

NOTE D'ANALYSE

LA CONTINUITÉ DES SOINS EN PRISON : DES LACUNES ÉVIDENTES

Septembre 2024

La sortie de prison est un moment de transition particulièrement difficile, « une épreuve qui exacerbe la vulnérabilité sociale des patient-es » (Hagège, 2018) car marqué par une précarité importante en termes de logement, de revenu, d'affiliations aux services medico-sociaux, etc.

Il s'agit d'un changement majeur qui nécessite un temps d'adaptation et un engagement important de la part de la personne pour se reconstruire un quotidien stable (Hagège, 2018). Sur base de notre expérience, nous constatons que la santé n'est souvent pas considérée comme la priorité au moment de la sortie de prison et celle-ci passe au second plan. Cela se traduit notamment par un non-recours ou un report de soins car la sortie de prison est un moment de transition particulièrement difficile, très souvent marqué par une précarité importante où s'opère une sorte de compétition entre différentes priorités, à savoir recréer son réseau social, trouver un logement stable, trouver un emploi, se réaffilier aux services médico-sociaux, et gérer le risque de récidive (Papaluca et al., 2019).

Dans ces conditions, il est nécessaire que la personne soit accompagnée étroitement par rapport à sa santé au moment de sa sortie de détention.

La continuité des soins, un critère important de la qualité des soins

La continuité des soins constitue un critère important de la qualité des soins, ainsi que le promeut l'Organisation mondiale de la Santé (2019). Cette vision est partagée par les autorités belges.

« La notion de continuité des soins fait référence à la capacité du système à garantir que les soins prodigués à un patient donné sont organisés de manière fluide, coordonnés (au fil du temps, mais aussi entre prestataires, institutions et régions), sans interruption ni dans le temps, ni entre les acteurs, et couvrent l'ensemble de sa trajectoire. »

Site national officiel : belgiqueenbonnesanté.be

La logique de la continuité des soins sous-tend la mise en place d'un « projet de soins » et la prise en compte de différentes dimensions de ce concept : la continuité de l'information, la continuité relationnelle, la continuité du suivi, la coordination des soins.

Assurer la continuité des soins fait ainsi partie des obligations qui incombent aux professionnel·les de santé comme le rappelle la loi relative à la qualité de la pratique des soins de santé.

« En vue d'assurer cette continuité, le professionnel des soins de santé, lorsque lui-même n'est pas disponible pour sa pratique, informe son patient du professionnel des soins de santé appartenant à la même profession des soins de santé et disposant de la même compétence, à qui le patient peut s'adresser pour le suivi de son traitement. »

Article 17 de la loi belge du 22 avril 2019 relative à la qualité de la pratique des soins de santé

L'article 13 du code de déontologie médicale belge prévoit en outre que « *le médecin garantit la continuité des soins* ». La continuité dans les soins de santé peut être vue, d'un point de vue déontologique, comme l'**expression de l'engagement du professionnel ou de la professionnelle à travailler pour le bien-être de l'autre**. Il y va tout aussi de sa responsabilité de prendre en charge ses patient-es, de les accompagner avec la volonté manifeste d'atteindre un standard de qualité pour répondre à leurs besoins.

Par conséquent, cette pratique de continuité des soins relève de l'éthique. La vision éthique des soins de santé continus place le ou la patient-e au cœur du projet de soins. Le ou la professionnel-le de soins est animé-e par le désir de faire ce qui est possible pour venir en aide à la personne malade, la soulager de sa situation de mal-être et l'accompagner à rétablir son intégrité et son humanité ; tel est le cœur du principe éthique de la bienfaisance (Pagani et al., 2022 ; Benmakhlof, 2011). Les professionnel-les impliqué-es dans les soins doivent être guidé-es par cette éthique et ne pas répondre au principe de continuité des soins revient à nier cette éthique de bienfaisance.

Plus largement, la question de la continuité des soins est associée au droit à la santé et, dans une vision plus large, au respect des droits fondamentaux des individus. En effet, l'Organisation mondiale de la Santé reconnaît, dans sa constitution datant de 1946, le droit à la santé et l'identifie comme indissociable des autres droits humains juridiquement contraignants.

