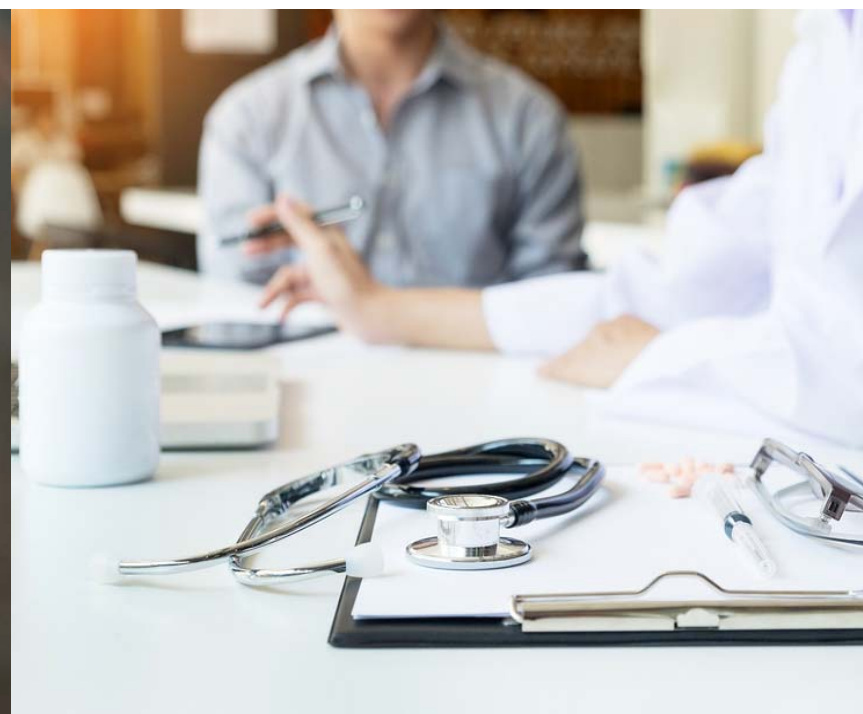


SYNTHÈSE

SOINS DE SANTÉ DANS LES PRISONS BELGES : SITUATION ACTUELLE ET SCÉNARIOS POUR LE FUTUR



SYNTHÈSE

SOINS DE SANTÉ DANS LES PRISONS BELGES : SITUATION ACTUELLE ET SCÉNARIOS POUR LE FUTUR

PATRIEK MISTIAEN, MARIE DAUVRIN, MARIJKE EYSEN, DOMINIQUE ROBERFROID, LORENA SAN MIGUEL, IRM VINCK



■ PRÉFACE

Ne mâchons pas nos mots : que nous considérons la prison comme un dispositif d'enfermement et de pénitence, un moyen de protéger la société contre de dangereux criminels, ou un lieu servant à préparer activement leur réinsertion dans la société, ses résidents sont et restent des êtres humains. Et si l'on peut les priver de leurs droits civils, d'autres droits demeurent, fondamentaux et universels. Notamment le droit aux soins de santé – à moins que l'on ne décide d'en revenir à la peine de mort, ce qui évacue évidemment la question de manière tout à fait radicale. Mais ce n'est pas le cas en Belgique. Donc, si nous voulons rester cohérents, ces soins seront efficaces et de qualité, non des simulacres. Voilà, en très résumé, notre point de départ pour cette étude.

Mais en fait, quelle était la question? Elle nous avait été posée par la Ministre des Affaires sociales et de la Santé publique et en ces termes: comment pourrions-nous, à l'avenir, organiser au mieux les soins de santé pour les prisonniers, sachant que, suite aux recommandations de l'OMS, le projet est de transférer cette compétence du Ministère de la Justice à celui des Affaires sociales ? Il nous semblait logique de partir des besoins en soins des prisonniers, mais nous avons vite découvert qu'il n'existait pas de données fiables à ce sujet. On peut néanmoins poser sans trop de risques l'hypothèse que ces besoins sont élevés, bien plus élevés que ceux de la population générale : des problèmes psychiques, notamment d'énormes problèmes de dépendance, des maladies infectieuses, une santé bucco-dentaire déficiente,... et que les réponses qui y sont apportées sont jugées insuffisantes par la plupart des acteurs concernés. Sans oublier, bien sûr, toutes les difficultés qu'impliquent les indispensables mesures de sécurité. Et aussi, que la langue constitue bien souvent une barrière supplémentaire, que les antécédents médicaux sont souvent inconnus, ...la liste des embûches est encore longue.

Ce ne sera pas une réforme facile : la culture pénitentiaire n'est pas nécessairement compatible avec celle des soins. De plus, les approches sont très variables d'un établissement pénitentiaire à l'autre. Il faudra donc beaucoup d'énergie, et des ressources supplémentaires, pour hisser notre pays hors de la zone d'infamie des statistiques internationales, et offrir à tous les détenus des soins dignes et accessibles. Mettons-nous donc à l'œuvre en nous appuyant sur l'idée – largement acceptée au niveau international – que cela mènera à une meilleure réintégration et que ce sera donc bénéfique pour toute la société aussi.

Enfin, malgré les constats inquiétants effectués par les équipes de recherche et les nécessaires améliorations proposées, il ne faut pas minimiser les efforts consentis quotidiennement par le personnel de santé (interne et externe) des prisonniers. Les visites des établissements auxquelles nos chercheurs ont participé leur ont permis de constater, qu'avec les moyens du bord, le personnel de santé assure un travail qui mérite notre considération et notre respect.

Christian LÉONARD
Directeur Général Adjoint

Raf MERTENS
Directeur Général



■ SYNTHÈSE

TABLE DES MATIÈRES

■	PRÉFACE.....	1
■	SYNTHÈSE	2
1.	INTRODUCTION	8
1.1.	CONTEXTE	8
1.2.	NOTRE MÉTHODE DE TRAVAIL	8
2.	CARACTÉRISTIQUES DE LA POPULATION CARCÉRALE BELGE.....	10
2.1.	35 PRISONS POUR 11 040 DÉTENUS.....	10
2.2.	DIVERSITÉ ET ROTATION IMPORTANTES	12
3.	PROBLÈMES DE SANTÉ DES DÉTENUS EN BELGIQUE.....	12
3.1.	CONSOMMATION ÉLEVÉE DE MÉDICAMENTS.....	12
3.2.	... SURTOUT POUR DES PROBLÈMES DE SANTÉ MENTALE.....	13
3.3.	LES DÉTENUS SONT GÉNÉRALEMENT EN MOINS BONNE SANTÉ QUE LE RESTE DE LA POPULATION	15
4.	RECOURS AUX SOINS DE SANTÉ DANS LES PRISONS BELGES	16
4.1.	SURTOUT LE MÉDECIN GÉNÉRALISTE ET LE PSYCHIATRE.....	16
4.2.	GRANDE VARIABILITÉ ENTRE LES DÉTENUS.....	17
4.3.	... ET ENTRE LES PRISONS.....	17
4.4.	ADÉQUATION ENTRE LES BESOINS DE SANTÉ ET L'OFFRE DE SOINS	20
5.	ANALYSE CRITIQUE DE L'ORGANISATION DES SOINS DE SANTÉ DANS LES PRISONS BELGES	20
5.1.	DROIT À DES SOINS ÉQUIVALENTS, CONTINUITÉ DES SOINS ET INDÉPENDANCE DES PRESTATAIRES DE SOINS	20
5.2.	DANS L'ATTENTE DE LA MISE EN ŒUVRE DE LA LOI DE PRINCIPES, LES DROITS GÉNÉRAUX S'APPLIQUENT	22



5.3.	FRAGMENTATION DES COMPÉTENCES	22
5.4.	ORGANISATION DES SOINS DE 1RE ET 2E LIGNES	24
5.5.	PROBLÈMES IDENTIFIÉS AU NIVEAU DES SOINS DE SANTÉ PÉNITENTIAIRES	25
5.6.	LES DÉTENUS NE RELÈVENT PAS DE L'ASSURANCE MALADIE OBLIGATOIRE	27
6.	COÛT DES SOINS DE SANTÉ DANS LES PRISONS BELGES	27
6.1.	PLUS DE 43 MILLIONS D'EUROS CHAQUE ANNÉE, DONT LA MAJEURE PARTIE SONT DES FRAIS DE PERSONNEL	27
6.2.	SOUS-ESTIMATION POSSIBLE DES FRAIS	28
6.3.	GRANDE VARIABILITE DES FRAIS PAR DETENU, SELON LA PRISON	28
7.	PISTES POUR UNE RÉFORME DES SOINS PÉNITENTIAIRES	30
7.1.	PRINCIPES DE BASE.....	30
7.2.	RÉFORME DES SOINS DE 1 ^{RE} LIGNE :	31
7.2.1.	Une équipe de soins interdisciplinaire	31
7.2.2.	Un check up approfondi dès l'entrée en prison.....	32
7.2.3.	Dès l'entrée, penser à la continuité des soins	32
7.2.4.	Dépister et traiter systématiquement les maladies transmissibles	32
7.2.5.	Une approche globale et coordonnée de la santé	33
7.2.6.	Des normes minimales pour le personnel de santé à revoir.....	33
7.2.7.	Des détenus à impliquer dans leurs soins de santé	33
7.2.8.	Des différences dans l'utilisation des soins entre prisonniers à aplanir.....	34
7.3.	REFORME DES SOINS DE SECONDE LIGNE	34
7.3.1.	Accord entre chaque prison et un hôpital local	34
7.4.	REFORME DES SOINS DE SANTE MENTALE : CONCENTRER LES DETENUS GRAVEMENT MALADES ?	35



7.4.1.	Les problèmes de santé mentale légers à modérés	35
7.4.2.	Les problèmes de santé mentale graves ou complexes.....	35
7.4.3.	L'utilisation médicaments psychotropes est à reconsidérer	36
7.4.4.	Des programmes de lutte contre les assuétudes aux drogues à renforcer	36
7.5.	RÉFORME DES SOINS DENTAIRES : PAS D'OPTION PRÉFÉRENTIELLE	36
7.6.	RÉFORME DES SERVICES PHARMACEUTIQUES : HARMONISER LES PRATIQUES	36
7.7.	APPLIQUER ÉGALEMENT L'ASSURANCE MALADIE AUX DÉTENUS.....	37
7.8.	RÉFORME DES MODALITÉS DE PAIEMENT DES PRESTATAIRES.....	38
7.9.	REFORME DES SERVICES CENTRAUX	38
7.10.	AUTRES POINTS À PRENDRE EN COMPTE	40
7.10.1.	Appliquer la législation existante	40
7.10.2.	Explorer les atouts de la télémédecine	40
7.10.3.	Reconsidérer l'ampleur de l'enveloppe budgétaire.....	40
7.10.4.	Établir les coûts du transfert de compétences	40
7.11.	CONCLUSION.....	41
■	RECOMMANDATIONS	42
■	REFERENCES	48



LISTE DES FIGURES

Figure 1 – Phases de l'étude	9
Figure 2 – Population carcérale belge en 2015 ⁴³	10
Figure 3 – Localisation des prisons belges.....	11
Figure 4 – Consultations médicales par spécialité en 2015	16
Figure 5 – Contacts avec le personnel de santé des prisons en 2015(N = 554 412)	17
Figure 6 – Nombre moyen de consultations médicales par prisonnier-année et par prison en 2015.....	18
Figure 7 – Nombre moyen de consultations de psychiatre par prisonnier-année, par type de détenu et par prison 2015	19
Figure 8 – Organigramme du Service des Soins de Santé en Prisons (SSSP).....	23
Figure 9 – Répartition des coûts moyens des soins de santé par prisonnier-année par prison en 2015	29

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 – Prescriptions de médicaments par classe ATC.....	13
Tableau 2 – Problèmes de santé auto-rapportés chez les détenus et dans la population générale.....	15
Tableau 3 – Frais par type de soins dispensés aux détenus en Belgique en 2015	28



LISTE DES ABRÉVIATIONS

ABRÉVIATION	DÉFINITION
AR	Arrêté Royal
ATC1	Classification Anatomique Chimique Thérapeutique
BPCO	BronchoPneumopathie Chronique Obstructive
CAAMI	Caisse Auxiliaire d'Assurance Maladie Invalidité
CMC	Centre Médical – Medisch Centrum
CPL	Centre de psychiatrie légale
CPT	Comité européen pour la Prévention de la Torture
DG-EPI	Direction Générale des Etablissements Pénitentiaires
DPI	Dossier Patient Informatisé
HCV	Hépatite C virus
INAMI	Institut National d'Assurance Maladie Invalidité
ISP	Institut Scientifique de Santé Publique
IST	Infections sexuellement transmissibles
NICE	National Institute for Health and Care Excellence
OPCAT	Optional Protocol to the Convention Against Torture / Protocole facultatif se rapportant à la Convention contre la torture et autres peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONE	Office de la Naissance et de l'Enfance
SSSP	Service des Soins de Santé en Prison
SPD	Service Psychosocial - Psychosociale Dienst
SPF	Service Public Fédéral
SPP Intégration Sociale	Service Public Fédéral de Programmation Intégration Sociale, Lutte contre la Pauvreté et Politique des Grandes Villes



TIC

Technologies de l'Information et de la Communication

UE

Union Européenne

VIH/SIDA

Virus Humain de l'Immunodéficience / Syndrome de l'Immunodéficience Acquise



1. INTRODUCTION

1.1. Contexte

Selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS)^{1,2} les soins de santé dans les prisons doivent être équivalents à ceux dispensés dans la population générale et doivent être prodigués par des prestataires indépendants. Leur organisation et leur dispensation doivent s'inscrire dans une perspective sociétale et être intégrés dans l'ensemble des soins de santé. L'OMS stipule également que les soins pénitentiaires doivent relever de la Santé publique et souligne qu'une telle approche n'améliore pas seulement la santé des détenus, mais offre clairement des avantages, pour toute la société.

En effet, l'OMS relève que la majorité des détenus sont issus de groupes défavorisés et marginalisés de la société, dont bon nombre sont affectés par des maladies comme la tuberculose, les maladies sexuellement transmissibles, le virus HIV/SIDA et des troubles psychiques, qui ne sont malheureusement pas toujours détectées ni traitées. Par conséquent, beaucoup de détenus sont déjà malades lors de leur incarcération, ou le deviennent pendant leur séjour, et ressortent malades. Les soins de santé pénitentiaires ne sont donc pas seulement une responsabilité des prisons, mais de l'ensemble de la société.

À l'heure actuelle, en Belgique, les soins de santé pénitentiaires sont placés sous la tutelle du ministre de la Justice. Ils font l'objet de critiques répétées aux niveaux national et international³⁻³², ce qui a suscité une exigence de mesures rapides et concrètes.

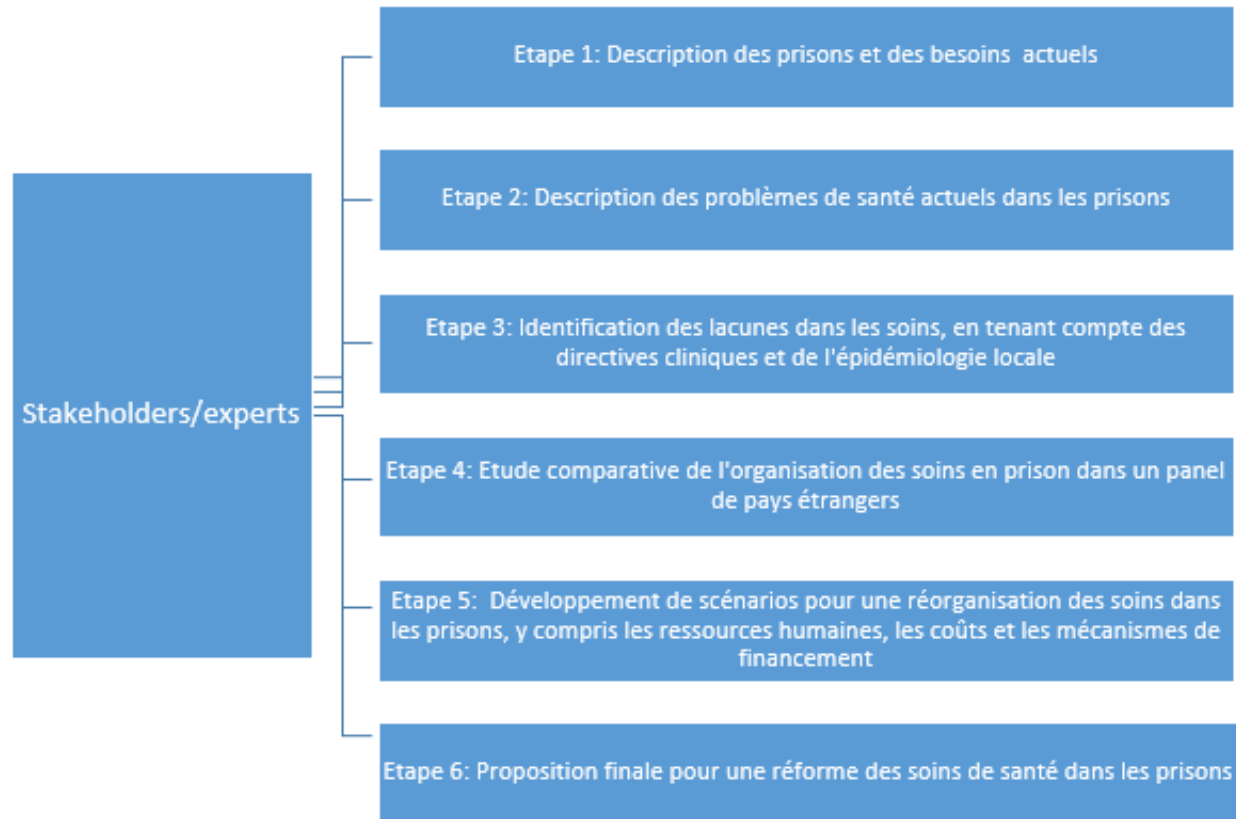
Il existe aujourd'hui une volonté politique de transférer ces compétences du ministre de la Justice au ministre de la Santé publique et des Affaires sociales. Pour préparer ce transfert, les deux ministres ont constitué conjointement un groupe de pilotage. Ce groupe de pilotage a demandé à son tour au KCE d'analyser l'actuelle organisation des soins dans les prisons belges et de formuler des propositions de réformes, en tenant compte des principes de l'équivalence des soins et des caractéristiques spécifiques de l'environnement carcéral.

1.2. Notre méthode de travail

Notre étude visait à analyser les aspects médicaux, organisationnels, financiers, sociologiques et qualitatifs des soins de santé dans les prisons belges et à formuler des propositions de réformes. Pour ce faire, nous avons suivi les étapes suivantes (voir la figure 1) :



Figure 1 – Phases de l'étude





Pour cette étude, le KCE a travaillé en collaboration avec 6 équipes de recherche externes, soit 30 chercheurs (voir colophon).

Diverses méthodes de recherche ont été utilisées : revue de la littérature belge et internationale, questionnaires soumis aux services médicaux des prisons belges, visites dans les prisons, entrevues avec des stakeholders, comparaison internationale, analyse des dossiers médicaux électroniques anonymisés des détenus, analyse des données de facturation, analyse de la législation belge et multiples concertations avec des experts et stakeholders (voir colophon).

