines interventions d'I. Care m'ont permis de débloquent certaines situations. Et ce n'était pas seulement pour la santé physique. Par exemple, il m'est arrivé de solliciter I.Care lorsqu'une détenue n'était pas satisfaite de son avocat. J'ai relayé l'information aux collègues d'I. Care qui se sont emparées de cette question et ont accompagné la dame pour trouver un autre avocat qui lui convenait mieux. (...) » (Matériau ProSess)
57. « Et dans le contexte où, en fait, ce personnel est très peu soutenu dans ses pratiques, il y a une absence de lieu d'écoute pour déposer ses émotions et son vécu, donc toujours par rapport au personnel. Je pense à l'infirmier, par exemple aussi, qui n'avait nulle part où aller déposer le fait qu'il vivait mal le fait de pratiquer son métier dans un environnement qui ne lui permet pas de le faire et il s'est ouvert, par contre, à vous en partageant ça. » (Matériau ProSess)
58. « Ils (les professionnels) ne remettent plus en question le sens du travail d'I.Care, ils savent que ça sert à quelque chose. Et dû à une présence qui est constante dans la prison, ce qui fait que les professionnels ne sont pas abandonnés. C'est vraiment une continuité et une stabilité. Et ça, ça joue beaucoup. » (ITW)

6. Annexe F - Lexique clés de lecture TdC

- **Contexte (Co)**
 - Co.1 : Inertie du système.
 - Co.2 : Climat de méfiance, de paranoïa et de tension.
 - Co.3 : Organisation procédurale peu favorable au changement.
 - Co.4 : Information de santé peu accessible, voire inexistante.
 - Co.5 : Manque de lieu d'écoute et de soutien pour les professionnels.
 - Co.6 : Dualité dans la relation agents-détenues.
 - Co.7 : Conflits de valeur internes pour les professionnels.
 - Co.8 : Microcosme fermé, peu d'échanges avec le monde extérieur.
 - Co.9 : Services non adaptés au public carcéral.
 - Co.10 : Conditions de travail précaires pour les professionnels de la prison et les travailleurs d'I.Care.
 - Co.11 : Non-adaptation des compétences des professionnels au public carcéral.
 - Co.12 : Attitudes et représentations négatives des professionnels envers les détenues.
 - Co.13 : Organisation verticale, hiérarchie, enjeux de pouvoir.
 - Co.14 : Insécurité économique pour I.Care.
 - Co.15 : Financement des soins de santé par le SPF Justice.
- **Acteurs (Ac)**
 - Ac.1 : Les détenues
 - Ac.2 : Les agents
 - Ac.3 : La direction
 - Ac.4 : Le service médical
 - Ac.5 : Les acteurs associatifs ponctuels
 - Ac.6 : Les acteurs de soutien
 - Ac.7 : Les autorités publiques
 - Ac.8 : Les travailleurs d'I.Care
- **Spécificités de l'intervention (S.I.)**
 - S.I.1 : Culture d'action de l'institution
 - S.I.2 : Statut particulier
 - S.I.3 : Actions multi-niveaux
 - S.I.4 : Continuité dans le temps
 - S.I.5 : Relais Réseau
- **Changements intermédiaires (C.I)**
 - A. Changements concernant les détenues [C.IA.]
 - C.IA1 : I.Care devient un acteur intégré dans les lieux de vie des détenues.
 - C.IA2 : Création d'une relation de confiance entre I.Care et les détenues.
 - C.IA3 : Amélioration des ressources psychiques des détenues.
 - C.IA4 : I.Care devient « référent Santé » pour les détenues.
 - C.IA5 : Changements comportementaux chez les détenues.
 - B. Changements concernant les professionnels : [C.I.B.]
 - C.I.B1. : Acceptation de la présence d'I.Care au sein de la prison.
 - C.I.B2. : Modification de la représentation de la santé chez les agents et la direction.
 - C.I.B3. : Changement de regard des professionnels concernant les détenues.
 - C.I.B4. : I.Care devient « référent Santé » pour les professionnels

7. Annexe G – Théories du Changement des détenues et des professionnels