La pratique de continuité des soins revêt donc des enjeux tant légaux, qu'éthiques et déontologiques. Dans la société libre, veiller à la continuité des soins fait ainsi désormais partie intégrante des pratiques de soins et le bénéfice sur la santé des populations n'est plus à démontrer.

Une obligation qui trouve également à s'imposer pour les personnes privées de liberté

La continuité des soins tend vers une valorisation de la santé et du bien-être en garantissant à chacun-e des soins de santé de qualité. Elle traduit aussi le respect de la personne malade, quelle que soit sa situation. Ainsi, l'admission en prison ne saurait enlever à la personne détenue ce droit de bénéficier des soins de santé de qualité. Celle-ci doit en effet continuer à jouir pleinement de ce droit fondamental, comme le rappellent notamment les règles minima des Nations unies pour le traitement des détenus, dites règles Nelson Mandela (2015).

Il s'agit là du **principe d'équivalence des soins**. En effet, en application des dispositions légales et réglementaires en vigueur et qui s'imposent aux autorités belges, les personnes détenues doivent bénéficier du même niveau de soin que la population libre. Ainsi, l'article 88 de la loi de principes de 2005 régissant l'administration des établissements pénitentiaires ainsi que le statut juridique des personnes détenues (dite « loi de principes ») dispose que : « *le détenu a droit à des soins de santé qui sont équivalents aux soins dispensés dans la société libre et qui sont adaptés à ses besoins spécifiques* »¹. Le Comité européen pour la prévention de la torture et des peines ou traitements inhumains ou dégradants (CPT) va également dans ce sens dans son 3^{ème} rapport général publié en 1992.

En outre, la continuité des soins fait partie des critères de performance du système de santé carcéral (WHO Prison Health Framework), établi par l'OMS en 2021, et inspiré du programme « *Health in Prisons* » de 1995.

« La continuité des soins est un élément crucial d'un service de santé pénitentiaire durable. Des dispositions devraient être prises pour assurer un accès continu aux soins au moment de l'admission, du transfert et de la libération, ce qui devrait être facilité par l'administration pénitentiaire. De plus, la continuité des soins entre les prisons et la communauté extérieure exige que des relations structurelles étroites soient établies entre les services de santé et les services sociaux dans les prisons et dans la le monde libre. »
(OMS, 2021).

¹ Les articles de la loi de principes de 2005 relatifs à la santé ne font toutefois toujours pas l'objet d'arrêté d'application.

Par ailleurs, l'OMS rappelle également l'importance des pratiques telles que la continuité et la coordination des soins pour la prise en charge de patient-es présentant spécifiquement des besoins complexes en matière de santé (comme, par exemple, les affections chroniques). Une grande partie de la population carcérale répond à cette catégorisation. La littérature existante, dont l'étude du centre fédéral d'expertise (KCE) datant de 2017, met en évidence que les personnes détenues sont généralement en moins bonne santé que la population générale. En effet, les problèmes d'assuétudes, les troubles psychiques et les maladies infectieuses sont fréquents en prison. De plus, la population carcérale est majoritairement représentée par des personnes précarisées, présentant des problématiques sociales qui viennent se cumuler aux problèmes de santé, ce qui a tendance à ajouter de la complexité à leur situation. **La continuité et la coordination des soins sont donc fondamentales pour répondre à la complexité des besoins de santé des personnes incarcérées.**

Des problèmes récurrents en matière de continuité des soins à la sortie de prison

En pratique, et contrairement à ce que prévoit le principe d'équivalence des soins défini plus tôt, **la discontinuité dans les soins est un problème récurrent pour les personnes détenues** et est documenté par plusieurs rapports (voir notamment KCE, 2017). Celle-ci est actuellement considérée comme non optimale et cela s'observe d'autant plus pour les personnes qui ne font qu'un court séjour en détention (Verbrugghe & Favril, 2023).

Les problèmes observés en matière de continuité des soins sont de différents ordres et sont associés à des périodes spécifiques de la détention.