Toutes les données chiffrées sont basées, dans la mesure du possible, sur l'année 2015.

Le rapport a été validé par trois experts scientifiques indépendants, dont deux étrangers (voir colophon).

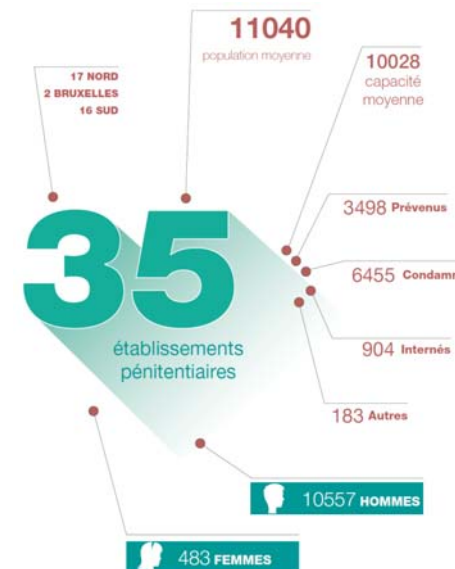
Les méthodes et les résultats sont décrits en détails dans les chapitres correspondants du rapport scientifique³³⁻⁴².

2. CARACTÉRISTIQUES DE LA POPULATION CARCÉRALE BELGE

2.1. 35 prisons pour 11 040 détenus

Selon le rapport annuel⁴³ de la Direction générale des Établissements pénitentiaires (DG-EPI), la Belgique comptait 35 prisons en 2015^a : 17 en Flandre, 16 en Wallonie et 2 en Région bruxelloise. Une partie des détenus enregistrés dans la prison de Wortel étaient en réalité incarcérés à Tilburg (Pays-Bas) jusqu'en décembre 2016.

Figure 2 – Population carcérale belge en 2015⁴³



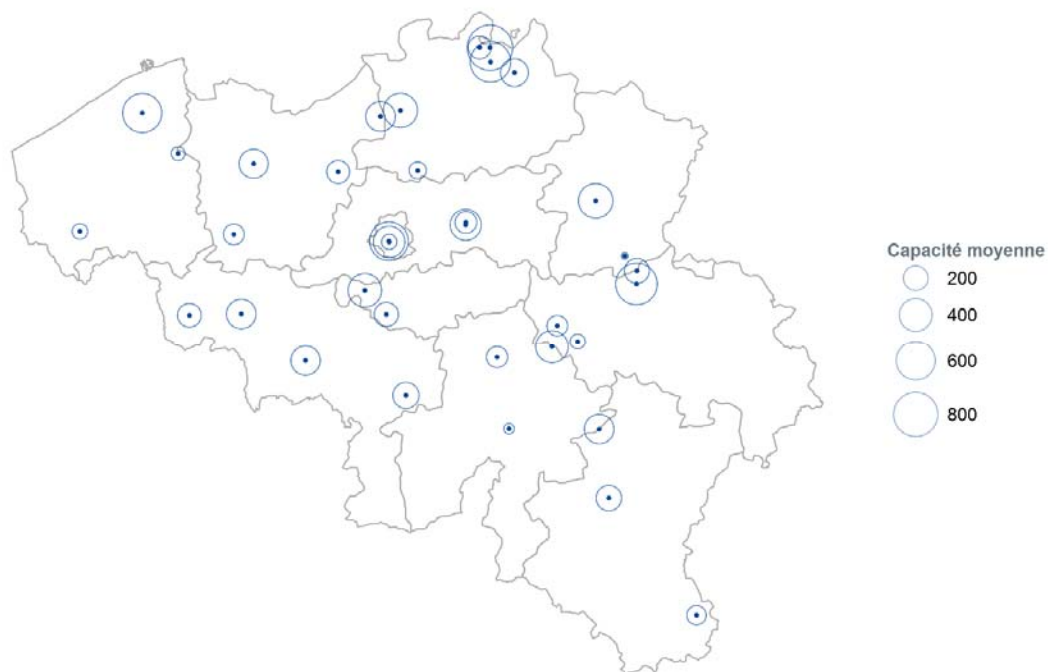
Source : Direction générale des Établissements pénitentiaires (DG-EPI) ; rapport annuel 2015⁴³.

^a Les chiffres concernant le nombre de prisons ne sont pas cohérents. Dans le calcul du nombre de prisons, les établissements pénitentiaires de Forest et

de Berkendael sont considérés comme une seule entité. Dans les statistiques de chaque prison individuelle, ils sont toutefois considérés comme deux établissements distincts, de sorte qu'il existe en fait au total 36 prisons.



Figure 3 – Localisation des prisons belges



Les hommes constituent la grande majorité (95 %) de la population carcérale, et plus de la moitié ont moins de 40 ans.

En 2015, la capacité moyenne journalière des prisons s'élevait à 10 028 personnes, alors qu'en réalité les prisons belges ont accueilli une moyenne journalière de 11 040 personnes. On peut donc parler de surpopulation.

Certaines prisons abritent essentiellement des détenus condamnés. D'autres accueillent également des détenus en détention provisoire, en attente de leur procès. Dans 19 prisons séjournent également des internés, c'est-à-dire des prisonniers souffrant de pathologies mentales tenus pour irresponsables de leurs actes. Douze prisons disposent d'une section psychiatrique spéciale pour ces résidents.



En 2015 toujours, sur les 11 040 détenus, 58,5 % étaient des condamnés, 31,7 % se trouvaient en détention préventive et 8,2 % étaient internés. Le nombre d'internés dans les prisons a diminué au fil des années et devrait continuer à baisser avec l'ouverture de nouveaux Centres de psychiatrie légale (CPL), notamment à Gent et Antwerpen.

Cette étude se concentre sur les adultes qui séjournent effectivement en prison. N'en font donc pas partie: les délinquants mineurs d'âge, les personnes placées sous surveillance électronique (bracelet électronique) et les personnes internées en dehors des prisons (par exemple dans les CPL).

2.2. Diversité et rotation importantes

En 2015, 44,4 % des détenus étaient de nationalité étrangère, originaires de plus de 130 pays. 16,7 % ne disposaient pas d'un permis de séjour valable et 10 % ne connaissaient ni le français, ni le néerlandais, ni l'allemand, l'anglais ou l'espagnol.

Entre le 4 avril 2015 et le 4 avril 2016, 26 511 personnes ont passé au moins 1 nuit en prison^b. Au cours de cette même période, 14 435 nouveaux détenus ont été admis et 13 458 ont quitté la prison. Au total, 14,5 % des nouveaux prisonniers arrivés pendant cette période sont restés moins de 1 semaine et 56 % moins de 3 mois en prison. Les détenus sont également souvent transférés d'une prison à l'autre. Autant d'éléments qui indiquent une grande rotation, et donc une charge de travail accrue pour les prestataires de soins étant donné l'obligation de pratiquer une consultation à l'entrée de tout nouveau détenu (cfr Loi de principes, voir plus loin) et la difficulté à assurer la continuité des soins.

^b Données obtenues sur la base de Sidis Suite, une base de données administrative du SPF Justice pour la gestion quotidienne de la population carcérale.

3. PROBLÈMES DE SANTÉ DES DÉTENUS EN BELGIQUE

3.1. Consommation élevée de médicaments...

La base de données Épicure (voir encadré 1) révèle que, sur une période de douze mois (04/04/2015-04/04/2016), 203 903 prescriptions ont été délivrées dans les prisons belges, soit un total de 10 473 550 jours de traitement ou 1 019 jours de traitement cumulés par prisonnier-année^c (dans la population générale, ce chiffre atteignait 459 jours de traitement cumulés par habitant et par an en 2014⁴⁴). Près de 80 % des détenus ont reçu une prescription pour un médicament. Sur les 4 386 détenus présents pendant la période complète, 94 % ont reçu au moins 1 prescription.

Encadré 1 – La base de données Épicure

Épicure contient les dossiers médicaux électroniques des détenus, avec les notes des prestataires de soins (médecins, infirmiers, dentistes, etc.) prises à chaque consultation en prison. Le prestataire de soins doit y mentionner systématiquement le motif du contact et son suivi. Il apparaît que les données y sont souvent encodées de manière non systématique et dans des zones de texte libres, ce qui rend la nature et l'épidémiologie des problèmes de santé plus difficiles à cerner. Les prescriptions sont les seules informations faciles d'accès à avoir été encodées dans le système.

^c Un prisonnier-année est une mesure de personne-temps. Elle correspond à la période de suivi d'un prisonnier pendant un an, tout aussi bien qu'au suivi de deux prisonniers pendant 6 mois, etc...



3.2. ... surtout pour des problèmes de santé mentale

Une large majorité des prescriptions (43 %) concernaient des médicaments actifs sur le système nerveux (par exemple, des antidépresseurs ou des anxiolytiques). Viennent ensuite, par ordre décroissant, des médicaments pour les voies respiratoires, le système locomoteur, le système digestif et contre les infections. Le tableau 1 présente le détail des prescriptions par classe ATC 1 (*Anatomical Therapeutic Chemical classification*).

À titre de comparaison, la troisième colonne mentionne également les proportions de prescriptions par classe ATC dans la population générale⁴⁴, ce qui permet d'observer que c'est pour les prescriptions de médicaments du système nerveux que l'écart entre population carcérale et population générale est le plus important.

Tableau 1 – Prescriptions de médicaments par classe ATC

Classe ATC1	Proportion de prescriptions (%)	Proportion de jours de traitements (%)	Proportion de jours de traitements dans la population générale en 2014 (%) (INAMI) ⁴⁴	Proportion de détenus avec au moins 1 prescription (%)	Proportion de prisonniers qui sont restés au moins 12 mois pendant la période d'observation avec au moins une prescription (%)
N - Système nerveux	43,3	53,2	11,5	58,8	76,4
<i>Pour :</i>					
• Angoisse ou troubles du sommeil				30,6	38,1
• Dépression				25,4	31,5
• Psychose				21,2	30,5
• Dépendance aux opioïdes				7,3	6,9
R - Système respiratoire	13,8	9,1	8,7	35,4	60,6
<i>Pour :</i>					
• Asthme/Bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO)				8,4	14,9
M - Appareil musculo-squelettique (ex : anti-inflammatoires)	12,3	2,6	5,0	39,0	66,8
A - Système gastro-intestinal	11,3	14,0	13,5	33,9	54,5
<i>Pour :</i>					
• Diabète				2,6	3,9



J - Agents antimicrobiens à usage systémique (ex: antibiotiques)	6,3	2,2	2,5	25,0	47,3
<i>Pour :</i>					
• HIV				0,4	0,5
• Tuberculose				0,5	1,1
• HCV				0,1	0,3
D - Préparations dermatologiques (ex : pommades)	4,5	2,0	0,5	18,8	35,2
C - Système cardiovasculaire (ex: hypertension, cholestérol)	3,8	10,3	38,5	13,4	21,7
S - Organes sensoriels (ex : collyres)	1,3	0,5	1,6	6,9	14,6
H - Préparations hormonales systémiques (excepté hormones sexuelles)	1,3	0,9	3,6	3,7	8,8
B - Sang et organes hématopoïétiques (ex: anticoagulants)	1,1	3,0	8,6	5,7	9,8
G - Système urogénital et hormones sexuelles	0,6	1,6	4,9	3,1	5,3
P - Agents antiparasitaires	0,2	0,0	0,0	1,2	1,7
L – Cytostatiques et agents immunosuppresseurs (ex : anticancéreux)	0,1	0,4	1,0	0,6	0,9
V - Autres (ex : oxygénothérapie)	0,0	0,0	0,0	0,1	0,3

Source : Épicure (période 04/04/15-04/04/16)



3.3. Les détenus sont généralement en moins bonne santé que le reste de la population

Différentes études belges (voir notamment⁴⁵⁻⁶¹) montrent que bon nombre de détenus dans notre pays sont en mauvaise santé et que certaines affections, comme les maladies infectieuses, les troubles psychiques et la toxicomanie, sont très fréquentes. Bien que les chiffres de prévalence diffèrent d'une étude à l'autre (par exemple en fonction de la sélection et de la méthode de mesure), toutes les études parviennent à la conclusion que les problèmes de santé des détenus sont plus fréquents que pour une population équivalente en dehors de la prison.

À titre d'illustration, le tableau 2 présente la synthèse d'une étude de 2015 réalisée dans les prisons flamandes⁶¹.

Tableau 2 – Problèmes de santé auto-rapportés chez les détenus et dans la population générale

Problèmes de santé	Proportion chez les détenus	Proportion dans la population générale basée sur les données de l'enquête nationale de santé par interview de l'ISP de 2008
En bonne santé	51,2%	74,1%
Affections chroniques	35,7%	30,9%
Diabète	7,0%	5,7%
Hypertension	21,8%	17,9%
Respiratoire	18,4%	NR
IST	2,6%	NR
Douleur	69,6%	52,4%
Surpoids (BMI>=25)	50,5%	31,1%
Troubles du sommeil	55,3%	22,5%
Antécédents de pensées suicidaires	37,6%	11,7%
Pensées suicidaires au cours de l'année écoulée	20,3%	3,8%
Antécédents de tentative de suicide	22,9%	4,5%
Tentative de suicide au cours de l'année écoulée	6,0%	0,4%
Tabagisme	69,6%	23,6%

Source : Vyncke et al. 2015⁶¹; Van der Heyden et al., 2010⁶²

Ces chiffres corroborent pleinement notre comparaison internationale des services/systèmes de santé en prison³⁶ et notre analyse de la littérature internationale³⁵.



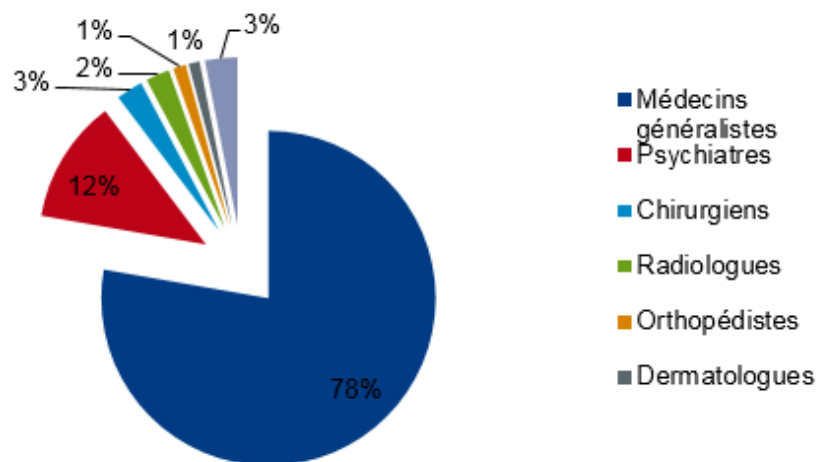
4. RECOURS AUX SOINS DE SANTÉ DANS LES PRISONS BELGES

4.1. Surtout le médecin généraliste et le psychiatre

Nous avons analysé les données de la base de données Épicure, notamment celles des 26 511 détenus qui ont passé au moins une nuit en prison pendant la période du 04/04/2015 au 04/04/2016.

Environ 250 000 consultations médicales – toutes spécialités confondues – ont été enregistrées (ce chiffre ne tient pas compte des contacts avec des médecins en dehors de la prison, p. ex. dans un hôpital). La grande majorité de ces consultations ont été effectuées par un médecin généraliste (77,7 %). Après les médecins généralistes, ce sont les psychiatres qui sont les médecins les plus souvent consultés (11,9 %) (voir la figure 4).

Figure 4 – Consultations médicales par spécialité en 2015



Source : Épicure (période 04/04/15-04/04/16)

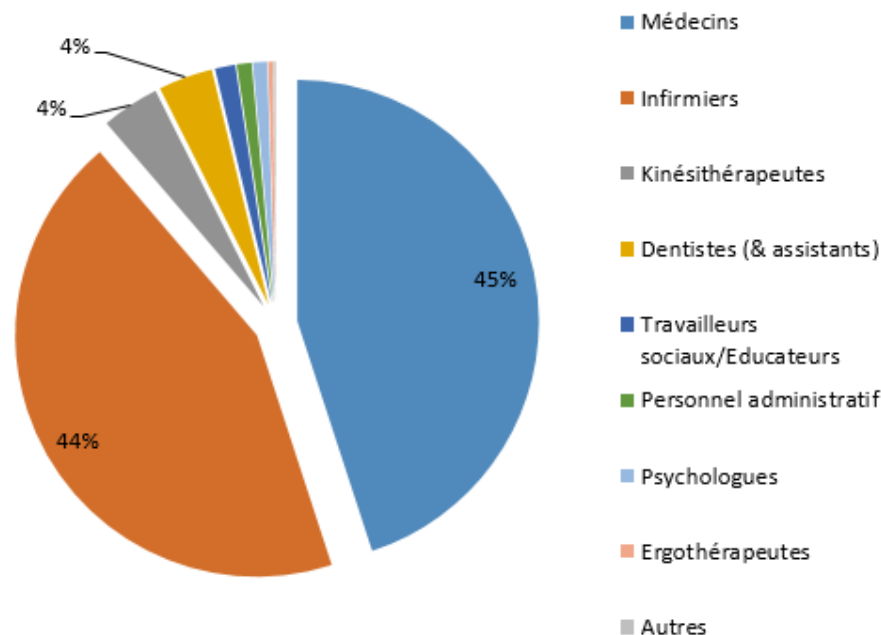
On obtient une moyenne de 24 consultations médicales par prisonnier-année, dont environ 18,3 auprès d'un médecin généraliste, (16,3 si l'on ne tient pas compte du check-up médical obligatoire lors de l'entrée en prison) et près de 3 auprès d'un psychiatre. On observe également que près de 7 % des détenus n'ont aucune consultation, ce qui peut éventuellement s'expliquer par certains séjours en prison très courts.

À titre de comparaison, selon l'enquête de santé par interview de l'ISP, le nombre moyen de consultations de médecins généralistes s'élevait, en 2013, à 3,2 par an dans la catégorie des 20 à 50 ans de la population générale⁶³. Une étude réalisée antérieurement (2005)⁵¹ concernant le recours au médecin généraliste dans les prisons belges est parvenue à une moyenne comparable de 17,2 consultations de médecine générale par prisonnier-année (hors check-up à l'arrivée) et selon les auteurs, ce chiffre était 3,8 fois plus élevé que celui de la population générale (après normalisation pour l'âge et le sexe mais pas pour la catégorie sociale).

Outre les médecins, d'autres professionnels de santé ont également été impliqués dans les soins en 2015 (voir la figure 5) ; il est à noter que certains de ces professionnels s'occupent essentiellement des internés (p. ex. 74 % des contacts avec des psychologues et 64 % des contacts avec des ergothérapeutes sont le fait d'internés).



Figure 5 – Contacts avec le personnel de santé des prisons en 2015(N = 554 412)



Source : Épicure (période 04/04/15-04/04/16)

4.2. Grande variabilité entre les détenus...

Les données d'Épicure font également apparaître une grande variabilité du nombre de consultations médicales par prisonnier-année au sein de la population carcérale.

