

La continuité du soin avec le milieu carcéral : le point de vue des professionnel·les extramuros



RACHELLE ROUSSEAUX - I.CARE ASBL

Depuis sa création, I.Care apporte une attention particulière à la continuité du soin dans le cadre de ses missions, et plus particulièrement via ses projets Drugs.Lab et Translation.

En effet, la pratique de continuité du soin représente un facteur de qualité de la prise en charge et de l'accompagnement des personnes en détention. Cependant, dans le cadre de nos projets de terrain et par le biais d'échanges avec nos partenaires, nous réalisons que cette continuité n'est pas optimale actuellement et qu'elle serait particulièrement difficile à réaliser pour les professionnel·les, tant à l'intérieur qu'à l'extérieur des prisons.

Nous adoptons consciemment l'appellation « continuité du soin » et non « des soins » pour faire référence au soin dans une perspective de care. Pour I.Care, prendre soin des personnes détenues va au-delà du simple accès à des soins médicaux disponibles et de qualité. Dans le cadre de notre étude, nous utilisons les termes « continuité du soin » pour faire référence tant à la continuité des soins médicaux, qu'à l'accompagnement psychologique et social.

Réalisation d'une étude exploratoire sur la continuité de cet accompagnement psycho-médico-social des personnes détenues

Nombreuses sont les situations à risque autour du parcours d'incarcération qui peuvent représenter des moments charnières de rupture dans l'accompagnement et la prise en charge. En effet, cela ne se résume pas au moment de la sortie prison. Nous observons également des situations de rupture au moment de l'entrée en prison mais également durant la détention, lors de transferts entre deux prisons, lors d'extractions médicales ou encore lors de permissions de sortie et de congés pénitentiaires (prolongés).

Outre les nombreux moments de potentielle rupture, cette dernière peut également prendre des formes diverses. Nous observons des ruptures dans l'accompagnement et la prise en charge au niveau des traitements (pas d'accès aux mêmes traitements qu'à l'extérieur, non accès aux traitements de substitution ou chroniques lors des moments de libération définitive ou provisoire, etc.), dans l'accès aux soins de santé et consultations thérapeutiques lors des moments de sorties provisoires (le paiement de certains de ces soins étant en partie à charge des patient·es, l'accès aux Maisons Médicales et aux Maisons d'Accueil Socio-Sanitaires n'étant plus possible ou moyennant des coûts élevés pour le public incarcéré souvent en situation de précarité), dans la transmission d'informations tant entre professionnel·les internes et externes aux prisons mais également au sein même des prisons, ou encore dans la transmission des dossiers médicaux entre la prison et l'extérieur, etc. Voici quelques exemples de la diversité des situations rencontrées.

En effet, bien que la pratique de la continuité du soin revêt d'obligations et de principes tant légaux, qu'éthiques et déontologiques, force est de constater que la discontinuité dans le soin est un problème récurrent pour les personnes détenues. Pourtant, l'Organisation mondiale de la santé rappellerait à ce propos que « 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 le monde libre »¹.

À la suite de ces observations, nous avons souhaité mener une étude pour mieux comprendre quelles sont les difficultés rencontrées par les professionnel·les en termes de continuité des soins médicaux et de l'accompagnement psycho-social, mais également pour envisager des perspectives pour pallier ces difficultés et proposer des pistes de solutions.

Concernant la méthodologie, cette étude se réalise en 3 phases. La première s'intéresse au point de vue des professionnel·les psycho-médico-sociaux dans la société libre mais susceptibles de travailler auprès du public (ex) détenu et ce dans des structures diverses (service d'aide aux justiciables, CPAS, hôpital, maison médicale, housing first, centre de planning familial, centre de cure, centre d'hébergement, etc.). La deuxième s'attèle à collecter le point de vue des professionnel·les exerçant au sein des services médicaux et équipes soins des annexes psychiatriques de nos prisons belges. Enfin, la 3^{ème} phase consistera en la rencontre de personnes (ex)détenues.