Parmi ceux-ci, certains sont associés spécifiquement au moment de l'entrée en prison, par exemple, la coordination entre la prison et les soins de santé hors des murs qui apparaît insuffisante et nécessite alors l'engagement dans un tout nouveau processus de soins (Verbrugghe & Favril, 2023). Nombreux-ses sont les patient-es qui racontent avoir vécu une discontinuité dans leurs traitements entamés avant l'entrée en prison, voire une mise à l'arrêt totale au moment de l'entrée en prison, et ce parfois pendant plusieurs semaines. Notons par ailleurs que l'interconnaissance s'avère être assez faible entre les prestataires de soins internes aux prisons et ceux du monde libre, ce qui représente un frein à la pratique de continuité des soins tant au moment de l'entrée en prison, qu'au moment de la sortie.

« M. A a un emphysème au poumon. Il avait un suivi régulier avec un pneumologue à l'extérieur. Le pneumologue lui avait dit qu'il devait changer de traitement car celui-ci ne convenait plus. Il était censé changer son traitement lors du prochain rendez-vous mais il n'a pas su y aller car il a été incarcéré. Depuis qu'il est incarcéré, M. A reçoit toujours son ancien traitement car aucune prise de contact n'a été faite entre les médecins. » Témoignage d'une travailleuse d'I.Care



Concernant la période de la détention, la section belge de l'Observatoire international des prisons (OIP), dans sa notice de 2024, nous rappelle qu'il n'existe pas de protocole officiel guidant les professionnel·les vers une pratique de continuité des soins assidue ce qui ne favorise pas une systématisation des pratiques. De plus, il arrive que les recommandations médicales post-hospitalisation ne soient pas respectées une fois de retour en prison, cela étant dû à toute une série de facteurs structurels et économiques (par exemple, médicaments prescrits dehors mais pas en prison). En outre, nous observons qu'une partie du personnel médical intra-muros dit ne pas toujours se sentir concerné par la continuité des soins, estimant que cela ne relève pas de leur responsabilité ou que les moyens mis en place et les conditions de travail actuelles ne leur permettent de toute façon pas de réaliser cette continuité de façon optimale (voire pas du tout).

Plus récemment, une décision prise par la DG-EPI a eu pour conséquence, pour certain-es patient-es, une rupture dans la continuité des soins : les congés pénitentiaires prolongés. En mars 2024, face à la suroccupation chronique

² Pour en savoir plus, consulter la note rédigée sur le sujet par I.Care, [disponible sur notre site Internet](#).

des établissements pénitentiaires, l'administration pénitentiaire a décidé de reprendre une mesure mise en place lors de l'épidémie de covid-19 et mettant en place (sous des conditions précises) des périodes alternées de 30 jours de prison puis de congé pénitentiaire. I.Care a été informée de plusieurs cas de personnes sous traitement médicamenteux quotidien ne pouvant être interrompu et bénéficiant d'une telle mesure qui n'ont eu que quelques jours de traitement à leur sortie. Celles-ci se sont trouvées fort démunies, de même que les structures amenées à les accompagner, pour garantir la continuité de leur traitement.

« Mme est incarcérée et suivie pour un cancer. L'hôpital lui a prescrit de la prégabaline (Lyrica) contre son anxiété. À son retour en prison, la prison ne veut pas lui en fournir. Le médecin extérieur dit alors qu'elle doit prendre du CBD mais la prison ne veut pas lui en fournir non plus. » Témoignage d'une travailleuse d'I.Care