Sur la base d'une analyse multivariée, nous avons constaté qu'en 2015, le nombre de consultations était plus élevé chez :

- les détenus incarcérés moins de 3 mois lors de notre période d'observation ;

- les nouveaux détenus ;
- les groupes d'âge de 40 à 50 ans et les plus de 60 ans ;
- les femmes ;
- les internés.

Le nombre de consultations était moins élevé chez :

- les détenus sans permis de séjour ou les citoyens de l'UE qui n'étaient pas enregistrés en Belgique ;
- les détenus qui ne parlaient pas le néerlandais ou le français ;
- les détenus en détention préventive par rapport aux condamnés.

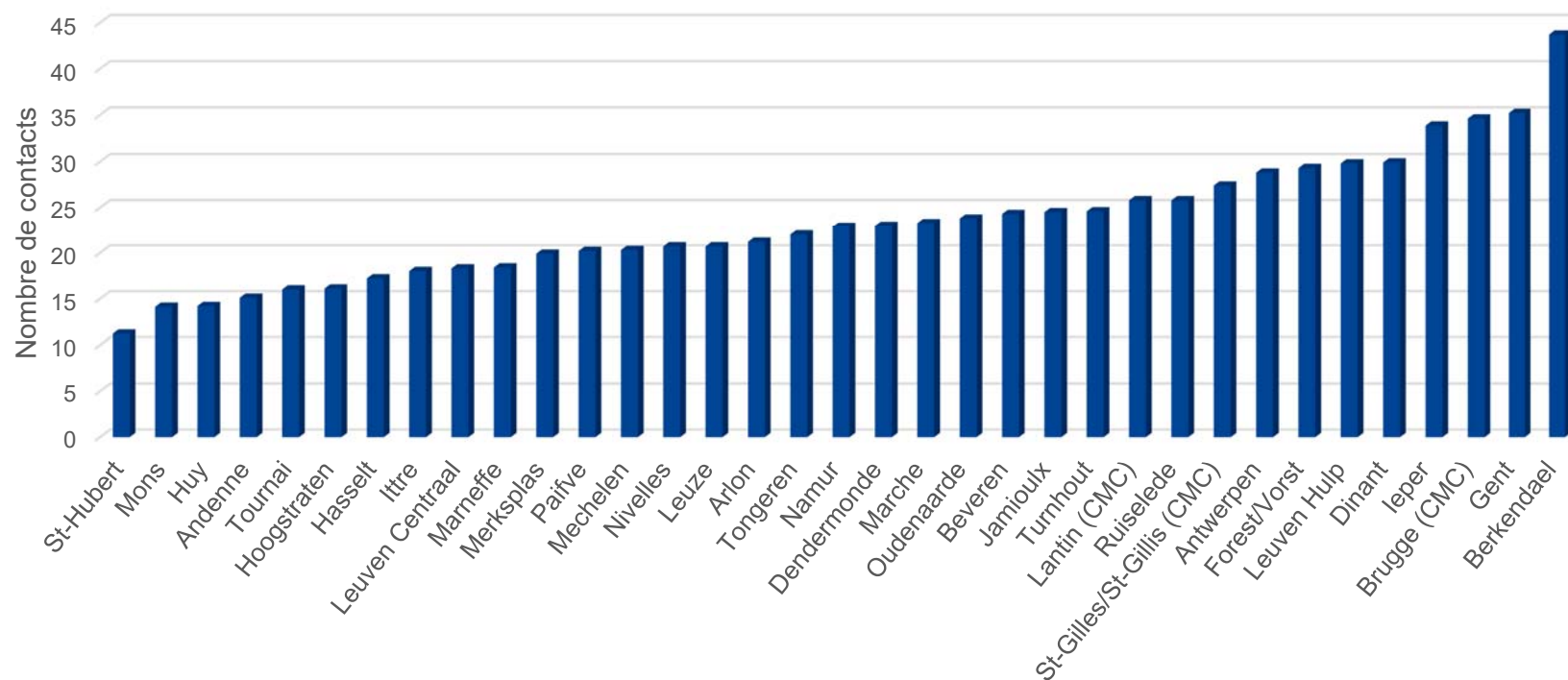
4.3. ... et entre les prisons

Comme signalé plus haut, le profil de la population carcérale n'est pas identique dans toutes les prisons. Cela ne suffit toutefois pas à expliquer la grande variabilité d'utilisation des soins que l'on observe entre établissements. Cette variabilité apparaît clairement dans les figures 6 et 7 où l'on retrouve le nombre moyen de consultations médicales et de consultations psychiatriques par prisonnier-année et par prison. Elle se maintient lorsque l'on tient compte des différences de profil des prisonniers.

Comme on pouvait s'y attendre, la moyenne globale des consultations psychiatriques est plus élevée chez les internés que chez les non-internés. Par ailleurs, on constate, dans certaines prisons, une quasi-absence de contacts avec un psychiatre, ce qui est étonnant vu le nombre important de problèmes de santé mentale chez les détenus (même non-internés). Ceci nous a également été confirmé lors de nos entretiens avec les prestataires de soins durant les visites de prisons. Cette situation peut être le signe d'une sous-utilisation des soins de santé mentale spécialisés ou d'une offre insuffisante de psychiatres. Il peut également s'agir d'une indication que, dans ces prisons-là, ce sont quasi exclusivement les médecins généralistes qui traitent ces problèmes potentiellement sévères. Ce qui reste hypothétique en absence de données relatives aux éventuels transferts de cas sévères.



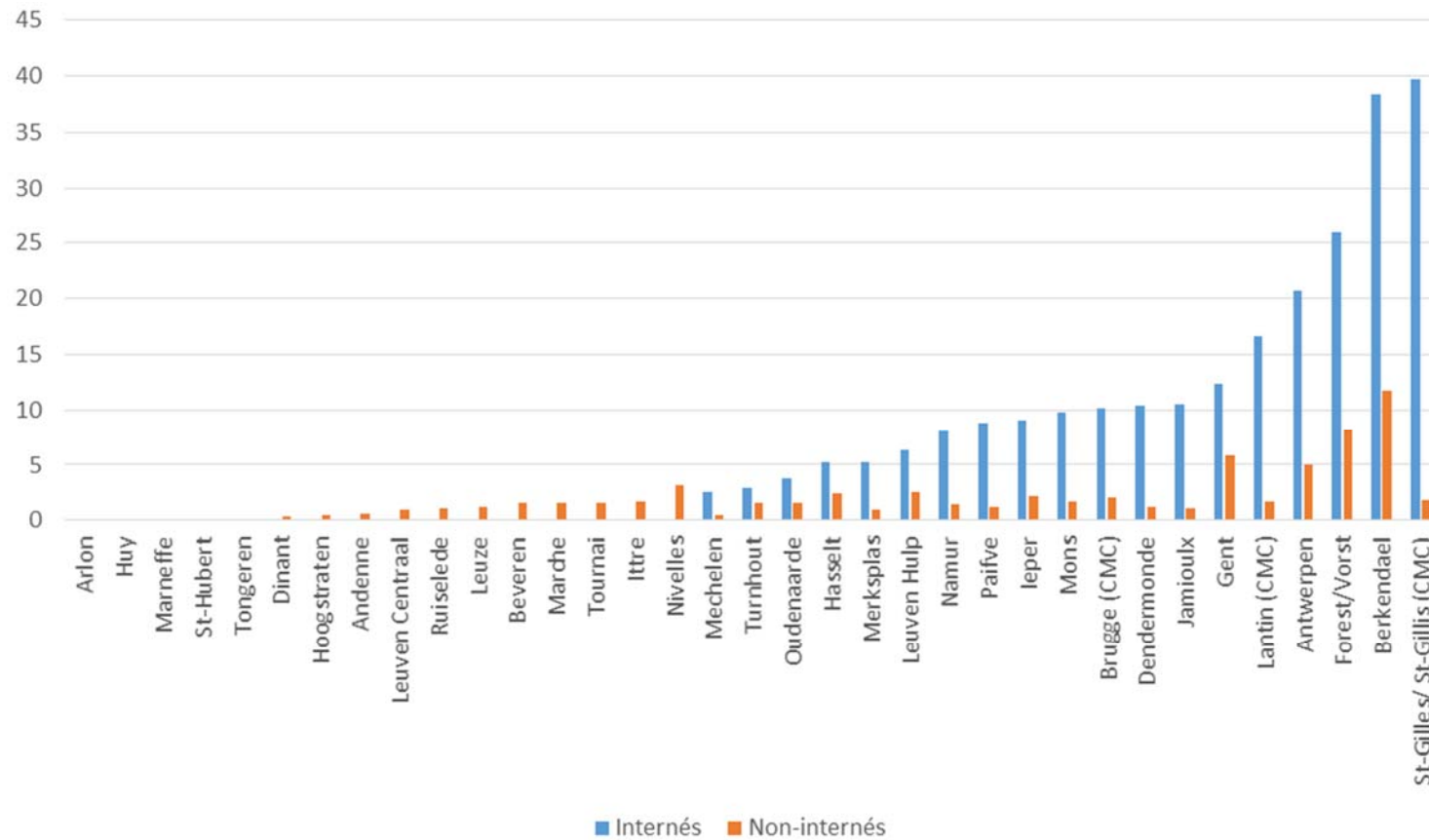
Figure 6 – Nombre moyen de consultations médicales par prisonnier-année et par prison en 2015



Source : Épicure (période 04/04/15-04/04/16)



Figure 7 – Nombre moyen de consultations de psychiatre par prisonnier-année, par type de détenu et par prison 2015



Source : Épicure (période 04/04/15-04/04/16)



4.4. Adéquation entre les besoins de santé et l'offre de soins

Il ressort de ce qui précède que les détenus souffrent d'un grand nombre de problèmes de santé et qu'ils consultent fréquemment des prestataires de soins, bien plus fréquemment que la population belge générale.

Les interviews de stakeholders et les rapports des Commissions de surveillance indiquent cependant que tous les prestataires de soins font de leur mieux, mais tant le personnel de santé que les stakeholders sont d'avis que les soins actuels sont insuffisants et parfois inadaptés.

Les stakeholders ont également attiré l'attention sur le fait que toutes les consultations chez le médecin généraliste ne sont pas nécessairement liées à une raison strictement médicale (par exemple, demande d'un matelas). Une étude qualitative réalisée antérieurement (2008) en Belgique avait aussi exploré les raisons qui amenaient les prisonniers à demander une consultation et était arrivée aux mêmes conclusions.⁵²

5. ANALYSE CRITIQUE DE L'ORGANISATION DES SOINS DE SANTÉ DANS LES PRISONS BELGES

5.1. Droit à des soins équivalents, continuité des soins et indépendance des prestataires de soins

Le droit de bénéficier d'une qualité de soins élevée figure dans trois principes importants des soins de santé pénitentiaires formulés dans les « *Standard Minimum Rules for the Treatment of Prisoners* » des Nations Unies de 2015⁶⁴ (également appelées « *Mandela Rules* ») : les principes de **l'équivalence des soins, de la continuité des soins et de l'indépendance clinique des prestataires de soins.**

Ces trois principes figurent explicitement dans la « Loi de principes concernant l'administration pénitentiaire ainsi que le statut juridique des détenus »⁶⁵ de 2005, qui définit entre autres les droits des détenus en matière de soins de santé. La Loi de principes cadre parfaitement avec les principes de l'OMS déjà mentionnés, concernant la qualité des soins de santé en prison. Cette Loi avait pour but d'apporter clarté et sécurité juridique, vu que les soins de santé pénitentiaires se situent dans une zone de tension entre deux principes fondamentaux : celui de l'équivalence des soins, et celui du maintien de l'ordre et de la sécurité. L'encadré 2 présente les principaux articles relatifs aux soins de santé de cette Loi de principes.



Encadré 2 – Articles relatifs aux soins de santé présents dans la Loi de principes concernant l'administration pénitentiaire ainsi que le statut juridique des détenus (2005)

Art. 88. 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.

Art. 89. Le détenu a droit à ce que les soins de santé dispensés avant son incarcération continuent à l'être de manière équivalente pendant son parcours de détention. Il est conduit auprès du médecin attaché à la prison le plus rapidement possible après son incarcération, puis chaque fois qu'il le demande.

Art. 90. Le détenu a droit aux services de prestataires de soins disposant des qualifications nécessaires pour répondre à ses besoins spécifiques.

Art. 93. § 1. 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 et, le cas échéant, après que ce dernier se soit concerté avec le médecin librement choisi, au besoin avec encadrement médical, vers une prison spécialisée, un hôpital ou un établissement de soins.

Art. 97. § 1. Les soins de santé dans les prisons sont structurés et organisés et intégrés dans l'activité de la prison de telle manière qu'ils puissent être dispensés dans des conditions optimales.

Art. 98. Il est institué un Conseil pénitentiaire de la santé composé de médecins, de dentistes et d'infirmiers attachés à la prison, qui donne au ministre des avis en vue de promouvoir la qualité des soins de santé dans l'intérêt du patient détenu. Le Roi en fixe la composition, les compétences et le fonctionnement.

Bien que la Loi de principes date déjà de 2005, elle n'est encore que partiellement mise en œuvre. Par exemple, l'arrêté royal (AR) destiné à créer le Conseil pénitentiaire de la santé (cfr art. 98) a été promulgué, mais d'autres dispositions en matière de soins de santé, de protection de la santé ainsi que d'expertise médicale et médico-psychosociale ne sont pas encore en vigueur.

La Loi de principes stipule que les détenus doivent faire l'objet d'un examen médical le plus rapidement possible à leur arrivée, afin de garantir la **continuité des soins** (spécifié ultérieurement par les termes « au plus tard dans les 24 h qui suivent l'arrivée »^d).

Le respect de ces principes semble toutefois poser également des problèmes dans la pratique. En effet, la Belgique a été condamnée à plusieurs reprises par le Comité européen pour la Prévention de la Torture (CPT)^{13, 29, 30} pour ne pas avoir garanti le **principe de l'équivalence**, le CPT faisant valoir que le personnel médical disponible était insuffisant dans les prisons belges et que les internés ne séjournaient pas toujours dans une section distincte. Par ailleurs, l'implication du corps médical dans les procédures disciplinaires des détenus semble contraire au principe de **l'indépendance des prestataires de soins**. Pour placer les détenus en isolement, la direction de la prison doit demander l'avis préalable d'un médecin, qui, selon certains stakeholders, est parfois aussi le médecin traitant.

L'indépendance des prestataires des soins peut aussi être difficile à réaliser dans certaines circonstances puisque les soins sont financés par le SPF Justice qui détermine le cadre de travail, les procédures, et même les quotas d'heures de consultation médicale. Certains prestataires de soins parlent d'un problème de double loyauté : veiller à soigner son patient suivant les règles de l'art tout en respectant les consignes d'un employeur dont la mission première est autre.

^d Arrêté royal déterminant la date d'entrée en vigueur et d'exécution de diverses dispositions des titres III et V de la loi de principes du 12 janvier 2005 concernant l'administration pénitentiaire ainsi que le statut juridique des détenus, M.B. du 21 avril 2011



5.2. Dans l'attente de la mise en œuvre de la Loi de principes, les droits généraux s'appliquent

Dans l'attente de la mise en œuvre complète de la Loi de principes, les règles du droit général s'appliquent aux détenus, telles que la Loi de 2002 relative aux droits du patient^e. Les détenus ne sont en effet pas explicitement exclus du champ d'application de cette loi.

La Loi relative aux droits du patient confère au patient les droits suivants :

- le droit de bénéficier de soins de santé de haute qualité
- le droit de choisir librement le prestataire de soins
- le droit de recevoir des informations sur son état de santé
- le droit de consentir librement à une intervention après avoir été informé
- le droit de consulter son dossier médical soigneusement actualisé et le droit d'en recevoir une copie
- le droit au respect de la vie privée
- le droit d'introduire une plainte auprès d'un ombudsman

Parmi ces droits du patient, deux sont difficilement applicables, en pratique, dans le cas des soins pénitentiaires : le droit au libre choix du praticien et le droit à l'obtention d'une copie du dossier patient. La Loi de principes a introduit des alternatives à l'exécution de ces deux droits (libre choix du prestataire si paiement ; possibilité de confier une copie du dossier médical à une personne de confiance).

^e Loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient, M.B. du 26 septembre 2002

^f Chambre des représentants de Belgique. Justification du budget général des dépenses pour l'année budgétaire 2015. Texte intégral en français et en

5.3. Fragmentation des compétences

À la suite de la sixième réforme de l'État (2012), diverses compétences en matière de soins de santé ont été transférées des autorités fédérales aux Régions et aux Communautés, ce qui a également eu un impact sur l'organisation des soins pénitentiaires. D'une manière générale, les soins médicaux (curatifs) dans les prisons relèvent de la compétence de l'autorité fédérale, et plus précisément du ministre de la Justice. À cet effet, la Direction générale des établissements pénitentiaires (DG-EPI) a créé le « Service central des soins de santé prisons » (SSSP). Le SSSP ne dispense pas lui-même des soins, mais est chargé d'organiser, de coordonner et de surveiller les soins de santé dans les prisons.