Lors de cette 1^{ère} phase, nous avons diffusé un questionnaire auprès des professionnel·les des secteurs psycho-médico-sociaux dans la société libre (Flandre, Wallonie et Bruxelles) susceptibles de travailler auprès du public (ex)détenu. En outre, nous menons actuellement divers entretiens auprès de professionnel·les ayant accepté de nous rencontrer pour approfondir le sujet.

Bien que cette étude n'en soit qu'à ses prémices, nous souhaitons déjà vous partager une partie des résultats préliminaires de la 1^{ère} phase. Celle-ci est toujours en cours puisque plusieurs entretiens doivent encore être menés et que ces résultats, par conséquent, ne sont pas définitifs.

Refus de prise en charge pour cause de continuité irréalisable

Près d'un quart des répondant·es (n=65) affirme avoir déjà dû refuser la prise en charge/l'accompagnement d'une personne (ex)détenue car les difficultés en matière de continuité du soin étaient telles que cela a mené à l'impossibilité du suivi.

Les répondant·es expliquent cette impossibilité de suivi par différents facteurs :

- À cause d'un manque de moyens matériels tels que l'absence de locaux disponibles pour rencontrer les patient·es, ou des locaux disponibles mais ne permettant pas la confidentialité des entretiens/consultations, ou encore un manque d'accès à des outils d'interprétariat ;
- Pas de possibilité de réaliser la continuité du suivi car le ou la professionnel·le n'a pas été averti·e du fait que le ou la patient·e est incarcéré·e ;
- Pas de contacts avec les travailleur·euses sociaux·les en interne des prisons et donc pas de continuité possible de l'accompagnement ;
- Des difficultés à collaborer/communiquer avec les services médicaux des prisons ;
- Pas d'accord de mise à disposition de certains traitements de la part de l'administration pénitentiaire ;
- Pas de places disponibles, existence de listes d'attente auprès des structures extramuros.

Les répondant·es expriment également que la non-continuité est parfois aussi liée aux difficultés pratiques rencontrées par la personne détenue elle-même. Par exemple, lorsque la trajectoire de soin proposée n'est pas en adéquation avec la demande du bénéficiaire. En effet, cela se présente fréquemment lors de suivis thérapeutiques imposés par le tribunal qui ne répondent pas aux problématiques considérées comme plus urgentes par le ou la patient·e. Un autre exemple est celui lors de rendez-vous psycho-médico-sociaux à l'extérieur dans le cadre de sorties provisoires au cours de la détention. Les répondant·es évoquent les nombreuses difficultés auxquelles font face les personnes détenues, ne permettant pas de les mettre dans les bonnes conditions pour pouvoir bénéficier pleinement de ces suivis. Par exemple, certaines personnes ont des problèmes avec leur mise en ordre de mutuelle engendrant le refus de remboursement de certains soins de santé ou consultations. Cette complication se présente d'autant plus aujourd'hui dans le cadre de la nouvelle mesure des congés pénitentiaires prolongés pour lesquels il existe un flou quant aux soins qui peuvent être remboursés.

Une pratique difficile à tous les moments de la détention

Un autre exemple est celui des personnes incarcérées dans les prisons particulièrement décentralisées (telle que la prison de Haren). Pour ces

personnes, l'accès à leurs rendez-vous de suivi en centre-ville nécessite de prendre les transports en commun pour s'y rendre mais certaines personnes ne savent pas assumer le coût des tickets de transport et se voient alors voyager dans l'illégalité, risquant de mettre à mal leur droit aux sorties provisoires. Toutes ces complications présentent des risques de non-recours de la part de la personne détenue et, par conséquent, de discontinuité dans l'accompagnement ou la prise en charge.

