



DE LA PRISON A L'HOPITAL : LES EXTRACTIONS POUR RAISON MEDICALE

*Une recherche de terrain interrogeant les
vécus des parties prenantes*

Juin 2021

Avertissement

I.Care est un laboratoire d'innovation en santé et milieux fermés.

Outre son travail en première ligne d'accompagnement de personnes détenues par une équipe pluridisciplinaire, l'ASBL a pour objectif de participer à l'amélioration des politiques publiques en matière de santé, sachant que de nombreux facteurs déterminent notre santé.

Ainsi, nos dossiers thématiques ont pour but d'amener, à nos décideur·euses politiques mais aussi aux professionnel·les de terrain et aux administrations qui organisent la vie quotidienne en milieux fermés, un éclairage sur des réalités de terrain souvent méconnues.

Notre démarche se veut constructive, afin qu'ensemble, chacun·e à notre place, nous participions à améliorer le système carcéral, dans un objectif de bien-être, de réinsertion et de lutte contre la récidive à destination des 25 000 personnes qui passent chaque année par nos établissements pénitentiaires.

*Rapport rédigé par Camille Couette et Marion Guémas
Sous la supervision de Vinciane Saliez*

Sommaire

Sommaire.....	3
Liste des acronymes.....	6
Propos introductifs.....	7
Une problématique identifiée de longue date et pourtant largement méconnue	7
Notre méthodologie.....	7
Encadrement juridique des extractions pour raison médicale.....	9
Accès aux soins des personnes détenues.....	9
Les recommandations des organes internationaux et régionaux de protection des droits humains	9
Dispositions applicables en Belgique	10
Mesures de sécurité.....	10
Les recommandations des organes internationaux et régionaux de protection des droits humains	10
La Cour européenne des droits de l'homme s'est également prononcée à plusieurs reprises	11
Le cadre légal en Belgique	12
État des lieux.....	15
Informations sur la procédure d'extraction pour raison médicale.....	15
Procédure au sein des établissements pénitentiaires.....	15
Dans l'ensemble, peu de règles claires au sein des hôpitaux	16
Des dispositifs sécuritaires sujets d'une attention particulière du CPT	17
Un sujet également examiné par les commissions de surveillance.....	18
Un manque criant de données statistiques	19
Extractions pour raison médicale : le ressenti des personnes concernées.....	20
Regard et expériences de personnes détenues sur les extractions pour raison médicale	20
Première étape : parvenir à être transféré vers un hôpital.....	20
Arrivées et consultations sous le signe de la sécurité	21
Une difficile continuité des soins lors du retour en prison ?	22
Des ressentis faisant place à une ambivalence de sentiments.....	22
Refuser de se faire soigner : une hypothèse envisagée.....	23
À l'hôpital, une qualité de soins appréciée	24
Le ressenti du personnel soignant	24
Informations générales sur le ressenti du personnel soignant.....	24
Sur la prise en charge des personnes détenues	25
Un manque de formation et d'information sur la prise en charge des personnes détenues	26
Des interrogations récurrentes quant aux mesures de sécurité et ce qui peut être demandé en tant que soignant-e.....	27
La personne détenue, un-e patient-e comme les autres ?.....	29
Une demande de cadre plus clair sur les droits et obligations de chacun-e pour une majorité de personnes interrogées	30
Des propositions émergent.....	30
Ressenti du personnel pénitentiaire et des directeur-rices d'établissement pénitentiaire	31
Une procédure source de stress et qui intéresse plus ou moins le personnel pénitentiaire	31
L'enjeu central de la sécurité et du risque d'évasion.....	32
Bref état des lieux en France.....	34
Encadrement légal de la procédure d'extraction pour raison médicale	34
Organisation des soins.....	34
Mesures de sécurité	36

Conclusion.....	38
Autres aspects nécessitant d’être approfondis	39
Les transferts vers les centres médico-chirurgicaux pénitentiaires	39
Les mesures de sécurité	39
Le suivi médical après une hospitalisation ou une consultation en dehors de la prison.....	40
La prise en charge des frais médicaux.....	40
Side.Care, notre nouveau projet d’accompagnement mobile	40
Recommandations	42

Liste des acronymes

APSEP : Association des professionnels de santé en prison

CEDH : Cour européenne des droits de l'homme

CCSP : Conseil central de surveillance pénitentiaire

CdS : Commission de surveillance

CMC : Centre médico-chirurgical

Conv.EDH : Convention européenne de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales

CPT : Comité européen pour la prévention de la torture et des traitements cruels, inhumains ou dégradants

DAB : Direction de la sécurisation de la Police fédérale

DG-EPI : Direction générale des établissements pénitentiaires

KCE : Centre fédéral d'expertise des soins de santé

OIP : Observatoire international des prisons

SPF : Service public fédéral

UHSA : Unités hospitalières spécialement aménagées

UHSI : Unités hospitalières sécurisées interrégionales

Propos introductifs

Une problématique identifiée de longue date et pourtant largement méconnue

La rencontre avec des professionnel·les de santé, tant dans leur prison d'attache qu'en milieu hospitalier, peut être source de stress pour les personnes détenues. Dans le cadre de nos projets, des personnes nous font régulièrement part de leurs inquiétudes en la matière. Il nous est ainsi arrivé, après réflexion en équipe, de mettre en place des accompagnements, de manière ponctuelle et expérimentale, et nous avons été pu être également interpellé·es par les mesures de sécurité déployées.

D'après les documents que nous avons pu examiner, la question des extractions pour raison médicale a quasi-exclusivement été étudiée sous les seuls prismes des annulations de rendez-vous et du manque de personnel, notamment par le centre fédéral d'expertise des soins de santé (KCE) ou les commissions de surveillance (CdS). En revanche, il semble que le ressenti des personnes concernées par ces pratiques n'est jamais interrogé.

Cette question est d'autant plus importante à examiner en perspective avec l'Accord de gouvernement conclu le 30 septembre 2020 qui indique notamment : « *Nous prévoyons aussi les moyens nécessaires pour réformer les soins de santé dans les prisons pour que les détenus puissent bénéficier de soins équivalents, compte tenu des besoins de soins souvent plus élevés* ». Des groupes de travail doivent également être mis en place. À l'heure où il faut penser la nouvelle organisation des soins dans un futur contexte de soins de santé indépendants de la justice, il nous semble important de tenir compte des réalités de terrain dans les décisions à prendre en matière d'extractions. Le fait de savoir si les personnes détenues doivent se rendre à l'hôpital ou si l'hôpital doit venir à elles reste une question complexe qui a son importance.

Partant de ces observations et du constat que ces procédures étaient peu documentées, nous avons décidé d'approfondir ces questions et de faire un premier tour d'horizon de la problématique.

Notre méthodologie

Pour cette recherche, I.Care a réalisé une analyse approfondie de la documentation disponible sur les extractions pour raison médicale (questions parlementaires, rapport des commissions de surveillance...) ainsi que de la documentation disponible sur les questions entourant ce sujet (lois, articles de presse, études criminologiques...). Nous sommes ensuite allé·es à la rencontre des différent·es acteur·rices collaborant dans cette pratique : personnel soignant, agent·es pénitentiaires, personnes détenues.

Un questionnaire en ligne a pu être proposé au personnel soignant des différents hôpitaux de Bruxelles et de Wallonie. Il a été rempli par 127 personnes. Celles-ci occupent des fonctions diverses mais nous avons une majorité de répondant·es qui est infirmier·e. Parmi iels, 99 avaient déjà pris en charge une personne détenue. Une légère majorité de personnes interrogées travaillent en Wallonie.

Des entretiens ont ensuite pu être réalisés avec 15 professionnel·les de santé exerçant en milieu hospitalier et en prison.

I.Care est également allé à la rencontre de personnes détenues et d'agent·es de surveillance pénitentiaire dans les prisons de Saint-Gilles, Forest et Berkendael, entre les mois de mars et avril 2021, 18 personnes ont pu être entendues. Grâce à différents passages, nous avons pu récolter de nombreux récits personnels qui ont enrichi nos réflexions.

Des échanges avec différentes directions de prison ont également pu enrichir notre recherche.

Enfin, nous avons sollicité la direction de la sécurisation de la police fédérale (DAB) qui prend en charge une partie des escortes lors de ces extractions mais celle-ci n'a pas donné suite à notre demande, mettant en avant des raisons de sécurité.

Encadrement juridique des extractions pour raison médicale

Le transfert de personnes détenues pour raison médicale met en jeu l'exercice de plusieurs droits fondamentaux en prison, en particulier celui de l'accès à des soins de santé équivalents à la population générale ainsi que celui ayant trait au respect de la dignité humaine et à l'interdiction de la torture et des traitements cruels, inhumains ou dégradants. C'est donc tout naturellement que plusieurs instruments juridiques, tant aux niveaux national que régional et international, sont venus encadrer ces procédures.

Accès aux soins des personnes détenues

Les recommandations des organes internationaux et régionaux de protection des droits humains

Les règles minima des Nations unies pour le traitement des détenus, dites règles Nelson Mandela, encadrent les soins de santé en prison et prévoient notamment, dans leur règle 24, que « *l'État a la responsabilité d'assurer des soins de santé aux détenus, ceux-ci devant recevoir des soins de même qualité que ceux disponibles dans la société et avoir accès aux services nécessaires sans frais et sans discrimination fondée sur leur statut juridique* ». La règle 27 dispose que « *tous les établissements pénitentiaires doivent garantir l'accès rapide aux soins médicaux en cas d'urgence. Les détenus qui requièrent des traitements spécialisés ou soins chirurgicaux doivent être transférés vers des établissements spécialisés ou vers des hôpitaux civils. Lorsqu'un établissement pénitentiaire dispose de ses propres installations hospitalières, le personnel affecté et le matériel fourni doivent y être suffisants pour assurer un traitement et des soins adéquats aux détenus qui y sont envoyés* ». Les principes de confidentialité des examens médicaux et de respect des normes déontologiques sont par ailleurs rappelés dans les règles 31 et 32.

Au niveau régional, dans son troisième rapport général de 1992¹, le Comité européen pour la prévention de la torture et des mauvais traitements du Conseil de l'Europe (CPT) s'inspire de sept règles de base concernant l'organisation des soins de santé en prison, à savoir : l'accès aux soins, l'équivalence des soins, le consentement du-de la patient-e et la confidentialité des soins, la prévention sanitaire, l'intervention humanitaire, l'indépendance professionnelle et la compétence professionnelle.

Les règles des Nations unies concernant le traitement des femmes détenues et l'imposition de mesures non privatives de liberté aux délinquantes, dites Règles de Bangkok², préconisent également 70 règles pour offrir des soins de santé appropriés, traiter les femmes avec humanité, de préserver la dignité des femmes pendant les fouilles, les protéger de la violence et répondre aux besoins des enfants des femmes détenues.

¹ CPT, « *Services de santé dans les prisons. Extrait du 3^{ème} rapport général du CPT publié en 1992* ».

² Règles des Nations unies concernant le traitement des détenues et l'imposition de mesures non privatives de liberté aux délinquantes, mars 2011.

Dispositions applicables en Belgique

La loi de principes de 2005³ encadre les soins de santé des personnes détenues, en précisant notamment dans son article 88⁴ que « *le détenu a droit à des soins de santé qui sont équivalents aux soins dispensés dans la société libre* ». En application de l'article 93 de cette même loi, « *lorsqu'un détenu a besoin d'un examen diagnostique ou d'un traitement spécialisé médicalement recommandé pour lequel la prison n'est pas, ou pas suffisamment, équipée, il est transféré, à la demande du médecin attaché à la prison, vers une prison spécialisée ou orienté vers un hôpital ou un établissement de soins disposant des équipements requis* ». Dans ce cas, l'hôpital « *est considéré comme une succursale de la prison* ». De plus, son article 96§2 dispose que « *[Les prestataires de soins] ne peuvent être contraints d'accomplir des actes qui compromettent leur relation de confiance avec le détenu.* »

Par ailleurs, le code pénal, dans son article 458, organise le respect du secret professionnel des professions médicales ainsi que les exceptions qui peuvent y être faites. Le code de déontologie médicale, soutenu par la loi couvrant les droits des patients, fait également référence, dans différents articles, au secret professionnel, mais également au respect de la dignité humaine. Son article 30 dispose notamment que « *l'activité médicale est guidée par une réflexion éthique, respectueuse du patient, des tiers et de la société. Le médecin ne pose aucun acte contraire à la dignité humaine. Le médecin soigne avec la même conscience tous les patients, sans discrimination.* »

Par ailleurs, la loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient dispose, dans son article 10, que « §1^{er}. *Le patient a droit à la protection de sa vie privée lors de toute intervention du praticien professionnel, notamment en ce qui concerne les informations liées à sa santé. Le patient a droit au respect de son intimité. Sauf accord du patient, seules les personnes dont la présence est justifiée dans le cadre de services dispensés par un praticien professionnel peuvent assister aux soins, examens et traitements.* §2. *Aucune ingérence n'est autorisée dans l'exercice de ce droit sauf si cela est prévu par la loi et est nécessaire pour la protection de la santé publique ou pour la protection des droits et des libertés de tiers.* »

Mesures de sécurité

Les recommandations des organes internationaux et régionaux de protection des droits humains

Les règles Nelson Mandela encadrent l'usage de moyens de contrainte, notamment lors des déplacements des personnes détenues. Est ainsi prévu que « *la méthode de contrainte doit être la méthode la moins attentatoire qui est nécessaire et raisonnablement disponible pour contrôler les mouvements du détenu, compte tenu du niveau et de la nature des risques encourus* » et que « *les moyens de contrainte ne doivent être utilisés que le temps qui est nécessaire et être retirés dès que possible une fois qu'il n'y a plus de risques liés à la liberté de mouvement* ». De même, l'usage de moyens de

³ Loi de principes concernant l'administration pénitentiaire ainsi que le statut juridique des détenus du 12 janvier 2005.

⁴ Rappelons que les décrets d'application relatifs aux articles de la loi de principes sur l'accès aux soins n'ont toujours pas été adoptés.

contrainte est prohibé sur des femmes qui accouchent : pendant le travail, l'accouchement, ou immédiatement après celui-ci.

Dans le même sens, les règles pénitentiaires européennes du Conseil de l'Europe⁵ prévoient que lors de leur transfert, les personnes détenues « *doivent être [exposées] aussi peu que possible à la vue du public et les autorités doivent prendre des mesures pour protéger leur anonymat* ». Ces mêmes règles rappellent par ailleurs qu'il est « *inacceptable qu'une consultation ait lieu par groupes de détenus ou en présence d'autres détenus ou de personnel non médical* », précisant également que les personnes incarcérées ne doivent pas être menottées ou séparées physiquement du médecin lors d'une consultation. Cette exigence est également rappelée par le CPT qui, dans son troisième rapport général précité, insistait sur « *le fait que les détenus envoyés dans un hôpital pour y recevoir un traitement ne doivent pas être attachés à leurs lits ou à d'autres éléments du mobilier afin d'assurer la sécurité. D'autres moyens de satisfaire aux exigences de sécurité peuvent et doivent être mis en œuvre* », recommandant notamment à cet égard la création d'une unité carcérale dédiée au sein des hôpitaux⁶. Dans une fiche thématique sur le transfert des personnes détenues publiée en 2018, le CPT précise également que : « *lors d'un transport, l'application de menottes et/ou de ceintures de contention ne devrait être autorisée que lorsque l'évaluation du risque dans le cas individuel concerné le nécessite clairement. Lorsque ces moyens sont considérés comme absolument nécessaires, ils devraient être employés de manière à réduire au maximum le risque de blessure pour la personne détenue.* », tout en insistant sur le caractère confidentiel des données médicales, qui se doit d'être respecté durant le transfert des personnes détenues⁷.

Enfin, en termes d'accès aux soins, les règles pénitentiaires européennes imposent à l'administration pénitentiaire de s'assurer que les modalités d'escorte des personnes détenues vers l'hôpital « *n'entraînent pas à leur égard un retard de traitement ou une angoisse accrue* ».

La Cour européenne des droits de l'homme s'est également prononcée à plusieurs reprises

La Cour européenne des droits de l'homme (CEDH) a également été amenée à se prononcer à plusieurs reprises sur les mesures de sécurité imposées aux personnes détenues lors de leur transfert, notamment vers l'hôpital. Dans une décision rendue contre la France en 2009⁸, la Cour rappelle qu'en principe et sous certaines conditions, « *le port de menottes ne pose normalement pas de problème au regard de l'article 3* » qui prohibe la torture et les mauvais traitements. En revanche, elle « *n'exclut pas que le port d'entraves lors d'un transfert d'un détenu vers un hôpital puisse poser un problème sous l'angle de cette disposition dans des circonstances particulières liées notamment à l'état de santé d'un détenu* ». Par exemple, dans une décision rendue contre la France en 2002⁹, elle a conclu à une violation de l'article 3 dans le cas d'une personne à qui une leucémie lymphoïde avait été diagnostiquée et qui

⁵ Règles pénitentiaires européennes, juin 2006.

⁶ CPT, « *Services de santé dans les prisons. Extrait du 3^{ème} rapport général du CPT publié en 1992* ».

⁷ CPT, « *Transport des personnes détenues* », fiche thématique, juin 2018.

⁸ CEDH, Paradyz contre France, 29 octobre 2009, req. n°17020/05.

⁹ CEDH, Mouisel contre France, 14 novembre 2002, req. n°67263/01.

suivait des séances de chimiothérapie en hospitalisation de jour. L'intéressé était systématiquement menotté lors des transferts et ses pieds et poignets attachés à son lit d'hôpital.

Pour la Cour de Strasbourg, le menottage de la personne détenue lors de son transfert à l'hôpital ne peut être systématique, encore moins lorsqu'une surveillance est exercée. Elle a ainsi jugé que l'usage de menottes ou d'entraves n'était pas justifié pour une personne détenue présentant des troubles psychiatriques, pendant une période sept jours, vingt-quatre heures sur vingt-quatre, alors qu'elle était à l'isolement et sans que cette mesure n'ait été soumise à un avis ou une justification psychiatrique¹⁰. De la même manière, la CEDH a estimé que le menottage au lit d'hôpital n'était pas justifié pour une personne atteinte d'un cancer¹¹, pas plus qu'il ne l'était pour une personne malade en attente de subir une opération¹². La Cour s'est également prononcée dans le cas d'une femme enceinte entravée à un fauteuil d'examen gynécologique lors de son admission à l'hôpital¹³ ou encore sur le menottage pendant un examen gynécologique¹⁴ ou d'autres types d'examens médicaux¹⁵ et a conclu que cette mesure était excessive.

Le cadre légal en Belgique

En Belgique, une circulaire de 2005¹⁶ encadre les mesures de sécurité applicables au transport d'une personne détenue vers l'hôpital, pour une consultation ou une hospitalisation. Il semble toutefois que certaines de ces prescriptions ne correspondent complètement aux normes exposées ci-dessus.

En application de cette circulaire, « *le niveau de sécurité requis s'apprécie au cas par cas* ». Ainsi, elle prévoit que « *sont considérés comme ne nécessitant pas de précautions particulières, sauf appréciation individuelle contraire du directeur, les détenus séjournant en milieu ouvert ou semi – ouvert, les détenus bénéficiant d'un régime de semi-liberté ou de semi-détention, les détenus bénéficiant de congés pénitentiaires ou de permissions de sortie régulières* ». Les critères à prendre en compte pour apprécier le risque sont également précisés dans ce document, à savoir « *la longueur et de la nature de la peine encourue ou subie, du reliquat de peine à subir, du régime de détention, de l'existence et de la gravité d'antécédents disciplinaires récents, des antécédents d'évasion ou d'incidents, ou, de manière générale, de toute information connue de la direction et pouvant avoir un impact sur la sécurité* ».

En principe, le recours à des moyens de contrainte doit faire l'objet d'une décision individuelle motivée et il est expressément prévu que cela « *ne doit en aucun cas causer des douleurs supplémentaires au détenu concerné* ». Les moyens pouvant être utilisés sont les menottes, qu'elles soient en métal ou en tissu, et les entraves. Une circulaire de 2009¹⁷ prévoit également que toute utilisation de menottes ou d'entraves doit être consignée dans un registre spécial, dans lequel doivent notamment être précisés les circonstances ayant justifié le recours à ces moyens, le moment où ils l'ont été et la durée. La

¹⁰ CEDH, Koutcherouk contre Ukraine, 6 septembre 2007, req. n°2570/04.

¹¹ CEDH, Okhrimenko contre Ukraine, 15 octobre 2009, req. n°53896/07.

¹² CEDH, Henaf contre France, 27 novembre 2003, req. n°65436/01 et Istratii et autres contre Moldavie, 27 mars 2007, req. n°8721/08.

¹³ CEDH, Korneykova et Korneykov contre Ukraine, 24 mars 2016, req. n°56660/12.

¹⁴ CEDH, Filiz Uyan contre Turquie, 8 janvier 2009, req. n°7496/06.

¹⁵ CEDH, Duval contre France, 26 mai 2011, req. n°19868/08.

¹⁶ Circulaire ministérielle n°1780 du 23 décembre 2005.

¹⁷ Circulaire ministérielle n°1810 du 19 novembre 2009.

circulaire prévoit par ailleurs que la personne qui est détenue ou entravée lors de son déplacement doit le rester pendant la consultation. Cette mesure semble contraire aux règles Nelson Mandela en application desquelles « *les moyens de contrainte ne doivent être utilisés que le temps qui est nécessaire et être retirés dès que possible une fois qu'il n'y a plus de risques liés à la liberté de mouvement* ».

En complément, les agent-es pénitentiaires doivent pouvoir inspecter le local dans lequel la personne détenue se trouve et avoir à tout moment un contrôle visuel sur le lieu. La circulaire prévoit en effet que « *la sécurité implique un contrôle visuel permanent du détenu* » qui ne doit toutefois pas « *perturber l'exercice des soins et respecter le principe de la confidentialité de l'entretien médical* ». En cas de conflit avec le-la médecin sur le dispositif mis en œuvre, il est prévu que « *l'agent chargé de l'appliquer lui remettra le document portant les instructions du directeur. En cas de difficulté persistante, le directeur prendra contact avec le médecin pour lui expliquer les motifs de sa décision. Seul le directeur peut décider de modifier le dispositif* ».

Par ailleurs, il est recommandé qu'une « *attitude de discrétion maximale* » soit adoptée, « *afin de préserver l'anonymat du détenu, d'éviter d'inquiéter les autres patients et d'assurer au mieux la sécurité* ». Enfin, « *dans la mesure du possible* », il est prévu que le personnel de surveillance soit du même genre que la personne détenue.

Enfin, la circulaire organise l'admission et le séjour à l'hôpital et notamment les informations dont la direction de la prison doit avoir connaissance pour adapter les mesures de sécurité : configuration des pièces, issues, modalités de communication à la disposition du personnel pénitentiaire, etc. Ces informations doivent permettre d'adapter le nombre d'agent-es de surveillance qui seront mobilisé-es. En principe, la personne détenue ne doit jamais rester seule et, lorsqu'un-e agent-e doit s'absenter pour un motif impérieux, la personne doit être menottée à son lit. S'agissant des mesures de contrainte, la circulaire prévoit que « *l'utilisation permanente des moyens de contrainte doit être motivée de manière circonstanciée par la situation spécifique du détenu concerné, via une note écrite du directeur : dans la chambre, le détenu est attaché au lit par la cheville ou par le poignet ; en cas de mouvements du détenu dans la chambre (par exemple, pour aller aux toilettes), il y a lieu d'utiliser des entraves* ». Enfin, la personne détenue conserve les droits dont elle jouit en détention, notamment en matière de visite ou d'usage du téléphone.

En outre, un protocole conclu entre la direction générale des établissements pénitentiaires (DG-EPI) et la direction de la sécurisation de la police fédérale (DAB) en 2019 organise l'intervention d'agent-es de police lors des extractions de personnes détenues. S'agissant du recours à la force, il est encadré par la loi sur la fonction de police du 5 août 1992. En application de son article 37, « *dans l'exercice de ses missions de police administrative ou judiciaire tout [membre du cadre opérationnel] peut, en tenant compte des risques que cela comporte, recourir à la force pour poursuivre un objectif légitime qui ne peut être atteint autrement. Tout recours à la force doit être raisonnable et proportionné à l'objectif poursuivi. Tout usage de la force est précédé d'un avertissement, à moins que cela ne rende cet usage inopérant* ».

Enfin, l'article 37 bis de cette même loi prévoit que « *Sans préjudice des dispositions de l'article 37, les [membres du cadre opérationnel] ne peuvent menotter une personne que dans les cas suivants : 1° lors du transfèrement, de l'extraction et de la surveillance des détenus ; 2° lors de la surveillance d'une personne [sous le coup d'une privation de liberté judiciaire ou d'une arrestation administrative] si cela est*

rendu nécessaire par les circonstances et, notamment, par : [le comportement de l'intéressé lors de sa privation de liberté ou au cours de celle-ci], le comportement de l'intéressé lors de privations de liberté antérieures, la nature de l'infraction commise, la nature du trouble occasionné à l'ordre public, la résistance ou la violence manifestée [lors de sa privation de liberté], le danger d'évasion, le danger que l'intéressé représente pour lui-même, pour le [membre du cadre opérationnel] ou pour les tiers, le risque de voir l'intéressé tenter de détruire des preuves ou d'occasionner des dommages ».

État des lieux

Informations sur la procédure d'extraction pour raison médicale

Procédure au sein des établissements pénitentiaires

Sur demande d'un médecin, il revient à un-e infirmie-re ou au secrétariat du centre médical pénitentiaire d'organiser une consultation ou une hospitalisation à l'extérieur de la prison. Si en principe, le rendez-vous peut être pris dans n'importe quel lieu de soins, ceux à proximité de la prison sont évidemment favorisés et choisis selon le motif de la consultation. Ainsi, à Bruxelles par exemple, les personnes détenues sont prises en charge dans différents hôpitaux selon le type de consultation. Pour le rendez-vous, certains créneaux horaires peuvent être préférés, notamment pour correspondre à l'organisation du personnel pénitentiaire. Par exemple, le milieu de la journée est habituellement évité et la matinée privilégiée.

La direction de l'établissement pénitentiaire est alors informée du rendez-vous – auquel elle ne peut en principe pas s'opposer – et décide des mesures de sécurité à appliquer lors du transfert et pendant la prise en charge à l'hôpital, recourant notamment à la fiche de sécurité du logiciel SIDIS¹⁸ ou à ce qu'elle sait de la personne détenue. C'est ensuite le greffe de l'établissement pénitentiaire qui prend attache avec la DAB, afin de convenir du transfert.

Selon les informations que nous avons pu rassembler, lorsqu'une personne détenue doit être amenée à l'hôpital pour y être soignée ou pour passer un examen, son transfert est assuré par la DAB, et non plus par les agent-es de surveillance pénitentiaire, et ce depuis 2019. Quand la consultation dure moins de 4 heures, c'est la DAB qui assure le transport et la surveillance de la personne détenue. Au-delà ou en cas d'hospitalisation, ce sont les agent-es de surveillance pénitentiaire qui sont mobilisé-es. Cette organisation est présentée comme bénéfique à l'organisation de la prison car elle permet de solliciter moins d'agent-es et a donc moins de conséquences sur la vie quotidienne des personnes détenues. D'après les témoignages que nous avons reçus, la présence d'agent-e-s ou de policier-es habitués à ces procédures facilite grandement l'organisation des extractions .

S'agissant des mesures de sécurité, celles-ci doivent en principe être appréciées au cas par cas, selon le profil de la personne détenue¹⁹. En application de l'accord conclu entre l'administration pénitentiaire et la DAB, cette dernière évalue le risque d'évasion quand la direction de l'établissement pénitentiaire évalue la dangerosité de la personne détenue et le risque de situation conflictuelle. Comme déjà précisé, les procédures de transfert mobilisent donc les agent-es pénitentiaires. Si, comme exposé précédemment, les mesures de sécurité doivent être appréciées de manière individuelle, selon le profil de la personne détenue, il semble ressortir une certaine automaticité dans le nombre d'agent-es mobilisé-es pour cette procédure : à savoir deux. À cet égard, dans son rapport de 2015, la commission de surveillance de Lantin note que les extractions requièrent

¹⁸ Il semble qu'une vigilance particulière soit notamment appliquée aux personnes condamnées pour des faits en lien avec des actes terroristes mais nous n'avons pas eu l'opportunité d'approfondir cette question.

¹⁹ Pour plus de précisions, voir la partie sur l'encadrement juridique des extractions.

systématiquement deux agent-es par pause, soit « 6 agents par jour et par détenu hospitalisé, même si le patient est sédaté ou au respirateur !!! »²⁰.

La communication semble par ailleurs être un enjeu essentiel. « Chacun dans son domaine doit privilégier ses contraintes. Il faut donc se parler pour que tout le monde s’y retrouve. Nous avons déjà organisé des réunions entre la DAB, le pénitencier et le service infirmier de la prison, car la DAB ne se rend pas toujours compte des contraintes du secret médical ou de la difficulté inhérente aux prises de rendez-vous médicaux en milieu hospitalier. Si une consultation est programmée, ils vont estimer que c’est non urgent et par conséquent non prioritaire en cas de manque de personnel. Il faut créer du dialogue. Si la bonne volonté est là, on y arrive » explique une directrice d’établissement pénitencier en charge du service médical. « Idéalement, un professionnel du milieu pénitencier devrait rencontrer différents services de l’hôpital, entre autre le service des urgences. Il s’agit d’expliquer les réalités carcérales, et de les rassurer quant au fait qu’on ne va pas leur envoyer quelqu’un qui les mettrait en danger » complète-t-elle.

Pour autant, dans un contexte de sous-effectif du personnel pénitencier, l’organisation des extractions pour raison médicale relève parfois de la gageure pour la direction et il arrive fréquemment qu’elles soient annulées faute d’effectifs suffisants. Le rapport pour l’année 2016 de la commission de Lantin évoque par exemple les difficultés rencontrées pour organiser l’extraction d’une mère – détenue – dont l’enfant avait été hospitalisé²¹. Dans son rapport pour l’année 2019, la commission de Tournai indique que « si le détenu doit être hospitalisé, 2 gardiens l’accompagnent. Dans ces conditions, une autre urgence médicale, au cours de la même nuit, avec un potentiel transfert vers l’hôpital est quasi irréalisable (réquisition de la police ?) [...] »²².

Dans l’ensemble, peu de règles claires au sein des hôpitaux

Selon les informations que nous avons pu collecter, il ne semble pas y avoir de procédure harmonisée au sein des hôpitaux pour la prise en charge des personnes détenues.

À notre connaissance, il existe peu de conventions entre les établissements pénitenciers et les hôpitaux pour la prise en charge des personnes détenues. Il existe notamment une convention tripartite entre la prison, la police et l’hôpital pour l’établissement de Marche-en-Famenne. Celle-ci a permis de mettre en place un protocole de prise en charge spécifique des personnes détenues.

Par ailleurs, si, à notre connaissance, rien n’est officiellement prévu pour prioriser les personnes incarcérées, il semble que ce soit souvent le cas en pratique, en particulier pour les rendez-vous planifiés, et ce pour plusieurs motifs. Certaines personnes rencontrées mettent en avant des questions de sécurité (par rapport aux autres patient-es notamment), d’autres des contraintes de temps pour les agent-es quand d’autres personnes se soucient du malaise que peut ressentir la

²⁰ Rapport de la commission de surveillance de Lantin pour l’année 2015.

²¹ « Difficulté de suivi périnatal depuis accouchements au CHR plutôt qu’à Bruges : mère retransférée à J+3 à Lantin comme toutes les mamans mais pas d’infirmière ONE à Lantin en postnatal, suivi assuré uniquement par DR Landhuydt ; si besoin hospitalisation nouveau-né, extraction sans la mère car refus de la direction de déforcer l’équipe des agents ; difficulté d’accompagnement du nouveau-né pour ce transfert. » in Rapport de la commission de surveillance de Lantin pour l’année 2016.

²² Rapport de la commission de surveillance de Tournai pour l’année 2019.

personne détenue, menottée devant d'autres personnes. Certain-es professionnel·les de santé ont également évoqué l'utilisation d'entrées distinctes mais cela ne semble pas être la norme.

À Bruxelles et en Wallonie, un seul hôpital est équipé d'une chambre spécialement équipée pour accueillir des personnes détenues : celui de la Citadelle à Liège, en application d'une convention signée en 2002. Opérationnelle depuis 2006, la chambre peut accueillir quatre personnes et est souvent pleinement occupée. Il y a des barreaux aux fenêtres, un sas de sécurité et un poste de surveillance pour les agents. Elle relève du ressort de la prison de Lantin et une référente infirmière assure les relations entre la prison et l'hôpital. À leur arrivée à l'hôpital, les personnes sont habituellement entravées dans la salle d'attente et prises en charge assez rapidement, surtout dans une logique de sécurité pour les autres patient·es selon les informations qui nous ont été communiquées. En revanche, une fois dans la chambre sécurisée, la personne ne serait plus entravée. Les personnes détenues sont en revanche entravées dans la salle d'attente et dès lors qu'elles sont hors de la chambre. Lors des consultations, un·e ou plusieurs agent·es sont présent·es.

Des dispositifs sécuritaires sujets d'une attention particulière du CPT

Dans ses rapports de visite en Belgique, le CPT est revenu à plusieurs reprises sur la pratique des extractions pour raison médicale en Belgique. En 2012, à la suite d'une visite, le CPT constatait que les consultations et hospitalisations étaient « tributaires de la disponibilité des escortes » et que « les annulations de rendez-vous n'étaient pas rares », demandant qu'une attention particulière soit accordée à la question de la disponibilité des escortes médicales²³.

En 2018, les constatations du comité sont moins nuancées qu'auparavant, puisqu'il observe que « l'organisation des extractions médicales de détenus nécessitant des soins en structure hospitalière présentent des défaillances notables (lenteur, annulation, ajournement, etc.) ». Le CPT note par ailleurs que ces défaillances sont dues à la difficulté de mobiliser des agent·es pénitentiaires, ou au manque de disponibilités des établissements hospitaliers. Il recommande ainsi aux autorités belges de « prendre les dispositions nécessaires afin que les extractions médicales puissent toujours être effectuées dans des délais raisonnables ». Dans ce rapport, le CPT est revenu sur l'utilisation des moyens de désorientation spatiotemporelle (lunettes opaques et/ou casque antibruit) imposés aux « personnes détenues considérées comme dangereuses », visant à « [les] empêcher de reconnaître l'itinéraire emprunté ou d'identifier les agents ou fonctionnaires de la police fédérale chargés de [les] escorter » et n'a pas manqué de rappeler « qu'il est fermement opposé à la pratique consistant à utiliser des dispositifs appliqués aux personnes détenues conduisant à leur bloquer la vue lors de leur transport d'un lieu à un autre. Cette pratique revient à les soumettre à une forme d'oppression dont l'effet sur les personnes concernées pourrait être considéré comme s'apparentant à un mauvais traitement psychologique ». Le CPT a donc demandé aux autorités belges de mettre un terme à ces pratiques²⁴.

²³ CPT, « Rapport au Gouvernement de la Belgique relatif à la visite effectuée en Belgique par le Comité européen pour la prévention de la torture et des peines ou traitements inhumains ou dégradants (CPT) du 23 au 27 avril 2012 », 13 décembre 2012, CPT/Inf(2012)36.

²⁴ CPT, « Rapport au Gouvernement de la Belgique relatif à la visite effectuée en Belgique par le Comité européen pour la prévention de la torture et des peines ou traitements inhumains ou dégradants (CPT) du 27 mars au 6 avril 2017 », 8 mars 2018, CPT/Inf(2018)8.

Un sujet également examiné par les commissions de surveillance

La lecture des rapports des commissions de surveillance laisse apparaître que la question des extractions, notamment pour raison médicale, fait l'objet de leur attention. Ainsi, en 2017, des membres de la CdS d'Ittre adressait une lettre au ministre de la Justice²⁵. Dans celle-ci, les auteurs·rices exposent la situation suivante :

« Légalement, les détenus ont le droit de recevoir des soins identiques à ceux qui sont dispensés à la population générale non-incarcérée. Nous constatons que les services médicaux des établissements pénitentiaires dépensent une énergie considérable pour qu'il en soit ainsi, mais que, malheureusement, ils se heurtent à un problème d'ordre administratif dès qu'un détenu doit être conduit hors de l'établissement pour y recevoir des soins ou des examens complémentaires. Les RV sont pris dans les délais les plus courts possibles, mais doivent être annulés dans un très grand nombre de cas en raison d'un manque chronique d'agents de sécurité disponibles pour les accompagner lors de ces extractions. Il ne semble pas y avoir eu, jusqu'à présent, de retard grave d'une prise en charge médicale imputable à cette situation, mais faut-il attendre qu'un drame se déroule pour prendre les mesures nécessaires ? D'autre part, cette situation crispe les relations entre le corps médical et les détenus, ceux-ci ayant souvent l'impression qu'on ne se soucie pas d'eux et qu'on les laisse croupir dans une situation d'abandon volontaire. Nous pensons qu'il est urgent que vous réagissiez et preniez cette situation au sérieux. »

En mars 2018, un député a interpellé le ministre de la Justice de l'époque sur cette question²⁶. Celui-ci admettait notamment que certaines extractions étaient annulées « faute de personnel suffisant pour les réaliser ». Il avait alors annoncé qu'il avait été décidé de confier intégralement ces missions à la direction de la sécurisation de la police fédérale (DAB), précisant que 850 personnes allaient être affectées à ces missions.

D'autres rapports de commissions de surveillance évoquent également des problèmes en matière d'extractions. Plusieurs font notamment mention de délais d'attente très longs (Ittre, Forest, Berkendael, Leuze-en-Hainaut, Tournai) et d'annulations fréquentes de rendez-vous (Forest et Berkendael, Saint-Gilles – où le taux de 40 % d'annulation est mentionné dans le rapport pour l'année 2017 –, Ittre, Leuze-en-Hainaut, Tournai).

Plusieurs rapports reviennent également sur les conséquences pour les autres personnes détenues des extractions qui diminuent le nombre d'agent·es présent·es dans l'établissement et empêchent donc la conduite de certaines activités (Forest et Berkendael ou Leuze-en-Hainaut).

Il sera à cet égard intéressant de suivre avec attention la publication du rapport du Conseil central de surveillance pénitentiaire (CCSP) pour l'année 2020 et voir si le protocole d'accord entre la DAB et la

²⁵ Rapport de la commission de surveillance d'Ittre pour l'année 2017.

²⁶ Question orale de Monsieur Georges Dallemagne à Monsieur Koen Geens, ministre de la Justice à propos des extractions de détenus pour soins de santé le 29 mars 2018.

DG-EPI a effectivement permis une amélioration de la situation. Les différents rapports des commissions de surveillance publiés récemment ne font pas état d'une amélioration.

Un manque criant de données statistiques

Les données statistiques relatives au nombre d'extractions pour raison médicale réalisées n'apparaissent pas dans les différents rapports de l'administration pénitentiaire. Les seules données que nous avons trouvées sont celles issues de la question de M. Anciaux, en 2012, à la ministre de la Justice, au Sénat²⁷. Par ailleurs, les chiffres alors communiqués dataient de 2009 et concernaient les hospitalisations des personnes détenues : cette année-là, 1 018 hospitalisations ont été dénombrées, les personnes détenues étaient admises pour 2,58 jours en moyenne.

²⁷ Question écrite de Monsieur Bert Anciaux à Madame Annemie Turtelboom, ministre de la Justice, à propos de l'accompagnement médical en hôpital extérieur
<https://www.senate.be/www/?MIval=Vragen/SVPrint&LEG=5&NR=5547&LANG=fr>

Extractions pour raison médicale : le ressenti des personnes concernées

Regard et expériences de personnes détenues sur les extractions pour raison médicale

Comment les personnes détenues vivent-elles ces extractions médicales ? Quelle perception ont-elles de ces soins, en dehors des murs des établissements pénitentiaires ? Les personnes incarcérées sont les premières concernées par les soins de santé en milieu carcéral : leur regard apparaît ainsi nécessaire à la compréhension des enjeux de santé et de soins en prison.

Nous avons pu rencontrer 10 personnes détenues, dans différentes prisons de Bruxelles et de Wallonie. Si leurs parcours lors des extractions leurs sont propres, leur ressenti face à cette expérience est très souvent partagé entre incompréhension, gêne et interrogation.

Première étape : parvenir à être transféré vers un hôpital

Nous avons pu étudier deux cas de figures pouvant se présenter lorsque l'on parle des extractions pour raison médicale.

Le premier cas de figure est celui de l'urgence. Dans ces situations, la première étape pour les personnes détenues dans la potentielle prise en charge est celle de se faire entendre. Les prisons bruxelloises dans lesquelles nous avons pu rencontrer les personnes détenues ne sont que peu – voire pas, ou plus – équipées de système d'alerte dans les cellules. Ainsi, la seule solution pour se faire entendre par les agent-es de surveillance est souvent de taper contre la porte, ou de crier. Ensuite, il faudra attendre qu'un professionnel-le de santé vienne constater la nécessité de l'envoi aux urgences, puis enfin, il faut organiser l'extraction : police ou ambulance, l'attente est encore de mise.

Il est essentiel d'ajouter également une nuance : en dehors des heures où le service médical est présent dans l'établissement, si une urgence arrive, les agent-es de surveillance pénitentiaire ont la charge de contacter le-la professionnel-le de santé qui est de garde afin que celui-ci ou celle-ci se déplace constater l'urgence et donc la nécessité d'organiser l'extraction de la personne détenue. Une première évaluation de la situation est donc réalisée par l'agent-e, qui doit alors juger s'il est utile d'appeler ou non le service médical de garde.

Le second cas de figure est celui des consultations prévues chez un-e spécialiste. Pour des motifs de sécurité, les personnes détenues ne sont prévenues que quelques heures à l'avance de leur départ en consultation. Ce fait ne leur laisse pas forcément l'occasion de s'y préparer. En général, les personnes détenues sont prévenues la veille pour le matin, ou le matin pour l'après-midi.

Les personnes incarcérées ne savent pas non plus combien de temps elles vont rester à l'hôpital, ce qui ne leur permet pas d'organiser les effets personnels qu'elles souhaitent emmener avec elles²⁸. Il n'est ainsi pas rare que les personnes doivent rester plus longtemps que prévu dans l'établissement de soins mais n'aient prévu aucune affaire pour leur séjour. Il est également possible que des annulations aient lieu à cause de ce fait : par exemple, une femme détenue qui avait ses règles a annulé son rendez-vous chez le gynécologue, celle-ci ne se sentant pas à l'aise de consulter en ayant ses menstruations.

Arrivées et consultations sous le signe de la sécurité

Toutes les personnes détenues que nous avons rencontrées ont pu témoigner du fait qu'elles avaient l'impression d'avoir été prises en charge rapidement à leur arrivée dans l'établissement de santé. Selon l'une d'elles, les personnes incarcérées passent en priorité par rapport aux autres, pour éviter l'attente dans les salles prévues à cet effet, visibles de toutes. Cependant, lors d'urgence, il n'est pas rare que les personnes détenues attendent un long moment le·la professionnel·le de santé, comme tout un chacun : *« j'ai été pris en charge en 5 minutes, j'ai attendu dans un box. Je suis arrivé à 19h, mais le chirurgien, lui, il est arrivé à 21h30 »* raconte Monsieur C.

Les policier·es et/ou les agent·es de surveillance pénitentiaires accompagnent les personnes détenues lors de leurs extractions médicales : ceci ne passe pas inaperçu dans l'établissement de santé. Ce fait est déstabilisant pour la personne détenue, qui devient alors l'objet de tous les regards des personnes présentes à l'hôpital.

Cette présence est également accompagnée du port de menottes. En effet, du transport à la consultation, en passant par l'attente de prise en charge ou pendant les consultations, les personnes interrogées le mentionnent toutes : elles sont menottées aux poignets (même quand la consultation médicale concerne cette partie du corps), souvent reliées à la taille par une ceinture. Il est apparu que les menottes ou entraves ne sont que peu retirées lors de ces transfèrements : parfois parce que personne ne demande qu'elles le soient, ou bien lorsque la demande est faite, un refus est opposé. Effectivement, selon des récits de personnes détenues, il arrive que les professionnel·les de santé refusent que les policier·es et/ou agent·es de surveillance retirent les menottes car celles-ci n'empêchent pas la consultation ; le corps de sécurité peut aussi refuser car ils disent en être interdit par leur hiérarchie.

La présence des agent·es de surveillance pénitentiaire ou des policier·es de l'escorte pendant la consultation est une pratique qui nous apparaît récurrente. Les personnes détenues témoignent de la présence de policier·es ou d'agent·es lors de leur consultation : parfois ceux-ci se tournent, ou un drap est installé pour préserver l'intimité du·de la patient·e, parfois rien n'est fait. Seule une personne a indiqué s'être retrouvée seule en salle de consultation avec le·la professionnel·le de santé. Elle est toutefois restée menottée pendant toute la consultation.

²⁸ Lors de cette recherche, nous n'avons pas eu l'occasion d'approfondir la question des extractions pour raison médicale vers un autre établissement pénitentiaire. Cependant, lors de ces extractions, il arrive que les personnes détenues se retrouvent à dormir dans la prison où elles doivent consulter, sans qu'elles n'en soient prévenues, et donc n'aient anticipé leurs effets personnels.

Une difficile continuité des soins lors du retour en prison ?

Lorsque la personne détenue a besoin de soins après une opération, ou bien qu'un traitement est prescrit, les demandes sont renvoyées auprès des infirmeries de la prison concernée, où les personnes en charge de la pharmacie établiront les commandes. Cependant, nous avons pu apprendre que les soins post-opératoires ne sont pas toujours réalisés, l'une des personnes détenues témoignant du fait qu'elle n'ait eu aucun suivi du médecin ORL après une opération des cloisons nasales. Cette même personne a d'ailleurs dû se plaindre auprès du service médical afin d'obtenir ses antidouleurs, et a dû changer son pansement nasal tout seul, tous les jours. Il est tout de même important de souligner que certaines personnes rencontrées ont pu avoir accès à des soins post-opératoires ainsi qu'un suivi par un-e spécialiste de la prison²⁹.

Quant au traitement qui peut être prescrit par le-la médecin spécialiste consulté-e à l'extérieur de l'établissement pénitentiaire, il arrive qu'il soit revu par le-la médecin de la prison qui peut décider de ne pas donner le traitement prescrit. Il semble que les principales causes soient celles du danger du traitement prescrit par le confrère ou la consœur ou la non-disponibilité dans la pharmacie de la prison.

Des ressentis faisant place à une ambivalence de sentiments

« J'ai pas compris pourquoi 6 policiers étaient là, dont un avec une grosse arme (...) pour quelqu'un qui connaît pas, ça fait peur, on se dit que j'ai fait des trucs de ouf, alors que moi je suis là pour stups » (Monsieur J)

L'incompréhension face aux décisions prises en matière d'escorte fait partie intégrante des expériences des personnes détenues que nous avons rencontrées. Elles ne comprennent pas sur quels critères sont décidées ces mesures ni comment elles sont justifiées. Certaines personnes ont d'ailleurs constaté que lors de différentes extractions médicales, elles n'avaient pas bénéficié du même accompagnement : lors de l'une d'elles, 3 policier-es étaient présent-es, quand lors de la suivante, 6 policier-es l'étaient, leur dossier n'ayant pas changé. Ceci interroge les personnes incarcérées, qui ne parviennent pas à comprendre les mesures de sécurité qui leur sont imposées.

Nous avons pu converser avec deux personnes détenues autour d'une interrogation particulière qu'elles partagent : la cohérence d'une telle escorte policière quand des permissions de sorties ou des congés pénitentiaires leurs sont accordés. Ces deux personnes ont effectivement pu être escortées par plusieurs policier-es et agent-es de surveillance lors de leur rendez-vous médical prévu, respectivement pour un checking ophtalmologique et pour une radiographie du genou. Celles-ci s'interrogent sur la nécessité sécuritaire de prévoir autant de personnel pour les accompagner, ce fait pouvant d'ailleurs avoir des répercussions sur le déroulement des journées en prison : quand les agent-es de surveillance pénitentiaire se trouvent en sous-effectif car certain-es doivent partir en

²⁹ À l'inverse, la direction d'un établissement nous a fait part du fait le service médical de la prison avait beau demander le dossier médical de la personne, l'hôpital avait tendance à renvoyer les personnes incarcérées « avec le minimum d'informations indispensables », mentionnant « on sent bien que c'est parce qu'ils y sont obligés ».

extractions médicales, les préaux ou autres activités peuvent être annulées, faute de personnel de surveillance en nombre suffisant.

Elles estiment qu'il n'est pas nécessaire, quand les permissions de sorties et congés pénitentiaires leurs sont accordés, de prévoir un accompagnement si important. Effectivement, pour se voir octroyer ce droit de la part de l'administration pénitentiaire, il faut pouvoir justifier, grâce à des expertises de professionnel·les les encadrant dans leur détention, de sa capacité à s'adapter au monde extérieur, et ainsi obtenir l'accord du tribunal d'application des peines. De ce fait, on peut considérer que lorsque l'administration pénitentiaire reconnaît elle-même, en octroyant ces sorties, la confiance qu'elle accorde aux personnes détenues, il peut apparaître une incohérence dans les mesures sécuritaires mobilisées pour les extractions médicales.

Parmi les personnes détenues que nous avons rencontrées, certaines témoignent d'une sorte de résilience face à leur condition. Elles ont pu témoigner d'une forme d'acceptation d'eux comme « personne détenue », au travers de paroles comme « *je comprends, de toute façon c'est la procédure* » ou bien du fait que ça ne les dérange pas d'être menottés. Certaines personnes détenues semblent avoir intégré les dispositifs sécuritaires qui leur sont imposés, au détriment de leurs droits.

Ces dispositifs sont aussi, pour certain·es, à l'origine d'un sentiment d'inconfort. En effet, le regard des autres est souvent source de gêne, voire de honte. Le passage en prison est pour certains un secret dont iels ne sont pas fier·es, et être entouré·e de plusieurs policier·es armé·es ou bien porter des menottes à la vue de tou·tes représente pour elleux un risque que leur secret soit découvert.

Refuser de se faire soigner : une hypothèse envisagée

Cette expérience peut aboutir à une conséquence plus sérieuse : celle du refus de soin. Effectivement, croiser des personnes que l'on connaît mais qui ne savent pas que l'on est incarcéré·e peut être très dégradant, la honte ressentie lors de ce passage peut passer l'envie de consulter de nouveau. Nous avons d'ailleurs pu rencontrer un monsieur qui a exprimé très clairement le fait de ne plus vouloir consulter à l'extérieur de la prison, celui-ci ajoutant qu'il aurait aimé avoir connaissance des dispositifs sécuritaires avant son extraction pour un rendez-vous prévu à l'hôpital, car il n'y serait pas allé.

Par ailleurs, les agent·es et/ou les policier·es accompagnant les personnes détenues lors de leurs extractions médicales peuvent parfois avoir le sentiment que cette mission sort du rôle de leur fonction. De ce fait, iels essaient de rendre le plus rapide possible la consultation : ceci peut être positif, lorsqu'il s'agit d'être pris·e en charge en priorité, cependant cela peut s'avérer également négatif. Pour citer un exemple, nous avons reçu le récit d'un monsieur, ayant des problèmes urinaires. Arrivé à l'hôpital, celui-ci devait fournir un échantillon d'urine pour analyse. Cet acte pouvait parfois prendre plusieurs minutes. Trouvant le temps long, l'agent qui l'accompagnait lui a mis la pression pour savoir s'il avait bientôt fini. Ce monsieur n'a pas voulu poursuivre ses examens, car il était gêné et il a ainsi demandé à retourner à la prison, ce choix pouvant pourtant avoir de lourdes conséquences ultérieures sur son état de santé.

Pour contrer ce sentiment de honte que peut faire ressentir l'extraction médicale, il n'est pas isolé que certaines personnes détenues fassent le choix de consulter des spécialistes pendant leur congé

pénitentiaire ou leur permission de sortie. Certains font d'ailleurs ce choix de façon délibérée pour pallier des soins qui leur semblent peu ou mal administrés en détention, soit par choix personnels (comme les soins dentaires, où le dentiste est vu, dans certains établissements, comme un « *arracheur de dents* »), soit par manque d'offre de spécialiste dans l'établissement pénitentiaire. Cependant, l'entrée en détention étant synonyme de perte du droit à la sécurité sociale, les personnes incarcérées peuvent se retrouver dans l'impossibilité de consulter pendant leurs sorties, faute de ressources suffisantes pour payer leurs soins.

À l'hôpital, une qualité de soins appréciée

La qualité des soins que les personnes détenues ont pu recevoir à l'hôpital fait l'objet d'un sentiment de satisfaction quant au travail des professionnel·les de santé : elles ne se sentent pas moins bien soignées en raison de leur situation.

À ce propos, les extractions pour raison médicale apparaissent comme une pratique courante dans les vécus des personnes. Si les données disponibles relatives aux consultations médicales par an et par personne détenue reflètent un nombre très élevé³⁰, il n'est pas rare que les personnes incarcérées demandent à consulter une fois les permanences du service médical de la prison terminées, ceci leur laissant plus de « chances » d'être envoyées à l'hôpital, ou d'être vues par le·la médecin de garde, qui n'est pas celui·celle qu'elles voient en temps normal. Ces éléments nous semblent pertinents à approfondir dans le cadre d'une réflexion plus large sur les soins de santé en milieu carcéral, à l'heure où la télémédecine fait un début d'apparition en prison³¹ et où l'objectif de l'administration pénitentiaire est de réduire le nombre d'extractions pour raison médicale, celles-ci étant jugées trop coûteuses en temps et en argent au service fédéral.

Le ressenti du personnel soignant

Comme précisé dans la présentation de notre méthodologie, nous avons diffusé un questionnaire à destination du personnel soignant hospitalier puis mené une série d'entretiens avec une partie des répondant·es. Nous avons également échangé avec des membres du personnel médical au sein des établissements pénitentiaires.

Informations générales sur le ressenti du personnel soignant

Nous avons notamment souhaité connaître le ressenti du personnel soignant concernant la prise en charge des personnes détenues. À la question, « *Que vous ayez déjà pu ou non prendre en charge une*

³⁰ Selon le rapport du KCE de 2015, la moyenne annuelle de consultations du service médical (pour besoins en tous genres) est de 24 par personne détenue. Ce sont les médecins généralistes qui sont le plus consultés (77,8 %), suivi des psychiatres (11,9 %). Ces chiffres doivent cependant être nuancés notamment par le fait que le temps moyen de consultation n'a pas été étudié par le KCE in KCE, « *Soins de santé dans les prisons belges : situation actuelle et scénarios pour le futur* », 2017.

³¹ « *Concrètement, comment ça se passe ? Le personnel infirmier de la prison enfle les lunettes et devient, en quelque sorte, les yeux du médecin (...) le personnel infirmier se laisse alors guider par le médecin qui ausculte le patient, presque comme s'il y était* » ; à lire dans l'article de l'Avenir, « *Novateur, des lunettes connectées à la prison de Marche* », 4 juin 2021 : https://www.lavenir.net/cnt/dmf20210603_01585943/lunettes-connectees-a-la-prison

personne détenue, tentez de vous projeter, ou témoignez de votre expérience », les 127 personnes interrogées ont répondu :

Figure 1 Le statut de détenu a influencé/influencerait la vitesse de ma prise en charge

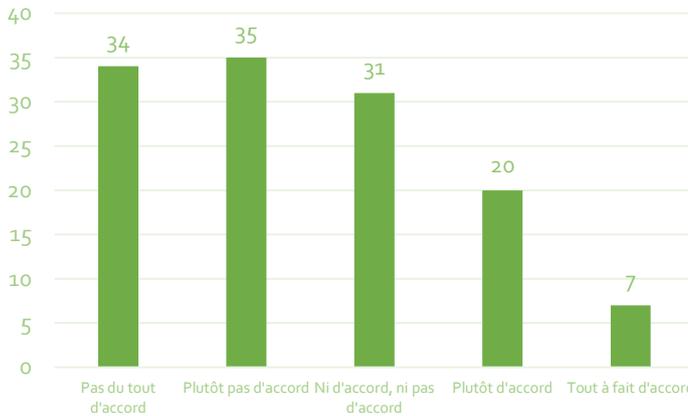


Figure 2 J'ai demandé/demanderais à être accompagné.e d'un.e agent.e

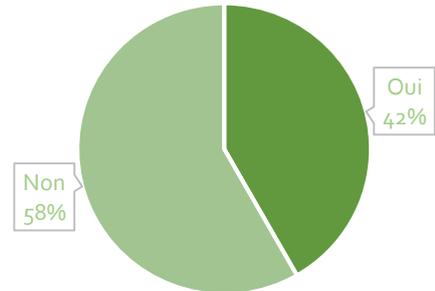


Figure 3 J'ai demandé/je demanderais à être accompagné.e par un.e collègue

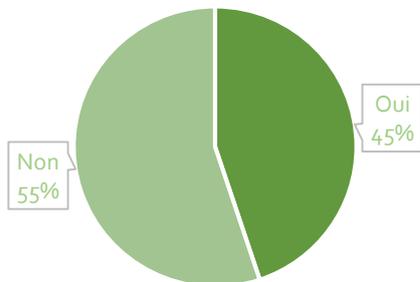
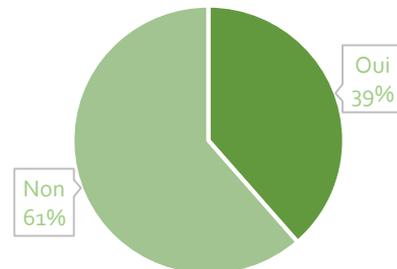


Figure 4 Ma prise en charge a été / pourrait être affectée par ma connaissance des faits pour lesquels la personne a été incarcérée



Sur la prise en charge des personnes détenues

Sur les annulations de rendez-vous

Interrogées sur le fait de savoir si les annulations de rendez-vous sont fréquentes, 66 % des personnes ont répondu qu'elles ne savaient pas et 16 % qu'elles étaient fréquentes (n = 127). L'une des personnes interrogées estime par exemple qu'il y a régulièrement des annulations de dernière minute pour les personnes détenues mais que ce taux n'est pas forcément plus important que pour les autres patient-es qui peuvent aussi être amené-es à ne pas honorer leur rendez-vous, quel qu'en soit le motif.

Les annulations de rendez-vous sont source de frustration pour le personnel médical, en particulier celui de la prison qui organise ces prises en charge. « *Enormément d'énergie pour rien* » résume l'une des personnes rencontrées, dans un contexte de sous-effectif de personnel pénitentiaire.

Sur les informations nécessaires à la prise en charge

En général, les informations médicales sont remises dans une enveloppe fermée à destination du médecin. À l'arrivée à l'hôpital, un travail d'ordre administratif permet également de récolter les informations nécessaires avant la consultation³².

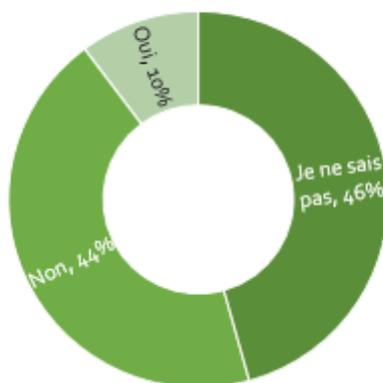
Parmi les personnes interrogées *via* notre questionnaire, près d'un-e professionnel-le sur deux (99 répondants) a indiqué ne pas avoir eu les informations nécessaires à la prise en charge de la personne détenue. Parmi elles, 47 personnes, soit 60 %, ont estimé que cela n'avait toutefois pas posé de problème.

Au-delà des informations d'ordre médical, 72 % des répondant-es (99 personnes) ont indiqué ne pas avoir reçu d'autres informations sur le-la patient-e détenu-e. Pour la minorité qui en a eu, ces informations portaient sur les motifs d'incarcération, sur la sécurité ou sur des éléments d'ordre médical. Elles ont été communiquées par le service médical ou des collègues, par la police ou l'escorte, par la personne détenue ou par les proches (parfois plusieurs personnes à la fois).

Sur le secret médical

La question du secret médical a souvent été évoquée par les personnes interrogées. Sur ce sujet, à la question « *pensez-vous qu'il existe des dérogations particulières quant au secret médical pour les personnes détenues ?* », nous obtenons les réponses suivantes (n = 127) :

Figure 5 Pensez-vous qu'il existe des dérogations particulières quant au secret médical pour les personnes détenues ?



Un manque de formation et d'information sur la prise en charge des personnes détenues

Selon l'enquête en ligne que nous avons menée, près de 90 % des 127 personnes interrogées ont indiqué n'avoir reçu aucune formation sur la prise en charge des personnes détenues. En entretien,

³² Par ailleurs, lorsqu'une convention entre l'hôpital et l'établissement pénitentiaire est établie, les documents administratifs nécessaires à l'admission de la personne détenue seraient envoyés avant l'extraction afin de limiter la perte de temps.

une personne a toutefois rappelé les cours de déontologie reçus lors de la formation initiale qui insistaient notamment sur le principe du secret médical.

Lorsqu'une formation a été reçue, celle-ci prend des formes relativement différentes. Ainsi, ont été évoquées des transmissions d'informations à l'oral, par mail ou lors d'une journée d'accueil. À l'hôpital de la Citadelle – qui est le seul qui dispose d'une chambre sécurisée avec quatre lits pouvant accueillir les personnes détenues – une infirmière référente assure la transmission des informations nécessaires à la prise en charge et les règles à appliquer.

Au regard de la complexité de ces prises en charge, 83 % des 127 personnes interrogées *via* notre questionnaire, soit 106 personnes, ont répondu positivement à la question « *seriez-vous intéressé-e par la mise à disposition d'informations quant à la prise en charge de personnes détenues dans votre service ?* ». Les 21 personnes ne jugeant pas ces éléments nécessaires mettent en avant quatre ordres d'arguments :

- Le fait que les personnes détenues sont des patient-es comme les autres ;
- Le fait qu'elles ne souhaitent pas être influencées par le statut de la personne détenue ;
- Le fait qu'elles ne sont pas directement concernées dans leur pratique professionnelle (par exemple travail avec des enfants) ;
- Le fait qu'elles n'en ressentent pas le besoin.

Des interrogations récurrentes quant aux mesures de sécurité et ce qui peut être demandé en tant que soignant-e

Sur la présence d'agent-es pendant la consultation

Sur 99 personnes ayant répondu à cette question, 85 % ont indiqué qu'un ou plusieurs agent-es étaient présent-es pendant la consultation. Dans la majorité des cas, iels étaient au nombre de deux et n'étaient pas toujours du même genre que la personne détenue. Si certaines personnes expliquent être incommodées par leur présence, d'autres la plébiscitent pour se sentir en sécurité.

Sur le recours à des moyens de contrainte

Contrairement à ce qui ressort de nos entretiens avec le personnel pénitentiaire, les soignant-es indiquent que les personnes détenues qu'iels ont été amené-es à rencontrer n'étaient pas toujours menottées ou entravées. Le recours à ces moyens de contrainte reste toutefois très courant selon les réponses à notre questionnaire (n = 99).

Figure 6 La personne était-elle menottée dans la salle d'attente ?

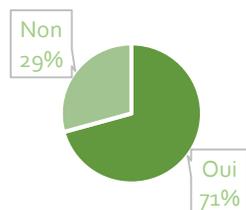
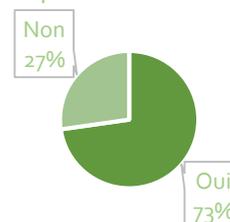


Figure 7 La personne était-elle menottée pendant la consultation ?



Parmi les personnes ayant répondu à cette question, un peu plus d'un-e soignant-e sur deux (soit 38 personnes sur 72) a demandé à ce que les entraves soient retirées, sans que nous n'ayons d'information sur la proportion de demandes auxquelles il a été fait droit.

L'une des personnes interrogées nous explique par exemple qu'elle demande systématiquement aux agent-es présent-es de sortir de la chambre car pour elle c'est essentiel de pouvoir s'entretenir seule avec le-a patient-e. En général, iels acceptent de le faire sauf à une ou deux reprises où elle avait dû appeler le médecin-chef qui avait fait céder les agent-es. En revanche, elle indique ne pas demander à enlever les menottes « *car elle préfère se battre pour le respect de la confidentialité* » et donc faire sortir les agent-es. Parmi les soignant-es ayant demandé à ce que les entraves ou menottes soient retirées, l'une d'entre elles nous fait état de réactions variables de la part des agent-es. « *C'est un peu au feeling* » explique-t-elle : certain-es acceptent immédiatement, d'autres hésitent avant d'accepter quand d'autres refusent, se référant à la dangerosité de la personne détenue. Pour autant, elle s'interroge sur le recours aux menottes dans le service d'oncologie dans lequel elle travaille, et ce alors que les personnes sont en général très affaiblies et ont du mal à se mouvoir. Par ailleurs, certain-es soignant-es mettent aussi en avant le fait que la personne soit entravée ou attachée au lit peut rendre difficile la réalisation de certaines actes ou examens.

Interrogée sur les pratiques constatées par le personnel hospitalier, une ancienne infirmière ayant travaillé par le passé en milieu carcéral se dit très étonnée. En effet, dans l'établissement où elle exerçait, les personnes détenues n'étaient – à sa connaissance – jamais menottées lors des consultations et la confidentialité – c'est-à-dire qu'aucun-e agent-e n'est présent-e pendant la consultation – paradoxalement bien mieux respectée. Cela n'est toutefois pas le cas dans tous établissements pénitentiaires selon nos informations.

Non-connaissance de la loi et confiance dans les agent-es ou manque de confiance pour s'imposer

Qu'il s'agisse de la présence d'agent-es pendant la consultation ou de l'utilisation de moyens de contrainte, le personnel soignant nous a fait part de sa méconnaissance des règles en la matière et donc de sa difficulté à se positionner par rapport au personnel pénitentiaire. L'une des personnes rencontrées nous explique par exemple qu'elle s'est déjà trouvée face à des personnes détenues qui étaient mal à l'aise à cause de la présence d'agent-es et qui invoquaient le non-respect du principe de confidentialité. Toutefois, ne connaissant pas les règles en la matière, elle n'a jamais osé s'imposer malgré le malaise qu'elle ressentait également. Une autre nous explique qu'elle demande toujours à ce que les menottes et/ou entraves soient retirées mais « *faire confiance aux agents lorsqu'ils*

refusent », estimant qu'il doit s'agir d'un motif de sécurité. Par ailleurs, une personne ayant répondu dans le questionnaire qu'en cas d'absence d'agent·e, elle leur demanderait d'assister à la consultation nous a indiqué, qu'après réflexion, elle ne le ferait probablement pas, craignant que cela ne fausse le travail avec le·la patient·e.

Certain·e·s soignant·e·s sont mal à l'aise et s'interrogent sur le ressenti des personnes détenues et sur les interrogations des autres patient·es

Dans le cadre de nos entretiens, plusieurs soignant·es ont évoqué leur malaise quant aux mesures de sécurité. « *J'ai rencontré ce problème, et j'ai été un peu choquée de voir les policiers assis devant la porte de la chambre, tous les patients qui passaient se demandaient ce qui se passaient* » explique l'une de ces personnes. Une autre complète, « *durant le soin, le patient reste menotté au pied couché dans son lit. C'est assez déstabilisant d'instaurer une relation soignant soigné au travers des menottes et dans ce cadre sinistre* ».

Ces considérations justifient, pour certains, la mise en place de protocoles spécifiques (voir *infra* également). Cela permettrait « *d'optimiser la durée de présence de la personne détenue dans l'institution de soins et éviter de croiser d'autres patients* ». Selon cette personne, ceci permettrait de réduire le potentiel stress des autres patient·es mais serait aussi moins pénible pour la personne détenue qui est menottée devant d'autres personnes. Dans cette perspective, certains suggèrent de prioriser la prise en charge des personnes détenues afin de limiter le temps d'attente. Il semble toutefois que cela soit souvent fait en pratique.

La personne détenue, un·e patient·e comme les autres ?

Un rappel du fait que les personnes détenues sont des patient·e·s comme les autres...

« *Notre travail est de soigner, non pas d'assurer la sécurité, ni celle du détenu, des autres patients ni la nôtre* » nous dit un soignant. Une autre personne, qui n'a jamais eu à prendre en charge de personne détenue, nous explique qu'elle estime qu'aucune distinction entre les patients ne doit être faite. Dès lors, une procédure particulière pour les personnes détenues ne lui semble pas pertinente puisque ces personnes doivent être accueillies « *avec toute la bienveillance et la déontologie qui est inculquée au personnel soignant* ».

... mais qui inspirent beaucoup d'appréhension et créent un sentiment d'insécurité important

Si le personnel soignant avec qui nous avons pu échanger insiste sur le fait que les personnes détenues doivent être traitées comme les autres patients, nombreux·ses sont ceux qui nous ont fait part de leur volonté de connaître les motifs d'incarcération. L'une d'elle par exemple nous explique qu'elle est souvent informée de celui-ci, par les agent·es notamment, « *même s'ils ne sont pas censés le faire* ». Pour elle, c'est une question de curiosité car « *elle aime savoir à qui elle a à faire* », sentiment visiblement partagé avec ses collègues qui souhaitent aussi généralement savoir pourquoi les personnes ont été condamnées. Une autre estime que c'est une information importante « *car on ne traite pas monsieur-tout-le-monde* ». Certains motifs d'incarcération, et notamment les faits de pédophilie, les violences sexuelles ou de terrorisme, touchent particulièrement certain·es soignant·es qui indiquent se sentir mal à l'aise, ou pourraient l'être le cas échéant.

Plusieurs sont les personnes qui nous ont également fait part de leur crainte d'une tentative d'évasion lors de leur prise en charge. L'une d'elle nous explique ainsi qu'elle s'imagine que certaines personnes détenues peuvent prévoir leur évasion lorsqu'elles sont à l'hôpital. Pour autant, lorsqu'elles sont interrogées sur cette question, elles n'ont en réalité presque jamais été confrontées à un tel acte. Par exemple, un directeur de soins depuis dix ans nous a indiqué que l'hôpital avait connu une prise d'otage avec arme avant sa prise de poste, laissant deux membres du personnel très marqués par cet incident.

Une demande de cadre plus clair sur les droits et obligations de chacun·e pour une majorité de personnes interrogées

Interrogées sur l'existence d'une procédure spécifique pour la prise en charge des personnes détenues, 65 % des 127 personnes interrogées ont répondu qu'elles ne savaient pas s'il y en avait une, 21 % ont répondu « *oui* » et 13 % ont répondu « *non* ».

De plus, à la question « *pensez-vous qu'il devrait y avoir une procédure spécifique aux personnes détenues* », les personnes interrogées ont répondu à 79 % que cela leur semblait nécessaire, et ce pour différentes raisons. La première est la sécurité, tant du personnel médical, que des autres patient·es. Pour plusieurs personnes, cela permettrait de rassurer les soignant·es et ainsi mieux prendre en charge la personne détenue. D'autres mettent plutôt en avant leur volonté de mieux savoir ce qu'ils peuvent demander en matière de sécurité, en tant que soignant·e. Ainsi, l'une des personnes s'interroge sur plusieurs aspects : faut-il faire les soins à plusieurs ? Comment s'adapter selon la dangerosité de la personne ? Une autre se demande ce qu'ils peuvent demander ou non aux policier·es et/ou agent·es à propos des mesures de sécurité et de la possibilité de les réduire.

Parallèlement à ces considérations d'ordre sécuritaire, plusieurs soignant·es jugent la mise en place de protocole nécessaire pour mieux s'adapter à la situation spécifique des personnes détenues et garantir des soins de qualité. Enfin, une personne a évoqué sa crainte de commettre des erreurs légales ou administratives lors de la prise en charge, faute de formation ou d'information précise en la matière.

Des propositions émergent

Interrogé·es sur la nécessité ou non de prévoir des protocoles spécifiques, certain·es soignant·es font des propositions :

- Planifier les consultations en décalage par rapport aux autres patient·es ;
- Prioriser l'accueil des personnes détenues et les accueillir dans un espace dédié ;
- Mieux anticiper l'accueil de ces personnes en informant le personnel médical en amont ;
- Mieux prendre en compte le genre des personnes détenues et par exemple ne prévoir que des agentes pour la prise en charge des femmes dans les services obstétriques ;
- Mieux organiser la collaboration des différents services amenés à prendre en charge les personnes détenues ;
- Organiser des escortes en tenue civile afin de moins attirer les regards.

En revanche, les personnes n'étant pas en faveur de la mise en protocole spécifique pour les personnes détenues mettent presque toutes en avant le fait qu'il s'agit d'un-e patient-e comme les autres et que rien ne justifie pas une procédure spécifique.

Ressenti du personnel pénitentiaire et des directeur-rices d'établissement pénitentiaire

Une procédure source de stress et qui intéresse plus ou moins le personnel pénitentiaire

Il ressort en premier lieu de notre étude que les 9 agent-es rencontré-es ont une approche différenciée des extractions pour raison médicale. Comme le résume l'un d'eux : *« Il y en a à qui ça plait, d'autres que ça ennuie »*. Pour ces derniers, ce sont les longs moments d'attente qui sont mis en avant et le fait que, pour certains, cela ne devrait pas relever de leurs missions.

Certain-es agent-es nous ont aussi fait part de leur gêne d'être présent-es pendant certaines consultations et examens médicaux et à cause des mesures de sécurité mises en œuvre. *« Les menottes et tout, ça doit être embarrassant »* nous indique un agent. Pour autant, certain-es agent-es mettent également la proximité qu'ils ou elles ont avec les personnes détenues. *« On est un peu des éduc finalement, on est 8h par jour avec les détenus, on les connaît comme on connaîtrait des proches »* nous indique l'un d'eux. Une directrice nous a également indiqué que certain-es agent-es n'aimaient pas se rendre dans certains hôpitaux pour leur propre sécurité, notamment car iels peuvent être amené-es à croiser d'anciennes personnes détenues et parce que certain-es craignent d'être assimilé-es à des agent-es de police et donc mal vu-es par les personnes présentes. Certain-e-s demanderaient aussi à pouvoir assurer les escortes en civil.

Le personnel pénitentiaire se retrouve aussi parfois à servir d'intermédiaire entre la personne détenue et le personnel soignant, que ce soit pour des traductions ou pour préciser les informations reçues lors de la consultation. Cela les met parfois dans des situations délicates, un agent donnant l'exemple d'une consultation au cours de laquelle le médecin avait annoncé de manière très brutale à une femme enceinte que son enfant était atteint de trisomie 21 puis était reparti sans expliquer à la patiente les conséquences précises de cette annonce.

Du côté des directeur-trices d'établissement interrogé-es, les extractions médicales sont vues comme un élément important qu'iels ne remettent pas en question car indépendant de leur volonté puisqu'il s'agit d'une décision prise par le médecin sur laquelle iels n'ont pas la main, charge à eux d'organiser le déplacement une fois que celui-ci a été décidé. Les déplacements pour soins apparaissent surtout problématiques quant aux effectifs que cela nécessite de mobiliser. *« Je me suis déjà retrouvée dans le bureau des adjudants, à regarder le tableau et à me dire 'qui est-ce qu'on va mettre ?' alors que c'est déjà compliqué à l'intérieur »* nous explique une directrice.

L'enjeu central de la sécurité et du risque d'évasion

D'après notre enquête, les extractions sont synonymes de stress pour les agent-es pénitentiaires. « Ça oblige à une très grande vigilance » explique l'une des agentes. « Il y a toujours un risque que cela se passe mal » complète un autre. La crainte d'une évasion est largement présente, bien qu'en pratique, celles-ci soient extrêmement rares³³. Ces missions obligent également à une collaboration avec le personnel soignant qui n'a pas les mêmes objectifs que les agent-es pénitentiaires, ce qui met en tension les logiques parfois contraires de soin et de sécurité.

Le personnel pénitentiaire assurant les extractions est responsable de la sécurité. Il ressort toutefois des entretiens que nous avons menés que les agent-es sont en général peu informé-es des textes applicables. Il semble que les procédures en matière de sécurité sont principalement transmises oralement entre les agent-es et, selon nos informations, cette procédure ne semble pas faire l'objet d'une formation spécifique.

Si, comme exposé précédemment³⁴, les mesures de sécurité doivent en principe être décidées après une appréciation individuelle de la situation de la personne détenue et utilisées de manière strictement nécessaire et proportionnée, il ressort de notre étude que cela n'est pas toujours le cas en réalité. En effet, les agent-es rencontré-es nous ont indiqué devoir être présent-es de manière permanente auprès de la personne détenue, y compris pendant la consultation. Il semble toutefois qu'il y ait une dérogation en la matière pour les femmes en train d'accoucher. Sur ce point, selon les informations qui nous ont été communiquées, la présence d'un-e agent-e n'est possible que si la femme en fait expressément la demande. Il semble que cela arrive régulièrement car les proches – pour des raisons diverses que nous n'avons pas eu l'opportunité d'approfondir – sont rarement présent-es. De même, il semble que les femmes ne sont plus menottées pendant leur accouchement, conformément aux recommandations internationales en la matière.

La présence d'agent-es lors de la consultation interroge quant au respect de la confidentialité dont doivent pouvoir bénéficier les personnes détenues. Pourtant, pour un agent rencontré, le problème ne se pose pas vraiment. « Ça ne me gêne pas, ce qui se dit à l'hôpital reste à l'hôpital, le secret professionnel s'applique » nous explique-t-elle. Une autre personne complète : au même titre par exemple qu'ils n'écoutent pas lorsque une personne incarcérée est au téléphone, pendant les consultations, les agent-es ne regardent pas et n'écoutent pas. Parfois, un drap serait tendu pour qu'ils ne puissent pas voir.

Par ailleurs, en matière de recours aux moyens de contraintes (menottes et/ou entraves), le principe est l'individualisation. Pour autant, plusieurs agent-es nous ont indiqué que le recours à des entraves ou aux menottes étaient « obligatoire » et qu'ils n'avaient pas le droit de les enlever, induisant ainsi une automaticité. La personne détenue est en général menottée et/ou entravée lors de ses

³³ D'après les éléments communiqués dans le cadre d'une question parlementaire en février 2020, il n'y avait eu aucune évasion d'établissement pénitentiaire fermé en 2015 et 2016. En 2017, une évasion d'un établissement pénitentiaire fermé et quatre évasions à l'occasion de transferts (sans précision sur le lieu : tribunal, hôpital...) ont eu lieu. En 2018, deux évasions sont répertoriées depuis des établissements fermés et huit en 2019. En revanche, les tentatives d'évasion ne sont pas comptabilisées par l'administration pénitentiaire.

³⁴ Voir la partie sur le cadre juridique des extractions médicales de ce rapport.

déplacements et dans les moments d'attente, puis habituellement menottée au lit d'hôpital, à la cheville souvent, voire au poignet opposé également. La personne est aussi menottée pendant la consultation, ce qui crée parfois des tensions avec le personnel soignant. À ce sujet, un agent nous explique alors que le retrait des moyens de contrainte n'est possible que si le·la professionnel·le de santé signe une dérogation. Une autre personne témoigne également sur ce point et nous déclare : *« il y a parfois des collègues qui reviennent des extractions sans avoir vu le médecin parce qu'il voulait qu'on retire les menottes, mais on ne peut pas ».*

En pratique, l'une des personnes rencontrées nous indique toutefois prendre en compte l'état de santé de la personne, évoquant notamment le fait de retirer les entraves et menottes aux femmes sur le point d'accoucher et qui doivent marcher pour accélérer le travail. Une autre nous précise avoir retiré les menottes à une personne dans le coma car *« il faut rester humain »*. Pour autant, un autre agent nous a indiqué avoir surveillé pendant plusieurs mois une personne paraplégique qui était systématiquement menottée à son lit par la cheville. Lors d'une opération chirurgicale, un agent nous explique qu'ils doivent être présent·es jusqu'au moment où la personne détenue est endormie.

L'appréciation individuelle nous semble un peu plus respectée principalement dans le nombre d'agent·es présent·es dans l'escorte. Si le personnel pénitentiaire est souvent à deux, iels sont accompagné·es d'agent·es de la DAB³⁵, dont le nombre varie. Pour autant, selon une personne rencontrée, *« cela n'a pas de sens, la direction doit évaluer et 2 agents ne doit pas être un automatisme. Dans certains cas, ils envoient deux agents alors que c'est pour quelqu'un qui a des permissions de sortie ! »*.

³⁵ Nous avons sollicité la DAB dans le cadre de cette enquête mais celle-ci n'a pas souhaité répondre à nos questions pour des raisons de sécurité.

Bref état des lieux en France

Par certains aspects, la situation dans les établissements pénitentiaires français est sensiblement la même qu'en Belgique. En revanche, en matière de soins, il existe une différence majeure puisque les soins de santé relèvent – depuis la loi du 18 janvier 1994 – du ministère de la Santé et non plus de la Justice comme c'est toujours le cas en Belgique. Cette loi organise ainsi les soins en prison et permet notamment l'affiliation des personnes détenues à la sécurité sociale.

Selon les informations publiques que nous avons pu rassembler, près de 70 000 extractions pour raison médicale ont été réalisées en 2018 par l'administration pénitentiaire en France³⁶.

Encadrement légal de la procédure d'extraction pour raison médicale

Un guide méthodologique a été publié conjointement par le ministère de la santé et de la protection sociale et par celui de la justice en 2004 sur la prise sanitaire des personnes détenues. Celui-ci organise à la fois les soins de santé au sein des établissements pénitentiaires et en milieu hospitalier. Le guide encadre également la protection sociale et les modalités financières de prise en charge des personnes détenues.

Organisation des soins

L'extraction pour raison médicale est prévue par l'article D291 du code de procédure pénale en application duquel : « *L'extraction est l'opération par laquelle un détenu est conduit sous surveillance en dehors de l'établissement de détention, lorsqu'il doit comparaître en justice, ou lorsqu'il doit recevoir des soins qu'il n'est pas possible de lui donner dans l'établissement pénitentiaire, ou plus généralement lorsque l'accomplissement d'un acte ne pouvant être effectué dans un établissement pénitentiaire a été reconnu absolument nécessaire et compatible avec la situation de l'intéressé.* » Cet article est complété par le D292 qui dispose que « *Toute réquisition ou ordre de transfèrement ou d'extraction régulièrement délivré a un caractère impératif et le chef de l'établissement de détention doit y déférer sans le moindre retard, à moins d'impossibilité matérielle ou de circonstances particulières dont il aurait alors à rendre compte immédiatement à l'autorité requérante. Il en est notamment ainsi lorsqu'il est établi par un médecin, habilité ou autorisé à intervenir dans l'établissement pénitentiaire, que l'état de santé du détenu ne permet pas son transfert ou son extraction. Le certificat délivré par ce praticien permet l'application éventuelle des dispositions de l'article 416. Au surplus, la situation du détenu du point de vue judiciaire peut faire obstacle à son transfèrement ou en faire différer l'exécution ainsi qu'il est précisé à l'article D. 302.* »

Lorsque le-la médecin l'estime nécessaire, une consultation ou une hospitalisation en dehors de la prison peuvent donc être organisées. En application des protocoles conclus entre les établissements pénitentiaires et les hôpitaux, les personnes détenues sont habituellement transférées vers l'hôpital

³⁶ Réponse à la question n°16872 de M. Christophe Blanchet, député, publiée le 24 septembre 2019.

de rattachement. Pour autant, le transfert vers un autre hôpital reste possible selon la spécificité des soins requis.

Le protocole conclu entre l'établissement pénitentiaire et l'établissement de santé doit permettre de déterminer les mesures à prendre pour « *accueillir les personnes détenues dans des conditions de sécurité optimales pour l'ensemble des patients et du personnel* » ainsi que l'indique le guide méthodologique de 2004. Des protocoles spécifiques sont ainsi adoptés selon le contexte de prise en charge de la personne détenue : consultation, hospitalisation, opération ou encore aux urgences. Ces protocoles précisent notamment les responsabilités de chacune des parties, les documents de référence et quoi faire en cas de difficultés.

L'hospitalisation a lieu, lorsque l'hôpital en est doté, dans une chambre sécurisée dont la configuration doit répondre à un cahier des charges spécifique. Le guide méthodologique de 2004 prévoit notamment qu'elle doit se trouver le plus près possible du plateau technique, de préférence en étage et que rien ne doit permettre d'identifier la chambre par rapport aux autres. Cela n'est toutefois pas jugé toujours très pratique par le personnel soignant car la personne soignée peut ainsi se retrouver très éloignée du service adapté à sa prise en charge. Les hospitalisations de courte durée peuvent également avoir lieu dans les unités hospitalières sécurisées interrégionales (UHSI), au nombre de huit sur l'ensemble du territoire, qui sont implantées dans des centres hospitaliers régionaux. Les personnes détenues peuvent y être prises en charge pour les hospitalisations urgentes et de moins de 48 heures. Il existe également des unités hospitalières spécialement aménagées (UHSA) pour la prise en charge des soins psychiatriques.

Selon la présidente de l'Association des professionnels de santé en prison (APSEP) que nous avons rencontrée, le guide méthodologique de 2004 serait plutôt bien connu du personnel hospitalier. Des efforts constants sont toutefois nécessaires pour en rappeler son contenu, en particulier auprès des professionnel·les qui ne sont pas habitué·es à ces prises en charge. Selon la directrice de l'APSEP, le recours aux moyens de contrainte pendant la consultation est également très fréquent et se serait même accru ces derniers temps. Si le·la chef·fe d'escorte est compétent·e pour décider du retrait des menottes, il semble que les soignant·es n'en font pas toujours la demande – soit parce qu'ils se sentent plus en sécurité ainsi ou alors parce qu'ils ne savent pas ce qu'ils sont en droit de demander. À l'instar de nos observations en Belgique, une partie du personnel soignant appréhende en effet la prise en charge des personnes détenues.

Comme en Belgique, les annulations de rendez-vous à l'hôpital sont fréquentes en raison d'un manque de personnel de surveillance. Il semble également que des refus de soins interviennent, notamment car les personnes détenues ne sont pas informées en amont de la consultation, pas plus que de l'objet de celle-ci. Dans un contexte où les délais d'obtention d'un rendez-vous peuvent être très longs, il peut être difficile pour la personne détenue d'anticiper le motif de son transfert vers l'hôpital, ce qui la pousse parfois à refuser de se déplacer.

Lorsque le·la médecin du service pénitentiaire refuse de transférer la personne vers un hôpital pour une consultation (parce qu'il ne la juge pas nécessaire ou urgente notamment), la personne détenue a la possibilité d'engager un recours hiérarchique contre cette décision auprès de la direction interrégionale des services pénitentiaires (contre la décision de refus d'extraction) ou bien du·de la

médecin responsable de l'unité sanitaire en milieu pénitentiaire et/ou de l'hôpital de rattachement en cas de refus de consultation. Il est également possible de saisir le·la médecin-inspecteur·trice de l'Agence régionale de santé ou l'inspection générale des affaires sociales. Un recours contentieux peut également être envisagé³⁷.

Mesures de sécurité

Le code de procédure pénale prévoit que « *des précautions doivent être prises en vue d'éviter les évasions et tous autres incidents lors des transfèrements et extractions de personnes détenues* » et dispose notamment que des « *précautions utiles doivent être prises pour les soustraire à la curiosité ou à l'hostilité publique, ainsi que pour éviter toute espèce de publicité* ». Le code de procédure pénale, par son article D283-4, dispose également que « *dans les conditions définies par l'article 803, et par mesure de précaution contre les évasions, les détenus peuvent être soumis au port des menottes ou, s'il y a lieu, des entraves pendant leur transfèrement ou leur extraction, ou lorsque les circonstances ne permettent pas d'assurer efficacement leur garde d'une autre manière.* »

Une circulaire du ministère de la Justice de 2004 organise les escortes pénitentiaires des personnes détenues faisant l'objet d'une consultation médicale³⁸. Celle-ci prévoyait notamment une escorte minimum de deux agent·es et d'un·e chauffeur·e. La circulaire imposait également une fouille intégrale à la personne détenue, tant à son départ vers l'hôpital qu'à son retour en prison. En application de la circulaire, le recours à des mesures de sécurité doit être apprécié de manière individuelle, en prenant notamment en compte « *la longueur et la nature de la peine encourue ou subie, le régime de détention, l'importance du reliquat de peine, l'existence d'incidents disciplinaire récents et leur degré de gravité, la présence d'antécédents révélant une personnalité dangereuse* ». Il est également prévu que la personne détenue soit fouillée par palpation à l'issue de la consultation si le personnel pénitentiaire n'a pu y assister. Des menottes peuvent être utilisées – de préférence dans le dos en cas de risque d'évasion ou de trouble à l'ordre public – et le recours à la pause d'entraves au niveau des pieds est possible pendant le transport. Trois niveaux de surveillance sont également précisés, de la consultation hors de la présence du personnel pénitentiaire et avec ou sans moyen de contrainte à la consultation en présence de personnel pénitentiaire et avec des moyens de contrainte. La circulaire envisage également l'attitude à tenir face au personnel soignant qui contesterait les mesures de contraintes. Il est ainsi prévu que « *l'application de certaines dispositions peut toutefois être contestée par le médecin. Un formulaire type préalablement renseigné par le chef d'établissement lui est alors remis par le chef d'escorte afin de porter à sa connaissance les motifs justifiant le recours à de telles mesures de sécurité.* »

Son contenu a toutefois été jugé contraire aux droits fondamentaux des personnes détenues³⁹. Ainsi, le CPT a estimé que les pratiques mises en œuvre en France « *[dépassaient ce que l'on serait raisonnablement – et proportionnellement – en droit d'admettre* ». Il recommandait également, dans un autre rapport, d'amender cette circulaire et rappelait sa recommandation « *selon laquelle tous les*

³⁷ OIP-section française, « *Guide du prisonnier* », pp. 381-382.

³⁸ Circulaire du 18 novembre 2004 relative à l'organisation des escortes pénitentiaires des détenus faisant l'objet d'une consultation médicale.

³⁹ Cette circulaire a fait l'objet d'un recours devant le Conseil d'État par une personne détenue. La requête a été rejetée (CE, 10^{ème} et 9^{ème} sous-sections réunies, 15 octobre 2007, n°281131).

examens/consultations/soins médicaux de détenus doivent toujours s'effectuer hors de l'écoute et – sauf demande contraire du médecin concerné dans un cas particulier – hors de la vue du personnel d'escorte (qu'il soit pénitentiaire ou de police). En outre, examiner des détenus soumis à des moyens de contrainte est une pratique hautement contestable tant du point de vue de l'éthique que du point de vue clinique et elle n'est pas de nature à créer une relation de confiance appropriée entre le médecin et le patient. En dernier ressort, la décision sur ce point doit appartenir au personnel soignant »⁴⁰.

De son côté, le Commissaire aux droits de l'homme a également fait part de ses préoccupations, estimant que « *le transfert et l'hospitalisation se déroulent souvent dans des conditions qui entravent l'accès aux soins. Une circulaire du 18 novembre 2004 autorise le directeur de l'établissement pénitentiaire à imposer le port de menottes et la présence des surveillants pendant l'examen médical, afin de minimiser tout risque d'évasion. Seules les femmes qui accouchent échappent théoriquement à ces mesures* ». Il estime que « *Les dispositions introduites par cette circulaire nuisent aux droits de la personne : le secret médical n'est pas respecté ; le port d'entraves et de menottes rajoutent à la souffrance et à l'inconfort et peut ainsi constituer une humiliation et un traitement inhumain et dégradant* ». ⁴¹ Il ajoute qu'il « *[s']étonne de la teneur de cette circulaire alors même que la France a été condamnée à deux reprises en 2002 et 2003 par la Cour européenne des droits de l'homme pour utilisation abusive de menottes et d'entraves lors du transport à l'hôpital* », et ce alors que les chiffres d'évasion sont particulièrement bas.

De son côté, le comité consultatif national d'éthique a également contesté ces dispositions, déplorant notamment « *une application quasi-systématique du menottage pendant la consultation ou l'examen médical* » depuis l'entrée en vigueur de la circulaire. Le comité juge que « *Ces pratiques constituent incontestablement une humiliation et un traitement inhumain et dégradant, mettent en péril la relation de confiance entre le médecin et le malade, élément essentiel de l'acte médical, et peuvent porter atteinte à la qualité de l'examen médical et des soins. Un examen médical ou chirurgical d'un détenu menotté, entravé, voire un examen gynécologique ou obstétrical d'une détenue avec les mêmes contraintes sont des actes qui ne devraient se produire que dans des circonstances absolument exceptionnelles à l'occasion d'une situation de dangerosité maximale et d'un risque d'évasion potentiellement fort, et uniquement sur la demande du personnel médical une fois qu'il a été dûment informé* ». Enfin, le comité rappelle que « *La surveillance continue et rapprochée par le personnel pénitentiaire durant la consultation médicale pose par ailleurs le problème éthique grave de la préservation du secret médical, affirmé comme un principe essentiel du soin par le Code de la Santé Publique, et par le Code de Déontologie Médicale* » ⁴².

En 2019, une note sur la doctrine d'emploi des équipes de sécurité pénitentiaire⁴³ est venue compléter et actualiser les mesures prévues par la circulaire de 2004. En application de celle-ci, le personnel pénitentiaire a la charge du transport de la personne détenue jusqu'à l'hôpital et sa surveillance pendant l'attente et la consultation. En revanche, en cas d'hospitalisation, c'est la police ou la gendarmerie qui assure la garde statique. Cette note prévoit également qu'une procédure soit mise

⁴⁰ CPT, « *Rapport au Gouvernement de la République française relatif à la visite effectuée par le Comité européen pour la prévention de la torture et des peines ou traitements inhumains ou dégradants (CPT) dans le département de la Réunion du 13 au 20 décembre 2004* », CPT/Inf (2005) 21, 21 décembre 2005, §48.

⁴¹ Commissaire aux droits de l'homme du Conseil de l'Europe, « *Rapport de M. Alvaro Gil-Robles, commissaire aux droits de l'homme, sur le respect effectif des droits de l'homme en France suite à sa visite du 5 au 21 septembre 2005*, CommDH(2006)2, 15 février 2006, §147.

⁴² Comité consultatif national d'éthique, « *Avis n°94. La santé et la médecine en prison* », 21 novembre 2006.

⁴³ Note du 4 octobre 2019 sur la doctrine d'emploi des équipes de sécurité pénitentiaire.

en place entre le·a chef·fe d'établissement pénitentiaire et le·la responsable de l'unité sanitaire pour préserver la confidentialité des informations relatives aux extractions.

La note organise également la prise en charge à l'hôpital et en premier lieu l'attente avant la consultation ou l'hospitalisation. Il est ainsi prévu qu'une salle dédiée à l'attente des personnes détenues puisse exister et « *à défaut, des locaux adaptés peuvent être utilisés à cette fin (salle dans un secteur retiré, ne disposant que d'un accès et sans fenêtre)* ». Par ailleurs, la prise en charge doit être priorisée dans la mesure du possible.

De plus, la note précise les conditions et modalités d'utilisation des moyens de contraintes, en application des consignes données par le·la directeur·trice d'établissement. La présence de personnel pénitentiaire pendant la consultation varie selon le niveau d'escorte, de 1 à 4 ; les personnes détenues étant par défaut classées au niveau 2. Lors de l'extraction, le dispositif peut être réévalué à la hausse en raison du comportement de la personne détenue ou de la survenance d'éléments nouveaux au cours du transfèrement. La note prévoit également que « *de manière exceptionnelle, il peut également décider du retrait ponctuel des moyens de contrainte lorsque la situation le justifie (ex : nécessité pour la personne détenue d'aller aux toilettes ou de passer un examen médical en impliquant le retrait)* ». Pour les niveaux d'escorte 3 et 4, cela n'est toutefois possible que sur autorisation du responsable hiérarchique. Il est précisé que les agent·es ne participent pas à la consultation uniquement au niveau 1. Il est également prévu que la personne détenue fasse l'objet d'une fouille par palpation après la consultation. Comme l'indique la section française de l'Observatoire international des prisons (OIP), si le recours aux menottes ne doit pas être automatique en principe, « *la plupart des déplacements sous escorte se font au minimum menotté* »⁴⁴. L'OIP précise également que « *les personnes 'lourdement handicapées' ne doivent en principe faire l'objet d'aucun moyen de contrainte, et celles âgées de plus de 70 ans ne peuvent être soumises qu'au port des menottes et 'dans les cas exceptionnels où leur dangerosité est avérée'* »⁴⁵.

Pendant l'hospitalisation, la personne détenue n'est pas autorisée à avoir des contacts extérieurs et ne peut se voir remettre aucun objet. En tout état de cause, une vérification du local par le·la chef·fe d'escorte est automatique.

Les personnes détenues peuvent contester le régime de sécurité qui leur est appliqué devant le·la juge administratif et il est possible de saisir du·de la juge la réparation du préjudice subi en raison des conditions de l'hospitalisation. Il est également possible d'engager la responsabilité de l'administration en raison de mesures de sécurité disproportionnées⁴⁶.

Conclusion

Pour ce rapport, nous sommes allé·es à la rencontre de différent·es acteurs·rices intervenant dans les extractions pour raison médicale, afin de mettre en lumière leurs expériences et ressentis. Nous constatons que les personnes détenues sont partagées entre incompréhension et gêne, même si elles

⁴⁴ OIP-section française, « *Guide du prisonnier* », p. 520.

⁴⁵ OIP-section française, « *Guide du prisonnier* », p. 521.

⁴⁶ OIP-section française, « *Guide du prisonnier* », p. 386.

sont reconnaissantes de la qualité des soins qui leur sont prodigués en dehors des murs de la prison. Quant aux professionnel·les, qu'il s'agisse des agent·es de surveillance pénitentiaire ou du personnel soignant, iels témoignent parfois d'un sentiment de stress et de malaise lors de ces situations, ainsi que d'un manque de connaissances du cadre juridique de ces opérations.

Autres aspects nécessitant d'être approfondis

Les extractions pour raison médicale, parce qu'elles mettent en jeu le respect de plusieurs droits fondamentaux, sont un aspect important de la vie des personnes détenues qui doit encore être approfondi comme nous l'exposons aussi dans ce rapport. Si plusieurs aspects ont pu être examinés dans le cadre de cette étude, d'autres n'ont toutefois pas pu être approfondis, faute de temps notamment.

Les transferts vers les centres médico-chirurgicaux pénitentiaires

Tout d'abord, il semble opportun d'examiner les transferts entre établissements pénitentiaires, et plus précisément vers les centres médico-pénitentiaires. En effet, plusieurs témoignages font état de refus fréquent de la part des personnes détenues. Ces difficultés sont également mentionnées par les CdS. Par exemple, dans son rapport pour l'année 2018, celle d'Arlon explique que « *Les frais causés par les déplacements des détenus limitent certains examens pourtant nécessaires. Les détenus rechignent à se déplacer pour plusieurs jours dans un Centre médical pénitentiaire (CMC) avec tous les désagréments que cela entraîne, simplement pour une radio qui pourrait se faire à Arlon à 1km de distance.* » À Nivelles également, le rapport pour l'année 2019 indique que « *À signaler que les détenus préfèrent ne pas se rendre dans les CMC de Bruges, St-Gilles et Lantin parce qu'ils estiment [...] que cela chamboule toute leur organisation, visites, cantines, contacts avec le SPS, etc. ce qui est une réalité.* »⁴⁷

Les mesures de sécurité

Comme indiqué en introduction sur notre méthodologie, nous n'avons malheureusement pas pu nous entretenir avec la direction de la sécurisation de la police fédérale qui assure la sécurité lors des transferts vers les hôpitaux de personnes détenues. Il nous semblait pourtant important de comprendre l'organisation de ces missions (notamment par rapport aux déplacements vers les tribunaux et la priorisation donnée à l'une ou l'autre des tâches), la formation des policier·es, les difficultés qu'ils observent ainsi que les modalités de mise en œuvre des mesures de sécurité. À cet égard également, il serait intéressant d'étudier plus précisément la formation du personnel pénitentiaire, tant initiale que continue, sur ces procédures d'extraction.

Cette étude ne nous a pas non plus permis d'approfondir le respect de certaines règles, notamment en matière de sécurité (comme l'obligation de renseigner un registre dès lors qu'il est recouru aux mesures de contrainte ou le régime des fouilles au retour de l'hôpital), pas plus que les modalités de contestation des mesures de sécurité qui seraient jugées excessives.

⁴⁷ Rapport de la commission de surveillance d'Arlon pour l'année 2018.

Le suivi médical après une hospitalisation ou une consultation en dehors de la prison

À plusieurs reprises, des difficultés dans le suivi médical après une hospitalisation ou une consultation en dehors de la prison ont été évoquées par les personnes détenues, que ce soit dans les soins prodigués ou sur le traitement médicamenteux prescrit. Cette question apparaît cruciale dans la perspective du transfert de compétences entre le service public fédéral (SPF) Justice et SPF Santé publique.

La prise en charge des frais médicaux

Notre étude a également permis de mettre en avant la situation des personnes sous main de justice amenées à consulter un·e professionnel·le de santé. Ainsi, peuvent notamment se poser des difficultés pour la prise en charge des soins médicaux pour les personnes qui consultent à l'occasion d'une permission de sortie⁴⁸. De la même manière, se pose la question de la couverture santé et donc du remboursement des soins pour les personnes à leur sortie de prison.

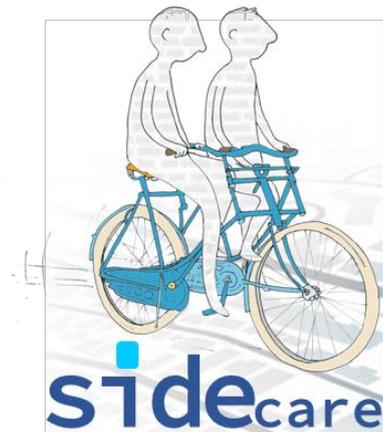
Side.Care, notre nouveau projet d'accompagnement mobile

L'accompagnement en santé est au centre de l'objet social d'I.Care. Il s'agit de renforcer les compétences psycho-sociales des personnes, de les informer, les orienter, écouter leurs ressentis et questionnements, réfléchir avec elles aux situations vécues, de faciliter leur accès à des soins de santé. Nous savons que la consultation est un moment clé dans une trajectoire en santé et nos expériences de terrain nous ont montré à la fois que notre rôle ne s'arrêtait pas aux portes du service médical et que notre accompagnement pouvait être bénéfique pour les personnes détenues. Initier une demande de consultation constitue une première étape où les barrières peuvent être nombreuses : non-compréhension des langues utilisées sur les billets de rapport, illettrisme, méconnaissance du système, méfiance envers les services médicaux, faible estime de soi ou rapport au corps provoquant un non-recours aux soins, etc. Établir une relation de confiance entre le·la prestataire de soin et le·la patient·e est pourtant indispensable pour que la personne ose exposer ses maux, comprenne ce que le·la soignant·e lui dit et intègre les informations. Cela permet aussi de relever l'enjeu de la compliance médicamenteuse.

Comme exposé à travers ce rapport, la rencontre avec des professionnel·les de santé, tant dans leur prison d'attache qu'en milieu hospitalier, peut être source de stress pour les personnes détenues, raison pour laquelle nous avons parfois mis en œuvre des accompagnements ponctuels de manière expérimentale. Mme A., 25 ans, fut ainsi accompagnée au CMC de Saint-Gilles à sa demande car elle craignait de ne pas comprendre les propos du médecin et/ou d'oublier le contenu de la consultation. Elle avait également vécu une mauvaise expérience par le passé pour un souci de santé similaire. De

⁴⁸ Lorsqu'une personne détenue consulte pendant une permission de sortie, les frais des soins reviennent à sa charge. Cependant, si les soins ont été dispensés dans le cadre d'une permission de sortie pour raisons médicales dont la décision d'octroi prévoit explicitement que les frais seront pris en charge par le SPF Justice, alors ces frais ne seront pas à régler par la personne détenue. Il en est de même si le service des soins de santé de la prison atteste que les circonstances requéraient que les soins soient dispensés sans délai. *in* Lettre collective n°103, du 3 mars 2011 relative à la prise en charge des soins de santé dispensés pendant l'application des modalités d'exécution de la peine.

même, Mme B., malgré ses besoins, refusait de consulter le psychiatre. Un long travail d'accompagnement en cellule puis une première consultation en notre présence a permis d'installer la confiance et une poursuite du travail sans nous. Mme C., qui ne parlait qu'anglais, fut également accompagnée à sa consultation pour un kyste au sein qui générait chez elle des craintes, à la fois de ne pas comprendre mais aussi quant aux résultats.



Grâce à ces accompagnements, ces femmes se sont senties plus en sécurité et moins seules. Certaines étaient passées à travers les mailles du filet social-santé au cours de leur vie, ou avaient vécu des expériences douloureuses. Après l'accompagnement mobile, nous sommes retourné·e·s voir ces personnes afin de revenir sur la consultation et réexpliquer les informations nécessaires à la continuité des soins.

Les bienfaits de ce type de démarches ne sont plus à prouver. C'est pourquoi, après cette phase expérimentale, nous avons demandé la Fédération Wallonie-Bruxelles (COCOF) de nous confier cette mission spécifique. Par ce projet, il s'agit de travailler à la continuité des soins par une approche de proximité permettant de créer un lien avec la personne et de l'accompagner dans sa trajectoire de soins, durant son incarcération et après sa sortie. Side.Care, c'est du prendre soin par un

accompagnement en côte à côte, partant des besoins et souhaits des gens pour mettre en place le réseau le plus adapté à l'individu.

Le projet participe à la réduction des inégalités en santé. Il s'adresse tout particulièrement aux hommes et femmes ayant un faible bagage socio-éducatif, aux personnes isolées, à celles en souffrance psychique et à tous ceux et toutes celles qui sont exclu.e.s du système de soins ou qui auront des difficultés particulières pour l'intégrer ou le ré-intégrer. Si une approche globale est importante, ce projet s'inscrit dans des collaborations étroites avec des services d'aide aux justiciables pour une réinsertion et une lutte contre la récidive.

À l'heure où nous rédigeons ces lignes, nous attendons leur réponse officielle et espérons pouvoir démarrer ce projet d'un jour à l'autre.

Recommandations

Sur la base de nos observations, nous nous sommes essayé·es à la rédaction de recommandations, basées tant sur les textes internationaux que sur des suggestions de professionnel·les et de personnes détenues.

- Respecter en toutes circonstances l'obligation de procéder à un examen individuel des mesures de sécurité mises en œuvre lors des transferts pour raison médicale et les adapter à chaque étape de la procédure au regard de la situation et du profil de la personne détenue.
- Respecter en toutes circonstances l'obligation de respect des principes de stricte nécessité et de proportionnalité lorsqu'il est fait usage de moyens de contraintes.
- Informer les personnes détenues des procédures appliquées lors des transferts pour raison médicale, en particulier concernant les mesures de sécurité qui seront appliquées.
- Renforcer l'information des professionnel·le·s de santé des dispositions légales applicables lors de la prise en charge des personnes détenues.
- Renforcer la formation du personnel pénitentiaire sur les dispositions légales applicables lors des transferts pour raison médicale.
- Envisager l'adoption de protocole entre établissement pénitentiaire et hôpital afin de clarifier et harmoniser les procédures applicables ainsi que les droits et obligations des différentes parties.
- Prévoir des réunions annuelles d'évaluation des collaborations entre hôpital, établissement pénitentiaire et direction de sécurisation.
- Revoir la circulaire du 23 décembre 2005 relative aux mesures de sécurité applicables au transport d'un détenu à l'hôpital, durant une consultation médicale, durant une hospitalisation afin de la mettre en conformité avec les règles Nelson Mandela.
- Prendre en compte la question spécifique des extractions pour raison médicale dans le cadre de la préparation du transfert de compétences entre le SPF Justice et le SPF Santé publique.
- Garantir la continuité des soins après une hospitalisation ou une consultation à l'hôpital.
- Mettre systématiquement en œuvre les mesures nécessaires afin de préserver la dignité des personnes détenues lors de leur transfert à l'hôpital, notamment en faisant en sorte que le recours aux menottes et/ou entraves soit le plus discret possible, en réfléchissant à des zones d'attente dédiées pour les personnes détenues ou encore en engageant une réflexion sur la possibilité d'autoriser les agent·e·s chargé·e·s de la surveillance à porter une tenue civile.