Encadré 3 – Description des tâches du SSSP^f

« Le Service des Soins de Santé en Prison (SSSP) est le centre de connaissances dans le domaine des soins de santé dans les prisons. Il assure la gestion et la surveillance de soins de santé conformément à l'esprit des réglementations en vigueur. Les soins médicaux en prison comportent les soins curatifs dispensés par les prestataires de soins en vue de promouvoir, de déterminer, de conserver, de restaurer ou d'améliorer l'état de santé physique et psychique du patient ainsi que la contribution des prestataires de soins à la prévention et à la protection sanitaires du personnel et des détenus et la contribution des prestataires de soins à la réinsertion sociale des détenus. Il appartient au SSSP d'offrir des soins de santé équivalents aux soins de santé dispensés dans la société libre. Ces soins doivent être adaptés aux besoins spécifiques des détenus, comme par exemple la compatibilité de l'état de santé avec la détention, la nécessité d'un transfert vers un hôpital hors de la prison, les mesures spécifiques concernant les femmes détenues, notamment les femmes enceintes, les handicapés, les toxicomanes. »

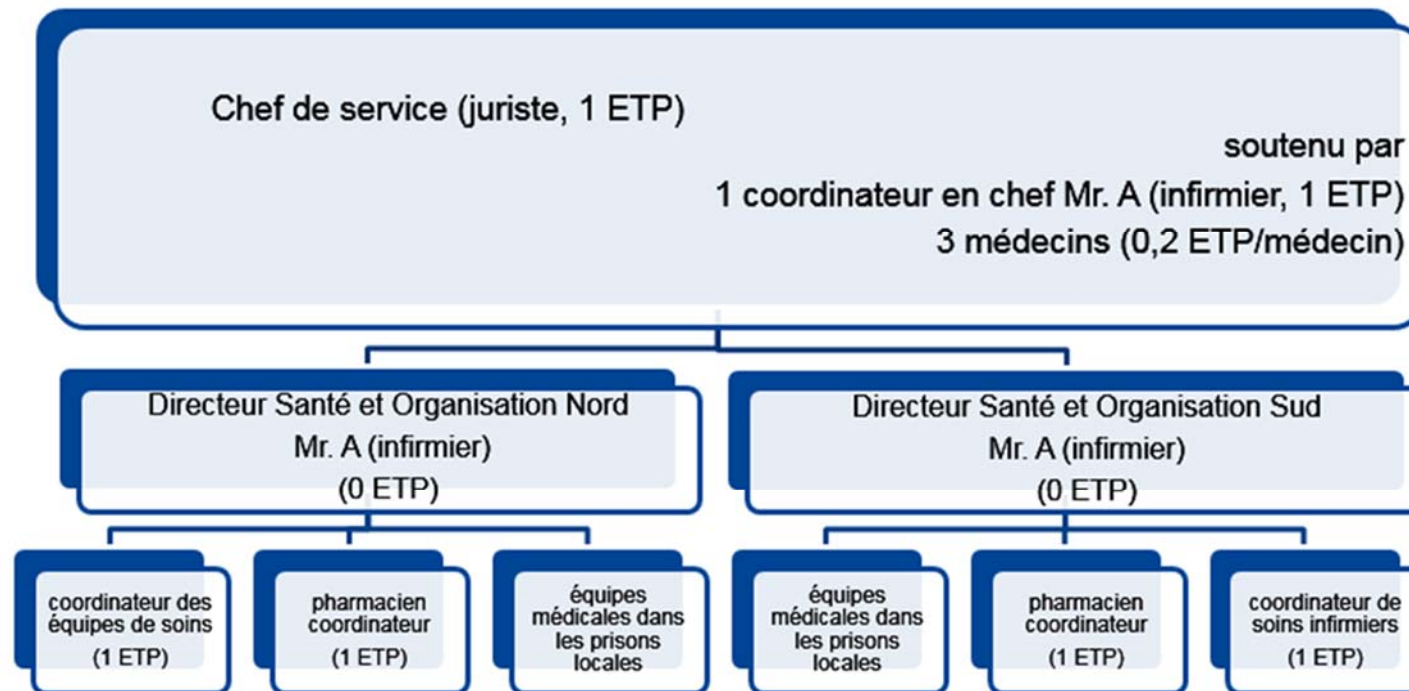
néerlandais : <http://www.lachambre.be/FLWB/PDF/54/0497/54K0497007.pdf>, p. 43, 2014



Comme le révèle l'organigramme (figure 8), le SSSP ne dispose que d'un nombre réduit de collaborateurs centraux : un chef de service (juriste), assisté par un coordinateur (infirmier) à temps plein, et trois médecins (1 jour par semaine chacun). Le coordinateur en chef (infirmier) est également directeur de la section Nord et de la section Sud.

La section Nord comprend 1 pharmacien coordinateur et 1 coordinateur des équipes de soins tandis que la section Sud inclut 1 pharmacien coordinateur et 1 coordinateur des soins infirmiers. Il n'existe pas de descriptions de fonction de tous ces collaborateurs du SSSP.

Figure 8 – Organigramme du Service des Soins de Santé en Prisons (SSSP)





Par ailleurs, toute une série de prestations aux détenus, comme les soins de santé préventifs, la promotion de la santé, la réinsertion socio-professionnelle, l'enseignement, la culture et les sports, relèvent de la compétence des Communautés.

Concrètement, la Communauté flamande assume ces compétences pour les prisons en Flandre et pour les activités en néerlandais en région de Bruxelles-Capitale. La Fédération Wallonie-Bruxelles (anciennement Communauté française) a confié l'exercice de ces compétences à la Région wallonne et à la Commission Communautaire Française à Bruxelles (COCOF) pour les activités en français.

La Commission Communautaire Commune (COCOM) est coresponsable de la coordination des activités proposées par les différents organismes à Bruxelles. Pour les allophones (qui ne parlent ni le néerlandais, ni le français), des activités sont organisées par les différentes communautés. Différents organismes, comme les Services d'aide sociale aux justiciables, proposent une aide psychosociale aux détenus, depuis leur arrivée jusqu'à leur libération, mais il existe par ailleurs aussi des instances et initiatives locales qui se concentrent sur un domaine spécifique, comme la santé mentale (p. ex. les Services de santé mentale), la problématique d'addiction (p. ex. l'ASBL Modus Vivendi), les mères détenues (p. ex. ONE), etc. La stabilité du financement de ces initiatives n'est pas toujours assurée.

Cette fragmentation des compétences entraîne une multiplication des intervenants dans le domaine des soins pénitentiaires. Par exemple, les Communautés doivent développer une politique de prévention active de l'alcoolisme et de la toxicomanie, tandis que les services médicaux dans les prisons, qui relèvent de la compétence fédérale, sont chargés de traiter les détenus toxicomanes.

Nos entretiens avec le SSSP, notre enquête en ligne auprès des services médicaux des prisons et nos réunions avec les stakeholders ont en outre

révélé l'absence fréquente de communication et de coordination entre les différents acteurs.

Un protocole d'accord⁹ a été conclu récemment entre l'autorité fédérale et les autorités fédérées en vue de définir clairement la répartition des tâches et la collaboration en matière de prévention. Il stipule notamment qu'il y a lieu d'examiner comment organiser efficacement un dépistage actif de la tuberculose chez les détenus.

5.4. Organisation des soins de 1re et 2e lignes

Dans chaque prison, les soins de première ligne sont assurés par un service médical. Les médecins généralistes y jouent un rôle central. Il s'agit généralement d'indépendants à temps partiel qui, outre leur travail dans la prison, ont aussi leur propre cabinet et qui envoient une facture mensuelle au SSSP pour les heures prestées et les actes techniques. Ils examinent et traitent les détenus, qui disposent du droit illimité de consulter un médecin généraliste. C'est également eux qui décident de l'orientation éventuelle d'un détenu vers un médecin spécialiste (interne ou externe), ou d'une hospitalisation.

À côté de ces médecins généralistes, le personnel de santé de la prison comprend également des infirmiers et des kinésithérapeutes qui, pour leur part, travaillent le plus souvent (85%) sous statut d'employés de la DG-EPI. Enfin, des dentistes, psychologues, et autres prestataires de soins peuvent également intervenir, sous des statuts divers.

Les prisons de Saint-Gilles, Bruges et Lantin disposent chacune d'un centre médical (CMC) où travaillent des médecins spécialistes, également externes et à temps partiel. Les autres prisons peuvent y envoyer leurs détenus pour diagnostic et/ou traitement. Les CMC de Saint-Gilles et Bruges disposent d'un département hospitalier interne (respectivement 12^h et 24 litsⁱ), tandis que la prison de Lantin loue en permanence 4 lits dans un

⁹ Protocole d'accord du 21 mars 2016 entre l'autorité fédérale et les autorités visées aux articles 128, 130 et 135 de la constitution en matière de prévention, M.B. du 16 décembre 2016

^h Réduits à 6 lits en 2016, en raison d'une pénurie de gardiens.

ⁱ Dont 22 totalement opérationnels



espace sécurisé du CHR de la Citadelle à Liège. Les détenus sont parfois aussi soignés en dehors de la prison, dans des hôpitaux locaux.

Douze prisons disposent de sections psychiatriques spéciales principalement fréquentées par les détenus malades mentaux, aussi appelés internés. Dans ces sections, les équipes de soins se composent de psychiatres, de psychologues, d'infirmiers psychiatriques, d'assistants sociaux et d'ergothérapeutes. Les prisons de Merksplas et de Saint-Hubert disposent également d'une section de soins aux détenus âgés et moins-valides.

5.5. Problèmes identifiés au niveau des soins de santé pénitentiaires

Nos enquêtes, nos réunions avec les stakeholders et les entrevues lors de nos visites des prisons nous ont permis de mettre en lumière une longue liste de problèmes, qui seront développés dans les chapitres suivants. On peut les résumer comme suit :

- l'insuffisance de gestion centralisée des soins de santé pénitentiaires par le SSSP ;
- le problème d'image dont souffrent les soins pénitentiaires ce qui a probablement un impact sur la difficulté de trouver des prestataires de soins désireux de travailler dans les prisons ainsi que sur l'importante rotation du personnel ;
- en raison de cette pénurie des prestataires de soins, l'offre de soins est inférieure à la demande, ce qui entraîne de longs temps d'attente, surtout pour les soins spécialisés (de deuxième ligne) ;
- les prestataires de soins indépendants sont souvent payés avec retard ;
- un manque de réelle communication entre les prestataires de soins et les gardiens, qui ont des priorités différentes, les premiers étant orientés « santé » tandis que les seconds ont avant tout un impératif de sécurité. On peut également pointer ici l'absence de service minimal en cas de grève, un élément qui vaut à la Belgique d'être régulièrement stigmatisée au niveau international ;

- il y a un manque de coordination et de communication entre les prestataires de soins à l'intérieur et à l'extérieur des prisons ;
- le personnel (de santé) manque de formations spécifiques en matière de dispensation des soins en milieu carcéral ;
- les équipements TIC ne sont pas performants et le modèle de dossier électronique des patients est obsolète ;
- il n'y a pas de système formel de contrôle de qualité des soins ;
- il n'y a pas de guidelines relatifs à la dispensation et à l'organisation des soins pénitentiaires ;
- la continuité des soins n'est pas assurée ; le service de santé n'est pas averti de la sortie imminente d'un prisonnier et les traitements ne font plus l'objet de suivi après la libération.

Problèmes spécifiques aux soins de première ligne

- la confidentialité n'est pas respectée : les détenus doivent généralement demander une consultation chez le médecin à l'aide d'un formulaire qu'ils doivent remettre à un agent pénitentiaire ;
- il n'y a pas de système de garde médicale uniforme pour les problèmes de santé urgents ;
- l'offre en matière de promotion de la santé et de prévention est très fragmentée ;
- les services de santé sont insuffisamment coordonnés à l'échelon local. Toutes les prisons ne disposent pas d'un médecin généraliste coordinateur et lorsqu'il y en a un, son rôle n'est pas clairement défini. Lorsque cette tâche est confiée à un infirmier, ce rôle n'est pas officiellement reconnu ;
- le check up d'entrée n'est pas assez approfondi ;
- il n'y a pas de dépistage systématique des maladies infectieuses.



Problèmes spécifiques aux soins de deuxième ligne

- le transport des détenus vers le CMC de St-Gilles ou de Bruges, ou vers un hôpital local, est l'un des principaux problèmes des soins de seconde ligne. De l'aveu des stakeholders, ce transport est difficile à organiser. Sa planification prend beaucoup de temps et s'avère coûteuse, car elle exige la coordination et l'intervention de la police, du personnel de sécurité pour le transport et des agents pénitentiaires locaux. Par conséquent, l'organisation d'une consultation dans un CMC peut prendre jusqu'à 2 semaines et de nombreux rendez-vous chez les médecins doivent être annulés en raison de problèmes de logistique et de transport ;
- l'équipement diagnostique et thérapeutique est souvent obsolète et il est difficile de le maintenir à un niveau correspondant aux normes de qualité du monde extérieur ;
- les détenus sont réticents et hésitent parfois à faire appel aux soins de seconde ligne. Ils craignent de perdre leur cellule habituelle et leur éventuel travail pénitentiaire, ou de ne pas pouvoir recevoir de visite s'ils sont transférés vers un CMC. Certains détenus ne font pas confiance aux prestataires de soins du CMC. Tous ces éléments ont pour conséquence que bon nombre de détenus, qui ont quand même pu obtenir un rendez-vous auprès d'un prestataire de soins de seconde ligne (au CMC ou à l'hôpital local) ne s'y présenteront finalement pas ;
- certains problèmes complexes sont dus au vieillissement de la population carcérale, qui nécessite des soins gériatriques.

Problèmes spécifiques aux soins de santé mentale

- en dépit des besoins élevés en santé mentale (également mentionnés dans la littérature internationale), la disponibilité de professionnels de la santé mentale est insuffisante et fragmentée ;
- les 'urgences psychiatriques' ne sont pas prises en charge de manière adéquate. Il n'y a ni psychiatre, ni médecin généraliste de garde pour accueillir les éventuels cas d'urgence, mais uniquement les agents pénitentiaires. De plus, les médecins généralistes n'ont pas toujours accès aux dossiers psychiatriques des détenus, de sorte qu'il leur est difficile de proposer des soins adaptés ;
- la consommation de drogues est importante.

Problèmes relatifs à l'utilisation des médicaments

- la distribution des médicaments manque de rigueur – par exemple, le non-respect des horaires d'administration ou du dosage par prise-, ce qui engendre parfois des problèmes médicaux ;
- il n'existe pas de liste standardisée des produits pharmaceutiques pouvant être délivrés sans prescription et les magasins des prisons (cantines) ne disposent pas toujours des mêmes produits ;
- il n'existe pas de guidelines clinique au sujet des approches pharmacologique ou non pharmacologique des problèmes ;
- il n'y a pas de contrôle de l'automédication chez les détenus.



5.6. Les détenus ne relèvent pas de l'assurance maladie obligatoire

Les détenus^j bénéficient de soins de santé gratuits, ceux-ci étant intégralement payés par le SPF Justice et pas par l'assurance maladie obligatoire. La loi prévoit en effet que la couverture des soins de santé par l'assurance maladie est refusée tant que l'assuré est détenu en prison (art. 5 du Règlement du 18/7/2003 portant exécution de l'art. 22, 11° de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée de 14 juillet 1994) (pour plus de détails, voir chapitre 8 du rapport scientifique⁴⁰).

^j En fonction des modalités de sa peine (autorisation de sortie, congé pénitentiaire, surveillance électronique, détention limitée, libération conditionnelle) un détenu condamné peut parfois se trouver (temporairement) en dehors des murs de la prison. Dans ces situations, il peut consulter un

6. COÛT DES SOINS DE SANTÉ DANS LES PRISONS BELGES

6.1. Plus de 43 millions d'euros chaque année, dont la majeure partie sont des frais de personnel

Chaque année, le SPF Justice (et l'INAMI dans une moindre mesure) consacrent environ 100 millions d'euros aux soins de santé pour les personnes qui relèvent de la responsabilité du ministre de la Justice (détenus, internés, personnes sous surveillance électronique, délinquants juvéniles...). Pour cette étude, nous nous sommes concentrés exclusivement sur la partie de ce budget consacrée aux coûts des soins pour les personnes détenues en prison. En 2015, il s'élevait à **43 060 148 €**. Ce montant peut être ventilé en 3 parties, par ordre décroissant :

- **Frais de personnel** relatifs au personnel salarié (collaborateurs permanents et intérimaires) et aux prestataires de soins indépendants. **Ces frais s'élevaient à 25 825 740 € en 2015**, et peuvent être ventilés comme suit : 12 532 856 € pour le personnel permanent, 8 497 876 € pour les indépendants et 4 795 008 pour les infirmiers intérimaires.
- **Coûts des soins** : médicaments, préparations magistrales, anesthésiques, orthèses et prothèses, frais de laboratoire, hospitalisation, frais de transport, etc. Ces frais s'élevaient à **15 811 313 €** en 2015. De ce montant, 5 575 801 € ont été consacrés aux soins dispensés hors de la prison (p. ex. hospitalisation, consultations chez des médecins externes, transport et analyses de laboratoire).

médecin de son choix. Donc, si un condamné bénéficie d'un congé pénitentiaire ou d'une surveillance électronique, et qu'il répond aux conditions d'assurabilité de l'assurance maladie générale, il pourra obtenir le remboursement des services médicaux.



- **Frais généraux relatifs à l'organisation des soins** : frais de matériel et de maintenance, ainsi que les accords de coopération, notamment en matière de lutte contre les toxicomanies. Ils s'élevaient à **1 423 095 € en 2015**.

La majeure partie du budget (60 %) a donc été consacrée au personnel, 37 % aux soins (dont 13 % pour les soins externes et 24 % pour les soins internes), et 3 % à l'organisation des soins.

On peut également analyser la répartition par type de soins ; le tableau 3 montre que la majeure partie du budget est affectée aux soins de première ligne (essentiellement les rémunérations des médecins généralistes), et que les frais de pharmacie arrivent en seconde place.

Tableau 3 – Frais par type de soins dispensés aux détenus en Belgique en 2015

Types de soins	Coûts (€)	Proportion (%)
Soins de santé de première ligne	€ 14 021 486	32,6
Pharmacie	€ 10 511 320	24,4
Soins de deuxième ligne / médecine spécialisée	€ 8 161 569	18,9
Soins de santé mentale	€ 7 304 890	16,9
Soins dentaires	€ 1 628 286	3,8
Autres	€ 1 432 597	3,3
TOTAL	€ 43 060 148	100

Source : DG-EPI

6.2. Sous-estimation possible des frais

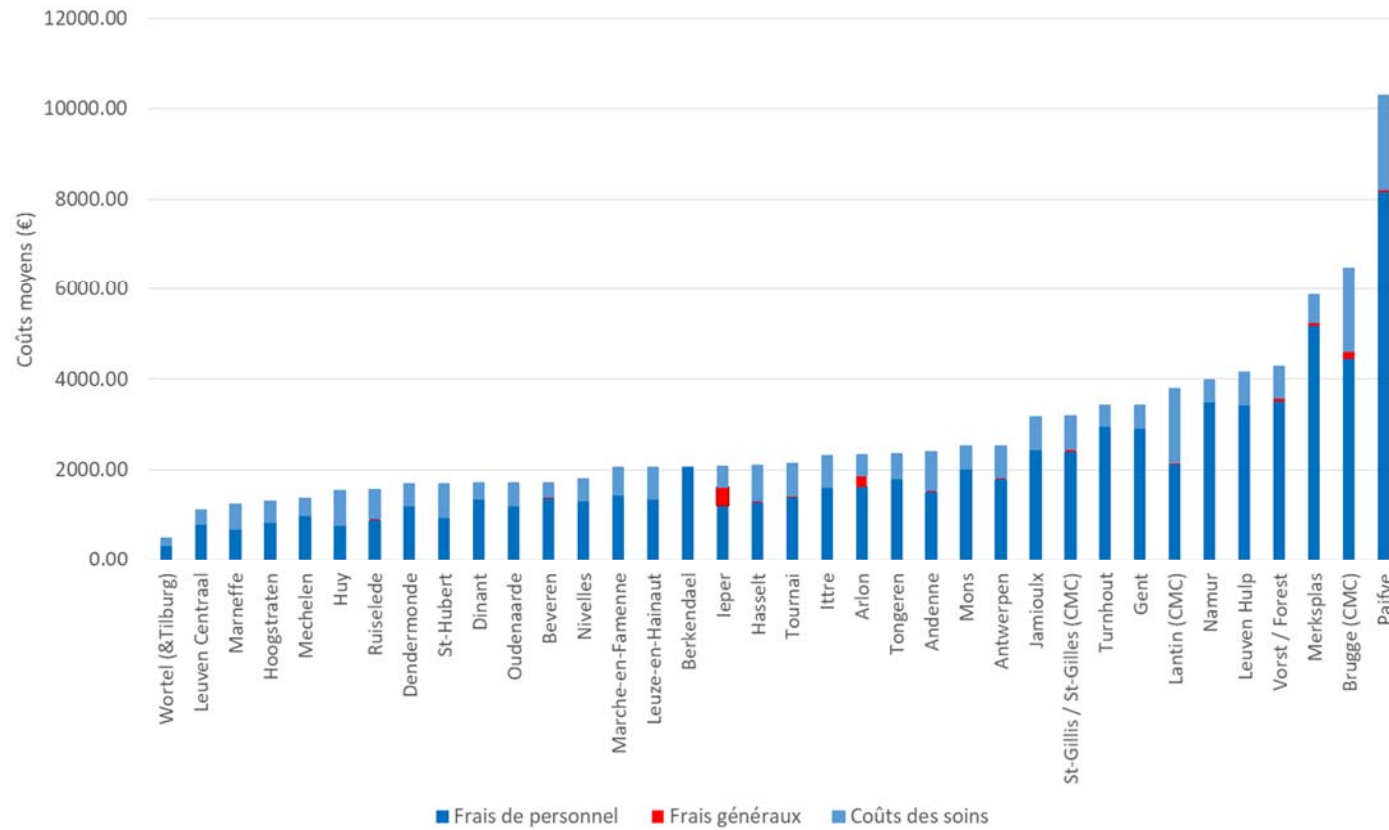
Notre collecte d'informations sur le coût des soins de santé pénitentiaires a été rendue difficile par le manque de transparence des données existantes. De plus, les chiffres susmentionnés constituent probablement une sous-estimation des frais effectivement consentis. En effet, il n'a pas été possible de dresser un tableau complet des frais de transport et de surveillance (à l'exception des frais d'ambulance). Nos entrevues et visites sur place nous ont en outre fait comprendre que, dans certaines prisons, certaines consultations (surtout psychiatriques) sont parfois effectuées par le service psychosocial (SPD) et qu'elles n'apparaissent pas dans les comptes du SSSP. Les frais de maintenance importants et les grands investissements en matériel ne sont repris que partiellement dans le budget fédéral. Enfin, d'autres frais doivent encore être ajoutés aux coûts susmentionnés, tels que les frais de fonctionnement des services centraux comme le SSSP et le Conseil pénitentiaire de la santé, ainsi que les coûts des soins supportés par les Communautés.