En outre, il a été demandé aux répondant·es de se positionner quant au niveau de difficulté/facilité à mettre en œuvre diverses pratiques de continuité du soin, cela à trois moments charnières. Concernant l'arrivée en détention, entre 41 % et 56 % des répondant·es (n=65) estiment « difficile » ou « très difficile » d'assurer les pratiques de continuité du soin suivantes :

- Assurer la continuité des traitements initiés à l'extérieur avant l'incarcération (53,9 %) ;
- Assurer la continuité de l'information avec les professionnel·les à l'intérieur de la prison (56,9 %) ;
- Identifier les professionnel·les à l'intérieur de la prison vers lequel·les se tourner pour échanger sur le dossier d'un patient·e/d'un suivi (41,6 %).

Au cours de la détention, les problèmes de continuité du soin sont divers et multiples. Parmi ceux-ci, la barrière de la langue semble représenter une difficulté particulièrement importante pour les répondant·es. En effet, plus de la moitié (58,4%) des répondant·es (n=65) estime qu'accompagner une personne dans son parcours de soin lorsqu'elle ne parle pas la langue du ou de la professionnel·le est difficile, voire très difficile. Sur 65 répondant·es, 21,5% considèrent cette pratique « difficile », et 36,9% la considèrent comme « très difficile ». La barrière de la langue peut alors représenter un risque de discontinuité dans l'accompagnement ou la prise en charge. Cette difficulté n'étant pas négligeable sachant qu'une partie importante de la population carcérale en Belgique ne parle pas au moins une des langues nationales. Lors de la reprise d'un suivi suite à sa libération, il a été demandé aux répondant·es de se positionner sur la difficulté/facilité à identifier les professionnel·les et structures qui ont suivi la personne en prison aux niveaux psychologique, social et médical distinctement, dans le but d'obtenir des informations sur les démarches et la prise en charge qui ont été initiées durant l'incarcération.

À ce propos, les graphiques ci-contre démontrent qu'il est plus ou moins facile d'identifier les professionnel·es et structures selon leur champ de compétence.

Quelques pistes de réflexion

La dernière section du questionnaire consistait à demander aux répondant·es de se positionner quant à la pertinence ou non de plusieurs propositions faisant office de modestes pistes de solution.

Proposition 1 : Création d'un formulaire permettant à la personne détenue de donner son consentement en vue d'un partage d'informations psycho-médico-sociales entre professionnel·les internes et externes à la prison.

Proposition 2 : Rédiger une procédure officielle de transmission d'informations psycho-médico-sociales entre professionnel·les de santé et sociaux à l'extérieur et à l'intérieur de la prison.

Proposition 3 : Créer des listings, pour les professionnel·les internes aux prisons, recensant (et présentant) les services extérieurs vers lesquels renvoyer une personne détenue à sa sortie pour avoir accès à toute sorte de services psycho-médico-sociaux.

Proposition 4 : Sensibiliser les médecins généralistes extérieur·es et les maisons médicales - des communes sur lesquelles se trouvent les prisons notamment - à la prise en charge de personnes sortant de prison et à la continuité du soin avec les professionnel·les internes aux prisons.

Proposition 5 : Informer les services psycho-médico-sociaux extérieurs sur la façon de prendre contact avec les professionnel·les en interne des prisons pour échanger des informations sur des prises en charge communes et réaliser la continuité du soin (vers qui se tourner, comment, via quel canal, etc.).