Enfin, la période qui reste la plus compliquée est celle de la sortie de prison. Fréquemment, la préparation médicale avant la sortie est incomplète notamment, en particulier en cas de courts séjours ou parce que les services médicaux ne sont souvent pas informés (à temps) d'une libération ou d'un transfert (Verbrugge & Favril, 2023). La transition vers des soins externes, y compris pour des problématiques d'assuétudes, est par conséquent difficile (Verbrugge & Favril, 2023). Notons également que la transmission des dossiers médicaux des personnes détenues au moment de leur sortie de prison vers les prestataires de soins et organismes compétents externes reste problématique (OIP, 2024). Cela est en effet rendu d'autant plus compliqué que le programme informatique médical actuel, Epicure, n'est pas connecté aux réseaux de santé extérieurs eHealth. La même difficulté est observée dans l'autre sens, au moment de l'entrée en prison. Nous ne pouvons qu'espérer que le développement d'un nouveau logiciel (Omnipro) dans les mois à venir remédiera à ce problème. En outre, les traitements ne font pas suffisamment l'objet de suivi après la libération (KCE, 2017 et OIP, 2024). La mise sous traitement contre l'hépatite C en est un exemple concret². En effet, le traitement n'est encore que très peu prescrit aux personnes non condamnées par peur que celles-ci sortent de prison pendant la durée de leur traitement et qu'elles n'aillent pas au bout de leur traitement une fois sorties. En effet, aujourd'hui, aucun mécanisme de continuité des soins n'est mis en place en amont de la sortie pour accompagner les patient-es à la prise de leur traitement à l'extérieur.

« À l'extérieur, on se retrouve parfois face à des ex-détenu-es consommateur-trices qui ont eu accès à 72h de traitement de substitution à la sortie mais qui n'ont pas compris qu'ils devaient anticiper le manque de traitement après les 72h. Iels ne reçoivent pas d'infos à ce propos au moment de la sortie et, par conséquent, ne savent pas qu'ils doivent engager des démarches bien avant la fin des 72h pour anticiper l'obtention de la suite du traitement. Le temps que les démarches soient entreprises et que la suite du traitement soit obtenue, il y a souvent eu rupture dans le traitement le temps de quelques jours. » Témoignage d'une travailleuse d'I.Care



Notons par ailleurs que la bonne réalisation de la continuité de soins est rendue compliquée par l'existence de facteurs structurels tels que la rotation importante des personnes détenues (entrantes, sortantes, transférées d'un établissement à l'autre) combinée à la surpopulation (KCE, 2017 ; Verbrugge & Favril, 2023).

En bref, **la non-application du principe de continuité des soins a des conséquences directes, et parfois graves, sur la santé des personnes incarcérées.**

Une action résolue en la matière est urgente et impérative

Malgré le cadre légal et les nombreuses difficultés observées par l'ensemble des personnes concernées, force est de constater que les personnes détenues ne bénéficient toujours pas, en 2024, de soins de santé équivalents à la société libre dès lors que la continuité des soins n'est que très peu opérationnalisée dans nos prisons.

Ne serait-ce pas là une forme de gaspillage des ressources qui ont été investies durant le temps de la détention ? En effet, le temps de la détention représente une opportunité pour adresser les besoins de santé des personnes incarcérées. Dans la situation actuelle, c'est une occasion manquée pour beaucoup de patient-es. Pour que les efforts déployés durant la détention en termes de soins de santé soient maintenus tout au long de la vie, la continuité des soins

entre la prison et l'extérieur est primordiale, comme le rappelle l'Organisation mondiale de la Santé (2023).

Nous ne pouvons qu'espérer que le transfert des compétences des soins pénitentiaires, actuellement en cours, soit à la hauteur des enjeux et permette une réelle organisation opérationnelle de la continuité des soins entre la prison et la société libre, dans une logique de santé publique. Pour ce faire, l'indépendance des équipes médicales par rapport à la Justice, l'inclusion des personnes incarcérées dans les initiatives de santé publique et la surveillance épidémiologique, un modèle de gouvernance des soins de santé dont la responsabilité incombe exclusivement au ministère de la santé ou est partagée entre les ministères concernés sont autant de pratiques recommandées (Van Hout et al., 2024).

Bibliographie

Benmakhlof A. (2011). L'éthique dans l'environnement sanitaire : Qu'est-ce qu'un avis en bioéthique ? Dossier Ethique et Soins. Actualité et dossier en santé publique, 77. Disponible sur : adsp n° 77 - Éthique et soins (hcsp.fr)

Comité européen pour la prévention de la torture et des peines ou traitements inhumains et dégradants – Conseil de l'Europe (1992). Services de santé dans les prisons. Extrait du 3^{ème} rapport général du CPT. Disponible sur : <https://rm.coe.int/16806ce944>

Hagège M. (2018). La continuité des soins à la sortie de prison. Actualité et dossier en santé publique, 104. Disponible sur : <https://www.hcsp.fr/Explore.cgi/Telecharger?NomFichier=ad1043032.pdf>

I.Care (2024). Prise en charge de l'hépatite C en prison : une politique loin d'être à la hauteur des enjeux. Note de positionnement. Disponible sur : https://www.i-careasbl.be/files/ugd/b5da9c_807f051a875e48bf9659232d9e186b8c.pdf

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

Loi belge du 22 avril 2019 relative à la qualité de la pratique des soins de santé. Entrée en vigueur le 1^{er} juillet 2022.

Mistiaen P, Dauvrin M, Eyssen M, Roberfroid D, San Miguel L, Vinck I. (2017). Soins de santé dans les prisons belges : situation actuelle et scénarios pour le futur. Synthèse. Health Services Research (HSR). Bruxelles : Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé. KCE Reports 293Bs. D/2017/10.273/64. Disponible sur : https://kce.fgov.be/sites/default/files/2021-11/KCE_293Bs_Soins_de_sante_prisons_belge_Synthese.pdf

Nations Unies (2015). Ensemble de règles minima des Nations unies pour le traitement des détenus (Règles Nelson Mandela). Assemblée générale, Note du secrétariat. À retrouver ici : <https://dei-belgique.be/index.php/ressources-externes/publications/send/41-publications/298-ensemble-de-regles-minima-des-nations-unies-pour-le-traitement-des-detenus-regles-mandela.html>

Ordre des médecins (2023). Code de déontologie médicale. Chapitre 2 : Professionnalisme – Article 13.

Organisation Mondiale de la Santé (1946). Constitution de l'Organisation mondiale de la Santé. Conférence internationale de la santé – Conseil économique et social des Nations unies. Disponible sur : <https://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/FR/constitution-fr.pdf>

Organisation mondiale de la Santé, OCDE & Groupe de la banque mondiale (2019). La qualité des services de santé : un impératif mondial en vue de la couverture santé universelle. Disponible sur : <https://www.who.int/fr/publications-detail/9789241513906>

Pagani V., Garcia V. & Claudot F. (2022). Valeurs et principes éthiques en santé publique : une revue systématique. Santé Publique, 2 (34). Doi : <https://doi.org/10.3917/spub.222.0191>

Papaluca T.J., Tambakis G., Iser D. & Thompson A.J. (2019). Effective prison-based treatment and linkage to care after release. The Lancet – Infectious Diseases, 19 (11). Doi : [https://doi.org/10.1016/S1473-3099\(19\)30536-5](https://doi.org/10.1016/S1473-3099(19)30536-5)

Sciensano, KCE, INAMI & SPF Santé Publique (2024). Continuité des soins – Page site internet. Disponible sur : <https://www.belgiqueenbonnesante.be/fr/hspa/qualite-des-soins/continuite-des-soins>

Van Hout M.C., Klankwarth U-B., Feibner S., Pont J. & Stöver H. (2024). State of transition to Ministry of health governance of prison healthcare in the Council of Europe region. Public Health, 229. Doi : 10.1016/j.puhe.2024.01.020

Verbrugghe B. & Favril L. (2023). Déterminants sociaux de la santé et de l'incarcération. Fatik, Journal de politique criminelle et système carcéral, 40 (180). Disponible sur : FATIK_2023_180.indd (mensenrechten.be)

World Health Organisation (2021). The WHO Prison Health Framework: a framework for assessment of prison health system performance. Disponible sur : <https://www.who.int/europe/publications/i/item/9789289055482>

World Health Organization (2023). Recommended package of interventions for HIV, viral hepatitis and STI prevention, diagnosis, treatment and care for people in prisons and other closed settings : policy brief. Disponible sur : <https://www.who.int/publications/i/item/9789240075597>