6.3. Grande variabilité des frais par détenu, selon la prison

Sur la base des coûts imputables à une prison donnée, il semble exister de grandes différences de coûts moyens des soins entre les prisons (Figure 9).



Figure 9 – Répartition des coûts moyens des soins de santé par prisonnier-année par prison en 2015



Source : DG-EPI



7. PISTES POUR UNE RÉFORME DES SOINS PÉNITENTIAIRES

Nous avons comparé les problèmes que nous avons identifiés aux sections 5.6 et 5.7 aux recommandations internationales et les avons soumis à des experts et stakeholders externes (voir colophon), afin de définir ensemble les éléments que nous estimons fondamentaux pour améliorer les soins de santé pénitentiaires. Sur la base de ces éléments fondamentaux, nous avons développé un certain nombre de scénarios, que nous avons à nouveau soumis à un large groupe de stakeholders via une enquête en ligne, en leur demandant d'indiquer leurs préférences et de formuler leurs commentaires. Cette enquête a été envoyée à 450 personnes (156 réponses), dont entre autres, des représentants de la DG-EPI, du SPF Santé publique, de l'INAMI, des mutualités, du Conseil pénitentiaire de la santé, du groupe de pilotage en matière de politique de soins de santé dans les établissements pénitentiaires, des présidents et représentants médicaux des comités centraux et locaux de surveillance pénitentiaire, des prestataires de soins pénitentiaires, d'organisations professionnelles de médecins et d'infirmiers, des syndicats, des organismes de soutien aux détenus et à leur famille et des experts dans le domaine des soins de santé pénitentiaires. Vous trouverez plus d'informations sur l'élaboration des scénarios et la consultation des stakeholders dans le rapport scientifique ⁴¹.

⁴²

7.1. Principes de base

Au cours de notre étude, il est apparu que l'actuel dispositif de soins dans les prisons belge présentait un certain nombre de lacunes importantes et que l'organisation des soins nécessitait une réforme. Le transfert des compétences et du budget des soins pénitentiaires du ministre de la Justice au ministre des Affaires sociales et de la Santé publique a été considéré par toutes les parties concernées comme une bonne décision à prendre et comme une opportunité unique de se pencher sur la réorganisation et l'amélioration des soins.

Nous sommes d'avis que les principes suivants devraient guider cette réforme :

- les soins de santé pénitentiaires sont équivalents à ceux dispensés dans le monde extérieur ;
- les soins de santé pénitentiaires sont conformes à l'éthique médicale et en particulier, aux principes de l'indépendance médicale et de la confidentialité de la relation médecin-patient ;
- la Loi de principes de 2005 concernant l'administration pénitentiaire doit entrer en vigueur, en procédant à la publication du/des AR nécessaire(s) le plus rapidement possible ;
- les soins de santé pénitentiaires procèdent d'une approche holistique, qui tient compte de toutes les dimensions des problèmes (physique, psychique, social) et englobe à la fois le dépistage, la prévention, le traitement, la continuité des soins et la promotion de la santé ;
- les soins de santé pénitentiaires s'inscrivent dans une approche « *whole prison* » où la direction, le personnel de sécurité et les infrastructures sont organisés pour faciliter les soins de santé ;
- chaque prison dispose d'une équipe interdisciplinaire composée notamment d'un médecin généraliste, d'un psychiatre, d'un infirmier, d'un dentiste, d'un kinésithérapeute ;
- un premier entretien médical approfondi a lieu avec chaque détenu à son arrivée à la prison et constitue la base d'un plan de soins individuel;
- les soins sont dispensés dans la mesure du possible dans les locaux de la prison ;
- les soins sont dispensés par des prestataires de soins et des organisations de soins externes ;
- les règles de l'assurance maladie s'appliquent également aux détenus;
- la continuité des soins est garantie ;
- les possibilités de la télémédecine sont mises à profit et encouragées le plus possible ;



- chaque prison (ou groupement de prisons) conclut des collaborations avec un hôpital aigu situé à proximité (comme c'est le cas par exemple en France) pour les soins somatiques spécialisés, et avec des prestataires de soins spécialisés situés à proximité pour les soins de santé mentale spécialisés ;
- la rémunération des prestataires de soins pour les soins prodigués aux détenus est au moins aussi attrayante que celle prévue pour les soins dans la population générale.

Il est essentiel que tout cela soit coordonné de manière centralisée. L'actuel Service central des Soins de Santé en Prisons (SSSP) de la DG-EPI (SPF Justice) pourrait, dans ce contexte, jouer un rôle de moteur, après le transfert au SPF Santé publique, et pour autant qu'il dispose d'un personnel suffisant (quantitativement et qualitativement).

Pour réaliser ces réformes, il conviendra de prévoir les ressources nécessaires, surtout dans les premières années, lors de la mise en place effective de la réforme. Il est également prévisible que les dépenses actuellement consacrées aux soins de santé, dont nous n'avons actuellement qu'une estimation grossière et probablement sous-évaluée, augmenteront, sans qu'il soit possible de donner une estimation fiable de cette augmentation sur la base des données dont nous disposons aujourd'hui. Notons que notre comparaison internationale a montré que, dans les autres pays où les soins pénitentiaires ont été intégrés dans les ministères de la Santé publique, ce transfert a été accompagné d'une hausse des dépenses. (voir 7.9.4).

7.2. Réforme des soins de 1^{re} ligne :

7.2.1. Une équipe de soins interdisciplinaire

L'analyse de la littérature nous confirme que les prisonniers ont une multitude de problèmes de santé, que ces problèmes sont liés entre eux et qu'ils sont souvent en lien avec leur condition sociale (faible niveau d'instruction, chômage élevé, pauvreté, etc.). Les soins de santé en prison requièrent donc une approche globale et holistique, mobilisant des équipes interdisciplinaires, notamment pour assurer la continuité des soins entre l'intérieur et l'extérieur de la prison.

Pour approcher ces problèmes complexes, **deux scénarios** ont été retenus après discussions avec les stakeholders et experts :

1. **Un maintien du système actuel**, décrit à la section 5.4, mais sous l'égide du ministre des Affaires sociales et de la Santé publique.
2. Un système où les prestataires de soins (médecins généralistes, infirmiers (généralistes et spécialisés), psychologues, assistants sociaux, psychiatres, kinésithérapeutes, dentistes et autres prestataires de soins) fonctionnent **dans une dynamique interdisciplinaire**, sous la coordination du médecin généraliste. Celui-ci a pour mission de développer et d'entretenir **une vision commune des soins** (organisation de réunions d'équipes régulières, mise en œuvre d'activités transversales (p.ex. campagnes de vaccination ou de dépistage), formalisation d'outils et de protocoles communs à toute l'équipe, etc.). Ici aussi, le travail se fait sous l'autorité du ministre des Affaires sociales et de la Santé publique.

La particularité de ce second scénario est d'apporter une réponse multidimensionnelle aux besoins des détenus. Ceux-ci auraient la possibilité de s'adresser directement aux intervenants les plus adéquats pour leurs problèmes, ce qui permettrait de décharger la consultation du médecin généraliste. La prévention, la promotion de la santé et la coordination des soins spécialisés nécessaires seraient également du ressort de cette 1^{re} ligne de soins.



Lors de notre enquête en ligne, une grande majorité des personnes interrogées a exprimé une préférence pour le second scénario, tout en pointant néanmoins un certain nombre d'inconvénients :

- les stakeholders craignent que cette approche interdisciplinaire, bien qu'utile, ne soit pas réalisable et entraîne une augmentation considérable des coûts ;
- il se pose la question de savoir si les prestataires de soins seront suffisamment nombreux pour constituer ces équipes interdisciplinaires;
- la forme de la rémunération de cette équipe interdisciplinaire et son calcul ne sont pas clairement définis.

Néanmoins, les préférences s'orientent vers la mise en place, dans chaque prison, d'une **équipe interdisciplinaire, composée de médecins, infirmiers, kinésithérapeutes, ergothérapeutes, dentistes, psychologues, psychiatres et travailleurs sociaux et placée sous la direction d'un médecin généraliste.**

7.2.2. *Un check up approfondi dès l'entrée en prison*

Les stakeholders ont également marqué leur accord pour que chaque détenu soit soumis, à son arrivée, à un premier entretien médical approfondi pour inventorier ses problèmes (actuels et potentiels), tant sur le plan physique (avec une attention particulière pour les maladies transmissibles) que sur le plan psychosocial, notamment les toxicomanies et le risque de suicide. Ce « check up » – plus approfondi que ce qui se fait actuellement – constituerait le point de départ d'un **plan de soins individuel** qui serait suivi par l'équipe interdisciplinaire pendant toute la durée de la détention. Le check up pourrait être organisé en deux étapes : une première dans les 24 heures suivant son arrivée, pour examiner les problèmes urgents, et une seconde endéans les 7 jours, pour une évaluation plus globale. Cette évaluation pourrait se faire sur la base de l'outil « interRAI santé mentale

pour les établissements correctionnels^k » ou d'autres outils existants et validés pour le contexte belge.

Dans les autres pays que nous avons étudiés, chaque détenu fait aussi l'objet d'une telle prise en charge globale à son arrivée. La mise en place de cette approche est décrite dans un certain nombre de guidelines étayés scientifiquement (p. ex. du NICE britannique – *National Institute for Health and Care Excellence*^{66, 67})

7.2.3. *Dès l'entrée, penser à la continuité des soins*

Pour la continuité des soins, il est indispensable que les informations relatives à l'état de santé du détenu entrant soient transférées aux soignants de la prison, et que le transfert inverse ait lieu au moment de sa libération. Ainsi, les traitements initiés pourraient être continués (dans un sens comme dans l'autre). Atteindre un tel objectif de continuité nécessite **l'utilisation de dossiers patients informatisés performants**, permettant les échanges d'information entre les différents systèmes. Il faut également que les directions des établissements pénitentiaires préviennent les équipes internes en temps utile de l'imminence d'un transfert ou d'une libération d'un détenu afin de leur permettre de préparer correctement la transmission d'informations.

7.2.4. *Dépister et traiter systématiquement les maladies transmissibles*

De nombreux détenus sont porteurs de maladies transmissibles (tuberculose, VIH, hépatite C) à leur arrivée en prison, ou les y contractent et risquent de les disséminer ensuite à l'extérieur. Notre recherche montre qu'il n'est actuellement pas procédé à un dépistage systématique de ces maladies et qu'il existe des différences importantes entre prisons dans la mise en œuvre de traitements.

Pour prévenir la propagation de ces maladies (tant en prison que dans la population générale) et éviter autant que possible de devoir prescrire des

^k L'outil interRAI est accessible (en anglais) à l'adresse suivante : <http://www.interrai.org/mental-health-correctional-facilities.html>



traitements (parfois coûteux), il est d'une importance capitale qu'un **dépistage systématique obligatoire** de ces maladies soit mis sur pied, **suivi d'un traitement approprié quand c'est nécessaire**. (Actuellement, cette obligation n'existe que pour la tuberculose).

Tous les prisonniers et membres du personnel de sécurité doivent en outre être correctement informés sur la prévention et la prise en charge de ces maladies. Il est indispensable de prévoir des directives claires en la matière et de mettre en place un système permettant d'en contrôler l'exécution.

7.2.5. Une approche globale et coordonnée de la santé

Pour remédier à la fragmentation des compétences entre autorités de tutelle des différents intervenants et au déficit de coordination et de continuité des soins, il serait nécessaire de **prévoir, pour chaque prison, un coordinateur de soins qui assure la collaboration et la coordination de tous les services et prestataires, et qui rapporte directement au SSSP**. Ce coordinateur aurait concrètement pour missions de :

- veiller à ce que tous les acteurs jouant un rôle dans les soins se voient attribuer des tâches claires et participent à un bon échange d'informations ;
- coordonner l'équipe de soins de première ligne en collaboration avec le médecin généraliste, coordinateur médical de l'équipe ;
- se concerter régulièrement avec la direction de la prison ;
- coordonner les recours aux soins de deuxième ligne dispensés dans les hôpitaux (y compris la sécurité)
- se concerter régulièrement avec les autres instances en charge de la coordination des soins, du support et des services ;
- veiller à l'implémentation et au suivi du plan de gestion des urgences médicales ;
- rencontrer régulièrement et référer au SSSP.

7.2.6. Des normes minimales pour le personnel de santé à revoir

Nous avons constaté que l'offre de soins varie d'une prison à l'autre, sans pouvoir comprendre les causes de cette variabilité.

Nous n'avons pas trouvé de norme de dotation précise dans la littérature, mais il est souvent fait référence à des « normes de la main-d'œuvre minimale » (*minimal workforce standards*) du Comité européen pour la prévention de la torture et des peines ou traitements inhumains ou dégradants (CPT), qui sont d'un infirmier pour 50 détenus, un médecin pour 200 détenus et un psychiatre pour 400-500 détenus. Cette norme pourrait constituer un bon point de départ pour la réorganisation des soins de santé en milieu carcéral ; elle devrait ensuite être ajustée en fonction d'un enregistrement continu des problèmes et des interventions en milieu carcéral.

Par ailleurs, comme signalé plus haut, les prestataires de soins ne sont pas spécifiquement formés à la dispensation des soins en milieu carcéral. Il est donc nécessaire d'inventorier leurs besoins et de formuler une offre de formation sur cette base. À noter que le personnel de sécurité n'est pas non plus sensibilisé aux aspects liés à la santé, en particulier à l'identification des problèmes aigus de santé (mentale) et que l'offre de formations devrait également les prendre en compte.

7.2.7. Des détenus à impliquer dans leurs soins de santé

Mettre en place une approche holistique n'est pas seulement une question de personnel soignant ; elle implique également que les détenus eux-mêmes participent à l'amélioration de leur santé. Ainsi, plusieurs études⁶⁸⁻⁷³ ont démontré que les interventions *peer to peer* sont efficaces, par exemple pour réduire des comportements à risque et les risques de transmission de maladies infectieuses. De plus, cela responsabilise les détenus face à leur santé et les prépare à la réinsertion après leur libération. Il est donc souhaitable d'aider les détenus à devenir davantage acteurs de leur santé, en particulier dans le domaine de la prévention et de la promotion de la santé.



7.2.8. Des différences dans l'utilisation des soins entre prisonniers à aplanir

Nous avons relevé un taux moyen de 23,7 consultations médicales par prisonnier-année, avec cependant des différences importantes entre les détenus. Par exemple, le taux de consultation est considérablement plus bas chez les détenus sans permis de séjour ou non enregistrés en UE. L'obstacle linguistique peut être une explication mais pas une excuse : il est important que ces personnes puissent avoir accès à une offre complète de soins de santé. Des **brochures en plusieurs langues et des interprètes** (éventuellement à distance) sont des solutions à envisager, si nécessaire avec l'appui de la Cellule Médiation Interculturelle et Support de la Politique du SPF Santé Publique.

7.3. Réforme des soins de seconde ligne

7.3.1. Accord entre chaque prison et un hôpital local

Pour les soins de seconde ligne, après discussions avec les stakeholders et experts, trois scénarios ont été retenus :

1. **Une seule prison (située en un lieu central) est pourvue d'une infrastructure hospitalière totalement équipée.** Elle accueille les détenus de l'ensemble du territoire national pour des soins physiques spécialisés non urgents. Pour les soins urgents, chaque prison conclut un accord avec un hôpital local situé à proximité.
2. Un accord est conclu **avec un seul hôpital (situé en un endroit central)**, qui est pourvu des dispositifs de sécurité nécessaires. Il accueille des détenus provenant de l'ensemble du territoire national, qui nécessitent des soins physiques spécialisés non urgents. Pour les soins urgents, chaque prison conclut un accord avec un hôpital local situé à proximité.
3. Chaque prison (ou groupement de prisons) conclut un accord avec un hôpital local situé à proximité pour les soins physiques spécialisés urgents et non urgents.

Sur ces trois scénarios, nous avons recueilli des avis très divergents. Chacun présente des avantages et des inconvénients en matière de sécurité et d'organisation (et de financement) du transport des détenus.

Le **scénario 1**, avec une seule prison pourvue d'un hôpital totalement équipé, est considéré comme idéal du point de vue de la sécurité (et convient donc également pour les détenus très dangereux), mais il présente l'inconvénient du coût de la construction et de l'actualisation de cette infrastructure hospitalière dans une prison. Ce scénario présente aussi l'avantage de réduire les dépenses en matière de sécurité pour les hospitalisations externes. Mais la question se pose de savoir si les détenus venant d'ailleurs seront disposés à se rendre dans cette prison centrale pourvue d'un hôpital. Enfin, ce scénario n'offre pas de solution pour les soins urgents pour lesquels il faudra continuer à faire appel aux hôpitaux locaux.

Le **scénario 2**, avec un hôpital central sécurisé pouvant accueillir les détenus, a pour principal avantage d'utiliser une infrastructure hospitalière existante et *up to date*. En revanche, il nécessite d'investir dans une section sécurisée de l'hôpital et de prévoir le personnel de surveillance nécessaire. Et tout comme pour le scénario 1, il reste la question de savoir si les détenus seront prêts à s'y rendre. Il n'offre pas non plus de solution pour les problèmes urgents, pour lesquels il faudra continuer à faire appel aux hôpitaux locaux.