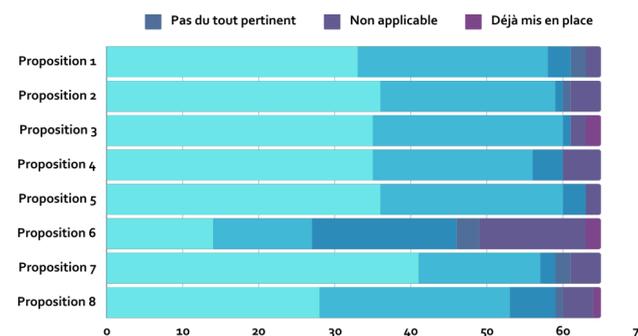
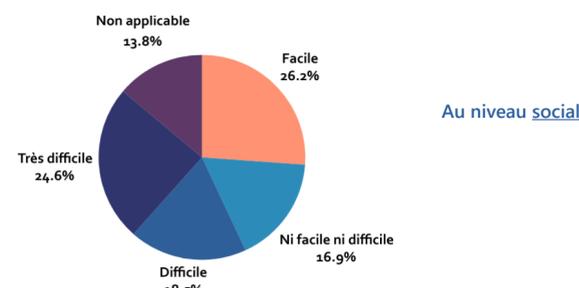
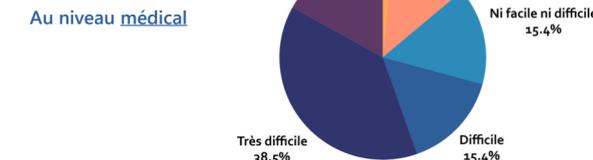
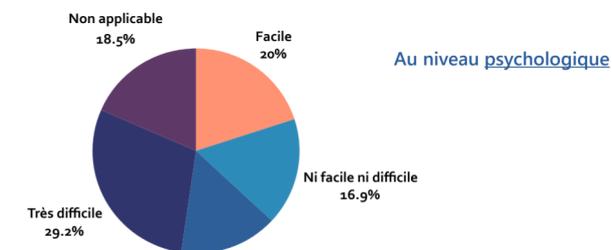
Proposition 6 : Utiliser la télé-médecine pour répondre aux problèmes de délais de consultations auprès des médecins spécialistes.

Proposition 7 : Elaborer des « documents types » informationnels sur les démarches que la personne sortante doit entreprendre une fois libérée, reprenant les services pertinents à l'extérieur, où se procurer ses traitements en cas de traitements médicamenteux, les coordonnées des maisons médicales aux alentours, etc. Ceux-ci seraient remis en amont au greffe qui les transmettrait aux personnes sortantes, au moment de leur libération.

Proposition 8 : Mettre en place un groupe de travail réunissant des professionnel·les internes et externes aux prisons visant à réfléchir à la planification de la continuité du soin.

Parmi les outils envisageables pour assurer une continuité du soin optimale, le secret professionnel partagé semble de prime abord représenter un outil pertinent pour assurer une fluidité de l'information et une approche plus intégrée de l'accompagnement proposé. Cependant, son application reste

Identifier les professionnel·les et structures qui ont suivi la personne en prison, dans le but d'obtenir des informations sur les démarches et la prise en charge qui ont été initiées durant l'incarcération.



particulièrement sensible, selon les répondant·es ; et ce d'autant plus dans un milieu où les professionnel·les sont tenus·es par des missions parfois tout à fait opposées, comme notamment celles du soin versus de l'évaluation. En effet, les répondant·es semblent l'envisager comme un outil intéressant mais iels mettent d'emblée en garde sur les utilisations qui peuvent être faites de ces informations dans un milieu fait de contrôle, de surveillance et de sanctions disciplinaires. Les répondant·es exemplifient ces situations comme, par exemple, lorsque le partage d'information, divulguée dans une optique d'optimisation de l'accompagnement, est utilisée dans le dossier judiciaire et peut avoir un impact négatif sur la personne et son parcours (par exemple, le fait d'informer le SPS qu'une personne consomme, ou a consommé, des produits stupéfiants pourrait avoir un effet sur l'octroi et les conditions d'obtention d'une permission de sortie ou d'une libération conditionnelle). Les répondant·es mettent également en garde contre le partage d'informations qui n'aurait pas été soumis au consentement du ou de la patient·e au préalable ou encore qui ne respecterait pas le cadre de la déontologie.

Nous commençons à lever le voile sur une problématique complexe qui mérite encore d'être approfondie. Ce travail de documentation va se poursuivre dans les mois à venir dans l'objectif de pouvoir questionner les points de vue de l'entière des acteur·rices concerné·es (professionnel·les et personnes détenues).

¹ World Health Organization (2021). The WHO Prison Health Framework : a framework for assessment of prison health system performance.