Le **scénario 3**, dans lequel chaque prison (ou groupement de prisons proches les unes des autres) conclut un contrat avec un hôpital situé à proximité, présente l'avantage que cet hôpital peut se charger à la fois des problèmes urgents et non urgents et que les distances de transport sont courtes. En revanche, il impliquera également que de nombreux hôpitaux devront investir dans un certain nombre de mesures de sécurité.

Nous n'avons pas non plus trouvé le scénario optimal dans les exemples analysés à l'étranger ou dans la littérature scientifique. Nous sommes parvenus à la conclusion que le scénario 3 représentait le choix le plus pratique, vu qu'il existe déjà aujourd'hui près de 112 hôpitaux qui dispensent des soins plus ou moins spécialisés pour toutes les prisons. L'approfondissement de ce scénario permettra éventuellement de réduire le nombre d'hôpitaux concernés et de centraliser les compétences en matière de sécurité. Le SSSP pourrait alors établir des conventions entre des (regroupements de) prisons et un nombre limité d'établissements de soins.



Le choix des hôpitaux avec lesquels conclure un accord peut reposer sur la répartition géographique des prisons (voir figure 2), et sur l'expérience qu'ont déjà ces hôpitaux en matière de soins aux détenus.

Pour les cas spéciaux de détenus très dangereux, l'espace sécurisé de l'hôpital de la Citadelle de Liège pourrait être conservé. Les CMC de Bruges et Saint-Gilles pourraient alors être transformés en services de réadaptation et de gériatrie.

Pour les soins d'urgence, un plan standardisé devrait être développé en concertation avec la Direction Générale des Etablissements Pénitentiaires et ensuite être adapté au contexte local.

De même, un plan de communication et de coordination avec le SPF Justice devrait être mis sur pied, afin de déterminer les mesures de protection nécessaires pour les prestations de soins et le transport de prisonniers dans le cadre des soins de santé.

7.4. Réforme des soins de santé mentale : concentrer les détenus gravement malades ?

Comme nous l'avons déjà mentionné, certains détenus sont « internés », ce qui signifie qu'ils ont été jugés irresponsables de leurs actes en raison de leur maladie mentale. La politique actuelle vise, à terme, à extraire tous les internés des prisons pour les placer dans des centres de psychiatrie légale (CPL) spécialement adaptés. D'ici quelques années, le nombre de CPL devrait être suffisant pour accueillir tous les internés¹.

De nombreux autres détenus sont toutefois également confrontés à des problèmes de santé mentale. Dans notre proposition de réforme, nous établissons une distinction entre les détenus qui présentent des problèmes de santé mentale graves et ceux dont les problèmes de santé mentale sont légers à modérés.

7.4.1. Les problèmes de santé mentale légers à modérés

Ces détenus peuvent être traités par l'équipe interdisciplinaire de soins de première ligne, qui est soutenue dans cette tâche par des prestataires de soins spécialisés. Cette proposition a été soutenue par la majorité des stakeholders, bien que certains aient laissé entendre que la distinction entre ces deux niveaux de problèmes de santé mentale n'est pas nette dans la pratique. Certains se demandent également si cette équipe disposera des compétences requises et du temps suffisant.

7.4.2. Les problèmes de santé mentale graves ou complexes

Pour les soins aux détenus souffrant de problèmes de santé mentale graves ou complexes, nous avons retenu deux scénarios possibles:

1. les détenus sont **répartis dans toutes les prisons** OU 2. ils sont regroupés dans des **services psychiatriques spécialisés** d'une ou de plusieurs prisons spécifiques (comme p.ex. à Paifve).

Dans les deux cas, les soins de santé mentale sont dispensés par des **équipes psychiatriques externes spécialisées**.

La plupart des stakeholders se sont exprimées en faveur d'une forme de concentration, qui faciliterait les soins et le recrutement de personnel (de surveillance) spécialisé. En outre, elle permettrait de protéger les détenus vulnérables. Certains pensent qu'une telle concentration serait également profitable à tous les détenus toxicomanes.

Les stakeholders opposés à cette approche estiment en revanche qu'une concentration dans un nombre limité de prisons (qui entraînerait donc éventuellement un éloignement du domicile) pourrait constituer un obstacle aux contacts sociaux et aux visites des membres de la famille. Certains mettent en garde également contre une stigmatisation des détenus concernés admis dans une annexe ou prison « psychiatrique ».

¹ Voir à ce propos le MasterPlan Internés des Ministres Geens, De Block et Jambon de 2016 et le projet FOR-CARE, financé par le SPF Santé Publique et mené par un consortium interuniversitaire.



7.4.3. *L'utilisation médicaments psychotropes est à reconsidérer*

Nos recherches ont montré que de nombreux détenus se sont vus prescrire des médicaments psychotropes (parmi les prisonniers en 2015, 21% ont reçu au moins une prescription d'antipsychotiques, 25% ont reçu des antidépresseurs, 31% des anxiolytiques), et ces chiffres ne concernent pas seulement les détenus internés. En raison de l'absence de diagnostics formels, nous n'avons pas pu déterminer dans quelle mesure ces prescriptions sont appropriées.

Il est possible qu'une composante culturelle intervienne, comme le montre une étude de Beyens et Boone⁷⁴ sur des prisonniers belges détenus à Tilburg aux Pays-Bas où, d'après les prisonniers interrogés, beaucoup moins de psychotropes sont prescrits quand ce sont des professionnels néerlandais qui sont responsables des soins. Une autre raison pourrait être que les soignants ne disposent pas de suffisamment de temps pour les interventions non-pharmacologiques. En tout état de cause, le nombre d'agents de santé doit être considérablement élargi tant pour la prévention que pour les volets curatifs et pour l'accompagnement des problèmes de santé mentale.

7.4.4. *Des programmes de lutte contre les assuétudes aux drogues à renforcer*

Nous avons constaté que de nombreux prisonniers souffrent de problèmes d'addiction, alors que les prises en charge, la prévention et les stratégies de réduction des risques sont singulièrement peu présentes dans les prisons belges. Nous avons aussi pu observer de grandes différences entre prisons dans la manière dont sont prescrits les traitements de substitution.

Le traitement des assuétudes améliore la santé globale et contribue à réduire les récidives de criminalité. Pour ces raisons, nous sommes d'avis que **les programmes de prévention et de prise en charge des assuétudes** – et il y a un certain nombre en cours actuellement dans les prisons belges – **devraient être davantage encouragés.**

7.5. Réforme des soins dentaires : pas d'option préférentielle

En 2015, on dénombre environ 20 000 visites chez le dentiste sur un total de 26 000 détenus.

La capacité des prisons varie *grosso modo* de 60 à 700 places environ. Nous avons dès lors des doutes concernant l'utilité d'une infrastructure dentaire totalement équipée dans chaque prison, vu que les petites prisons pourraient éventuellement être dépannées par un « bus dentaire » mobile. Les Pays-Bas ont notamment recours à un tel bus dans les prisons qui requièrent moins de 10 heures de soins dentaires par semaine.

Nous n'avons toutefois trouvé dans la littérature aucune donnée probante permettant de désigner la meilleure approche. Les avis des stakeholders étaient également partagés. La moitié environ a privilégié une infrastructure fixe totalement équipée, pour les grandes prisons, combinée à des unités mobiles pour les petites, tandis que d'autres ont opté pour un cabinet dentaire fixe dans chaque prison.

7.6. Réforme des services pharmaceutiques : harmoniser les pratiques

Les frais relatifs aux médicaments et aux produits pharmaceutiques représentaient €8.427.324 en 2015, soit un coût moyen journalier par prisonnier de €1,26 (SD = 0,47), avec de larges variations entre prisons.

Certains problèmes liés à la consommation et à la distribution des médicaments dans les prisons peuvent être indirectement solutionnés par le renforcement de l'équipe de première ligne, l'accroissement de l'offre de santé mentale et la meilleure collaboration entre les agents pénitentiaires et l'équipe de soins de première ligne. Concernant les disparités liées à l'offre de produits pharmaceutiques hors prescriptions, le manque de contrôle des pharmacies locales, les erreurs lors de préparations ou la non-délivrance des produits à la prison, une piste serait d'externaliser la préparation des doses par prisonnier, l'achat et la fourniture des produits et la distribution à un ou plusieurs fournisseurs au niveau fédéral, régional ou local, avec un financement des frais pharmaceutiques similaires à celui en vigueur en milieu hospitalier. Nous n'avons cependant pas trouvé dans la littérature ou



dans les pays étrangers de recommandations concernant l'organisation et la délivrance des produits pharmaceutiques en-dehors des prisons.

7.7. Appliquer également l'assurance maladie aux détenus

Comme nous l'avons mentionné plus haut (voir la section 5.7), les détenus n'ont pas droit à une couverture de l'assurance maladie aujourd'hui, vu que le SPF Justice paie tous leurs soins de santé.

Le transfert des compétences et du budget des soins pénitentiaires du ministre de la Justice au ministre des Affaires sociales et de la Santé publique supprime l'obstacle au droit à la couverture par l'assurance maladie. Il constitue dès lors une bonne occasion pour se pencher sur le statut des détenus en matière d'assurance maladie.

Dans ce cadre, nous avons analysé et formulé trois scénarios possibles. Dans les trois scénarios, l'assurance maladie est appliquée mais les conditions pour y avoir droit (le statut) changent.. (pour une description détaillée, voir l'annexe 8 de ce rapport) :

1. On applique les règles existantes de l'assurance maladie belge aux détenus, partant de la qualité que les détenus ont au moment de leur incarcération et pour la suite de leur détention.
2. les détenus conservent pendant toute la durée de leur détention la qualité (p. ex.salarié) qu'ils avaient au moment de leur privation de liberté ;
3. chaque détenu reçoit une nouvelle qualité d'assuré spécifique au début de sa détention (« résident en prison »).

Le **premier scénario** prévoit une application « normale » des principes de l'assurance maladie pendant la période de détention (càd la possibilité de perte du statut en fonction de la situation réelle). La fin de la prise en charge des soins de santé des détenus par le SPF Justice permettra à l'assurance maladie obligatoire d'être pleinement d'application: les détenus pourront donc être assurés sur la base du statut de résident belge, le cas échéant, et les règles de remboursement seront d'application.

Le **deuxième scénario** se base en grande partie sur l'hypothèse que le détenu résidant légalement en Belgique bénéficie d'une qualité d'assuré au début de sa détention et qu'il est « en ordre de mutuelle ». En pratique, ce n'est cependant pas souvent le cas.

L'avantage du **troisième scénario** réside dans son approche inclusive : dès le début de l'incarcération, tous les prisonniers, indépendamment de leur statut de séjour ou de leur statut préalable d'assuré social, sont couverts sous la qualité de « résident en prison », ce qui constituerait un nouveau statut d'assuré social pour le détenu et les personnes à sa charge. Ce scénario génèrera cependant une inégalité parmi les personnes sans titre de séjour, puisque celles qui sont détenues pourraient faire bénéficier leurs dépendants de l'assurance santé générale, alors que les autres ne le pourraient pas puisque elles-mêmes et leur dépendants relèvent de l'Aide Médicale Urgente. De plus, beaucoup de détenus ne restent que peu de temps en prison ; pour ces courtes périodes, il est souvent inutile de créer un nouveau statut d'assurabilité étant donné que le statut prévalant avant la détention continue ou que l'on peut appliquer le statut de « résident ». Le statut de 'résident en prison' risque également d'être problématique pour les détenus qui peuvent bénéficier de modalités d'exécution de leur peine (par exemple: régime de semi-liberté).

Sur la base de notre analyse juridique et des conseils d'experts, **nous penchons en faveur du premier scénario**, car il applique le principe de la normalisation, c'est-à-dire qu'il prévoit que les détenus soient traités le plus possible comme les autres citoyens, dans l'acception la plus large du terme. Par ailleurs, ce scénario permet, en appliquant les règles existantes, de garder une qualité valable au début de la détention pendant 3 ans au maximum. Vu le nombre de séjours de courte durée, ce scénario peut offrir une solution dans beaucoup de cas.

Pour les personnes sans titre de séjour, la procédure d'Aide Médicale Urgente peut s'appliquer. Durant l'évaluation initiale à l'arrivée en prison, les soins nécessaires peuvent être déterminés et les démarches nécessaires à l'obtention d'une carte médicale peuvent être mises en œuvre pour la durée de la détention. De cette manière, la personne détenue peut recevoir des soins de santé, qui seront facturés à la Caisse Auxiliaire d'Assurance Maladie Invalidité (CAAMI).



Ticket modérateur

Aujourd'hui, le détenu ne paie pas de ticket modérateur pour les soins qu'il reçoit en prison. Une option serait que soit l'INAMI, soit le SPF Justice paie les tickets modérateurs des patients détenus, ce qui pourrait être justifié par le fait que peu de détenus ont la possibilité de gagner de l'argent en travaillant, et que leurs allocations sociales sont souvent suspendues pendant la détention. La prise en charge des tickets modérateurs pourrait également empêcher que des détenus reportent des soins nécessaires faute de moyens. On pourrait toutefois aussi plaider pour que le détenu paie lui-même ses tickets modérateurs.

Tiers payant ou remboursement majoré

Enfin, il convient également d'examiner de quelle manière les coûts des soins médicaux seront effectivement payés. On peut envisager de fonctionner avec le tiers payant : le détenu ne payerait que sa contribution personnelle (ticket modérateur). On pourrait par ailleurs considérer l'application du système des remboursements majorés. Le droit à un remboursement majoré permet de payer une contribution personnelle plus faible pour la plupart des traitements médicaux. Toute personne qui a droit à ce système bénéficie automatiquement du tiers payant.

Il sera nécessaire de mener des discussions plus approfondies entre le SPF Santé publique, le SPF Justice, le SPP Intégration Sociale et l'INAMI pour trancher ces questions.

7.8. Réforme des modalités de paiement des prestataires

À l'heure actuelle, le SPF Justice finance les soins pénitentiaires de diverses manières. Certains prestataires de soins travaillent sous statut d'employés et perçoivent un salaire, d'autres sont indépendants ou travaillent comme intérimaires et sont payés à l'heure et/ou à la prestation. Des facteurs tels que le nombre de patients ou les caractéristiques de santé des prisonniers ne sont pas particulièrement pris en compte. Pour les soins hospitaliers également, les modalités de paiement sont variables. Le système est donc très complexe, ce qui explique que nous n'ayons pas pu avoir un aperçu de la totalité du budget qui y est consacré.

Les opinions divergent sur le mode de financement optimal à mettre en place. Il serait donc opportun d'examiner, dans le cadre de la réforme en cours des soins en milieu carcéral, quelle serait la forme de financement qui conviendrait le mieux pour promouvoir l'efficacité, la collaboration et la qualité des soins.

Si le budget des (prestations de) soins dispensés est transféré vers le budget des soins de santé de l'INAMI, les modes de paiements actuels pourront être appliqués comme dans la population générale.

La manière dont le financement des différentes prestations de soins (première ligne, seconde ligne, soins de santé mentale, soins dentaires) doit s'effectuer dépendra notamment du scénario choisi pour la dispensation et l'organisation de ces soins. Si, par exemple il est décidé de confier les soins de première ligne à des équipes interdisciplinaires, il serait préférable de prévoir un système de capitation (somme fixe par prisonnier, qui permet de rémunérer tous les prestataires de soins et les interventions de l'équipe interdisciplinaire) ou un paiement par diagnostic ou par épisode de soins.

Durant le processus de réforme, il nous semble judicieux de confier à un groupe de travail technico-financier la tâche d'examiner et de développer les modes de paiement les plus adaptés. Une phase-test pourrait ensuite être menée pendant au moins un an dans un nombre limité de prisons, en enregistrant toutes les activités et dépenses, certains facteurs déterminants tels que la toxicomanie, les maladies infectieuses, les troubles psychiatriques, etc., ainsi que certaines caractéristiques telles que le statut de résidence la durée de la détention, le type de prisonnier, etc.

7.9. Réforme des services centraux

La réforme des soins pénitentiaires ne doit pas seulement se jouer au niveau des prisons ; elle doit également être coordonnée par un service central disposant de ressources suffisantes.

À l'heure actuelle, il existe un Service central des Soins de Santé en Prison (SSSP) au sein de la Direction Générale des Etablissements Pénitentiaires (DG-EPI). Le SSSP est actuellement dirigé par un chef de service juriste et il est en sous-effectif. Il nous semble donc nécessaire de renforcer en priorité ce service en nommant également à sa tête **un directeur médical** ayant une expérience en matière de soins de santé en milieu carcéral – de



manière à fonctionner avec une double direction – et **en engageant du personnel** de manière à garantir une expertise dans des domaines tels que l'organisation des soins, des soins infirmiers, de la psychiatrie, de l'épidémiologie, de l'économie, du droit, de la pharmacologie clinique, de la gestion des données, de l'*evidence based practice*, du contrôle de la qualité, etc. Pour chaque fonction, une description de fonction doit être rédigée.

Dans le cadre du transfert de la tutelle des soins de santé pénitentiaires du SPF Justice vers le SPF Santé Publique, il nous semble logique que le SSSP soit transféré vers le SPF Santé Publique. Le comité de pilotage déjà existant sur les soins de santé pénitentiaires devrait être habilité à guider et soutenir le SSSP dans l'opérationnalisation de la réforme.

Harmoniser l'offre de soins entre prisons et monitorer la qualité des soins

Nous avons constaté une importante variabilité entre les prisons en ce qui concerne la consommation de soins de santé. Ces différences ne s'expliquent que partiellement par les caractéristiques de leur population carcérale. Ce qui suggère que l'offre et l'organisation des soins (p. ex. pour la prise en charge des assuétudes, la gestion des problèmes psychiques, le dépistage et le traitement des maladies transmissibles) sont différentes en fonction des prisons, et que la manière d'organiser les soins est insuffisamment harmonisée, coordonnée et gérée au niveau central.

Il serait dès lors nécessaire de **recourir plus systématiquement à des guidelines** tant pour les questions de fond que pour les problèmes organisationnels (p. ex. concernant les normes minimales de personnel nécessaire). Le personnel doit également être formé à l'utilisation de ces guidelines et leur utilisation doit faire l'objet d'un monitoring.

Collecter des données relatives aux problèmes de santé et aux soins en milieu carcéral

Durant notre étude, il a été très difficile de trouver des informations concernant les problèmes de santé, les soins de santé et le financement, et celles que nous avons finalement trouvées n'étaient pas toujours transparentes et cohérentes. Par conséquent, nous avons souvent dû faire des suppositions et il subsiste encore de nombreuses zones d'ombre. Pour

pouvoir, à l'avenir, évaluer les soins de santé dans les prisons, il sera nécessaire de disposer **d'un système performant de collecte de données relatives aux diagnostics, aux traitements et à leurs résultats, à la qualité, aux moyens humains et aux dépenses**. Chaque fois que ce sera possible il sera préférable d'utiliser les systèmes existants de collecte de données (notamment les dossiers patients informatisés (DPI)).

Monitoring de la qualité

Nous avons également constaté qu'il n'existait aucune donnée concernant la qualité des soins dispensés dans les établissements pénitentiaires. Au contraire, tant l'analyse de la littérature scientifique que nos interviews et consultations de stakeholders y ont mis en lumière plusieurs lacunes. Il sera important de mettre en place un système de surveillance de la qualité et de faire effectuer des inspections par les mêmes organismes compétents que pour les soins de santé réguliers. Il est évident qu'améliorer et monitorer cette qualité nécessitera d'investir davantage de ressources financières et humaines.

Autres missions du service central

Les missions de ce service central devraient également porter sur les points suivants :

- développement d'un plan de mise en œuvre par étapes, avec des objectifs clairs (voir plus loin);
- préparation des marchés publics et des contrats avec les prestataires de soins externes ;
- adaptation des guidelines aux conditions pénitentiaires spécifiques ;
- développement d'un plan de communication et de coordination avec le SPF Justice, concernant les mesures de protection nécessaires pour les prestations de soins et le transport de prisonniers dans le cadre des soins de santé, ainsi que pour garantir un service minimum et l'accès aux soins indispensables en cas de grève du personnel pénitentiaire ;
- composition d'un comité technico-financier afin de préparer les modalités de paiement pour les prestations de soins.



Il est évident que les ressources humaines et financières actuelles du SSSP sont insuffisantes pour assumer toutes ces missions. Lors du transfert des compétences relatives aux soins de santé pénitentiaires au ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, il conviendra certainement aussi de négocier le budget nécessaire pour ce service central.

7.10. Autres points à prendre en compte

7.10.1. Appliquer la législation existante

La loi des principes concernant l'administration pénitentiaire de 2005, offre déjà un bon cadre de travail, mais les Arrêtés royaux qui lui permettraient d'entrer pleinement en vigueur sont toujours manquants. Un autre texte légal, de portée internationale, est également en chantier : le traité OPCAT (*Optional Protocol to the Convention Against Torture*)^{m,n}, qui prévoit entre autres la mise en place des mécanismes de prévention via une inspection systématique des prisons. La Belgique a certes ratifié ce texte en 2005, mais ne l'a pas encore mis en œuvre. Il est donc urgent de **procéder aussitôt que possible aux étapes légales d'activation de ces textes de loi.**

7.10.2. Explorer les atouts de la télémédecine

Il est logique qu'entrer dans une prison ou en sortir nécessite de se soumettre à toute une série de procédures de sécurité, ces procédures sont toutefois particulièrement chronophages pour les prestataires de soins extérieurs à la prison. Les nouvelles formes de télémédecine permettraient d'éviter une partie de ces procédures et beaucoup d'études⁷⁵⁻⁸⁸ montrent que cette forme de soins est réalisable et efficace dans les prisons. **Les soins à distance via la télémédecine mériteraient donc d'être étudiés avec attention et éventuellement adoptés.** Certaines prisons sont d'ailleurs déjà équipées d'un système numérique « Prison-Cloud » qui permet de telles applications. Un médecin ou un infirmier présents à l'intérieur de la prison pourraient jouer le rôle de médiateurs de telles

consultations. Il faudra également trouver une solution pour la rémunération des prestataires externes consultés par ce canal.

7.10.3. Reconsidérer l'ampleur de l'enveloppe budgétaire

Nos visites d'établissements pénitentiaires, nos réunions de stakeholders et les rapports des Comités de Surveillance permettent d'établir que les ressources financières actuelles seront insuffisantes pour fournir des soins de bonne qualité. Les stakeholders déplorent un manque de personnel, d'équipements modernes, d'infrastructures, de perspectives de carrière, de possibilités de formation, etc. Selon eux, le financement conjoint par le gouvernement fédéral et les Communautés empêche de mettre en place une approche intégrée des soins.

Les prestataires indépendants sont souvent payés en retard. De nouvelles mesures de réduction des coûts sont constamment ajoutées. Tout cela a un impact négatif sur l'attractivité de la pratique en milieu carcéral.

7.10.4. Établir les coûts du transfert de compétences

Nous n'avons malheureusement pas pu trouver, dans les autres pays qui ont déjà procédé au transfert des soins de santé de la Justice à la Santé publique, de données concernant le coût d'une telle opération. En revanche, il est évident que les dépenses de soins de santé ont augmenté après ces transferts (20 à 40 %). Outre la hausse des dépenses en matière de soins de santé, il convient de tenir compte également des coûts liés à l'organisation et à la préparation du transfert, et au renforcement des ressources humaines et de l'infrastructure (notamment informatique).

^m Le texte de la Convention OPCAT est consultable (en anglais) : <http://www.ohchr.org/EN/ProfessionalInterest/Pages/OPCAT.aspx>

ⁿ Voir à ce propos la note du CPT relative à la Belgique (en anglais) : http://www.apc.ch/en/opcat_pages/opcat-ratification-6/?pdf=info_country



7.11. Conclusion

Les soins de santé dans les prisons belges ont de nombreuses facettes et concernent de nombreux acteurs. Réformer ces soins est donc une entreprise majeure pour laquelle un plan stratégique doit être élaboré et approuvé par tous les ministres fédéraux et fédérés concernés. Ce plan doit également être soutenu par les acteurs de terrain.

Les grands principes de la réforme et la vision de base du plan sont énumérés à la section 7.2.

La réforme sera un processus qui se déroulera sur plusieurs années ; il est donc nécessaire de planifier une approche par étapes :

Phase 1 – Préparation

La première étape doit être un renforcement du SSSP central, en nommant une double direction médicale et juridique, et en recrutant les compétences nécessaires dans les domaines de l'organisation des soins, des soins infirmiers, de la psychiatrie, de l'épidémiologie, de l'économie, du droit, de la pharmacie clinique, de *Evidence-Based Practice* et de l'assurance qualité. Ainsi renforcé, le SSSP rédigera le plan stratégique en collaboration avec des groupes de travail pour les différentes parties du plan (p.ex. les besoins en personnel, les questions d'assurabilité, les méthodes de financement, les contrats des prestataires de soins, etc.). En même temps, le SSSP développera un système adéquat de collecte de données au sujet des besoins de soins, des interventions et du monitoring des processus, afin que les changements soient correctement évalués. Le SSSP commencera également à adapter et à disséminer des guidelines appropriés. Enfin, le personnel de soins des prisons locales sera renforcé de manière à satisfaire aux normes minimales du CPT.

Phase 2 – Mise en place de la réforme dans un nombre limité de prisons et collecte des données

Cette étape doit commencer par la création d'une équipe interdisciplinaire de soins de première ligne, qui interviendra selon une approche holistique comprenant la prévention et la promotion de la santé. Cette approche sera de préférence testée pendant un an dans 2 à 4 établissements puis évaluée en profondeur, et adaptée si nécessaire. Elle permettra également de fournir des paramètres pertinents pour les calculs budgétaires. Au début de ce test, le financement pourra se baser sur les chiffres de dépenses historiques, augmentés d'un budget pour le recrutement des prestataires de soins nécessaires dans l'équipe interdisciplinaire de manière à satisfaire aux normes minimales du CPT. Lors de cette deuxième phase, d'autres innovations telles que les applications de télémédecine pourront être testées.

Phase 3 – Élargissement de la réforme à toutes les prisons

La mise en œuvre de la réforme dans l'ensemble des prisons devra se faire sous la coordination du SSSP, avec un monitoring continu du processus et des résultats, de manière à pouvoir s'adapter aux contingences locales.

Pour le monitoring de l'ensemble de ce processus, le plan stratégique devra prévoir des échéances claires indiquant, pour chaque étape, les résultats attendus.



■ RECOMMANDATIONS

À toutes les instances concernées par les soins de santé aux personnes détenues

- Les soins de santé pénitentiaires doivent être réformés en profondeur sur base des principes suivants :
 - La responsabilité des soins de santé doit être transférée du Ministre de la Justice à la Ministre des Affaires Sociales et de la Santé Publique.
 - Les soins de santé aux personnes détenues doivent reposer sur une approche intégrée et interdisciplinaire.
 - Les soins de santé aux personnes détenues doivent être partie intégrante du système de santé général.
 - Le processus de réforme doit être précédé d'un 'Proof of concept' s'inspirant des 3 phases proposées au point 7.11 de la synthèse

Au gouvernement fédéral

- La compétence des soins de santé dans les prisons doit être transférée le plus rapidement possible du Ministre de la Justice à la Ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, dans le respect des compétences dévolues aux entités fédérées en matière de soins de santé dans les prisons. Il convient également de prendre les mesures budgétaires appropriées pour ce transfert et pour l'optimisation / la réorganisation des soins.
- Le « Service Soins de Santé en Prisons » (SSSP) de la Direction Générale des Etablissements Pénitentiaires (DG-EPI) doit être transféré vers le SPF Santé Publique.
- Le comité de pilotage déjà existant sur les soins de santé pénitentiaires doit recevoir le mandat lui permettant de guider et soutenir le SSSP dans l'opérationnalisation de la réforme.
- Les Arrêtés Royaux nécessaires à l'application de la Loi de Principes de 2005 concernant l'administration pénitentiaire et le statut juridique des personnes détenues doivent être préparés et exécutés.
- La convention OPCAT (*Optional Protocol to the Convention Against Torture / Protocole facultatif se rapportant à la Convention contre la torture et autres peines ou traitements*)



cruels, inhumains ou dégradants), signée par la Belgique en 2005, doit être appliquée le plus rapidement possible.

À la Ministre des Affaires Sociales et de la Santé Publique

- Le SSSP doit être renforcé par les profils de compétences adéquats, afin d'accomplir les missions du SSSP. Ces profils de compétences incluent des compétences telles que l'organisation des soins de santé, les soins infirmiers, la psychiatrie, l'épidémiologie, les matières économiques et juridiques et la pharmacie, ainsi que la gestion des données, l'evidence based practice, le contrôle de la qualité, etc. Pour chacune des fonctions du SSSP, une description de fonction doit être rédigée.
- Le SSSP doit être doté d'une double direction (un directeur général et un directeur médical ayant une expérience en matière de soins de santé en milieu carcéral).

Au service central Soins de Santé en Prisons (SSSP)

- Un plan stratégique pour la réforme doit être rédigé, décrivant la mise en œuvre de tous les principes directeurs (voir point 7.2 de la présente synthèse). Toutes les parties concernées (y compris l'INAMI) doivent être impliquées et doivent suivre une procédure par étapes, telle que celle décrite dans la présente synthèse.
- Les soins dans les prisons doivent être harmonisés, coordonnés et pilotés par le SSSP, via le développement de guidelines cliniques et organisationnels. Un système performant de collecte de données relatives aux diagnostics, aux interventions et à leurs résultats, à la qualité, aux moyens humains et aux dépenses doit également être mis sur pied, avec les indicateurs de qualité nécessaires.
- Une nouvelle fonction de coordination de soins de santé doit être créée et implantée dans chaque prison, avec comme missions :
 - veiller à ce que tous les acteurs jouant un rôle dans les soins se voient attribuer des tâches claires et participent à un bon échange d'informations ;
 - coordonner l'équipe de soins de première ligne en collaboration avec le médecin généraliste, coordinateur médical de l'équipe ;
 - se concerter régulièrement avec la direction de la prison ;



- **coordonner les recours aux soins de deuxième ligne dispensés dans les hôpitaux (y compris la sécurité)**
- **se concerter régulièrement avec les autres instances en charge de la coordination des soins, du support et des services ;**
- **veiller à l'implémentation et au suivi du plan de gestion des urgences médicales ;**
- **rencontrer régulièrement et référer au SSSP.**
- **Pour la délivrance des soins de première ligne, tous les soignants doivent former, dans chaque prison, une équipe interdisciplinaire placée sous la coordination médicale d'un médecin généraliste et œuvrer à une approche intégrée de la santé des détenus. La taille de cette équipe doit être alignée sur les besoins des détenus et prendre en compte le contexte spécifique de la prison. Elle doit au minimum satisfaire aux normes minimales de personnel recommandées par le CPT. Le SSSP se chargera de conclure des accords avec ces équipes.**
- **Pour la délivrance des soins de deuxième ligne,**
 - **le SSSP doit établir, pour chaque prison (ou regroupement de prisons), un contrat avec un hôpital proche.**
 - **Les CMC de Bruges et Saint-Gilles doivent être reconvertis en lits de réadaptation et/ou de gériatrie. Les lits sécurisés du CHR de la Citadelle de Liège peuvent être maintenus et réservés pour les soins de deuxième ligne des détenus considérés comme très dangereux.**
- **Concernant les soins de santé mentale,**
 - **les problématiques de santé mentale légères à modérées doivent être prises en charge par l'équipe interdisciplinaire de première ligne ;**
- **les soins de santé mentale graves ou complexes doivent être pris en charge par des équipes psychiatriques externes spécialisées. Pour les soins d'urgence, un plan standardisé doit être développé en concertation avec la Direction Générale des Etablissements Pénitentiaires et ensuite être adapté au contexte local**
- **Concernant la formation du personnel :**
 - **Les besoins de formation du personnel soignant et du personnel pénitentiaire doivent être inventoriés. Sur cette base une offre de formation sera mise en place.**



Il est également nécessaire de développer un programme de formation pour les agents pénitentiaires afin qu'ils puissent identifier des problèmes de santé (mentale) aigus et agir en conséquence.

- **Concernant le Dossier Patient Informatisé (DPI) :**
 - **Un nouveau système de dossier patient informatisé doit être mis en place. Lors du choix de celui-ci, il faut veiller à sa compatibilité avec les systèmes existants en dehors de la prison pour faciliter les échanges et la continuité. Le DPI doit pouvoir être utilisé par tous les prestataires de soins, moyennant des autorisations d'accès. Le DPI doit permettre l'extraction (anonymisée) de données à des fins de recherche épidémiologique, de suivi de la qualité et de calculs de coûts.**
- **Concernant l'assurabilité des détenus :**
 - **Une solution doit être recherchée pour l'assurabilité des détenus en concertation avec l'INAMI et le SPP Intégration Sociale. L'application « normale » des principes de l'assurance maladie-invalidité durant la période de détention est la meilleure option tant au niveau normatif que pratique.**
 - **Les personnes détenues ayant leur résidence légale en Belgique peuvent être assurées sur la base de leur inscription au Registre National des personnes physiques (statut « résident ») s'ils ne peuvent plus/pas être assurés en vertu d'un autre statut. Cela nécessite de se prononcer, sur la base des options proposées dans le chapitre 8 de ce rapport, sur les principes suivants (également en fonction du modèle de financement choisi) :**
 - **l'affiliation des personnes détenues auprès d'une mutualité ;**
 - **l'exemption automatique (ou non) des personnes détenues de leur cotisation financière liée à leur statut de résident, étant donné qu'ils perçoivent un revenu limité durant leur période d'incarcération ;**
 - **l'application obligatoire (ou non) du tiers payant en prison (nécessitant l'inscription de cette obligation dans l'Arrêté Royal du 18 septembre 2015 concernant le tiers-payant) ;**
 - **la prise en charge (ou non) du ticket modérateur par la personne détenue (après application des règles en vigueur concernant le remboursement majoré).**



- Pour les personnes sans titre de séjour qui ne peuvent s'affilier auprès d'une mutualité, la procédure d'Aide Médicale Urgente peut s'appliquer.

Au SPF Justice et au SPF Intérieur

- Un plan relatif à la surveillance et au contrôle des transferts des détenus vers et depuis les hôpitaux et à la surveillance des détenus en cas d'hospitalisation doit être développé.
- Un service minimum doit être garanti dans les prisons de sorte qu'en cas de grèves du personnel pénitentiaire, l'accès aux soins indispensables soit préservé en tout temps.

À l'INAMI

- Prévoir le financement nécessaire pour les différents modules à tester lors du processus de 'Proof of concept'

Aux autorités en charge de la prévention en santé, de la promotion de la santé et de la lutte contre les assuétudes

- Les organisations actives dans et autour des prisons, notamment dans les domaines de la promotion de la santé, prévention et de la lutte contre les assuétudes doivent être renforcées, recevoir un ancrage juridique et bénéficier d'un financement structurel.
- Les concertations entre les ministres fédéraux de la Justice et de la Santé Publique et les entités fédérées en vue de proposer une approche commune et systématique de lutte contre les assuétudes et les affections transmissibles dans les prisons doivent se poursuivre.

Aux directions de prisons

- Un environnement sain et promoteur de santé doit être créé.
- L'indépendance des professionnels de santé doit être garantie.
- La direction de la prison doit informer sans délai et sans conditions l'équipe de soins de première ligne de la libération ou du transfert imminents d'une personne détenue, de sorte que l'équipe puisse préparer la sortie sur le plan médical.



- La direction de la prison doit prendre les mesures de surveillance et de sécurité nécessaires de sorte que les professionnels de santé puissent délivrer leurs soins sans danger, y compris en cas de séjour ou de transfert vers un hôpital
- La direction de la prison doit veiller à ce que les personnes détenues puissent faire leur demande de soins en toute confidentialité.

À l'hôpital partenaire pour les soins physiques

- Les soins nécessaires doivent être autant que possible organisés à l'intérieur de la prison ou par le biais de la télémédecine, de manière à réduire autant que possible les transferts vers l'hôpital. En cas de consultation par télémédecine, un médecin ou un infirmier dans la prison peuvent jouer un rôle de médiateur.

Au personnel soignant exerçant dans les prisons

- Dans le but d'accroître l'expertise, la visibilité et l'attractivité de l'exercice en prison, des associations professionnelles (interdisciplinaires) actives dans le domaine de la santé en milieu carcéral pourraient être mises en place. Il existe un besoin pour une offre de formation ciblée et un échange d'expertise.
- Il est nécessaire de développer des modules de formation spécifiques pour les prestataires de soins et le personnel pénitentiaire.



■ REFERENCES

1. WHO. Declaration on Prison Health as part of Public Health. In. Moscow: WHO; 2003.
2. WHO Regional Office for Europe. Good governance for prison health in the 21st century. A policy brief on the organization of prison health 2013.
3. Cosyns P, Koeck S, Verellen R. De justitiabele met een psychische stoornis in Vlaanderen. Tijdschrift voor Psychiatrie. 2008;50:63-8.
4. De Coninck G, Cosyns P, Harris F. Jaarverslag Centrale Toezichtsraad voor het gevangeniswezen. Brussel: Centrale Toezichtsraad voor het gevangeniswezen; 2011.
5. Cartuyvels Y, Champetier B, Wyvekens A. Social Defense in Belgium: Between Care and Security. An Empirical Approach. Deviance et Societe. 2010;34(4):615-45.
6. Cosyns P, Goethals K. Penitentiary mental health care in Belgium. In: Ethical issues in prison psychiatry. New York, NY: Springer Science + Business Media; US; 2013. p. 145-51. Available from: <http://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=JS&CSC=Y&NEWS=N&PAGE=fulltext&D=psyc10&AN=2013-32819-007>
7. Boers A, Vandeveldel S, Soyez V, De Smet S, To WT. Het zorgaanbod voor geïnterneerden in België. Panopticon. 2011;32:17-38.
8. Hardonk S, Devlieger P, Detraux JJ, Vrielink J, Mortelmans D, Van Hove G, et al. Les personnes handicapées en Belgique et le (non-) respect des droits de l'homme et de meurs libertés fondamentales garantis par la Convention des Nations Unies relative aux droits des personnes handicapées. Centre interfédéral pour l'égalité des chances; 2014.
9. Observatoire international des prisons. Notice 2013 sur l'état du système carcéral belge. 2013.
10. Vandeveldel S, Soyez V, Vander Beken T, De Smet S, Boers A, Broekaert E. Mentally ill offenders in prison: the Belgian case. Int J Law Psychiatry. 2011;34(1):71-8.



11. Batis N. Les détenus handicapés. Handicap + prison = double peine ? : ASPH; 2014.
12. Kinna F, Cherbonnier A. Santé et prison. Dossier. Bruxelles santé. 1999;16:6-13.
13. Comité européen pour la prévention de la torture et des peines ou traitements inhumains ou dégradants (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 24 septembre au 4 octobre 2013. Strasbourg; 2016.
14. Observatoire international des prisons. Notice 2016. Pour le droit à la dignité des personnes détenues. 2017.
15. Centrale Toezichtsraad voor het gevangeniswezen. Jaarverslag. Brussel; 2012.
16. Commissie van Toezicht Gevangenis St-Gillis. Verslag 2014-2015. Brussel; 2016.
17. Centrale Toezichtsraad voor het gevangeniswezen. Jaarverslag 2011-2014. Brussel; 2016.
18. Salvi V. La santé et la promotion de la santé des personnes détenues en milieu carcéral. Rapport parlementaire à la demande du Ministre des Travaux publics, de la Santé, de l'Action sociale et du Patrimoine, Monsieur Maxime Prévot. Namur; 2016.
19. Pourveur S. La prison nuit à la santé : un dossier, « La Santé en prison », de l'association des visiteurs francophones de prison de Belgique. Trait d'union. 2015(April).
20. Federale Ombudsman. Jaarverslag 2015. Brussel; 2016.
21. International Federation of Action by Christians for the Abolition of Torture. FIACAT and the ACAT of French-Speaking Belgium. Contribution to Belgium's Second Periodic Review. Paris; 2016.
22. International Federation of Action by Christians for the Abolition of Torture. Rapport alternatif FIACAT – ACAT Belgique sur la mise en œuvre de la Convention contre la Torture et autres peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants. Paris; 2008.
23. Reflectiegroep zorg en detentie. Memorandum: Naar een volwaardige gezondheidszorg voor gedetineerden en geïnterneerden in België. 2014.
24. Commissie van Toezicht Gevangenis Antwerpen. Jaarverslag 2016. Antwerpen; 2016.
25. Commissie van Toezicht Gevangenis Brugge-Ruiselede. Jaarverslag 2015. Brugge; 2016.
26. Commissie van Toezicht Gevangenis Dendermonde. Jaarverslag 2016. Dendermonde; 2017.
27. Commissie van Toezicht Gevangenis Gent. Jaarverslag 2014-2015. Gent; 2016.
28. Commission de Surveillance en Prison Lantin. Rapport Annuel 2016. Lantin; 2017.
29. Comité européen pour la prévention de la torture et des peines ou traitements inhumains ou dégradants (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 28 septembre au 7 octobre 2009. Strasbourg; 2010.
30. Comité européen pour la prévention de la torture et des peines ou traitements inhumains ou dégradants (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. Strasbourg; European Commission; 2012.
31. Miclotte A. Eerstelijnszorg in de Vlaamse gevangenissen: een explorerend beschrijvende studie door middel van interviews. Antwerpen: Universiteit Antwerpen; 2015.



32. European Committee for the Prevention of Torture. Public statement concerning Belgium. Strasbourg: Council of Europe; 2017.
33. Gourdin G, Vyncke V, Felgueroso-Bueno F, Eechaudt V, Vander Beken T, Vander Laenen F, et al. Chapter 1. Organisation of health care in Belgian prisons. Brussel: KCE; 2017.
34. Roberfroid D, Mistiaen P, San Miguel L. Chapter 2. Health problems and health care utilization in Belgian prisons. Brussel: KCE; 2017.
35. Witkowski M, Hudson P, Batson S, Moore B, Mitchell S. Chapter 3. Systematic review of healthcare use and needs of prisoners. Brussel: KCE; 2017.
36. Dubois C, Linchet S, Mahieu C, Reynaert JF, Seron P. Chapter 4. Organization models of health care services in prisons in four countries. . Brussel: KCE; 2017.
37. Gourdin G, Vyncke V, Felgueroso-Bueno F, Trybou J, Malfait S, Semaille P, et al. Chapter 5. Financial aspects of health care in Belgian prisons. Brussel: KCE; 2017.
38. Eechaudt V, Vander Laenen F, Vander Beken T. Chapter 6. Organisation of health care in Belgian prisons: legal framework. Brussel: KCE; 2017.
39. Vinck I, Mistiaen P. Chapter 7. Competences for the organisation of health care, health promotion, prevention and wellbeing issues in prisons. Brussel: KCE; 2017.
40. Schoukens P, De Weyer J. Chapter 8. Health care: the insurability of prisoners / Gedetineerden en de verzekering voor geneeskundige verzorging. Brussel: KCE; 2017.
41. Roodhooft D, Groffils L, Van Hoof S, Camaly O, Vanmaele H, Colin J, et al. Chapter 9. Health care in Belgian Prisons: Scenario building blocks. Brussel: KCE; 2017.
42. Mistiaen P, Dauvrin M, Eyssen M, San Miguel L, Vinck I. Chapter 10. Future organization of health care in Belgian Prisons; final stakeholder consultation. Brussel: KCE; 2017.
43. Directoraat-generaal Penitentiaire Inrichtingen. Jaarverslag 2015. Brussel: Federale Overheidsdienst Justitie; 2016.
44. Comité voor de evaluatie van de medische praktijk inzake geneesmiddelen. Farmaceutische kengetallen. Farmaceutische verstrekkingen. Ambulante praktijk. Brussel: RIZIV/INAMI; 2015.
45. Aerts A, Hauer B, Wanlin M, Veen J. Tuberculosis and tuberculosis control in European prisons. International Journal of Tuberculosis and Lung Disease. 2006;10(11):1215-23.
46. Brosens D, De Donder L, Verté D. Hulp- en dienstverlening gevangenis Antwerpen: een onderzoek naar de behoeften van gedetineerden. Brussel: Vrij Universiteit Brussel; 2013.
47. De Wilde J, Soye V, Vandevelde S, Broekaert E, Vander Beken T, Guillaume R, et al. Druggebruik en psychopathologie in gevangenis : een exploratieve studie tot methodiekontwikkeling. Gent: Academia Press; 2007.
48. Favril L, Vander Laenen F. Een geïntegreerd drugsbeleid in de gevangenis: zorgen voor morgen. Fatik, Tijdschrift voor Strafbeleid en Gevangeniswezen 2013(140):15-20.
49. Favril L, Vander Laenen F. Suïcidaliteit in detentie: over kwetsbare personen in een stressvolle context. Fatik. 2015(148):13-20.
50. Favril L, Vander Laenen F. Psychofarmaca en drugsgebruik in Vlaamse gevangenis. Verslaving. 2017;13:1-13.
51. Feron JM, Paulus D, Tonglet R, Lorant V, Pestiaux D. Substantial use of primary health care by prisoners: epidemiological description and possible explanations. J Epidemiol Community Health. 2005;59(8):651-5.
52. Feron JM, Tan LH, Pestiaux D, Lorant V. High and variable use of primary care in prison. A qualitative study to understand help-seeking behaviour. Int J Prison Health. 2008;4(3):146-55.



53. Plettincx P, Antoine J, Blanckaert P, De Ridder K, Vander Laenen F, Laudens F, et al. Rapport Annuel sur les drogues 2014. Tendances et évolutions. Bruxelles: WIV-ISP; 2014.
54. Thiry B. An assessment of personality disorders with the Five-Factor Model among Belgian inmates. *International Journal of Law and Psychiatry*. 2012;35(4):327-33.
55. Todts S. Middelengebruik en psychiatrische aandoeningen in de gevangenis. In: Daems T, Pletincx P, Robert L, Scheirs V, van de Wiel A, Verpoest K, editors. *Achter tralies in België*. Gent: Academia Press; 2009. p. 145-61.
56. Todts S. Mental Health Services in the Belgian prison system. In: Pomicou G, editor. *Mental Health and Addiction in Prisons*. Brussels: European Commission; 2013. p. 42.
57. Todts S, Glibert P, Van Malderen S, Van Huyck C, Saliez V, Hogge M. Usage de drogues dans les prisons belges : monitoring des risques sanitaires -2008. Bruxelles: SPF Justice / Modus Vivendi asbl; 2009.
58. Todts S, Van Meir J. Onderzoek psychiatrische medicatie 2010. FOD-Justitie, Dienst voor gezondheidszorg gevangenis; 2010.
59. Todts S, Van Meir J. Het gebruik van psychofarmaca in de Belgische gevangenis. *Panopticon*. 2011;32(3).
60. Verelst R. De psychiatrische hulpverlening in het belgische gevangeniswezen. *Periodiek, Tijdschrift van het Vlaams Geneeskundigenverbond*. 2015;70(1).
61. Vyncke V, Hanssens L, Steenberghe E, Willems S. Onderzoeksrapport 'Gezondheidsprofiel Gedetineerden'. Gent: U-Gent; 2015.
62. Van der Heyden J, Gisle L, Demarest S, Drieskens S, Hesse E, Tafforeau J. *Gezondheidsenquête België, 2008. Rapport I - Gezondheidstoestand*. Brussel: WIV/ISP; 2010.
63. Van der Heyden J. Contacten met de huisarts. In: Drieskens S, Gisle L, editors. *Gezondheidsenquête 2013. Rapport 3: Gebruik van gezondheids- en welzijnsdiensten*. Brussel: WIV-ISP; 2015.
64. United Nations General Assembly. *United Nations Standard Minimum Rules for the Treatment of Prisoners (the Nelson Mandela Rules)*. 2015.
65. Onkelinx L. Basiswet betreffende het gevangeniswezen en de rechtspositie van de gedetineerden. *Belgisch Staatsblad*. 2005;175(32).
66. National Institute for Health and Care Excellence. *Physical health of people in prison: assessment, diagnosis and management of physical health problems*. National Institute for Health and Care Excellence; 2016.
67. National Institute for Health and Care Excellence. *Mental health of adults in contact with the criminal justice system. Identification and management of mental health problems and integration of care for adults in contact with the criminal justice system*. NICE Guideline 66. NICE; 2017.
68. Bagnall AM, South J, Hulme C, Woodall J, Vinall-Collier K, Raine G, et al. A systematic review of the effectiveness and cost-effectiveness of peer education and peer support in prisons. *BMC Public Health*. 2015;15:290.
69. Barker E, Kolves K, De Leo D. Management of suicidal and self-harming behaviors in prisons: systematic literature review of evidence-based activities. *Arch Suicide Res*. 2014;18(3):227-40.
70. Hassan L, Weston J, Senior J, Shaw J. Prisoners holding their own medications during imprisonment in England and Wales: a survey and qualitative exploration of staff and prisoners' views. *Crim Behav Ment Health*. 2012;22(1):29-40.
71. South J, Bagnall A, Hulme C, Woodall J, Longo R, Dixey R, et al. A systematic review of the effectiveness and cost-effectiveness of peer-



- based interventions to maintain and improve offender health in prison settings. *Health Services and Delivery Research*. 2014;2(35).
72. Stewart W, Edmond N. Prisoner peer caregiving: a literature review. *Nurs Stand*. 2017;31(32):44-51.
73. Wright N, Bleakley A, Butt C, Chadwick O, Mahmood K, Patel K, et al. Peer health promotion in prisons: a systematic review. *Int J Prison Health*. 2011;7(4):37-51.
74. Beyens K, Boone M. 'Zeg maar Henk tegen de chef'. Ervaringen met het Belgische detentieregime in de PI Tilburg. Den Haag: Boom Lemma uitgevers; 2013.
75. Chari KA, Simon AE, DeFrances CJ, Maruschak L. National Survey of Prison Health Care: Selected Findings National Health Statistics Reports. 2016;96.
76. Deslich SA, Thistlethwaite T, Coustasse A. Telepsychiatry in correctional facilities: using technology to improve access and decrease costs of mental health care in underserved populations. *Perm J*. 2013;17(3):80-6.
77. Glaser M, Winchell T, Plant P, Wilbright W, Kaiser M, Butler MK, et al. Provider satisfaction and patient outcomes associated with a statewide prison telemedicine program in Louisiana. *Telemed J E Health*. 2010;16(4):472-9.
78. Gualano MR, Bert F, Andriolo V, Grosso M, Minniti D, Siliquini R. Use of telemedicine in the European penitentiaries: current scenario and best practices. *Eur J Public Health*. 2017;27(1):30-5.
79. Hofman J, Pollitt A, Broeks M, Stewart K, Van Stolk C. Review of computerised cognitive behavioural therapies. Products and outcomes for people with mental health needs. Santa Monica: RAND corporation; 2016.
80. Kassar K, Roe C, Desimone M. Use of Telemedicine for Management of Diabetes in Correctional Facilities. *Telemed J E Health*. 2017;23(1):55-9.
81. Khalifa N, Saleem Y, Stankard P. The use of telepsychiatry within forensic practice: A literature review on the use of videolink. *The Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*. 2008;19(1):2-13.
82. Lavrentyev V, Seay A, Rafiq A, Justis D, Merrell RC. A surgical telemedicine clinic in a correctional setting. *Telemed J E Health*. 2008;14(4):385-8.
83. Nolan A, Power J. Le recours à la télémédecine pour le traitement des délinquants: une pratique prometteuse. *État de la recherche*. 2013;13(1).
84. Patel MC, Young JD. Delivering HIV subspecialty care in prisons utilizing telemedicine. *Dis Mon*. 2014;60(5):196-200.
85. Rogers MA, Lemmen K, Kramer R, Mann J, Chopra V. Internet-Delivered Health Interventions That Work: Systematic Review of Meta-Analyses and Evaluation of Website Availability. *J Med Internet Res*. 2017;19(3):e90.
86. Swift C, Cain SM, Needham M. A Primary Care Telehealth Experience in a US Army Correctional Facility in Germany. *US Army Med Dep J*. 2016:76-80.
87. Tucker W, Olfson M, Simring S, Goodman W, Bienenfeld S. A pilot survey of inmate preferences for on-site, visiting consultant, and telemedicine psychiatric services. *CNS Spectr*. 2006;11(10):783-7.
88. Young JD, Badowski ME. Telehealth: Increasing Access to High Quality Care by Expanding the Role of Technology in Correctional Medicine. *J Clin Med*. 2017;6(2).



COLOPHON

Titre :	Soins de santé dans les prisons belges : situation actuelle et scénarios pour le futur – Synthèse
Auteurs :	Patriek Mistiaen (KCE), Marie Dauvrin (KCE), Marijke Eyssen (KCE), Dominique Roberfroid (CE), Lorena San Miguel (KCE), Irm Vinck (KCE)
Coordinateur de projet :	Marijke Eyssen (KCE)
Rédaction de la synthèse :	Karin Rondia (KCE); Gudrun Briat (KCE)
Relecture :	Wendy Christiaens (KCE), Chris De Laet (KCE), Raf Mertens (KCE)
Experts externes :	Voir chapitre 11 : Liste des experts et stakeholders contribués
Stakeholders :	Voir chapitre 11 : Liste des experts et contribués
Validateurs externes :	Kristel Beyens (Vrije Universiteit Brussel, Department of Criminology, Belgium), Eamonn O'Moore (National Lead for Health & Justice, Public Health England & Director of the UK Collaborating Centre for WHO Health in Prisons (European Region), Hans Wolff (Médecin-chef du service de médecine pénitentiaire, Hôpitaux Universitaires de Genève, Suisse)
Remerciements :	<p>Nous remercions le SPF Justice d'avoir fourni les auteurs d'un ensemble des données anonymes Epicure, en particulier monsieur José Derlet pour sa disponibilité constante.</p> <p>Nous remercions le service 'Service des Soins de Santé en Prison – Gezondheidszorg van de Gevangenen, (DGZG – SSSP)', et en particulier monsieur Werner van Hout, monsieur Francis De Smet et monsieur José Derlet, pour leur volonté continue de partager les données et de répondre aux questions.</p> <p>Nous remercions toutes les personnes qui nous ont accueillis dans les prisons et ont partagé leurs idées.</p> <p>Nous remercions tous les membres du groupe de pilotage 'Santé pénitentiaire', pour leurs commentaires utiles sur le protocole de recherche et les résultats intermédiaire.</p> <p>Nous remercions tous les membres du conseil de santé pénitentiaire pour leurs commentaires utiles sur les résultats intermédiaire.</p> <p>Nous remercions nos collègues KCE Carl Devos, Stephan Devriese, Nicolas Fairon, Roos Leroy en Leen Verleye pour leurs conseils et support dans ce rapport.</p>
Intérêts déclarés :	Tous les experts et stakeholders consultés pour ce rapport ont été sélectionnés en raison de leur implication dans le domaine 'Soins de santé dans les prisons belges : Situation actuelle et scénarios pour le futur'. A ce titre, il est possible que chacun d'eux présente, jusqu'à un certain point, un inévitable conflit d'intérêt.
Layout :	Joyce Grijseels, Ine Verhulst



Disclaimer :

- Les experts externes ont été consultés sur une version (préliminaire) du rapport scientifique. Leurs remarques ont été discutées au cours des réunions. Ils ne sont pas co-auteurs du rapport scientifique et n'étaient pas nécessairement d'accord avec son contenu.
- Une version (finale) a ensuite été soumise aux validateurs. La validation du rapport résulte d'un consensus ou d'un vote majoritaire entre les validateurs. Les validateurs ne sont pas co-auteurs du rapport scientifique et ils n'étaient pas nécessairement tous les trois d'accord avec son contenu.
- Finalement, ce rapport a été approuvé à l'unanimité par le Conseil d'administration (voir <http://kce.fgov.be/fr/content/le-conseil-dadministration-du-centre-dexpertise>).
- Le KCE reste seul responsable des erreurs ou omissions qui pourraient subsister de même que des recommandations faites aux autorités publiques.

Date de publication :	18 octobre 2017
Domaine :	Health Services Research (HSR)
MeSH :	Prisons, Prisoners, Criminals, Health Services Research, Healthcare Financing, Insurance, Health, Legislation as Topic
Classification NLM :	WA 300 (Health issues of special population groups)
Langue :	Français
Format :	Adobe® PDF™ (A4)
Dépot légal :	D/2017/10.273/64
ISSN :	2466-6440
Copyright :	Les rapports KCE sont publiés sous Licence Creative Commons « by/nc/nd » http://kce.fgov.be/fr/content/a-propos-du-copyright-des-publications-du-kce .



Comment citer ce rapport ?

Mistiaen P, Dauvrin M, Eyssen M, Roberfroid D, San Miguel L, Vinck I. 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). 2017. KCE Reports 293Bs. D/2017/10.273/64.

Ce document est disponible en téléchargement sur le site Web du Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé.