

INVESTIGATION SUR LE FONCTIONNEMENT
DES CENTRES FERMÉS
GÉRÉS PAR L'OFFICE DES ÉTRANGERS



le **Médiateur** fédéral

un pont entre le citoyen et l'administration



RAPPORT D'ÉVALUATION

SOINS MÉDICAUX DANS LES CENTRES FERMÉS EN BELGIQUE

PAR PETER DECAT


BEL 08 027 1T





Annexe au Rapport d'investigation 2009/2 du Médiateur fédéral : Investigation sur le fonctionnement des centres fermés gérés par l'OE

MANUEL


Les icônes ci-après te permettent de naviguer à travers le document.

 Retour à ta dernière consultation


 Vers le texte du résumé


 Vers la table des matières
(il est également possible de cliquer sur les éléments de la table des matières)


 Imprimer le document

 Rechercher dans le document

 Vers la page de couverture et changement de langue

 Vers la page précédente

 Vers la page suivante

 Vers la dernière page

Les passages qui décrivent les réflexions ou les conclusions personnelles de l'auteur sont surlignés en gris. Les déclarations littérales des personnes interrogées sont indiquées en italique et entre guillemets.

RESUME

Le présent rapport comporte un certain nombre de constatations, de réflexions et de suggestions concernant la prestation de soins médicaux dans les cinq centres fermés pour illégaux en Belgique. Cette étude cadre dans une évaluation générale effectuée par une équipe du Médiateur fédéral à partir du mois de mai 2008.

Les principales sources d'information sont les entretiens menés avec les différents acteurs (personnel médical, direction, occupants), les observations sur place, la réponse de l'OE aux questions écrites, les données statistiques disponibles et les documents écrits. Ces données ont été recueillies entre les mois de mai et d'août 2008.

Sur la base de ces données, les points critiques en matière de dispensation de soins médicaux dans les centres fermés ont été énumérés et des mesures ont été formulées pour d'éventuelles adaptations.

1. Paramètres structurels

1.1 Prestataires de soins

Pour tous les centres, des moyens suffisants sont prévus pour recruter une équipe sanitaire pluridisciplinaire qui soit en mesure de répondre aux besoins complexes en matière de santé des occupants. Une cohérence et une vision d'ensemble pour remplir les fonctions font cependant défaut. Il n'existe aucun mécanisme d'évaluation structurel concernant le fonctionnement des équipes médicales. Par conséquent, il y a une grande différence dans les profils et les aptitudes du personnel sanitaire dans les différents centres. Les compétences au sein des équipes médicales sont plutôt déterminées de manière aléatoire et par un engagement personnel que par des visions politiques claires. Les changements de personnel fréquents dans certains centres renforcent encore la qualité inégale des équipes médicales.

En raison de la position de dépendance des illégaux et du manque de mécanismes d'évaluation des équipes médicales, les occupants des centres fermés sont plus vulnérables par rapport à des formes éventuelles d'abus et d'agissements non éthiques ou incorrects de la part des prestataires de soins.

Il est par conséquent nécessaire d'uniformiser la politique de recrutement. Une attention politique pour les conditions de travail et le statut du personnel soignant pourrait offrir une réponse à la rotation de personnel et à l'absence de continuité. Une formation permanente du personnel et des mécanismes d'évaluation structurels sont nécessaires pour amener la qualité des différentes équipes à un niveau acceptable. La présence régulière d'un organisme médical indépendant, par exemple une ONG, pourrait offrir la possibilité aux occupants de demander un second avis.

1.2 Organisation du travail

- 1.2.1 En raison des conditions critiques et pesantes dans lesquelles les illégaux enfermés vivent, il y a une grande demande de soins de la part des occupants dans tous les centres. L'efficacité et l'attention avec lesquelles les équipes médicales tentent de répondre à cette demande considérable varient fortement d'un centre à l'autre. Dans certains centres, l'organisation des soins est insuffisante, de sorte que des problèmes médicaux importants sont abordés de manière inadéquate avec des risques éventuels pour la santé des occupants.

La prestation de soins est plus efficace et de meilleure qualité dans les centres où les infirmiers et les infirmières disposent d'une compétence élargie pour évaluer les questions de soins, poser un diagnostic et commencer un traitement. La forme d'organisation de ces centres peut être

généralisée à condition qu'un certain nombre de conditions-cadres soient remplies, comme par exemple une évaluation permanente, l'établissement de bons rapports, des directives claires, des accords concernant les responsabilités, une formation complémentaire, etc. L'autonomie des équipes médicales dans le développement du service est souhaitable, pour autant que le médecin en chef assume la responsabilité de la coordination de l'équipe et que des évaluations structurelles de la prestation des soins soient intégrées au système organisationnel.

- 1.2.2 La charge administrative à laquelle les équipes médicales sont confrontées prive le personnel sanitaire de temps et d'énergie. Cela pourrait signifier une menace pour la bonne exécution de leur tâche essentielle, à savoir l'encadrement médical des bénéficiaires de l'accueil.

L'utilisation d'un secrétariat médical et une réévaluation concernant la nécessité des tâches administratives pourraient alléger la charge du personnel médical.

1.3 Dossiers médicaux

Le système relatif aux dossiers et l'échange d'informations sont insuffisants. Des informations médicales importantes sont disséminées ou introuvables. La recherche et la collecte de données médicales entraînent des pertes de temps.

Un système de dossiers uniforme et informatisé constitue une priorité. L'enregistrement central est préférable pour permettre à différents centres de consulter aisément les anciennes données médicales d'un occupant.

2. Paramètres de performance

2.1 Accès aux soins médicaux

Dans tous les centres, les occupants, à l'exception des patients souffrant de troubles psychiatriques, ont le même accès à différents niveaux de soins médicaux que les ressortissants belges. La liberté de choix d'un médecin est limitée pour les occupants des centres fermés.

La présence régulière dans les centres fermés d'un autre médecin indépendant pouvant être consulté par les occupants peut répondre en partie à la restriction dans la liberté de choix du médecin.

2.2 Relations et communication internes

Dans la plupart des centres, il existe une relation loyale entre la direction et les équipes médicales. On ne peut exclure une certaine orientation ou influence des décisions médicales de la part des directions dans un tel contexte.

En raison du contexte spécifique, l'échange d'informations entre le service médical et des tiers (directions, organismes extérieurs) est nécessaire. Le principe du secret médical peut ainsi en être affecté. Il n'existe aucune stratégie uniforme pour garantir le secret professionnel entre les différents centres. Des mesures uniformes visant à protéger le secret professionnel sont nécessaires.

2.3 Relation et communication avec les occupants

- 2.3.1 Bien que les occupants confirment l'approche respectueuse et humaine des prestataires de soins, il règne au sein des centres un certain mécontentement concernant la nature des soins médicaux. Il est probable que ceci résulte en partie des attentes irréalistes que les occupants placent dans les soins prodigués dans les centres. L'empathie pour le mode de vie et la philosophie des illégaux représente un facteur déterminant dans la relation entre prestataires de soins et occupants. La présence régulière du personnel soignant dans les espaces de vie des occupants et l'incorporation de moments de contact informels entre le personnel sanitaire et les occupants peuvent y contribuer. Les formations du personnel dans le domaine des aptitudes de communication sont une nécessité.
- 2.3.2 La pression que les médecins subissent pour rédiger des certificats médicaux pouvant être utilisés à des fins procédurales, a une influence néfaste sur la relation médecin/occupants. Les certificats à des fins de procédure ne devraient pas être délivrés par les médecins des centres et il faudrait également en informer les occupants et leurs avocats.

2.4 Relations et communication externes

- 2.4.1 Le personnel médical ressent parfois une perception négative de son travail dans un centre fermé de la part du monde extérieur. Il est assimilé au système et à la politique de détention qui est souvent décrié dans la presse, ce qui altère la motivation au travail. La relation avec les ONG est conflictuelle. Elles ont adopté par le passé une attitude plutôt activiste. En conséquence, le personnel des centres est méfiant et adopte une position défensive par rapport aux ONG. Cela donne lieu à une polarisation qui empêche une communication et une collaboration constructive.
- La présence d'organismes tiers et l'intérêt qu'ils témoignent pour les centres fermés constituent, cependant, une opportunité pour une collaboration constructive dans l'intérêt des occupants et pour une image plus nuancée des centres fermés. Il serait préférable à cet égard que les ONG fassent une distinction entre leurs services dans les centres fermés et leurs actions politiques.
- 2.4.2 La relation avec les avocats est difficile. Selon les prestataires de soins, les avocats stimulent les attentes irréalistes des occupants en ce qui concerne leur procédure. Ils insistent, notamment par le biais de leurs clients, pour obtenir des certificats médicaux, ce qui accroît la pression et irrite le personnel médical.
- Le rôle des médecins des centres en ce qui concerne les aspects procéduraux devrait être réduit le plus possible. Des directives claires et concrètes doivent être établies et communiquées concernant la nature des problèmes médicaux susceptibles d'être recevables pour les adaptations procédurales et les procédures qui doivent être observées.

2.5 Continuité et intégralité des soins médicaux.

- 2.5.1 Il y a un manque important au niveau de l'accueil des illégaux souffrant de troubles psychiatriques. Ceci donne lieu à des situations navrantes et inhumaines pour les patients psychiatriques, à la fois dans les centres fermés et à l'extérieur des centres, où ils sont souvent « jetés » sans suivi médical. Pour les illégaux souffrant de tuberculose, il y a également une pénurie de places d'accueil.
- La création de centres d'accueil spécialisés pour les patients psychiatriques et les patients souffrant de TBC parmi les étrangers illégaux est une priorité et l'unique solution éthique et humaine pour ce besoin.

- 2.5.2 Les médecins des centres doivent évaluer la disponibilité des traitements médicaux essentiels ou des procédures diagnostiques nécessaires dans les pays d'origine. Ils disposent de références insuffisantes pour prendre ces décisions judicieusement, ce qui donne lieu à une certaine inconséquence et incohérence.
- 2.5.3 Lorsque les occupants qui ont un passé médical important quittent un centre, aucun suivi n'est assuré pour garantir la continuité du traitement, ni en cas d'expulsion, ni en cas de libération. Un minimum de suivi devrait être assuré eu égard à la continuité des soins vitaux après le départ des centres fermés.

3. *Le bien-être psychologique des occupants dans les centres fermés.*

Dans tous les centres, il y a des signes incontestables de stress psychologique considérable parmi les occupants. Les incidents d'agression et de suicide ne sont que les manifestations les plus explicites de cette tension psychologique généralisée. Dès lors, celle-ci devrait être l'un des aspects essentiels dans les considérations et les discussions relatives à la politique de détention.

La politique diffère considérablement d'un centre à l'autre en ce qui concerne l'attention consacrée à l'encadrement psychologique et social des occupants. Alors que certains centres accroissent excessivement le stress de par leur structure et leur organisation, d'autres par contre s'efforcent de réduire le stress au maximum. La présence de certains groupes d'illégaux (ex-détenus et toxicomanes) accroît encore la tension dans les centres.

Dans tous les cas, une approche structurelle et globale en rapport avec le bien-être psychique des illégaux enfermés est une priorité pour l'avenir. La suite du rapport comprend un certain nombre de suggestions visant à soutenir de manière proactive le bien-être psychologique des occupants.

Dans tous les centres où séjournent des enfants, des signes évidents de stress psychologique parmi les enfants sont signalés (comportement régressif, agression, énurésie, questions existentielles, etc.). En raison également de l'impact non négligeable de la détention sur le bien-être psychosocial des enfants, leur enfermement n'est pas raisonnable sur le plan médical.

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION	7
I. PARAMETRES STRUCTURELS	9
a. Ressources humaines	9
b. Organisation de travail	12
c. Infrastructure	15
d. Dossiers médicaux	16
II. PARAMETRES DE « PERFORMANCE »	17
a. Accès aux soins médicaux	17
b. Relations et communications internes	18
c. Relations et communication avec les occupants	19
d. Relations et communication externes	21
e. Continuité et intégralité de la dispensation de soins médicaux	23
III. QUELQUES ASPECTS SPECIFIQUES EN MATIERE DE SANTE POUR LES RESIDENTS DES CENTRES FERMES	27
a. Bien-être psychologique des occupants	27
b. Accueil psychologique des occupants.....	30
c. Accueil des toxicomanes.....	31
d. Accueil médical des enfants	31
e. Prise en charge médicale.....	32
f. Dispensation de soins médicaux au centre INAD	32
IV. EVALUATION DE LA DISPENSATION DE SOINS MEDICAUX PAR CENTRE	33
a. Le centre pour illégaux de Merksplas (CIM).....	33
1. Le personnel médical.....	33
2. Accès à la dispensation de soins curatifs.....	36
3. Quelques aspects relatifs à la qualité des soins	37
4. Relation/communication entre prestataires de soins et occupants	39
5. Renvois médicaux	39
6. Prise en charge médicale	40
7. Soins dentaires.....	40
8. Problématique psychiatrique	40
9. Accompagnement psychologique.....	40
10. Suicide des patients	43
11. Violence en cas d'expulsion	43
12. Certificat d'aptitude de vol (fit to fly)	43
13. Toxicomanies	44
14. Grossesses.....	44
15. Enfants et nourrissons.....	44
16. Cellule d'isolement.....	44
b. Le centre de transit 127 (Melsbroek).....	46
1. Personnel médical.....	46
2. Accès aux soins médicaux	49
3. Quelques aspects relatifs à la qualité des soins	49
4. Médicaments.....	52
5. Relation/communication entre les prestataires de soins et les occupants.....	53
6. Prise en charge médicale	53
7. Certificat médical d'aptitude de vol (fit to fly).	54
8. Problématique psychiatrique	54

9.	Accompagnement psychologique.....	54
10.	Suicide.....	56
11.	Violence en cas d'expulsion.....	56
12.	Cellule d'isolement.....	56
13.	Toxicomanies.....	56
14.	Grossesses.....	57
15.	Enfants et nourrissons.....	57
c.	Centre pour illégaux de Vottem (CIV)	59
1.	Le personnel médical.....	59
2.	Accès aux soins médicaux.....	62
3.	Qualité des soins médicaux dispensés.....	64
4.	Médicaments.....	66
5.	Relation/communication entre prestataires de soins et occupants.....	67
6.	Prise en charge médicale.....	67
7.	Certificat médical d'aptitude de vol (fit to fly) (source d'information : le médecin).....	67
8.	Problématique psychiatrique.....	67
9.	Accompagnement psychologique.....	68
10.	Suicide et grève de la faim.....	69
11.	Violence lors de l'expulsion.....	69
12.	Cellule d'isolement.....	69
13.	Toxicomanie.....	70
d.	Centre pour illégaux de Bruges (CIB)	71
1.	Personnel médical.....	71
2.	Accès aux soins de santé.....	74
3.	Certains aspects concernant la qualité des soins médicaux.....	75
4.	Médication.....	77
5.	Relation/communication entre prestataires de soins et occupants.....	78
6.	Prise en charge médicale.....	78
7.	Certificat médical d'aptitude de vol (fit to fly).....	79
8.	Encadrement psychologique.....	79
9.	Violence en cas d'expulsion.....	82
10.	Isolement.....	82
11.	Toxicomanie.....	82
12.	Grossesses.....	82
e.	Le centre de rapatriement 127bis (Steenokkerzeel)	83
1.	Personnel médical.....	83
2.	Accès aux soins médicaux.....	87
3.	Quelques aspects liés à la qualité des soins médicaux dispensés.....	88
4.	Médication.....	90
5.	Relation/communication entre les prestataires de soins et les occupants.....	90
6.	Prise en charge médicale.....	91
7.	Certificat médical d'aptitude de vol (fit to fly).....	91
8.	Accompagnement psychologique.....	91
9.	Suicides et grèves de la faim.....	92
10.	Violence en cas d'expulsion.....	92
11.	Cellule d'isolement.....	92
12.	Toxicomanie.....	93
13.	Enfants et nourrissons.....	93
14.	Grossesses.....	93
15.	Réflexions générales concernant le service médical.....	93

INTRODUCTION

Le présent rapport est la synthèse d'un certain nombre de constatations et de réflexions concernant les soins médicaux dispensés dans les centres fermés en Belgique. Cette étude cadre dans une évaluation générale effectuée par une équipe du Médiateur fédéral à partir du mois de mai 2008. Le document aborde uniquement les soins médicaux. Pour une description de la structure générale et du fonctionnement des centres fermés, nous renvoyons au rapport d'évaluation global du Médiateur fédéral.

Justification.

Il existe différentes raisons d'affirmer que les soins médicaux dans les centres fermés constituent une priorité pour les autorités belges.

Le contexte dans lequel les services médicaux des centres fermés doivent fonctionner est complexe et justifie des efforts supplémentaires. La plupart des étrangers qui sont enfermés dans un centre fermé se trouvent dans une situation de vulnérabilité qui a des répercussions sur le bien-être physique, mental et social.

En tant qu'Etat providence moderne, la Belgique a le devoir moral d'assumer la coresponsabilité pour la santé de toutes les personnes qui se trouvent sur son territoire. La Belgique a également signé la déclaration d'Alma-Ata (1978). Cette déclaration stipule que la santé constitue un droit fondamental de l'homme. La santé est définie comme un état de bien-être physique, mental et social global et non seulement une absence de maladie ou de manque.

Un fonctionnement efficace des services de santé permet à terme de réaliser des économies (moins de renvois et d'exams inutiles, moins de consultations plus chères chez le médecin, moins de médicaments, etc.).

L'attention (médiatique) pour les centres fermés n'est jamais très loin. Les articles dans la presse concernant les problèmes médicaux et les incidents dans les centres sont légion. Les autorités ont tout intérêt à ce que les soins médicaux dans les centres fermés soient optimaux, afin de protéger de manière proactive la santé des étrangers enfermés et de prévenir les incidents médicaux.

Sources d'information et méthodologie.

Les principales sources d'information pour le présent rapport sont les entretiens avec les différents acteurs (personnel médical, direction, occupants), les observations sur place, la réponse de l'OE aux questions écrites, les données statistiques disponibles et les documents énumérés dans l'annexe 1.

Le 24 juin 2008, il y a eu au bureau du Médiateur fédéral un entretien avec un médecin et un collaborateur de l'ONG « Médecins du monde ». Il y est question d'une plainte que l'ONG a introduite auprès de l'Ordre des médecins concernant un cas qui s'est produit au centre de rapatriement 127bis.

Avant le début de cette mission d'évaluation, un certain nombre de questions de base concernant la dispensation de soins dans les centres fermés ont été rédigées dans le but de servir de fil conducteur pour l'évaluation (cf. annexe). Des dossiers médicaux ont été consultés sporadiquement. D'une part, le temps imparti était insuffisant pour pouvoir les examiner de manière approfondie. Le but était, d'autre part, d'évaluer le fonctionnement global de la dispensation de soins médicaux et non des cas individuels. Par ailleurs, les actes médicaux impliquent toujours de faire des choix. L'évaluation rétrospective de ces choix, alors que les conséquences desdits choix sont connues, n'est pas pertinente à moins qu'il n'y ait des indications concernant des agissements non éthiques ou ignorants flagrants.

Les cinq différents centres ont été visités chaque fois pendant une journée. Les limitations du mandat et le temps disponible ne permettent pas de procéder à une évaluation approfondie par centre. L'accent de cette

évaluation se situe surtout sur la recherche des différences et des similitudes des soins dans les différents centres du point de vue du droit universel à la santé (« Santé pour tous »).

L'analyse SWOT d'un certain nombre de paramètres structurels et de « performance » constitue le cadre de la présente évaluation. En ce qui concerne les paramètres structurels, il a été opté pour les aspects suivants : capital humain (ressources humaines), infrastructure, organisation et système de dossiers. Les paramètres de « performance » se rapportent à l'accès aux soins de santé, aux aspects relationnels et de communication et à la continuité/intégralité des soins. Les relations et la communication constituent à cet égard un élément important. Plus encore que dans un cabinet médical ordinaire, la communication est primordiale pour la dispensation des soins médicaux dans les centres fermés. Il s'agit, en premier lieu, de la communication avec les occupants, mais également de la communication entre les prestataires de soins, de la communication au sein des centres, et de la communication avec les autorités et les organismes externes. L'importance de la communication est d'autant plus vraie, qu'un manque de communication ou une mauvaise communication est une constante dans la problématique des étrangers illégaux. La qualité technique des soins renforcés constitue également de manière classique une partie importante de l'évaluation de « performance », mais elle n'est pas considérée en l'occurrence, attendu les limitations de la mission d'enquête. Pour terminer, un certain nombre d'aspects particuliers qui sont importants dans le contexte des centres fermés sont évalués séparément (bien-être psychique, accueil psychologique des occupants, accueil des enfants, l'addiction, les prises en charges médicales).

L'évaluateur analyse à partir de sa formation, en tant que médecin et chercheur au sein des soins de santé de première ligne.

Sur base des résultats, un certain nombre de suggestions sont formulées comme pistes de réflexion éventuelles en vue d'une amélioration de la qualité des soins médicaux dans les centres fermés. L'objet du présent document est d'être un instrument pour lancer une évaluation approfondie et une planification politique des services de santé dans chaque centre.

I. PARAMETRES STRUCTURELS

a. Ressources humaines

Points forts	Points faibles	Opportunités	Menaces
<p>Dans la plupart des centres, il y a une forte implication et un sens aigu des responsabilités parmi le personnel soignant.</p> <p>Dans l'ensemble, le personnel médical fait preuve d'une attitude ouverte et respectueuse à l'égard des occupants.</p> <p>Dans la plupart des centres, il y avait une certaine satisfaction et fierté du personnel quant au travail.</p>	<p>La motivation les aptitudes techniques et celles de communication ne semblent pas être présentes avec la même intensité dans tous les centres.</p> <p>La rotation des effectifs dans certains centres affecte la continuité et l'organisation efficace de la dispensation de soins.</p> <p>Il n'y a que peu ou pas d'encadrement, de formation et d'évaluation externes prévus pour l'équipe médicale.</p>	<p>Tous les centres comprennent une équipe pluridisciplinaire, ce qui permet d'assurer un large éventail de soins médicaux et psychosociaux intégraux.</p> <p>Dans les centres, il y a suffisamment de personnel médical par rapport au nombre d'occupants pour développer un bon service médical.</p> <p>Le personnel soignant considère la confiance et les responsabilités importantes qui leur sont confiées comme motivantes et un défi.</p> <p>Dans certains centres, des procédures sont en cours pour engager statutairement une partie du personnel soignant.</p>	<p>Il semble difficile de trouver des infirmières et des médecins, de sorte que la sélection et le recrutement se fait de manière insuffisante sur base du profil des candidats.</p> <p>Il n'existe aucun critère de sélection uniforme clair pour le recrutement du personnel médical.</p> <p>Peu de recyclage et de formation continue du personnel.</p> <p>Il n'existe aucun mécanisme d'évaluation structurel pour le fonctionnement de l'équipe médicale.</p> <p>Le manque de contrôle extérieur et d'évaluation et la position vulnérable ainsi que dépendante des occupants peuvent donner lieu à des abus (de pouvoir) et un sentiment d'impunité.</p>

Explication :

Les services médicaux sont composés de médecins (généralistes) et d'infirmières et infirmiers de la région. Les médecins sont engagés sur base d'un contrat d'entreprise. Les infirmières et les infirmiers sont employés contractuellement ou statutairement. Par ailleurs, tous les centres comprennent également du personnel chargé de l'encadrement psychosocial des occupants (psychologues, assistants sociaux, éducateurs, etc.). La présence d'une équipe pluridisciplinaire offre des possibilités pour dispenser aux occupants un vaste paquet de soins intégraux.

La composition des services médicaux est proportionnelle au nombre d'occupants et doit suffire largement pour offrir des soins de qualité.

Il ressort des entretiens avec le personnel sanitaire que la motivation et l'implication dans le travail revêtent une grande importance. Le fait de jouir d'une certaine autonomie et de responsabilités a un effet stimulant. La santé comme un droit fondamental de l'homme semble être le principe de base du personnel de tous les centres médicaux. La manière dont ce principe se concrétise et le contact du personnel avec les occupants diffèrent, cependant considérablement d'un centre et d'une personne à l'autre. Le contexte difficile (psychosomatique fréquente, problèmes de communication, situations de stress, etc.) des centres fermés exige une approche spécifique et des qualités particulières. Outre la compétence technique, d'autres aptitudes (relationnelles, communicatives, analytiques, etc.) sont également importantes pour le travail dans les centres fermés. Une expérience professionnelle préalable et une certaine expérience de la vie sont utiles. Tous les membres du personnel qui travaillent au sein des équipes médicales n'ont pas le profil approprié pour la fonction. En raison du manque de candidats pour remplir les fonctions, il semble qu'il y ait à peine une sélection sur base du profil et des qualités. Il n'y a pas d'évaluation ou de soutien systématiques en rapport avec le fonctionnement du personnel soignant. Il n'y a que peu de formation et de recyclage du personnel concernant les aptitudes spécifiques pour le travail dans les centres fermés. Le recrutement indifférencié et le manque de suivi du personnel donne lieu dans certains centres à des changements de personnel fréquents et rapides. Le profil et les compétences du personnel médical employé varient considérablement d'un centre à l'autre. C'est un élément qui est également déterminant pour la différence en termes de qualité et d'efficacité des services de santé.

Les occupants des centres fermés se trouvent dans une position de dépendance vis-à-vis du personnel soignant. Ils n'ont que peu ou pas de possibilité de choisir eux-mêmes leurs prestataires de soins. Cela place le personnel soignant dans une position de force qui comporte des risques. Il y a peu d'organismes internes ou externes qui évaluent les actes du personnel médical. Dans la société, les patients ont la liberté de choix en ce qui concerne les prestataires de soins de santé, ce qui a un effet régulateur. La liberté de choix est extrêmement limitée dans les centres fermés, ce qui rend les occupants plus vulnérables vis-à-vis de certaines formes éventuelles d'abus de pouvoir ou d'agissements inappropriés de la part des prestataires de soins.

Suggestions :

- 1) Uniformisation de la politique de recrutement. Le personnel des services médicaux, tant les médecins que les infirmières et infirmiers, devrait satisfaire à un profil déterminé. La description de pareil profil serait un instrument utile pour le recrutement de personnel. Ce profil devrait être établi en concertation avec les différentes parties impliquées (délégués des équipes médicales, direction, OE, psychologues, etc.).
- 2) Le statut du personnel soignant devrait être suffisamment compétitif par rapport à d'autres emplois pour les prestataires de soins pour permettre de conserver les bons éléments (par ex. : conditions de travail intéressantes, possibilités de promotion, primes de week-end, emploi contractuel, etc.).
- 3) Attendu le contexte difficile dans lequel le personnel sanitaire travaille, une attention constante pour une formation complémentaire est nécessaire. Celle-ci peut être organisée de différentes manières :

- Formations dans les connaissances et les aptitudes spécifiques pour travailler dans les centres fermés (formation en matière de communication, cours de langues, gestion des conflits, formations anthropologiques, etc.)
 - Un apport académique peut s'avérer utile pour la formation du personnel et pour une étude concernant notamment les « meilleures pratiques ». L'accueil des demandeurs d'asile dans les centres fermés n'a pas encore fait l'objet de nombreux travaux scientifiques. Le monde académique serait éventuellement intéressé par une collaboration plus étroite. Cela pourrait être un scénario doublement gagnant pour les deux parties : un domaine d'étude intéressant pour les scientifiques et un transfert de connaissances et de savoir-faire pour les centres.
 - Intersession et échange d'expérience entre les équipes médicales des différents centres.
 - Echange et concertation au sein de l'équipe composée d'infirmières et infirmiers, d'un médecin et d'un psychologue.
 - Le médecin pourrait jouer un rôle dans la formation du personnel soignant.
- 4) L'organisation structurelle des systèmes d'évaluation concernant le fonctionnement des membres du personnel.
- Interne
 - Organisation d'un contrôle de pairs, tables rondes entre le personnel médical.
 - Le médecin assume également une part de responsabilité eu égard au fonctionnement de l'équipe
 - Introduction d'entretiens de fonctionnement réguliers
 - Un système de dossiers concluant qui permet de noter tous les actes et toutes les décisions représente un instrument indispensable pour l'évaluation des actes médicaux.
 - Recherche d'une communication ouverte au sein de l'équipe.
 - Externe :
 - Audit externe régulier en rapport avec le fonctionnement de l'équipe
 - Visite régulière des instances neutres externes comme, par exemple, le médecin d'une ONG ou des scientifiques universitaires ou d'une haute école (cf. suggestion 3) qui peuvent formuler des remarques ou des recommandations sans aucun préjugé.
- 5) Pour réduire la limitation de la liberté de choix du médecin pour les occupants, il devrait être permis aux occupants de consulter de manière régulière un médecin indépendant. Les ONG pourraient jouer un rôle à cet égard. Cela est déjà possible en principe, mais aucune organisation structurelle n'existe dans la pratique. A présent, la possibilité pour les occupants de consulter un médecin externe est extrêmement limitée.

Sur le plan pratique, chaque centre devrait pouvoir recevoir la visite hebdomadaire d'un médecin indépendant extérieur. Les occupants qui contestent l'avis et les décisions du service médical pourraient s'adresser à ce médecin. Celui-ci devrait avoir accès aux données médicales des occupants. Le médecin pourrait alors concerter de manière collégiale et rationnelle les médecins des centres. Il est probable qu'une position sobre et rationnelle des deux parties permettrait, généralement, de trouver un accord dans l'intérêt du patient.

b. Organisation de travail

Points forts	Points faibles	Opportunités	Menaces
<p>Trois centres (CIB, CIM, 127) présentent une répartition efficace des tâches et une bonne complémentarité entre les différents prestataires de soins de santé.</p> <p>Trois centres (CIB, CIM, 127) disposent d'un système de filtrage efficace et concluant, les infirmières et infirmiers effectuant à cet égard une première sélection des demandes de soins.</p> <p>Seuil bas pour l'accès aux soins médicaux.</p> <p>Bonnes disponibilité et accessibilité téléphonique des médecins (sauf au centre 127bis).</p> <p>Dans trois centres, un médecin assume la responsabilité finale pour le fonctionnement global du service médical.</p>	<p>Deux centres (127bis, Vottem) présentent un manque d'efficacité dans l'organisation du travail au sein de l'équipe médicale.</p> <p>La scission de la responsabilité administrative et médicale finale au sein du service médical nuit à la cohérence à Vottem et au centre 127 bis.</p>	<p>Autonomie pour le personnel médical pour développer son fonctionnement propre.</p> <p>Dans trois centres (transit 127, CIM, CIB), l'équipe a développé de l'expérience et du savoir faire dans le domaine de la dispensation de soins médicaux au sein des centres fermés, qui peut être utile pour les autres centres.</p> <p>« Standing orders » (dans le centre 127bis).</p> <p>A Vottem, la présence d'une secrétaire médicale signifie un allègement des charges administratives pour l'équipe et une plus-value pour la communication entre les prestataires de soins.</p>	<p>Demande excessive de services médicaux par les occupants.</p> <p>Les infirmières et infirmiers sont insuffisamment formés par le biais de la formation classique, pour remplir une fonction de filtrage.</p> <p>La rotation de personnel menace la continuité des services et la constitution d'un savoir-faire institutionnel. Les tâches administratives requièrent une grande partie du temps aux dépens de la prestation de services médicaux.</p>

1) Dans tous les centres, il y a une grande demande de soins de la part des occupants. Jusqu'à 20% des occupants demandent quotidiennement un contact avec l'équipe médicale. Il y a plusieurs explications possibles pour cette demande considérable :

- Faible seuil pour l'accès aux soins médicaux
- La plupart des occupants des centres fermés vit dans un état de peur, d'incertitude et de stress, ce qui provoque chez eux un sentiment constant de mal-être physique et psychique.
- Apparition plus fréquente de pathologies sérieuses chez les occupants. La situation médicale a été pour certains occupants une raison pour venir en Belgique dans l'espoir de recevoir des soins.
- De nombreux occupants nourrissent le faux espoir que les aspects médicaux peuvent encore influencer leur dossier d'expulsion à leur avantage.
- L'ennui. Les occupants n'ont pas grand-chose à faire. Une visite à l'équipe médicale apporte un peu de variation dans la monotonie du rythme quotidien.

Attendu le grand nombre de demandes de soins de la part des occupants, il n'est pas possible qu'un seul médecin puisse voir tous les occupants. Dans trois centres (CIM, CIB, transit 127), le personnel soignant remplit une fonction de filtrage.

Les occupants qui souhaitent des soins ont un examen et un entretien de reconnaissance chez l'infirmier. Ce dernier évalue la demande d'aide. S'il/elle le juge nécessaire, l'infirmier/infirmière renvoie l'occupant à la consultation du médecin l'après-midi. Si l'infirmier/infirmière s'estime compétent(e), il/elle informe l'occupant ou lui propose un traitement. Cet élément est noté dans le dossier et soumis au médecin qui donne un feed-back à ce sujet et qui peut demander à voir l'occupant.

Dans ce type de système de fonctionnement, le personnel soignant exécute des tâches qui, dans le système régulier belge des soins de santé, sont réservées aux médecins : reconnaissance de la demande de soins, anamnèse, la pose de diagnostics médicaux, le début de traitements. En Belgique, les infirmières et infirmiers ne sont pas formés pour exécuter ces tâches pendant leur formation.

Il existe des arguments rationnels permettant de défendre cette méthode :

- Il y a une demande excessive de la part des occupants pour des consultations médicales qui peuvent difficilement être assurées toutes par un seul médecin, d'un point de vue pratique et budgétaire. Il est plus efficace qu'un médecin consacre plus de temps aux problèmes de santé complexes au lieu de se perdre dans un afflux trop important de maux mineurs.
- Dans les deux centres (CIV et 127bis), où le personnel soignant ne remplit aucune fonction de filtrage, les médecins manquent de temps pour évaluer minutieusement toutes les demandes de soins et consacrer l'attention requise aux pathologies plus complexes.
- La grande majorité des demandes de soins peuvent être assumées de manière raisonnable par le personnel soignant dans le cadre d'une approche sobre et rationnelle. Il s'agit généralement d'une population jeune « physiquement saine ».
- Le fait que l'infirmière ou l'infirmier travaille dans une équipe, un certain degré d'autocontrôle est exercé par l'équipe.
- L'acte médical est noté dans le dossier et soumis au médecin.
- Le médecin assume la responsabilité finale.
- Jusqu'à ce jour, ce système semble fonctionner et il n'y a pas eu de fautes médicales importantes (néanmoins selon les intéressés).

Un certain nombre de suggestions en rapport avec les « actes médicaux » du personnel soignant :

- L'incorporation structurelle de discussions avec des pairs réduit la possibilité d'erreurs et contribue à l'acquisition d'aptitudes par l'équipe.

- Une retombée claire et systématique dans les dossiers médicaux concernant les découvertes et les décisions des infirmières et infirmiers est nécessaire. Celles-ci doivent être présentées au médecin et signées.
- Le médecin doit assumer la responsabilité finale pour les soins médicaux dispensés.
- Une formation pratique supplémentaire du personnel soignant est souhaitable. Cela peut comprendre : une formation en matière de consultation (formation en matière de communication, structure des consultations, conséquences dans le dossier, etc.), science de la décision médicale, pharmacologie, etc. ? Pour la formation, il serait souhaitable de faire appel aux propres médecins ou aux médecins qui connaissent bien le contexte des centres fermés ainsi qu'au personnel soignant expérimenté.
- Les « Standing orders » ou directives tels qu'élaborés par l'équipe du centre 127bis peuvent représenter un instrument utile pour le personnel soignant. Un groupe de travail entre les différents centres peut être constitué, qui continuera à œuvrer au développement desdits « standing orders »
- La formation et le feed-back sur les actes médicaux posés par le personnel soignant doivent être compris dans le paquet de tâches et le budget temps du médecin.

2) Organisation interne du service médical. Il y a trois centres où le service médical semble être organisé de manière relativement efficace. (CIB, CIM, Transit 127). Il s'agit des centres où le médecin assume la responsabilité globale pour l'organisation du service. Dans les deux autres centres, les responsabilités administratives et médicales sont réparties entre le médecin d'une part et la direction d'autre part, ce qui conduit au refus des responsabilités. Cela ne signifie pas que les médecins doivent remplir des tâches administratives, mais qu'ils s'engagent pour un fonctionnement optimal et qu'ils assurent la « gestion » du service médical. Cela favorise également l'identification avec le fonctionnement global du service. C'est nettement moins le cas au CIB et au centre 127bis où les médecins sont pris sous contrat pour prester un certain nombre d'heures de consultations sans autres responsabilités organisationnelles.

Dans les trois services médicaux mieux organisés, il y a plus de stabilité en matière d'effectifs. Les équipes ont développé un certain savoir-faire et « mode opératoire ». Cette expérience peut être utile aux autres centres.

Dans la plupart des centres, le service médical travaille de manière relativement autonome et l'équipe est libre d'organiser et de développer elle-même le service.

Cette autonomie présente indéniablement un certain nombre d'avantages :

- Le service peut travailler de manière indépendante et a la liberté de prendre des décisions sans que celles-ci ne soient influencées par les « instances supérieures »
- Elle accroît le sentiment de responsabilité de l'équipe
- Elle favorise la satisfaction et la fierté professionnelle.
- L'efficacité n'en est que meilleure si le service peut assumer la responsabilité de l'organisation et avoir la liberté de l'adapter au contexte concret du centre.

Les mesures administratives imposées par le sommet (direction, OE) sont perçues par les services médicaux comme restrictives. Ainsi, il y a eu des problèmes concernant les médicaments (revente de médicaments parmi les occupants, abus de médicaments) au centre de Vottem, ce qui a donné lieu à des directives (prise des médicaments sous le contrôle du personnel de surveillance) à partir de Bruxelles pour tous les centres. Cela a provoqué une certaine irritation chez les services de santé des autres centres qui avaient élaboré leurs propres mécanismes de contrôle.

Il y a également un revers à la médaille en matière d'autonomie. En cas d'absence de mécanismes de contrôle et d'évaluation, la liberté des équipes peut donner lieu à des abus.

Les équipes médicales se plaignent des tâches administratives telles que l'organisation de renvois, du transport, des commandes de médicaments, des obligations administratives pour l'OE. Elles augmentent la

pression de travail et empêchent le personnel soignant d'exécuter sa mission essentielle, à savoir l'encadrement médical des occupants.

Un certain nombre de suggestions en rapport avec l'organisation interne des équipes médicales

- Il est à recommander que le personnel médical développe activement l'organisation du service médical en concertation avec la direction. Si le personnel sanitaire bénéficie d'une certaine autonomie et qu'il assume une part de responsabilité en ce qui concerne l'organisation des soins médicaux, cela favorise l'implication et le sens de la « propriété » du personnel.
- Il s'agit d'une plus-value si le médecin assume le rôle de coordination en concertation avec l'équipe entière.
- Cette autonomie peut encore être développée, notamment, en réduisant les obligations administratives relatives aux investissements et aux achats et en donnant au service la liberté dans l'affectation de leur budget.
- L'échange d'expériences et de moments de rencontre réguliers entre les services médicaux des centres est souhaitable. Des services sanitaires mieux organisés peuvent servir d'exemple pour les services qui fonctionnent de manière moins efficace. Il convient d'exploiter au maximum le savoir-faire interne.
- Le fonctionnement des services doit régulièrement être évalué de manière critique. Les audits permettent cette évaluation. La présence d'un organisme indépendant (par ex. une ONG) auquel les occupants peuvent s'adresser peut également avoir un effet de contrôle.
- La mise en place d'un secrétariat médical peut alléger la charge administrative du personnel médical. Le CIV est l'unique centre qui dispose d'un secrétariat médical. L'équipe médicale et la direction du CIV confirment expressément la plus-value pour le service.

c. Infrastructure

Points forts	Points faibles	Opportunités	Menaces
<p>Locaux médicaux (cf. rapport par centre).</p> <p>L'équipement nécessaire pour les prestations de soins courantes est présent. Les moyens diagnostiques nécessaires sont disponibles (analyse sanguine, radiologie, etc.).</p>	<p>Procédures administratives pour l'acquisition de matériel.</p>		

Les équipes médicales disposent d'un équipement similaire à celui d'un cabinet ordinaire de médecin généraliste. Une certaine autonomie et « débureaucratization » sont souhaitables pour les équipes médicales. Un contrôle budgétaire centralisé est, dès lors, également souhaitable.

d. Dossiers médicaux

Points forts	Points faibles	Opportunités	Menaces
La plupart des actes médicaux posés par le personnel soignant ou les médecins sont consignés dans les dossiers.	<p>Absence d'uniformité dans les systèmes de dossiers.</p> <p>Système de dossiers écrits.</p> <p>Désordonnés et souvent difficilement lisibles.</p> <p>Les psychologues n'ont pas accès aux données médicales.</p> <p>La plupart du temps, les informations des psychologues ne sont pas consignées dans le dossier.</p>	<p>Toutes les équipes médicales voient la nécessité d'un système de dossiers uniforme et automatisé.</p> <p>Le centre de transit 127 et le CIV ont développé à leur propre initiative un système de dossiers informatisé sur mesure pour les centres fermés.</p>	

La plupart des centres utilisent un système de dossiers écrits. Le centre de transit 127 et le CIV utilisent un double système d'enregistrement (écrit et informatisé). Un système de dossiers écrits présente de nombreux inconvénients. Il est désordonné et difficilement lisible. Il n'y a aucune uniformité dans la consignation des données. Les feuilles détachées se perdent aisément. L'échange d'informations médicales entre prestataires de soins et centres est moins précis. L'établissement de rapports écrits et de lettres de renvoi représente une importante perte de temps.

Un système de dossiers informatisé et uniforme constitue une priorité. Un enregistrement central est préférable pour permettre aux différents centres de consulter aisément les données médicales d'un occupant. Certains éléments du système peuvent être rendus accessibles à d'autres membres du personnel. L'introduction de ce type de système de dossiers est une demande des services médicaux de tous les centres. L'expérience du centre de transit 127 et du CIV qui ont conçu leur propre système de dossiers peut être intégrée dans le projet d'un programme logiciel sur mesure.

Les psychologues devraient également avoir accès aux dossiers médicaux et noter leurs résultats.

II. PARAMETRES DE « PERFORMANCE »

a. Accès aux soins médicaux

Points forts	Points faibles	Opportunités	Menaces
<p>Hormis au centre 127bis, il y a dans tous les centres une grande disponibilité et accessibilité du personnel médical.</p> <p>Dans la plupart des centres, l'accès aux prestations de soins médicaux présente un seuil bas.</p> <p>Chaque occupant peut faire une demande de soins médicaux qui est en principe satisfaite dans un délai acceptable.</p> <p>Les occupants de tous les centres ont accès à d'autres prestataires de soins (médecins de deuxième ligne, dentistes, kinésithérapeutes, etc.).</p>	<p>La liberté de choix du prestataire de service est limitée dans la pratique.</p> <p>Les occupants dépendent du médecin du centre pour le renvoi vers des prestataires de soins de deuxième ligne ou autres.</p>	<p>Personnel médical présent en nombre suffisant pour répondre aux demandes de soins.</p>	<p>Un seuil peu élevé donne lieu à un grand nombre de demandes de soins.</p>

Dans tous les centres, les occupants ont aisément accès aux soins médicaux. En principe, toutes les demandes de soins sont évaluées par un personnel disposant d'une formation médicale. Seul le centre de rapatriement 127bis pose problème en dehors des heures de bureau et le mercredi (aucun médecin n'est joignable). La liberté de choisir le prestataire de soins est limitée. Il existe en principe la possibilité de consulter un second médecin moyennant paiement. En pratique, cela se produit rarement parce que les occupants ne connaissent pas ce droit ou ils ne peuvent pas se le permettre sur le plan financier. Par le passé, une ONG était régulièrement présente dans les centres, à laquelle les occupants pouvaient s'adresser. MSF a récemment mis un terme à cette présence dans les centres. La présence d'un médecin indépendant dans les centres n'est pas comprise sur le plan structurel.

Dans tous les centres, les occupants ont accès à d'autres prestataires de soins (seconde ligne, kinésithérapeute, dentiste, etc.) comme dans le système de santé ordinaire belge. Les occupants n'ont, néanmoins, pas un accès direct à d'autres prestataires de soins. La décision de renvoi dépend du médecin du centre. En pratique, les équipes médicales assurent que les occupants qui le demandent sont envoyés promptement, même si le

médecin du centre n'en voit pas immédiatement la nécessité. Les occupants n'ont, par ailleurs, formulé aucune plainte à cet égard.

Le fait que l'accès direct à la seconde ligne n'est pas évident (contrairement à ce qui est le cas pour les ressortissants belges) ne doit pas nécessairement être un problème pour des considérations de santé de publique. C'est également le cas dans les systèmes de santé européens qui présentent un échelonnement poussé (par ex. aux Pays-Bas, au Royaume-Uni, etc.). Le fait que les occupants des centres fermés dépendent totalement du médecin du centre pour les renvois est plus problématique. Les occupants n'ont pas la possibilité de faire un choix en ce qui concerne le médecin de première ligne qui répond à leur demande de soins.

L'accès aux soins de longue durée pour les patients psychiatriques et souffrant de maladies chroniques est, cependant, défaillant (voir point III).

Suggestion :

- La présence régulière dans les centres fermés d'un autre médecin indépendant qui peut être consulté par les occupants peut répondre partiellement à la limitation de la liberté de choix du médecin.

b. Relations et communications internes

Points forts	Points faibles	Opportunités	Menaces
<p>La relation de travail entre personnel soignant et médecins est étroite dans tous les centres. Dans l'ensemble, l'entente et la collaboration entre l'équipe médicale et la direction sont excellentes.</p> <p>Les équipes médicales se préoccupent de respecter le mieux possible le secret médical.</p>	<p>Îlot médical : Au CIB et au 127bis, l'équipe médicale est insuffisamment intégrée dans le fonctionnement total du centre avec comme conséquences une communication défaillante, la méfiance et l'incompréhension.</p> <p>L'interaction entre les équipes médicales et les psychologues est insuffisante.</p> <p>Les informations médicales (dossiers, lettres de renvoi, etc.) ne sont pas toujours rangées en toute sécurité.</p> <p>Absence d'uniformité en ce qui concerne les mesures visant à sauvegarder le secret professionnel.</p>	<p>Effectifs nombreux : tous les centres comprennent un groupe pluridisciplinaire de personnes qui ont des fonctions complémentaires.</p>	<p>La limite entre 'bonne collaboration' (direction, équipe médicale) et 'influence des décisions médicales' est vague.</p> <p>Les services médicaux peuvent abuser de l'aspect secret médical dans leur aspiration à une plus grande autonomie et liberté.</p> <p>Les éléments médicaux jouent un rôle dans les procédures d'expulsion et de séjour, ce qui peut menacer le secret médical.</p>

La collaboration entre direction et équipes médicales est relativement bonne dans la majorité des centres. Il existe une certaine loyauté des prestataires de soins à l'égard de la direction. Les médecins déclarent ,néanmoins, pouvoir prendre des décisions médicales autonomes. Attendu les relations étroites entre les équipes médicales et les directions, une certaine orientation ou influence des décisions n'est pas inimaginable. La présence régulière d'un organisme indépendant (d'une ONG notamment) pourrait également être indiquée à cet égard.

Dans la plupart des centres, l'interaction et les échanges entre psychologues et équipes médicales sont insuffisants. Une possibilité serait d'intégrer les psychologues dans les équipes médicales, les psychologues participant ainsi également à la concertation journalière. Attendu que les psychologues sont également tenus au secret professionnel, ils devraient également avoir accès aux dossiers médicaux, ce qui pourrait profiter à l'échange de données.

Le secret professionnel est respecté en principe et les diagnostics ne sont pas communiqués au personnel qui ne fait pas partie de l'équipe médicale. Les certificats et les médicaments se retrouvent souvent chez le personnel non médical, ce qui peut donner lieu à des fuites concernant les données sur l'état de santé des occupants. Les éléments médicaux jouent un rôle dans les procédures des illégaux, de sorte que certaines informations médicales confidentielles sont parfois divulguées. Il est important que la divulgation des données médicales ne parte pas du personnel médical.

L'aspect secret professionnel est parfois interprété différemment par les directions et les équipes médicales, ce qui peut donner lieu à des discussions et des irritations. Des directives concrètes concernant l'aspect relatif au secret professionnel pourraient s'avérer utiles. Il conviendrait de créer à cette fin un groupe de travail avec la participation des différentes parties prenantes.

c. Relations et communication avec les occupants

Points forts	Points faibles	Opportunités	Menaces
<p>Dans trois centres (Vottem, 127, CIM), le personnel soignant entretient régulièrement des contacts avec les occupants dans les espaces de séjour.</p> <p>Dans l'ensemble, les occupants perçoivent l'attitude des prestataires de soins comme aimable et respectueuse.</p> <p>Le personnel médical reçoit parfois des marques de reconnaissance de la part des occupants.</p>	<p>Dans deux centres (127bis, CIB), le personnel soignant n'a que peu de contacts informels avec les occupants. Il vient rarement dans les locaux de séjour des occupants.</p> <p>Le personnel médical perçoit souvent les occupants comme très exigeants en matière de soins médicaux.</p> <p>Les occupants estiment que leurs demandes de soins sont insuffisamment traitées.</p>	<p>Dans tous les centres, l'attitude de base au sein de l'équipe médicale est une attitude bienveillante et empathique.</p>	<p>Attentes irréalistes de la part des occupants vis-à-vis du personnel médical.</p> <p>Il y a un rapport de force inégal entre les occupants et le personnel médical. Les occupants se trouvent dans une position de dépendance par rapport au personnel médical.</p> <p>Problèmes de communication suite aux barrières linguistiques et aux différences culturelles.</p> <p>Les médecins subissent une pression pour rédiger des certificats.</p> <p>Les occupants cherchent à obtenir un statut de séjour par la voie médicale.</p>

Dans tous les centres, les occupants déclarent que le personnel médical fait preuve d'amabilité et de respect à leur égard. L'importance d'une approche respectueuse et humaine est soulignée par les équipes médicales mêmes dans tous les centres. Toutefois, une certaine insatisfaction concernant la nature des soins médicaux est une constante parmi les occupants. Cela est probablement dû aux attentes irréalistes qu'ils posent aux prestataires de soins dans les centres. Les occupants estiment que les plaintes sont traitées de manière trop minimaliste.

Voici quelques explications possibles :

- De nombreux occupants espèrent encore influencer leur procédure d'asile au moyen d'un « certificat médical ». Parfois, ces attentes sont encore renforcées par des tiers (avocats, famille, amis, ONG). Lorsque cela semble ne pas fonctionner, frustration et déception en sont le résultat.
- Souvent, les occupants perçoivent leurs symptômes physiques comme dramatiques. Cela peut s'expliquer partiellement par la culture. D'autre part, l'incertitude et les circonstances du séjour (ennui, anxiété et stress), la perception des maux physiques est souvent disproportionnée. Ainsi, des maux courants (maux de tête, maux d'estomac) sont souvent ressentis comme effrayants et menaçants et cela donne lieu à une certaine insatisfaction lorsque le personnel médical minimise ces maux.
- Dans les pays d'origine, la « culture médicale » diffère souvent de l'approche rationnelle « basée sur les preuves » que l'on connaît en Belgique. Des cures de vitamines, des perfusions, etc. sont appliqués et administrés plus souvent à la demande des patients.
- Les occupants se sentent rejetés parce que leur demande d'asile a été refusée. La colère et une attitude négative sont compréhensibles. Le personnel des centres représente aux yeux des occupants le système et le pays qui les expulsent. Le personnel est ainsi parfois victime de l'esprit négatif et même de l'agressivité de la part des occupants frustrés.

Pour une bonne dispensation de soins de première ligne, une intuition et une empathie pour le monde et la culture des patients représentent un atout important. La communication directe est difficile en raison des barrières linguistiques. Afin de pouvoir bien évaluer les demandes de soins des occupants, les prestataires de soins dépendent des informations du personnel et des impressions qu'ils ont suite à l'observation et aux contacts avec les occupants. Au centre 127bis et au CIB, le personnel sanitaire a peu de contact avec le personnel non médical et les occupants. Si le personnel soignant faisait preuve d'une plus grande empathie à l'égard des personnes qui vivent dans l'aile réservée aux occupants, cela pourrait éventuellement influencer de manière favorable l'entente entre les occupants et le personnel soignant.

Suggestions :

- Présence régulière du personnel soignant dans les espaces de séjour des occupants
- Incorporation de moments de contact informel entre le personnel soignant et les occupants
- Lors de la prise en charge et pendant le séjour, les occupants doivent être clairement informés quant à ce qu'ils sont en droit d'attendre du service médical.
- Les certificats relatifs à la procédure ne devraient pas pouvoir être délivrés par les médecins des centres et il convient d'en informer clairement les occupants (notamment par le biais d'affiches au service médical).
- Formation du personnel en matière de communication, de sensibilités culturelles et de gestion de la frustration et de l'agressivité.
- La présence régulière de prestataires de soins provenant d'instances neutres (notamment des ONG) qui assistent les occupants de manière rationnelle au moyen de conseils peut avoir un effet apaisant sur les occupants. L'établissement d'une communication et d'une interaction entre ces instances neutres et les équipes médicales des centres, où l'on recherche ensemble un consensus, peut remédier à la position de faiblesse et de dépendance des occupants à l'égard du personnel du centre.

d. Relations et communication externes

Points forts	Points faibles	Opportunités	Menaces
<p>Les médecins ne se sentent pas restreints dans leur liberté de décision par des instances externes.</p>	<p>Les obligations administratives et les procédures imposées par l'OE sont perçues par les équipes comme une charge.</p> <p>Le personnel perçoit la négativité, l'incompréhension et les préjugés du monde extérieur à l'égard des centres fermés.</p> <p>Le rapport avec les ONG est conflictuel, peu constructif et coloré par les « agendas politiques ».</p> <p>La relation et la communication avec les avocats sont difficiles. Les médecins subissent une pression de la part des avocats pour certaines décisions.</p> <p>Peu de communication entre les équipes médicales des différents centres.</p>	<p>En raison de l'attention politique et publique pour les centres fermés, le personnel et la direction demeurent attentifs à la qualité de la dispensation de soins.</p> <p>L'intérêt et la présence d'ONG peuvent représenter une opportunité pour une collaboration constructive dans l'intérêt des occupants.</p> <p>Il y avait une réunion biennale avec les médecins des différents centres fermés.</p>	<p>Les centres fermés font souvent la une avec des informations négatives (suicides, rébellions, etc.).</p> <p>Les équipes médicales adoptent une attitude défensive à l'égard des instances extérieures.</p> <p>Les précédents rapports des ONG étaient particulièrement critiques et agressifs en matière de dispensation de soins médicaux.</p> <p>Les avocats tentent d'influencer les procédures pour leurs clients au moyen d'éléments médicaux. Il n'y a aucune clarté concernant les problèmes médicaux qui pourraient être recevables pour des questions procédurales.</p>

1) Le personnel médical ressent une perception négative de son travail dans un centre fermé de la part du monde extérieur. Par son travail dans les centres fermés, il est assimilé au système et à la politique de détention

qui est souvent relaté de manière négative dans la presse. « *Comme si nous étions responsables pour les décisions politiques alors que nous essayons seulement de rendre la détention aussi humaine que possible.* »

La relation avec les ONG est conflictuelle. Les ONG visitent régulièrement les centres et suivent la fiche clinique de certains occupants. Ils dressent la carte des occupants à cet égard et semblent suivre l'insatisfaction des occupants qui est souvent émotionnelle et subjective, comme cela a été décrit ci-dessus. Les ONG ont une attitude négative vis-à-vis de la politique de détention et des autorités. En décrivant les abus et des exemples de soins défaillants, elles tentent de convaincre le public et la politique et d'incriminer le système des centres fermés. C'est ce qui ressort également clairement des documents publiés qui sont empreints d'une tendance activiste. (« *Le coût humain de la détention, les centres fermés pour les étrangers en Belgique* » MSF et « *La situation dans les centres fermés pour étrangers* » octobre 2006). Cela donne lieu à une polarisation et une approche simpliste. Les efforts consentis par le personnel et la direction pour rendre la détention aussi humaine que possible ne sont pas mentionnés dans ces rapports. Le personnel des centres adopte dès lors une attitude défensive et méfiante à l'égard des ONG. Ces éléments compliquent une communication et une collaboration constructives entre les ONG et les centres.

Suggestions :

- La présence d'organismes tiers et leur intérêt pour les centres fermés représentent une opportunité pouvant être exploitée à l'avantage des occupants. Une présence prééminente et fréquente des ONG et d'autres groupes indépendant neutres et non politisés pourrait être encouragée de manière structurelle. Il pourrait notamment s'agir de comités de quartier, de groupements sociaux engagés (mouvements de jeunesse, mouvements féminins, mouvements religieux, etc.). La présence d'instances extérieures neutres peut réduire le sentiment de dépendance des occupants vis-à-vis du personnel et impliquer une certaine protection contre les éventuels actes arbitraires ou la perception de l'arbitraire. Cela profiterait à la fois au personnel et aux occupants. Un dialogue constructif entre le personnel et les instances extérieures concernant certains points pourrait profiter aux intérêts des occupants. Par ailleurs, cela pourrait être une opportunité de brosser un tableau plus équilibré des centres fermés, à condition, cependant, que les organismes extérieurs renoncent à adopter une attitude offensive et activiste, d'une part, et que le personnel et la direction ne se tiennent plus sur la défensive, d'autre part.
- Cependant, une opposition politique critique vis-à-vis de la politique, en général, et de la politique d'asile en particulier est nécessaire dans un système démocratique. Il conviendrait, néanmoins, de faire une distinction avec les services, pour éviter tout abus desdits services à des fins politiques.

2) La relation avec les avocats est difficile. Selon les médecins, les avocats stimulent les attentes irréalistes des occupants en ce qui concerne leur procédure. A l'instigation des avocats, les occupants essaient d'exploiter les aspects médicaux pour en tirer profit sur le plan procédural, ce qui complique le travail des prestataires de soins qui tentent de répondre rationnellement et objectivement aux demandes de soins. Les avocats insistent notamment, par le biais de leurs clients, pour obtenir des certificats médicaux, ce qui accroît la pression sur le personnel médical et donne lieu à une certaine irritation.

Suggestions :

- Il conviendrait de réduire autant que possible le rôle des médecins de service dans les aspects procéduraux. Les certificats médicaux pour des raisons procédurales ne devraient pas pouvoir être délivrés par les médecins des centres. Les occupants et leurs avocats doivent en être clairement informés.
- Il convient d'établir et de communiquer des directives claires et concrètes concernant la nature des problèmes médicaux susceptibles d'être recevables pour des adaptations procédurales et les procédures

qui doivent être suivies. Des mesures dissuasives (punitives ?) devraient être prises en cas d'exagération ou d'abus flagrants des aspects médicaux et/ou le dédain desdites directives par leurs avocats.

3) La communication entre les services médicaux des différents centres est limitée. Il n'y a qu'une concertation biennale entre les médecins des différents centres. Dans certains centres, une certaine méfiance ou un certain sentiment de concurrence à l'égard des services médicaux d'autres centres sont perceptibles.

Suggestions :

- La communication entre les services de santé devrait être encouragée sur le plan structurel.
- Le personnel des services de soins devrait pouvoir être impliqué dans l'élaboration de directives et de documents politiques eu égard à la dispensation de soins médicaux dans les centres.
- Les échanges de personnel et d'expériences pourraient augmenter le niveau des centres où l'organisation de la dispensation de soins médicaux est moins efficace.

e. Continuité et intégralité de la dispensation de soins médicaux

Points forts	Points faibles	Opportunités	Menaces
<p>Le renvoi et la communication avec la deuxième ligne se déroulent souvent promptement.</p> <p>La plupart des médicaments qui existent sur le marché belge sont disponibles dans les centres.</p>	<p>Absence de continuité de soins en deuxième ligne pour les patients psychiatriques et les patients souffrant de TB.</p> <p>Absence d'accueil chronique pour les patients psychiatriques.</p> <p>Dans certains centres (CIV, centre 127bis), les médicaments prescrits par le médecin ne parviennent pas aux occupants.</p> <p>Des abus ont été constatés en ce qui concerne les médicaments (accumulation, abus de produits psycho-pharmaceutiques, revente parmi les occupants).</p> <p>Dans certains centres, la</p>		<p>Incidence élevée de la problématique psychiatrique parmi les occupants.</p> <p>Incidence élevée de la TBC parmi les occupants.</p> <p>Les problèmes de transport (bureau T) compliquent le renvoi vers les spécialistes.</p>

<p>L'incertitude concernant la continuité du traitement est une raison reconnue de libération des centres fermés.</p> <p>Les données médicales sont en principe remises aux occupants qui quittent les centres ou qui sont renvoyés aux services médicaux des autres centres.</p>	<p>responsabilité concernant la distribution des médicaments est laissée au personnel de surveillance.</p> <p>Absence d'uniformité dans la prise de décisions concernant les remises en liberté.</p> <p>Aucun suivi n'est assuré eu égard à la continuité des soins après le départ du centre.</p> <p>La nature des données médicales qui sont remises aux occupants diffère d'un centre à l'autre, ainsi que les efforts qui sont fournis pour leur dispenser des soins.</p>	<p>Il existe des instances en Belgique qui ont accès à des informations concernant la dispensation de soins médicaux dans les différents pays.</p>	<p>Les médecins disposent d'insuffisamment de points de référence et d'informations pour juger si la continuité des soins est menacée.</p> <p>La lenteur administrative peut entraîner une remise en liberté inutilement tardive.</p> <p>Les équipes médicales ne se sentent plus responsables des patients dès qu'ils ont quitté le centre.</p>
---	---	--	--

1) La pathologie psychiatrique est fréquente au sein de la population des centres fermés. D'une part, il y a la pathologie psychiatrique (par ex. un syndrome de stress post-traumatique) qui est inhérente aux traumatismes et aux situations que les étrangers illégaux subissent ou ont souvent subies. D'autre part, il y a les patients psychiatriques lourds (patients schizophrènes, psychotiques, etc.) qui se retrouvent en Europe après avoir été rejetés par leur société.

Le suivi et le renvoi des cas psychiatriques lourds (notamment les cas de schizophrénie, psychotiques, etc.) posent problème. Il n'y a que peu de possibilités de renvoi. L'accueil de longue durée de ces patients est encore plus problématique. Les équipes médicales sont confrontées à un dilemme impossible eu égard à l'accueil de ces patients. Les patients qui souffrent de troubles psychiatriques ne doivent pas se retrouver dans un centre fermé. La tension constante au sein des centres fermés aggrave souvent le tableau clinique psychiatrique. La présence de ce type d'occupants signifie une charge supplémentaire pour la situation précaire qui règne dans les centres. « Vider » les patients dans la société ne se justifie pas éthiquement. Dans la pratique, on arrive à des solutions ambiguës et douteuses où les patients dont on juge que l'état est plus ou moins stable sont expulsés ou remis en liberté.

La tuberculose est également une pathologie fréquente parmi les réfugiés illégaux. L'accueil spécialisé de ces patients est extrêmement compliqué. Par conséquent, les patients TBC contagieux séjournent souvent trop longtemps dans les centres fermés. Il s'agit d'un risque inconscient pour les autres occupants. Par ailleurs,

l'isolement de longue durée et strict dans un centre fermé qui n'est pas équipé à cette fin sur le plan organisationnel et infrastructurel constitue une mesure inhumaine.

Suggestion :

- La création de places d'accueil spécialisées pour les patients psychiatriques et les patients souffrant de TBC parmi les étrangers illégaux est une priorité et l'unique solution éthique et humaine à ce problème. Une approche européenne peut représenter une option.

2) Le renvoi vers la deuxième ligne se déroule généralement aisément. Un facteur perturbant est, parfois, le transport assuré par le transport van bureau T. La non-disponibilité d'un moyen transport empêche parfois les occupants de se rendre chez les prestataires de soins en dehors des centres, suivant les rendez-vous.

3) Les occupants dans les centres reçoivent en grande partie les mêmes médicaments que ceux qui sont disponibles pour les ressortissants belges. Dans certains centres, la distribution des médicaments est problématique, de sorte que les bons médicaments n'arrivent pas toujours à l'occupant concerné. Dans certains centres, des abus ont également été signalés concernant le commerce de médicaments accumulés ou d'abus de produits psycho-pharmaceutiques. La manière dont les médicaments sont distribués ainsi que la responsabilité pour la distribution varient considérablement d'un centre à l'autre. Dans certains centres, le personnel de surveillance se voit attribuer la responsabilité pour la distribution des médicaments. Ils ne jouissent pas de la formation requise pour assumer cette responsabilité, prendre des décisions et fournir des informations. La charge de travail et la pression supplémentaire provoquent une certaine irritation dans le chef du personnel de surveillance.

Le système de distribution des médicaments, tel qu'il a été élaboré au centre de transit 127, semble le plus efficace et sûr. Le patient assume lui-même la responsabilité de sa prise de médicaments et doit venir chercher lui-même les médicaments auprès du personnel. L'autonomisation du patient constitue un excellent point de départ. Un mécanisme de contrôle a été intégré qui permet au personnel soignant de suivre l'usage des médicaments. Pour chaque occupant qui prend des médicaments, il y a à la réception un sachet en plastique contenant quelques ampoules de verre originales des médicaments utilisés. Ce sachet contient également un aperçu des médicaments et de la posologie. Les occupants doivent chaque fois s'adresser à la réception pour obtenir leurs médicaments. Le personnel de la réception signe lorsque l'occupant récupère le médicament. Le personnel soignant contrôle quotidiennement le contenu des sachets de médicaments, l'usage de médicament noté et le message d'aperçu des médicaments et de la posologie. En cas de mauvaise compliance thérapeutique, l'occupant est interrogé. Pour que ce système fonctionne convenablement, il est nécessaire de prendre le temps pour fournir une bonne explication au patient. Cette méthode pourrait servir de modèle pour les autres centres.

4) L'incertitude concernant la disponibilité d'un traitement médical essentiel ou d'une procédure diagnostique dans le pays d'origine peut être un motif de libération de l'occupant. Les médecins des centres peuvent en décider, en principe, de manière relativement autonome et ces décisions sont rarement contestées. La lenteur administrative fait que parfois cela dure inutilement longtemps avant que la remise en liberté ne puisse avoir lieu effectivement.

Un certain nombre de risques sont liés au fait de confier ce jugement aux médecins des centres :

- Les médecins des centres disposent d'une expérience et d'un savoir-faire insuffisants pour juger si la continuité des soins est menacée en cas d'expulsion.
- Il n'y a que peu d'uniformité en ce qui concerne l'évaluation entre les médecins des différents centres.
- Cela peut exercer une certaine pression sur la relation de confiance entre le médecin et l'occupant. Les occupants peuvent tenter d'exercer une certaine pression sur les médecins des centres. Suite au contact

plus étroit avec les occupants, des aspects subjectifs ou émotionnels peuvent influencer la décision du médecin. Les directions peuvent tenter d'influencer directement ou indirectement les médecins des centres dans leurs décisions. Cela accroît également le rapport de force inégal entre le médecin et l'occupant qui se voit dépendant de la décision du médecin du centre. Les médecins des centres peuvent se laisser influencer par des aspects subjectifs ou émotionnels.

Suggestions :

- Des directives devraient être élaborées concernant l'évaluation de la continuité de soins.
- Il est recommandé que ces évaluations soient assurées par un médecin indépendant qui ne soit pas impliqué dans la dispensation de soins médicaux journaliers aux occupants.
- Les occupants devraient avoir la possibilité de pouvoir demander un second avis (notamment par le biais d'une ONG).

5) La responsabilité des équipes médicales cesse dès le moment où l'occupant quitte le centre. Aucune démarche n'est entreprise pour prévoir une continuité du traitement pour les patients qui présentent une fiche clinique importante, ni en cas d'expulsion, ni en cas de libération.

Suggestion:

- Il faudrait prévoir un minimum de suivi en rapport avec la continuité des soins vitaux après le départ des centres fermés. Ce n'est pas parce que la possibilité de soins existe dans le pays d'origine que la personne concernée pourra en bénéficier. Ce suivi pourrait notamment être assuré en collaboration avec les ambassades ou les organisations humanitaires dans le pays en question. Il en va de même pour les occupants qui sont remis en liberté en raison de l'incertitude concernant la continuité des soins après l'expulsion. Ce n'est pas parce qu'une personne est libérée, qu'elle recevra les soins requis.

6) Il n'existe aucune uniformité dans la nature et la quantité des données médicales qui sont remises au patient qui quitte un centre. Cela dépend de la volonté et de la pression de travail des prestataires de soins. Il conviendrait d'élaborer des directives concernant la remise des informations médicales. Un système de dossiers informatisé constituerait une plus-value en l'occurrence également.

III. QUELQUES ASPECTS SPECIFIQUES EN MATIERE DE SANTE POUR LES RESIDENTS DES CENTRES FERMES

a. Bien-être psychologique des occupants

Points forts	Points faibles	Opportunités	Menaces
<p>Dans certains centres, des efforts importants sont consentis pour réduire structurellement la contrainte psychologique.</p> <p>Présence d'une équipe pluridisciplinaire chargée de l'encadrement psychosocial : assistants sociaux, éducateurs, enseignants, psychologues.</p> <p>Dans certains centres, une concertation psychosociale est organisée entre les psychologues, les éducateurs et le personnel de sécurité.</p>	<p>La structure et l'organisation de certains centres contribuent de manière inhérente à un stress psychologique accru parmi les occupants.</p> <p>Absence d'uniformité ou de directives en ce qui concerne une approche de réduction de stress.</p> <p>Divergence de vues des directions en ce qui concerne la signification de « détention humaine ». Les psychologues n'ont que peu voix au chapitre en ce qui concerne l'organisation de la politique d'accueil des centres.</p>	<p>Présence de psychologues.</p> <p>Groupe de travail existant pour l'élaboration de bonnes pratiques (notamment en cas d'agression, de menace de suicide, etc.)</p> <p>Certains centres peuvent servir de modèle en matière d'encadrement psychosocial.</p> <p>L'accompagnement psychologique et social des occupants est mentionné dans l'AR.</p>	<p>Le contexte des occupants donne lieu à une contrainte psychologique considérable notamment en raison de la privation de liberté.</p> <p>Présence d'un grand nombre d'ex-détenus dans les centres.</p> <p>Présence d'un nombre relativement important de toxicomanes parmi les occupants.</p> <p>Présence de patients psychiatriques dans les centres fermés.</p> <p>Chez certaines direction et à l'OE, l'accent semble surtout être mis sur l'éloignement et moins sur l'aspect humain de l'accueil.</p> <p>Tabou concernant l'aspect « psychologique ».</p> <p>Lenteur administrative. Les personnes sont parfois retenues trop longtemps avant l'émission d'un avis de libération.</p> <p>Rôle excitateur d'éléments externes qui créent des attentes irréalistes dans le chef des occupants (ONG, avocats e.a.)</p>

1) Tous les centres présentent des signes indéniables de grand stress psychologique parmi les occupants. Plus de 50% des plaintes qui parviennent au médecin et au personnel soignant ont un impact psychologique. Les maux psychosomatiques (maux de tête, insomnie, palpitations cardiaques, maux d'estomac, troubles de l'appétit, etc.) sont extrêmement nombreux. Ces maux et les possibilités de traitement limitées accroissent encore le stress des occupants. Les dépressions sont fréquentes. Toutes les statistiques font état d'une incidence élevée d'automutilation, de tentatives de suicide et d'agression.

2) Les causes qui expliquent cet important mal-être psychologique semblent évidentes. La plupart des occupants arrivent dans les centres avec de sombres perspectives et souvent un passé traumatisant. Il règne un certain sentiment d'impuissance et de frustration. Le séjour dans le centre fermé accroît par ailleurs encore ces souffrances psychiques. Les ex-détenus décrivent la situation dans les centres fermés comme étant encore pire qu'en prison, parce que ni la raison, ni la durée de la détention ne sont claires. L'incertitude est plus grande.

3) Il y a une grande différence entre les centres en ce qui concerne l'attention qui est accordée à l'encadrement psychologique et social des occupants. Les conditions de détention au CIM sont clairement les plus contraignantes sur le plan psychologique. Le CIM possède le régime de groupe le plus strict. Il y règne une passivité totale. Tout est imposé. Les occupants ne peuvent quasiment pas prendre de décisions autonomes. On subit la vie. On ne peut pas travailler. Rien ne peut être accompli qui contribue à l'estime de soi. Il n'y a que « l'attente ». L'ambiance au CIM est semblable à une prison ou même un camp pénitentiaire. Les bâtiments présentent un aspect sombre. Il règne une ambiance d'interdiction et de punition. Le personnel de surveillance est présent de manière proéminente. Les occupants vivent constamment en groupe et il n'y a quasiment pas de possibilité de se retirer momentanément du groupe. Pour la direction, la discipline et la sécurité priment sur l'aspect de l'accueil humain.

D'autre part, il y a le centre de transit 127 et le CIB où l'encadrement psychosocial est primordial à la fois pour la direction et le personnel. Une description élargie de mesures réductrices de stress figure dans les rapports des centres respectifs.

4) La présence de certains groupes d'illégaux accroît la tension dans les centres. Les ex-détenus ont souvent un comportement plus agressif. La présence de toxicomanes est un problème spécifique qui accroît la pression sur les co-occupants et le personnel. La présence de patients psychiatriques pèse sur l'ambiance dans les centres.

5) La souffrance psychique est toujours assortie d'un certain tabou qui est également déterminé par la culture. Les occupants reconnaissent difficilement leur propre souffrance psychique, de sorte que celle-ci est souvent masquée par des symptômes psychosomatiques. L'incapacité de nommer et de reconnaître le mal-être psychologique complique la possibilité d'en discuter et de la désigner.

Suggestions :

- Formation du personnel en matière de gestion de conflit
- Stimulation de contacts aisés et informels entre le personnel et les occupants. Cela permet aux occupants de « soulager ce qu'ils ont sur le cœur ». Par ailleurs, cela permettra de mieux percevoir l'ambiance et de détecter plus rapidement les problèmes psychologiques chez certains occupants.
- Accompagnement et formation du personnel pour une approche qui se justifie sur le plan psychologique. Les psychologues des centres peuvent assumer un rôle à cet égard. Les directives (bonnes pratiques) qui sont élaborées par les psychologues des différents centres peuvent constituer un instrument important.
- Un régime de groupe strict accroît excessivement le stress et devrait être évité dans la mesure du possible.

- Installation de locaux plus calmes et de locaux sans stimulants où les occupants peuvent se retirer du groupe.
- Proposition de techniques réductrices de stress et de possibilités de détente : notamment la relaxation, le yoga, le Tai Chi etc.
- Présence régulière de religieux de différentes confessions
- Proposition active de possibilités pour pratiquer la religion (prière, ramadan, confession, etc.)
- Organisation d'activités stimulant l'estime de soi des occupants :
 - o sport
 - o activités créatives
 - o activités autour de la culture, de pays
- Présence d'enseignants pour adultes
- Ailes ou centres distincts pour l'accueil de certains groupes d'illégaux (ex-détenus, toxicomanes, patients psychiatriques).

b. Accueil psychologique des occupants

Points forts	Points faibles	Opportunités	Menaces
<p>Présence d'un psychologue dans tous les centres où l'accueil psychologique des occupants est une tâche essentielle.</p> <p>L'accompagnement et l'intervision entre les psychologues des différents centres.</p> <p>Les psychologues disposent d'une certaine autonomie pour accomplir eux-mêmes leur mission.</p>	<p>Communication et articulation moins bonnes avec l'équipe médicale.</p> <p>Les rapports des psychologues sont insuffisamment intégrés dans le dossier médical.</p> <p>Les psychologues n'ont pas toujours accès aux dossiers médicaux.</p> <p>L'approche des problèmes psychologiques n'est pas encore suffisamment pluridisciplinaire.</p> <p>Il n'est pas suffisamment fait appel aux psychologues pour l'accompagnement du personnel.</p> <p>Manque de soutien interne pour les psychologues.</p> <p>Les tâches partielles 2 et 3 dans la description de fonction sont uniquement remplies de manière limitée dans la plupart des centres.</p> <p>Demande restreinte concernant un accompagnement psychologique de la part des occupants.</p>	<p>Disponibilité d'un expert dans l'accompagnement psychologique des demandeurs d'asile.</p> <p>Une description de fonction existante pour les psychologues des centres.</p>	<p>La plupart des psychologues ne travaillent qu'un an au centre.</p> <p>Absence de fondement scientifique concernant l'approche psychologique dans le contexte spécifique des centres fermés.</p> <p>La présence de psychologues peut avoir comme conséquence que le personnel restant rejette la responsabilité de l'accompagnement psychologique. Somatisation des troubles psychologiques par les occupants.</p> <p>Stigmate qui caractérise la « psychologie »</p> <p>Correspondance insuffisante entre les attentes du personnel restant à l'égard du psychologue et des services fournis par le psychologue.</p> <p>Les occupants « utilisent » le psychologue pour obtenir des avantages.</p>

1) L'approche des problèmes psychologiques devrait être pluridisciplinaire. Une tâche pour chacun. Est trop souvent encore laissée aux psychologues. Si le personnel soignant fait preuve d'empathie envers les personnes

qui vivent dans l'aile réservée aux occupants, il pourrait également jouer un rôle anticipatif et de soutien en cas d'agitation et de stress psychologique chez les occupants.

2) Il n'y a que peu de littérature/d'expérience disponible concernant l'accompagnement psychologique dans ce contexte. Un soutien supplémentaire est nécessaire.

Des réunions mensuelles sont organisées par le biais du Commissariat général aux réfugiés et aux apatrides entre les psychologues des centres pour l'accompagnement, la supervision et l'intervention. Le responsable est un expert dans l'accompagnement psychologique des demandeurs d'asile. Ces réunions sont perçues par les psychologues comme étant très utiles et enrichissantes. Des directives concernant les « meilleures pratiques » sont élaborées pour le personnel. Il s'agit d'instructions relatives à l'approche des accompagnateurs en cas de dépression, de suicide, de comportement psychotique.

c. Accueil des toxicomanes

Points forts	Points faibles	Opportunités	Menaces
Les services médicaux de la plupart des centres disposent d'une politique spécifique pour aborder les toxicomanies. Distribution sûre d'un traitement de substitution.	La politique n'est pas la même dans tous les centres. En cas de changement de centre, l'approche est différente.		Un pourcentage important d'occupants a un problème de toxicomanie.

Aucun jugement ne peut être exprimé en soi quant à la stratégie qu'il convient de choisir (avec ou sans méthadone). Il y a des avantages et des inconvénients pour les deux. L'important est d'avoir une ligne claire dans le mode de traitement et que celle-ci soit suivie de manière conséquente pour éviter tout acte arbitraire.

d. Accueil médical des enfants

Points forts	Points faibles	Opportunités	Menaces
Dans les centres où des enfants sont retenus, la préoccupation est grande pour assurer des soins médicaux optimaux.			La détention d'enfants dans les centres fermés menace leur bien-être psychomédical.

Dans tous les centres où séjournent des enfants, il est fait mention de signes évidents de stress psychologique chez les enfants. Les enfants qui étaient déjà « secs » souffrent à nouveau d'incontinence nocturne. Il y a un comportement régressif où les enfants tentent d'attirer l'attention (faire des saletés avec la nourriture, comportement de dépendance et recherche inappropriée d'affection vis-à-vis des parents ou du personnel, utilisation d'un langage qui ne correspond pas à leur âge, succion du pouce, etc.). Une certaine agressivité règne parmi les enfants également. Les enfants posent des questions existentielles concernant le sens de la vie, le pourquoi de la détention et de la limitation de liberté.

La violence intrafamiliale est relativement fréquente et est la conséquence directe d'un état de stress dans lequel les familles se trouvent. La peur et l'incertitude qui règnent chez les adultes sont transmises aux enfants.

La situation des enfants est parfois utilisée par les parents comme moyen de pression pour obtenir une remise en liberté.

En raison de l'impact psychosocial important de la détention sur les enfants, le séjour des enfants dans les centres fermés n'est pas justifié.

e. Prise en charge médicale

Points forts	Points faibles	Opportunités	Menaces
Est effectuée partout.	Aucune uniformité dans ce qui est demandé et de la manière dont elle exécutée et la consignation dans le système de dossiers. Absence de dossier central (perte de temps).		

La prise en charge médicale est effectuée la plupart du temps par le personnel soignant.

Il n'existe pas de forme standardisée pour la prise en charge médicale. Ce type de format serait utile pour ne pas omettre des questions ou des données médicales importantes.

f. Dispensation de soins médicaux au centre INAD

Points forts	Points faibles	Opportunités	Menaces
Permanence assurée par le MEDA Bonne entente entre le personnel du MEDA et de l'INAD (les deux parties sont satisfaites). Disponibilité des médicaments. Attitude rationnelle et flexible.	Aucun accord formel, aucun contrat. Comportement problématique fréquent (agressivité, toxicomanie, etc.). Absence d'espaces isolés à l'écart.		Séjour de DEPU.

DEPU : personne déportée non accompagnée. Les personnes non pourvues de documents sont arrêtées sur le territoire et amenées pendant un certain nombre d'heures au centre avant leur expulsion. Cela se produit surtout le week-end ou la nuit, lorsque des admissions ne sont plus possibles dans les centres fermés.

Le MEDA est demandeur pour un protocole plus clair concernant les « DEPU ». Au sens strict, elles ne devraient pas se retrouver selon le MEDA dans la zone de transit et ces personnes ne relèvent pas de leur compétence. Elles ne disposent pas d'un titre de transport valable. Jusqu'à présent, il n'existe aucun accord clair à cet égard. Le personnel du MEDA s'estime insuffisamment équipé pour la problématique médicale qui se pose régulièrement dans le cas des DEPU (toxicomanie, automutilation, etc.).

Aucun local séparé n'est prévu pour isoler certaines personnes. Selon le personnel de l'INAD, c'est une nécessité (notamment pour les toxicomanes qui présentent des symptômes de désintoxication).

IV. EVALUATION DE LA DISPENSATION DE SOINS MEDICAUX PAR CENTRE

a. Le centre pour illégaux de Merksplas (CIM).

Le centre de Merksplas a reçu notre visite en date du 26 mai 2008. Après une présentation du centre par la direction avec la possibilité de poser des questions, des entretiens individuels ont été menés avec le médecin, les infirmières et infirmiers et la psychologue. Cinq occupants masculins abordés de manière aléatoire lors de la visite, ont été interrogés lors d'un entretien de groupe. Une visite guidée du centre a été effectuée en compagnie du médecin. Les notes rédigées par un autre membre de la commission d'évaluation concernant la « simulation de la prise en charge » ont été lues.

Pour une description de la structure et de l'organisation du centre, nous renvoyons aux rapports du Médiateur fédéral. Ce qui suit est le résultat des informations obtenues et de réflexions personnelles concernant les aspects médicaux du centre. Les passages qui décrivent les réflexions ou les conclusions personnelles de l'évaluateur sont surlignés en gris. Les déclarations littérales des personnes interrogées sont indiquées en italique et entre guillemets.

1. Le personnel médical

Une réorganisation a été effectuée à partir du 1/06/2008. Les principales modifications sont les suivantes :

- 1) Le personnel médical est élargi de 2 à 5 médecins qui seront disponibles chacun un jour par semaine pour le centre.
- 2) Le service de garde est réorganisé. Le service de garde (accessibilité téléphonique et disponibilité physique) était assuré auparavant par les infirmières et infirmiers avec les médecins en tant qu'arrière-garde (accessibilité téléphonique). Désormais, le service de garde (accessibilité téléphonique et disponibilité physique) sera assuré par les médecins à tour de rôle chaque semaine. Le service de garde débute à 18 heures et se termine à 9 heures le lendemain matin.

1.1. Composition du service médical (à partir du 1^{er} juin 2008)

- 1.1.1. Membre de la direction responsable du service médical
 - Fonction : organisation du service médical. N'assume aucune responsabilité dans le domaine des aspects médicaux.
- 1.1.2. Médecins (cinq depuis le 1/06/08)
 - Paquet de tâches
 - Responsable pour le contenu des soins médicaux dispensés au centre en concertation avec le personnel médical.
 - Responsable des dossiers médicaux des occupants.
 - Responsable des soins préventifs et curatifs pour les occupants.
 - Prise en charge médicale des occupants entrant. Le médecin examine le dossier de prise en charge établi par le personnel soignant et examine l'occupant en consultation si nécessaire.
 - Responsable du suivi médical des occupants à l'infirmerie.
 - Responsable du suivi médical des occupants placés en isolement.

- Signe un document d'aptitude au vol des personnes expulsées (« fit to fly »).
 - Assure le service de garde
- Qualification professionnelle : médecins généralistes accrédités.
 - Autres activités professionnelles : cabinet privé en tant médecin généraliste dans la région.
 - Statut : statut indépendant. Recruté sur base d'un contrat d'entreprise des institutions pénitentiaires avec en principe une autonomie totale pour le médecin. La rémunération se fait sur base du barème INAMI fixé en fonction de la présence au centre (carte de pointage). Les médecins sont recrutés par la direction. Aucune sélection n'est opérée, attendu qu'il est difficile de trouver des médecins qui sont prêts à travailler au centre.
 - Présence au centre :
 - Du lundi au vendredi inclus, environ 1,5 heure par jour (au total 25 heures par semaine). Il y a une certaine flexibilité. Au cours de certaines semaines, plus de 25 heures sont prestées, et, d'autres semaines, les heures prestées sont un peu moindres.
 - Un médecin est toujours joignable par téléphone le soir, le week-end ou les jours fériés.

1.1.3. Cinq infirmières et infirmiers

- Paquet de tâches :
 - Prise en charge médicale des occupants entrants et établissement du dossier de prise en charge.
 - Premier point de contact pour les occupants qui demandent un avis médical.
 - Distribution journalière des médicaments dans les conteneurs de médicaments prévus à cet effet.
 - Assistance du médecin dans ses tâches.
- Qualifications professionnelles : infirmières et infirmiers
- Présence au centre :
 - Du lundi au vendredi inclus à partir de 9 heures jusqu'à 18 heures.
 - Week-end et jours fériés : présence pendant 1 à 2 heures par jour.
- Remarque : En raison de la pénurie de candidats, il est difficile de disposer en permanence d'une équipe de cinq infirmières/infirmiers. La pression de travail est perçue comme plus forte que dans d'autres fonctions pour infirmières/infirmiers offrant une rémunération identique.

1.1.4. Deux psychologues à mi-temps

- Paquet de tâches :
 - Accompagnement psychologique des occupants pour qui c'est jugé nécessaire (à la demande du personnel, des infirmières/infirmiers et du médecin).
 - Accompagnement et encadrement psychologiques du personnel.
 - Accompagnement psychologique des occupants en isolement.
 - Accompagnement psychologique des personnes expulsées dont l'expulsion a été suspendue pour cause d'opposition et où les accompagnants ont dû faire usage de violence.
 - Formation et feed-back au personnel dans le domaine de l'approche psychologique.
- Qualifications professionnelles : Licenciés en psychologie
- Présence au centre :
 - Journalière, heures de bureau

1.2. Relation/Communication au sein du corps du personnel

1.2.1. Médecins – infirmières/infirmiers

- Une concertation journalière a lieu entre médecins et infirmières/infirmiers. La relation et la communication sont perçues par les deux parties comme constructives et positives. Les infirmières/infirmiers sont satisfaites concernant le feed-back et le soutien des médecins. Le personnel soignant se sent soutenu par les médecins et considère l'accessibilité des médecins comme satisfaisante.

1.2.2. Médecins entre eux

- Concertation possible par dossier, courriel et téléphone. Jusqu'à présent, il n'y a eu des réunions de concertation que rarement étant donné que la communication informelle entre deux médecins était suffisante. Aucune procédure n'a encore été élaborée pour la communication lorsque le centre comptera cinq médecins.

1.2.3. Médecins – direction

- La direction a uniquement voix au chapitre en ce qui concerne l'organisation du service médical selon le médecin. Il se sent autonome en ce qui concerne le contenu. Il ne se sent pas limité dans sa liberté thérapeutique et ne subit aucune pression eu égard aux décisions médicale.
- Il ressort de l'entretien que le médecin est loyal vis-à-vis de la direction, de l'institution et de la fonction de l'institution. Il ne remet pas fondamentalement en question le principe de la détention, ni de l'approche, ni du fonctionnement interne.
- Le médecin déclare explicitement : « le but de l'institution est de rassembler et de détenir des personnes en vue de leur expulsion imminente. Dans ce contexte et ces circonstances, nous tentons d'organiser le plus rationnellement possible des soins de santé professionnels et de bonne qualité ». Il jouit pour ce faire de la liberté requise et il se sent respecté par la direction. C'est également l'impression que la direction a suscitée eu égard à la relation avec le médecin.

1.2.4. Médecins – OE

- Les propositions et avis du médecin sont suivis la plupart du temps. Le médecin n'a pas encore vécu de cas où aucun accord n'avait été atteint entre un médecin du centre et un médecin de l'OE.
- Les exigences administratives imposées par l'OE provoquent régulièrement des frictions et une irritation chez les médecins du centre.
- La communication avec l'OE est plus aisée qu'auparavant.

1.2.5. Médecins – Psychologues

- Les deux parties sont satisfaites en ce qui concerne la communication. Selon le médecin, les psychologues rédigent d'excellents rapports de suivi qui sont joints au dossier.

1.2.6. Psychologues – infirmières/infirmiers

- Les deux parties sont satisfaites en ce qui concerne la communication et la collaboration.

1.2.7. Service médical et personnel non médical

- Selon le personnel médical, il y a une bonne collaboration et le personnel leur signale quand il soupçonne l'existence de problèmes médicaux.
- Le psychologue et le médecin signalent parfois une pression et des attentes trop élevées de la part du personnel. Le psychologue mentionne qu'il existe une certaine tendance à rejeter sur

le psychologue tous les aspects psychologiques de la détention, alors que l'approche des problèmes psychologiques devrait être pluridisciplinaire et qu'elle demande un effort de la part de tous les membres du personnel. Une certaine pression est ressentie de temps à autre pour placer certaines personnes en isolement médical. Le ronflement a été cité à titre d'exemple. Ronfler peut être gênant pour les co-occupants dans le dortoir, mais il n'y a aucune indication médicale pour un isolement.

1.2.8. Service médical/occupants

➤ Cf. plus loin

1.3. Attitudes du corps médical

Le personnel soignant fait clairement preuve d'empathie vis-à-vis des occupants. Ils mentionnent même qu'une certaine capacité d'empathie et de compréhension est nécessaire dans les contacts avec les occupants. Cela demande une certaine adaptation dans le travail et certains ne résistent pas très longtemps. Cependant, une fois la période d'adaptation terminée, la satisfaction du travail grandit. Plusieurs infirmières/infirmiers travaillent depuis des années au centre. L'autonomie relativement importante et la reconnaissance dont les occupants témoignent tout de même à leur égard, rend leur travail passionnant.

2. Accès à la dispensation de soins curatifs

Les occupants introduisent une demande écrite le matin s'ils souhaitent une consultation. Il y a jusqu'à 50 demandes de consultation médicale par jour.

S'ensuivent alors un entretien et/ou un examen chez l'infirmière/infirmier. Celle-ci/celui-ci évalue la demande d'aide. Si elle/il le juge nécessaire, elle/il envoie l'occupant à la consultation du médecin l'après-midi. Si l'infirmière/infirmier s'estime compétent, elle/il informe l'occupant ou propose un traitement. C'est consigné dans le dossier et soumis au médecin qui communique un feed-back à cet égard et qui peut encore demander à voir l'occupant.

L'infirmière/infirmier effectue des tâches qui sont réservées dans le système des soins de santé belge régulier aux médecins : par exemple la pose d'un diagnostic médical, l'administration autonome de médicaments nécessitant une prescription.

Il existe *selon moi* des arguments rationnels permettant de défendre cette méthode :

- Il y a une demande excessive de la part des occupants pour des consultations médicales qui peuvent difficilement toutes être assurées par un seul médecin, d'un point de vue pratique et budgétaire.
- La grande majorité des demandes de soins peuvent être assumées de manière raisonnable par le personnel soignant dans le cadre d'une approche sobre et rationnelle. Il s'agit généralement d'une population jeune « physiquement saine ».
- De par le travail d'équipe, un contrôle est exercé par les pairs au sein de l'équipe.
- L'acte médical est noté dans le dossier et soumis au médecin.
- Le médecin assume la responsabilité finale.
- Jusqu'à ce jour, ce système semble fonctionner et il n'y a pas eu de fautes médicales importantes (toutefois selon les intéressés).

Un entretien de groupe avec un certain nombre d'occupants a révélé une nette insatisfaction concernant l'accès limité aux soins médicaux. Selon leur expérience, cela dure trop longtemps avant qu'ils ne puissent soumettre leur problème médical et un renvoi vers le médecin par l'infirmière/infirmier a lieu trop rarement.

A cet égard, il convient de mentionner qu'à la fois les circonstances culturelles et les conditions de séjour (ennui, anxiété et stress) influencent la perception des maux physiques. Les maux physiques sont généralement exprimés de manière plus extrême et évalués comme étant plus graves que ce n'est le cas parmi la population belge ordinaire. L'attente des occupants selon laquelle les aspects médicaux peuvent influencer à leur avantage leur dossier d'expulsion joue également un rôle à cet égard.

Pour le personnel médical, il s'agit constamment de rechercher des éléments rationnels et objectifs pour évaluer la demande de soins des occupants. Le fait qu'il y ait parfois de mauvaises évaluations à cet égard semble inévitable. La précision de l'évaluation de la demande de soins dépend du prestataire de soins (bonne volonté, expérience, compétence, cadre de référence, etc.) et des circonstances dans lesquelles la demande de soins a été formulée. C'est inévitable. Le problème est, cependant, que l'occupant ne dispose que de peu de moyens pour se défendre. Il est compréhensible que pour conférer un peu de vigueur à leur demande de soins, les occupants exprimeront les maux de manière plus extrême, ce qui résulte en un cercle vicieux.

3. Quelques aspects relatifs à la qualité des soins

3.1. Offre de soins

Selon le médecin, une offre de soins curatifs identique à celle d'un cabinet ordinaire de médecin généraliste peut être proposée. Une limitation est que les soins médicaux ou les procédures diagnostiques qui demande une approche à long terme et qui ne constituent pas une menace immédiate pour la santé ne sont pas entamés (par exemple : plaintes orthopédiques existant préalablement, hypercholestérolémie, etc.). Cette décision dépend du médecin. L'occupant n'a que peu de moyens pour s'y opposer. Il existe en principe la possibilité de consulter un second médecin moyennant paiement. En pratique, cela se produit rarement parce que les occupants ne connaissent pas ce droit ou ils ne peuvent pas se le permettre sur le plan financier. En principe, ils peuvent s'adresser à un organisme tiers (notamment un ONG) qui est parfois présent au centre. La présence d'une ONG n'est pas comprise structurellement. Les relations entre ONG et le personnel soignant/la direction ont parfois été conflictuelles ou houleuses par le passé, l'ONG s'attribuant à cet égard un rôle offensif/accusateur et le service de santé/la direction adoptant une attitude défensive et de méfiance, ce qui complique la formation d'un consensus.

3.2. Infrastructure pour les soins curatifs

Le centre est pourvu de trois cabinets médicaux. Selon la direction, l'usage d'un cabinet central n'est pas possible pour des raisons de sécurité attendu la structure du bâtiment. La dispersion du matériel et des dossiers en trois endroits complique le fonctionnement pratique du service médical. Cet élément est souligné à la fois par le médecin et les infirmières/infirmiers.

Le cabinet principal (où le médecin effectue les consultations la plupart du temps) est relativement bien équipé et peut être comparé à l'équipement d'un cabinet de médecin généraliste ordinaire en Belgique.

3.3. Dossiers médicaux

Des dossiers sur papier sont utilisés. La fiche de prise en charge a l'air relativement complète. Les dossiers sont accessibles pour les infirmières/infirmiers et le médecin.

Une demande a été introduite concernant un dossier médical électronique (de préférence un dossier électronique central pour la transmission de données).

3.4. Continuité des soins

3.4.1. Poursuite de soins antérieurs

- Lors de la prise en charge, des questions sont posées concernant les antécédents et les médicaments.
- On tente d'obtenir d'anciens rapports et dossiers. Ce n'est pas toujours évident. Souvent, les patients ne savent plus où les soins médicaux leur ont été prodigués, ni où les éventuels rapports sont conservés. Il s'agit d'une véritable quête d'informations médicales. (Selon le médecin)
- La communication des informations médicales des centres ouverts n'est pas toujours optimale. (Selon le personnel soignant)
- Selon moi, l'utilisation d'un dossier médical central profiterait à la continuité des soins entre les centres.

3.4.2. Continuité des soins après le départ du centre

Le dossier est remis aux occupants. Des médicaments sont donnés pour 1 semaine.

Selon le médecin, les informations relatives à la disponibilité d'un traitement donné dans le pays d'origine ne sont pas toujours faciles à obtenir. Le fait de libérer un occupant pour ce motif dépend du jugement du médecin. Le médecin ne dispose que de peu de points de référence pour étayer son jugement.

3.5. Confidentialité et secret médical

Le médecin déclare avoir une attitude stricte en ce qui concerne le secret médical. Les informations nécessaires sont transmises aux infirmières/infirmiers et aux psychologues qui sont également tenus par le secret professionnel. Si le médecin le juge nécessaire, des informations confidentielles peuvent également être communiquées à la directrice. Dans ce contexte, des accords verbaux auraient été conclus entre la directrice et le médecin eu égard à la préservation du secret professionnel.

Recommandation : il conviendrait de fixer par écrit les accords conclus entre le membre de la direction et le médecin.

3.6. Quelques réflexions en rapport avec la qualité des soins médicaux dispensés

Les limitations en termes de durée et de mandat des visites ne permettent pas d'émettre un jugement complet et objectif concernant la qualité des soins.

Les principales conditions-cadres pour une dispensation de soins de qualité semblent réunies, notamment :

- un personnel suffisamment formé et expérimenté pour une population de 60 occupants
- une équipe médicale motivée et engagée
- le matériel nécessaire pour les services médicaux courants est présent
- des moyens diagnostiques sont disponibles (analyse sanguine, radiologie, etc.)
- un renvoi aisé vers la deuxième ligne
- la disponibilité de tous les médicaments existant sur le marché belge
- une autonomie et une liberté de décision pour le médecin

Il semble que dans le cadre de ce centre fermé, l'organisation de la dispensation des soins médicaux est relativement efficace et que le personnel médical assure les soins avec dévouement, de manière rationnelle et respectueuse des occupants.

Un obstacle important pour assurer des soins de qualité est la dispersion sur trois salles de consultation. Cela a comme conséquence la dispersion des dossiers et des médicaments et implique des pertes de temps pour le personnel soignant. L'emplacement du service de santé dans un local augmenterait l'efficacité.

4. Relation/communication entre prestataires de soins et occupants

Le médecin et les infirmières/infirmiers mentionnent la pression et le comportement exigeant qu'ils subissent souvent de la part des occupants, ce qui peut donner lieu à une tension verbale et physique, voire une agression. Attendu la proximité immédiate des collègues et du personnel de surveillance, cela reste contrôlable et le sentiment d'insécurité demeure limité. Lorsqu'il est question de pression et d'agression, ce sont les occupants qui présentent des antécédents de toxicomanie qui sont cités le plus souvent. Les occupants toxicomanes exigent parfois un traitement à base de méthadone ou d'autres produits psycho-pharmaceutiques ou une augmentation des doses de ces produits. Par ailleurs, il y a également la pression en provenance des occupants qui attendent des démarches supplémentaires dans le diagnostic ou le traitement des troubles médicaux. Un exemple est le traitement de l'hépatite C qui exige un traitement de longue durée et dont la nécessité médicale urgente n'est pas toujours évidente. Cette pression est également perçue du point de vue des membres de la famille ou des avocats qui cherchent une solution pour leur client par le biais d'une procédure médicale.

Le comportement exigeant des occupants est perçu comme une charge par les prestataires de soins et justifie selon eux une attitude parfois ferme.

Les occupants ont la possibilité de demander l'avis d'un second médecin extérieur. Cela doit néanmoins se faire aux frais de l'occupant. Certains médecins proposent bénévolement leurs services via des ONG. En fin de compte, il n'arrive que très rarement que l'avis d'un second médecin soit demandé. (Une dizaine de fois selon le médecin du centre). Il est probable que les occupants ne connaissent pas la procédure ou le paiement d'un médecin extérieur est un seuil trop élevé.

Lors de l'interrogation des occupants, ceux-ci ont exprimé leur insatisfaction concernant l'accès aux soins médicaux, la réaction insuffisante à la demande et le traitement peu efficace. « *On nous donne du paracétamol et de la pommade pour tout* ». Les occupants étaient toutefois satisfaits quant à l'amabilité des prestataires des soins. « *Mais quand nous insistons ils deviennent plus impatients* ».

5. Renvois médicaux

Le renvoi vers des spécialistes médicaux se déroule aisément.

La collaboration et la communication avec les spécialistes et les hôpitaux sont bonnes et équivalentes à la collaboration ordinaire entre médecins généralistes et spécialistes. Les occupants sont accompagnés à l'hôpital par le personnel de surveillance.

Il y a parfois des évasions. C'est la raison pour laquelle la date du rendez-vous n'est pas communiquée à l'avance aux occupants.

Le transport constitue parfois un facteur limitatif pour un renvoi urgent. Il peut alors être fait appel à un service d'ambulance.

Lorsque des problèmes de langue sont à prévoir, soit un membre du personnel en mesure de communiquer avec l'occupant accompagne celui-ci, soit on fait appel à un service d'interprétation par téléphone. (Source d'information : le médecin)

6. Prise en charge médicale

La prise en charge médicale est assurée par une infirmière/un infirmier à l'arrivée de l'occupant. Un dossier médical est établi. Un formulaire médical spécifique relativement complet et clair a été développé par le service médical.

Aucune rubrique n'est prévue pour noter l'anamnèse familiale et les antécédents de violence, ce qui pourrait être utile.

La personne est priée de se déshabiller complètement (hormis les sous-vêtements). Les vêtements sont fouillés. (Source : simulation de prise en charge)

Le médecin parcourt le formulaire de prise en charge et décide ensemble avec l'infirmière/infirmier si une consultation chez le médecin est indiquée.

7. Soins dentaires

Les soins dentaires sont assurés chez le dentiste de la prison la plus proche le vendredi. La demande de soins dentaires est plus grande que la disponibilité du dentiste, de sorte que le temps d'attente peut s'accumuler. Il s'agit-là d'un motif de mécontentement des occupants.

Les femmes et les enfants se rendent dans le cabinet privé du dentiste, pour éviter qu'ils ne soient en contact avec des détenus.

(Source d'information : le médecin)

8. Problématique psychiatrique

Le suivi et le renvoi des cas psychiatriques lourds (notamment les cas de schizophrénie, psychotiques, etc.) posent problème. Les possibilités de renvoi sont limitées. Il y a de toute manière un manque de lits psychiatriques en Belgique. Le médecin confirme que les patients souffrant de troubles psychiatriques ne doivent pas se retrouver dans un centre fermé. Les « lâcher » dans la société est tout aussi déraisonnable que les expulser. Une solution est recherchée, mais dans la pratique, un patient psychiatrique séjourne plus longtemps dans le centre fermé, ce qui est néfaste pour son état psychique.

(Source d'information : arts)

9. Accompagnement psychologique

9.1. Survenance des troubles psychologiques (selon le médecin)

Plus de 50% des maux qui parviennent chez le médecin et les infirmières/infirmiers ont un impact psychologique.

Les **troubles psychosomatiques** (maux de tête, insomnie, palpitation, maux d'estomac, troubles de l'appétit, etc.) sont extrêmement nombreux. Ces troubles et les possibilités de traitement limitées accroissent encore le stress parmi les occupants.

Parfois, ces troubles évoluent et deviennent des **dépressions**.

Il est souvent question d'automutilation.

Il y a régulièrement des tentatives de **suicide**.

Les **agressions** sont très fréquentes (vis-à-vis des co-occupants, de la famille, du personnel).

Les **états de panique, la perte de contrôle des impulsions** sont très fréquents.

9.2. Causes des troubles psychologiques

La plupart des occupants arrivent dans les centres avec de sombres perspectives et souvent un passé traumatisant. Il règne un certain sentiment d'impuissance et de frustration. Le séjour dans le centre fermé accroît par ailleurs encore ces souffrances psychiques.

Le personnel médical est d'accord pour dire que la situation dans laquelle les occupants se trouvent et sont enfermés est extrêmement stressante, angoissante et déprimante. Ce fait est confirmé par les occupants mêmes. Un ex-détenu décrit la situation dans le centre fermé comme étant pire qu'en prison. « En prison, on sait pourquoi on est là. On connaît également la durée de la peine. Ici tout est incertain. On ne sait pas combien de temps on doit rester ou ce qui nous attend encore. »

Outre l'incertitude, l'ennui et la dépendance totale sont également mentionnées à la fois par les prestataires de soins et les occupants. La passivité est totale. Tout est imposé. Les occupants ne peuvent quasiment pas prendre de décisions autonomes. On subit la vie. On ne peut pas travailler. Rien ne peut être accompli qui contribue à l'estime de soi. Il n'y a que « l'attente ».

Le personnel de surveillance a principalement une mission de surveillance. L'attitude du personnel diverge considérablement d'une personne à l'autre. Une attitude dénigrante et rude vis-à-vis des occupants est possible. Par le passé, il est arrivé que certains surveillants adoptent une attitude raciste (source : infirmière).

Les prestataires de soins étaient unanimes pour dire que la durée de détention doit être maintenue au minimum.

En tant que visiteur, l'ambiance du centre fermé et le régime imposé suscitent également une impression déprimante et oppressante. On se croirait en prison. L'attitude des gardiens est distante vis-à-vis du personnel.

L'aile où séjournent les femmes et les enfants semble un peu plus vivable.

Le CIM semble appliquer le régime le plus strict. La vie est liée à des règles strictes. Dormir, manger, se promener à des heures fixes est une obligation. Les occupants peuvent/doivent sortir 3 fois par jour pendant 1 heure en été. En hiver, ce n'est que 2 fois par jour.

Les mesures structurelles relatives à l'ambiance oppressante et à la réglementation dans le centre semblent nécessaires d'un point de vue humain.

9.3. Mesures de réduction du stress

La mission du centre est formulée de la manière suivante : « détention humaine en vue de l'expulsion ».

La direction prétend que la situation la contraint à axer la priorité sur l'organisation interne et le maintien de l'ordre. Dans la présentation du centre, il apparaît clairement que l'aspect humain ne vient pas en première position.

Il faut dire que l'on a l'impression que l'équipe médicale fournit de gros efforts dans ces conditions pour proposer des soins humains. Mais l'initiative semble surtout venir de l'implication humaine personnelle de l'équipe. L'aspect humain ne semble pas être incorporé structurellement dans l'organisation du centre.

L'établissement sur le plan structurel de mesures de réduction du stress qui ont un effet proactif et préventif est tout aussi essentiel que l'engagement de psychologues et d'accompagnateurs.

Les accompagnateurs de groupe et les éducateurs ont avant tout une fonction de signal. Les activités de détente qui sont organisées sont extrêmement limitées selon les occupants. L'accueil émotionnel et

psychologique des occupants individuels dépend de l'initiative personnelle des accompagnateurs. Cela ne fait pas explicitement partie de leur paquet de tâches. Les accompagnateurs disposent cependant selon le médecin d'un certain espace et d'une certaine liberté pour créer des initiatives. Depuis peu, des accompagnateurs sont également présents le week-end.

Quelques suggestions :

- Formation du personnel en matière de gestion de conflits
- Stimulation de contacts plus détendus et informels entre le personnel et les occupants. Cela permettra aux occupants de « vider ce qu'ils ont sur le cœur ». Par ailleurs, cela permettra de mieux sonder l'ambiance et de détecter plus rapidement les problèmes psychologiques chez certains occupants.
- Accompagnement, formation de personnel pour une approche psychologique raisonnable
- Régime de groupe moins strict
- Installation de locaux plus calmes
- Offrir la possibilité aux occupants de se retirer du groupe
- Attention institutionnelle pour une approche humaine et psychologique
- Organisation d'activités qui stimulent l'estime de soi des occupants :
 - o sport
 - o activités créatives
 - o activités autour des cultures, pays
- présence d'enseignants pour adultes

9.4. Accompagnement psychologique.

Le personnel soignant estime que la présence de psychologues est une bonne chose. D'après la psychologue, la présence de 2 psychologues à mi-temps à Merksplas est insuffisante. Le médecin mentionne que la continuité de l'accompagnement psychologique pour les occupants pose parfois problème parce que les psychologues ne travaillent qu'à mi-temps.

Les psychologues mènent des entretiens de soutien avec les occupants à la demande de ces derniers, du personnel ou du service médical. Les contacts avec les occupants sont notés dans un journal. Parfois, un rapport est rédigé pour le médecin.

Si nécessaire, ils proposent un soutien en matière d'éducation aux parents avec enfants.

La psychologue suggère que l'accompagnement et la formation du personnel pour une approche psychologiquement raisonnable des occupants seraient utiles. Jusqu'à présent, cet accompagnement ne fait pas partie du paquet de tâches des psychologues.

Il y a des réunions mensuelles entre les psychologues du centre pour l'accompagnement, la supervision et l'intervision, qui sont organisées par le Commissariat général aux réfugiés et aux apatrides. Ces réunions sont perçues par la psychologue comme extrêmement utiles. Des directives pour les « meilleures pratiques » sont établies pour le personnel. Il s'agit d'instructions concernant l'approche des accompagnateurs en cas de dépression, de suicide ou de comportement psychotique.

Selon la psychologue, l'utilisation des produits psycho-pharmaceutiques est rationnelle.

Le personnel soignant libère parfois du temps pour un entretien. Davantage de temps et de possibilités pour une « conversation sociale » sont censés faire du bien.

L'approche psychologique dépend de l'initiative du personnel soignant. Ce n'est pas encouragé, ni soutenu par la direction.

10. Suicide des patients

Les tentatives de suicide et les suicides se produisent assez fréquemment.

En 2007, il y a eu huit tentatives de suicide (1 tentative de pendaison, 7 automutilations). En mai 2008, un occupant s'est suicidé par pendaison. Selon le médecin, ce suicide n'était pas prévisible. Il n'y avait aucun antécédent. L'occupant s'était opposé à son rapatriement et le lendemain, une nouvelle tentative de rapatriement allait être tentée.

Selon le psychologue, le contexte de la tentative de suicide n'est toujours pas clair.

Les occupants qui ont commis une tentative de suicide ou ceux pour qui il existe une menace sont vus tous les jours par le psychologue et l'équipe médicale. La décision d'isolement ou non est prise en concertation avec l'équipe médicale.

Il n'existe (encore) aucun protocole écrit relatif à l'accueil des personnes qui tentent ou qui menacent de se suicider.

11. Violence en cas d'expulsion

Un examen médical doit être proposé aux personnes dont l'expulsion a été suspendue en raison de leur opposition dans les cas où les accompagnateurs ont été contraints de faire usage de violence.

Ces personnes sont vues le même jour par le personnel soignant si elles arrivent avant 18 heures au centre.

Dans les autres cas, elles sont vues le lendemain par l'infirmière/infirmier. Les lésions sont notées dans le dossier qui est soumis ensuite au médecin. Il est décidé de commun accord si l'occupant doit être vu par le médecin.

(Source d'information : le personnel soignant)

12. Certificat d'aptitude de vol (fit to fly)

Ce certificat constitue rarement un problème attendu que la plupart du temps, les problèmes médicaux sont constatés à l'avance et que des démarches sont entreprises eu égard à la remise en liberté de l'intéressé. Selon le médecin, l'avis qu'il formule est accepté par l'OE dans la quasi-totalité des cas.

Les personnes qui ne peuvent pas être expulsées (en temps opportun) pour des raisons médicales sont remises en liberté. La première initiative pour la suite du diagnostic ou du traitement est prise par le service médical. (Par exemple un rendez-vous chez le spécialiste). Les personnes disposent de 30 jours pour entreprendre des démarches supplémentaires susceptibles de donner lieu à une autorisation de séjour plus longue dans le pays pour raisons médicales. Cela leur est clairement communiqué par le service médical et le service social. Si le délai est échu et l'intéressé a omis d'accomplir les formalités supplémentaires, un certificat d'aptitude de vol « fit to fly » est signé.

Les traitements dans le cadre de l'hépatite C et du SIDA sont les raisons les plus fréquentes de remise en liberté pour raisons médicales.

(Source d'information : le médecin)

On a l'impression que le médecin dispose d'une autonomie relativement importante pour prendre ce type de décisions et que l'occupant dépend du jugement du médecin. Cela se produit probablement la plupart du temps en « âme et conscience » par le médecin du centre, mais cela peut néanmoins varier d'un médecin à l'autre. L'occupant a la possibilité de demander l'avis d'un second médecin, toutefois, l'accès à un second médecin n'est pas évident.

13. Toxicomanies

Le médecin déclare suivre une stratégie claire en rapport avec le traitement du problème de toxicomanie et la substitution à la méthadone. Le médecin a suivi des formations complémentaires à cet égard. Dès le départ et lors de la prescription de méthadone, il fixe des conditions claires au patient pour prévenir ainsi tout abus. La méthadone est uniquement administrée par le personnel soignant.

(Source d'information : le médecin)

14. Grossesses

Les femmes enceintes sont vues mensuellement par le médecin. Chaque femme enceinte est également vue par un gynécologue à partir du début de la grossesse. Par ailleurs, la collaboration entre le médecin généraliste et le gynécologue est normale.

(Source d'information : le médecin)

15. Enfants et nourrissons

Les familles avec enfants séjournent dans l'aile comprenant des chambres familiales. Le régime y est un peu plus souple.

Selon la psychologue, les enfants présentent des signes évidents d'un stress accru. Par exemple, les enfants qui étaient déjà « secs », souffrent à nouveau d'incontinence nocturne. Il y a un comportement régressif où les enfants tentent d'attirer l'attention (faire des saletés avec la nourriture, comportement de dépendance et recherche inappropriée d'affection vis-à-vis des parents ou du personnel, utilisation d'un langage qui ne correspond pas à leur âge, succion du pouce, etc.). Une certaine agressivité règne parmi les enfants également. Les enfants posent des questions existentielles concernant le sens de la vie, le pourquoi de la détention et de la limitation de liberté.

La violence intrafamiliale est relativement fréquente selon la psychologue et est la conséquence directe d'un état de stress dans lesquelles les familles se trouvent. La peur et l'incertitude qui règnent chez les adultes sont transmises aux enfants. La situation des enfants est parfois utilisée par les parents comme moyen de pression pour obtenir une remise en liberté.

Le médecin du centre confirme que selon lui, le séjour dans un centre fermé est néfaste pour les enfants et doit être évité.

16. Cellule d'isolement

Il existe différentes formes permettant d'isoler un occupant :

- Cellule d'isolement :

Il s'agit ici de raisons disciplinaires. La décision est prise par la direction. Si l'isolement dure plus de 24 heures, il doit être motivé et signalé à l'OE.

La cellule d'isolation est un local dépouillé comprenant un matelas et une toilette. L'occupant ne peut rien emporter. Fumer est interdit.

L'isolement est signalé au service médical, mais celui-ci n'a pas voix au chapitre dans la décision.

Selon le médecin, chaque semaine, un occupant au moins est placé pendant 1 à 2 jours en cellule d'isolement. La principale raison est l'agression.

Le psychologue a indiqué qu'il n'y a pas d'accompagnement psychologique des occupants qui sont placés en cellule d'isolement pour raisons disciplinaires.

- Régime adapté

Il s'agit souvent d'une étape intermédiaire entre la cellule d'isolement et la réintégration dans le groupe. Des personnes sont par ailleurs placées ici qui ne s'adaptent pas au régime de groupe ou qui doivent être protégées contre l'agression d'autres. Après une tentative de suicide ou une menace de suicide, les personnes sont également hébergées ici.

Le régime y est un peu plus souple qu'en cellule d'isolement. On peut y lire. Fumer de manière limitée est autorisé. Parfois, la participation à des activités de groupe est possible. La promenade se fait à l'écart du groupe. Il y a un contact journalier avec le personnel médical et le psychologue.

- Isolement médical

Les personnes sont hébergées ici pour des raisons médicales (notamment des maladies contagieuses, des troubles psychiatriques, etc.). Un contrôle médical a lieu quotidiennement. Selon le médecin, une pression était parfois exercée par le personnel pour placer des occupants en isolement médical. Cette proposition ne peut venir que de la direction à présent. Cela a réduit l'utilisation inappropriée de l'isolement médical.

- Infirmerie

Les personnes malades qui ne peuvent participer au régime quotidien normal (promenade, repas, etc.) pour des raisons de santé séjournent provisoirement à l'infirmerie.

b. Le centre de transit 127 (Melsbroek)

Le centre de transit 127 a reçu notre visite le 2 juin 2008. La direction a présenté le centre à toute l'équipe d'évaluation. Ensuite, il y a eu un long entretien avec le médecin et deux infirmières/infirmiers. Il y a également eu un entretien individuel avec la psychologue. En raison du temps limité, les entretiens individuels avec les occupants ont été menés par un autre membre de l'équipe d'évaluation. Le résumé écrit de ces entretiens a été incorporé dans le rapport. Les notes prises par un autre membre de la commission d'évaluation de la « simulation de prise en charge » ont été lues.

Une visite du centre INAD a été effectuée au cours de laquelle un entretien a eu lieu avec le responsable. Le lendemain, il y a eu un entretien téléphonique avec le médecin en chef du MEDA. Le MEDA est le service médical de l'aéroport qui assure l'accompagnement médical des illégaux qui séjournent au centre INAD.

Pour une description de la structure et de l'organisation du centre, nous renvoyons aux rapports du Médiateur fédéral. Ce qui suit est le résultat des informations obtenues et de réflexions personnelles concernant les aspects médicaux du centre. Les passages qui décrivent les réflexions ou les conclusions personnelles de l'évaluateur sont surlignés en gris. Les déclarations littérales des personnes interrogées sont indiquées en italique et entre guillemets.

1. Personnel médical

1.1. Composition du service médical (à partir du 1^{er} juin 2008)

1.1.1. Médecins

- Médecin généraliste de la région, ensemble avec un HIBO (généraliste en formation)
- Paquet de tâches
 - Responsable pour le contenu des soins médicaux dispensés au centre en concertation avec le personnel médical.
 - Responsable des dossiers médicaux des occupants.
 - Responsable des soins préventifs et curatifs pour les occupants.
 - Prise en charge médicale des occupants entrants. Le médecin examine le dossier de prise en charge établi par le personnel soignant et examine l'occupant en consultation si nécessaire.
 - Signe un document d'aptitude au vol des personnes expulsées (« fit to fly »).
 - Assure le service de garde.
- Qualification professionnelle : médecin généraliste accrédité et médecin généraliste en formation
- Autres activités professionnelles : cabinet privé en tant que médecin généraliste dans la région, médecin urgentiste à l'hôpital de Duffel
- Statut : statut indépendant. Recruté sur base d'un contrat d'entreprise des institutions pénitentiaires avec en principe une autonomie totale pour le médecin.
- Présence au centre :
 - Lundi, mardi, jeudi et vendredi : environ 1,5 heure par jour.
 - Les médecins assurent une permanence téléphonique le soir, le week-end et les jours fériés. Le médecin en chef est joignable téléphoniquement quasiment en permanence, même pendant les vacances. Si une visite du médecin est jugée nécessaire, il contacte lui-même un confrère médecin (du cercle de garde local de médecins de l'aéroport MEDA).

Tant la direction que le personnel soignant se disent extrêmement satisfaits de la disponibilité des médecins.

1.1.2. Infirmières/infirmiers

- Deux infirmières/infirmiers expérimentés. Une troisième infirmière est recrutée.
- Paquet de tâches:
 - Prise en charge médicale des occupants entrants et établissement du dossier de prise en charge.
 - Premier point de contact pour les occupants qui demandent un avis médical. (Fonction de filtrage).
 - Distribution et suivi des médicaments.
 - Tenue à jour des dossiers électroniques.
 - Tenue à jour des données statistiques concernant le service médical.
 - Assistance du médecin dans ses tâches.
 - Formation de secourisme au personnel (depuis septembre 2008).
- Statut : contractuel
- Présence au centre:
 - Du lundi au vendredi inclus : à partir de 9 heures jusqu'à 17 heures.
 - Le week-end : 1 jour par week-end, rotation entre les infirmières/infirmiers (1 week-end sur 2).

1.1.3. Un psychologue à temps plein

- depuis septembre
- Paquet de tâches :
 - Accompagnement psychologique des occupants pour lesquels il est jugé nécessaire (à la demande du personnel, des infirmières/infirmiers et du médecin).
 - Accompagnement et encadrement psychologiques du personnel.
 - AUCUNE fonction administrative ou dirigeante.
- Qualifications professionnelles : Licenciés en psychologie.
- Statut : contractuel
- Présence au centre :
 - Heures de bureau

1.2. Relation/Communication au sein du corps du personnel

Le médecin dirige de façon évidente l'équipe médicale et souhaite clairement conserver un aperçu des soins médicaux et des événements au sein du centre. Il souligne l'importance du travail d'équipe (médecins, infirmières/infirmiers, service social, psychologue).

1.2.1. Médecins – infirmières/infirmiers

- Une concertation journalière a lieu entre le médecin et les infirmières/infirmiers. Les décisions prises par le personnel soignant sont toujours signées par le médecin dans le dossier. Les deux parties perçoivent la relation et la communication comme étant positives et constructives. Les infirmières/infirmiers sont extrêmement satisfaites/satisfaits quant au feed-back et au soutien des médecins. Les médecins sont également suffisamment accessibles par téléphone. Les

infirmières/infirmiers assument des responsabilités étendues, mais se sentent soutenues par le médecin.

1.2.2. Infirmières/infirmiers entre elles/eux

- Communication fréquente. Transfert écrit étendu en cas de changement pour des plus longues périodes (par ex. congés).

1.2.3. Médecins – direction

- Selon le médecin, le service médical jouit d'une très grande autonomie. Il ne se sent pas limité en ce qui concerne la liberté thérapeutique et il ne perçoit aucune pression dans le domaine des décisions médicales. Les certificats médicaux ne sont pas contestés. Il mentionne explicitement qu'il n'accepterait pas pareille influence.

1.2.4. Médecins – OE

- Les propositions et avis du médecin sont toujours suivis. Il n'y a pas eu à ce jour de remarque formulée par l'OE concernant les actes médicaux.
- Il n'y a pas eu jusqu'à présent de remarque ou de directive concernant le coût des soins médicaux. L'équipe jouit d'une autonomie relativement grande sur ce plan également.
- D'autre part, il y a peu de feed-back et de soutien de la part de l'OE en ce qui concerne l'aspect médical.
- On ne perçoit que peu d'appréciation de la part de l'OE. Les efforts consentis sont considérés comme normaux et ne sont pas valorisés.

1.2.5. Psychologue – Personnel médical

- Toutes les parties sont satisfaites au sujet de la communication. La psychologue a accès aux dossiers médicaux. La psychologue rédige des rapports sur les entretiens avec les patients. Les consultations de la psychologue sont notées dans le dossier médical.
- Une concertation psychosociale est organisée trois fois par semaine entre la psychologue, l'assistant social, l'éducateur et le personnel de sécurité. A cet égard, la liste des occupants est parcourue.

1.2.6. Le service médical et le personnel autre

- Selon le personnel médical, il y a une bonne collaboration et il règne une ambiance ouverte.
- La psychologue signale qu'au départ, sa fonction n'était pas très claire aux yeux du personnel et les attentes étaient parfois un peu trop élevées. Sa partie a été progressivement mieux intégrée au sein du corps.

1.3. Attitudes du corps médical

Il est clairement question de loyauté et de respect de la part du corps médical pour la direction et vice versa. Il y a une grande implication et une grande émotion à l'égard des patients. « *Nous laissons parler notre sentiment humain* ». La fiche du patient est dressée. Pour autant que cela paraisse un tant soit peu justifié, l'équipe médicale répond autant que possible aux demandes des occupants. Le médecin va même jusqu'à dire que les « *occupants du centre d'asile bénéficient d'un traitement de faveur par rapport aux patients de mon cabinet* ». Grâce à l'encadrement de toute une équipe médicale, les soins dispensés aux occupants peuvent être suivis de plus près.

L'équipe médicale fonctionne comme une entité autonome avec une grande marge pour les initiatives propres, ce qui est perçu par l'équipe comme important. L'engagement et la fierté professionnelle sont

frappants parmi le personnel soignant. Le revers de la médaille est qu'il peut être abusé de cette même liberté et absence de mécanismes de contrôle et d'évaluation. La population ciblée (les occupants du centre) n'a que peu de moyens de défense et est livrée à un éventuel acte arbitraire du personnel soignant. Selon nous, il n'y a certainement aucun motif, dans le cas concret du centre de transit 127, de penser que le personnel soignant abuse de cette position de force.

Aucun usage n'est fait des directives ou des instructions écrites pour les actes médicaux. Rationalité, expérience et contrôle de pairs par l'équipe : tels sont les piliers des actes médicaux. A la question concernant le pourquoi de cette approche, on nous a répondu que l'utilisation de directives strictes peut avoir un effet contreproductif parce que cela laisse moins de marge pour le jugement compétent de situations concrètes.

Il règne une satisfaction professionnelle relativement grande au sein du corps. Tant les médecins, les infirmières/infirmiers que la psychologue déclarent avoir la reconnaissance et le respect des occupants. Cela a un effet stimulant. L'autonomie permettant de développer le service contribue également à cette satisfaction. Cela se traduit en une grande stabilité des effectifs.

1.4. Relation avec l'extérieur

Le personnel médical perçoit parfois une attitude négative du monde extérieur à l'égard de son travail dans un centre fermé. Par son travail dans les centres fermés, il est assimilé au système et à la politique de détention qui est souvent décrié dans la presse. « *Comme si nous étions responsables pour les décisions politiques.* »

Lors de visites d'ONG (notamment MSF) par le passé, l'équipe a toujours apporté sa collaboration. La publication de documents critiques (et à leurs yeux simplistes) par les ONG est l'une des causes, selon l'équipe, d'un tableau négatif et polarisé des centres fermés. Depuis lors, les contacts avec les ONG ont été considérablement réduits et la relation est brouillée.

2. Accès aux soins médicaux

Les occupants introduisent une demande s'ils souhaitent une consultation. Ils passent alors un entretien et/ou un examen chez l'infirmière/infirmier qui évalue la demande d'aide. Si elle/il le juge nécessaire, elle/il envoie l'occupant à la consultation du médecin l'après-midi. Si l'infirmière s'estime compétente, elle informe l'occupant elle-même ou propose un traitement. Tout cela est noté dans le dossier et soumis au médecin qui donne un feed-back à cet égard et qui peut encore demander à voir l'occupant. Si l'occupant insiste pour voir un médecin, ceci lui est (quasiment) toujours accordé.

3. Quelques aspects relatifs à la qualité des soins

3.1. Offre de soins

Selon le médecin, une offre de soins médicaux quasiment identique à celle d'un cabinet ordinaire de médecin généraliste peut être proposée.

La nature de la pathologie est, par ailleurs, similaire à un cabinet de médecin généraliste à quelques différences près (cf. annexe « motifs des consultations – 2007 ») :

- Apparition plus fréquente de MST (maladies sexuellement transmissibles) et VIH
- Apparition plus fréquente de TBC

- Composante psychique très fréquente dans le modèle de plaintes. Près de 50% des troubles sont diagnostiqués comme étant purement psychosomatiques, mais les autres demandes médicales comprennent également une composante psychique importante.
- Un certain nombre de maux ou d'événements (décompensation psychique, attaques d'épilepsie) sont « simulés » dans l'espoir de profiter à leur procédure. Cela se produirait souvent selon le médecin et les infirmières/infirmiers sur insistance de l'avocat.
- Un certain nombre de personnes se retrouvent au centre avec de sérieux problèmes médicaux (grandes plaies, affections neurologiques, retard mental, etc.). L'équipe médicale suppose que l'espoir d'un diagnostic et de soins médicaux dans ces cas sont (également) une raison de venir en Belgique. Pour des raisons humaines, l'équipe médicale estime qu'un contrôle et des soins médicaux ne peuvent pas être refusés aux personnes à court terme. Dans la mesure du possible, il est accédé à cette demande au sein du centre.

Le seuil d'accès aux soins médicaux est relativement bas selon le corps médical et la demande peut être satisfaite dans la majorité des cas. Un facteur limitatif est le temps. Une troisième infirmière sera engagée. L'espoir est d'alléger quelque peu la pression due au temps.

3.2. Infrastructure pour le service médical

L'infrastructure est nettement insuffisante pour développer le service médical. Deux petits locaux sont uniquement disponibles. Le local de consultation est trop réduit. Un local dépourvu d'éléments stimulants où les personnes peuvent se reposer est nécessaire. Il y a en outre un besoin urgent pour un local à part pour isoler les personnes malades. La construction d'un nouveau centre d'accueil sera bientôt entamée.

En termes de matériel, la consultation médicale est relativement bien équipée et est comparable à l'équipement d'un cabinet ordinaire de médecin généraliste en Belgique.

3.3. Dossiers médicaux

La prise en charge est rédigée dans un dossier sur papier. Les consultations sont également notées dans ledit dossier.

Toutes les données pertinentes (diagnostics, examens, médicaments, certificats, etc.) sont ensuite saisies par le personnel soignant dans un dossier électronique. Les rapports des spécialistes sont scannés. Ce dossier électronique a été programmé à la mesure du centre.

Lors du départ du centre, un rapport d'aperçu complet peut être imprimé.

L'utilisation d'un dossier électronique permet également de recueillir des informations statistiques (voir annexes).

L'utilisation d'un double système de dossiers (écrits et informatisés) semble être une perte de temps et d'efforts.

Il existe une demande concernant un dossier médical central pour tous les centres fermés (et ouverts ?). Cela permettrait de simplifier nettement le transfert des données entre les centres et d'améliorer la qualité des soins médicaux. Dans la pratique, des données sont souvent perdues ou elles n'arrivent au centre qu'avec un certain retard. Un dossier médical central permet notamment d'éviter la répétition d'exams similaires.

3.4. Continuité des soins

3.4.1. Poursuite des soins antérieurs

- Lors de la prise en charge, les questions portent sur les antécédents et les médicaments. Aucun formulaire standard n'est prévu pour poser ces questions systématiquement.
- On tente d'obtenir d'anciens rapports et dossiers. Ce n'est pas toujours évident. Souvent, les patients ne savent plus où les soins médicaux leur ont été prodigués, ni où les éventuels rapports sont conservés.

3.4.2. Suivi du traitement

- Le personnel soignant contrôle tous les jours si les occupants ont récupéré les médicaments prescrits à la réception.

3.4.3. Soins intégraux

Il existe une possibilité de renvoi entre les différents niveaux de soins de santé et d'autres services de santé.

Des statistiques sont disponibles pour les consultations de spécialistes en 2007 (cf. annexe)

Les raisons de renvoi suivantes sont mentionnées par le médecin :

- Nécessité médicale évidente selon le médecin
- Afin de documenter l'état de la maladie
- Exclusion d'une pathologie (« pour être certain »)

En principe, toute demande de renvoi d'un occupant est satisfaite.

Le renvoi vers des spécialistes médicaux se passe bien. La collaboration et la communication avec les spécialistes et les hôpitaux sont excellentes. Les renvois les plus fréquents se font à l'AZ Jan Portaels, Vilvorde, la VUB de Jette, l'hôpital de Duffel. Les occupants du centre fermé bénéficient d'un traitement de faveur (notamment une inscription préalable), ce qui réduit le temps d'attente à un minimum.

Une lettre de renvoi est rédigée pour chaque renvoi. Les rapports des spécialistes sont scannés et sauvegardés dans le dossier électronique.

Pour le transport vers les centres de santé extérieur, il est fait appel aux services du Bureau T. Cela se passe bien.

Les plus fréquentes sont les visites chez le dentiste (86 consultations en 2007). La collaboration est excellente. Selon le médecin, les dents doivent être en ordre avant le départ des occupants.

La décision de renvoyer des occupants vers des services de santé de deuxième ligne ou autres dépend des médecins du centre. En principe, les occupants ont la possibilité de consulter un second médecin sur leur propre initiative (et à leurs propres frais). Dans la pratique, cette liberté est restreinte.

Il existe un problème important pour trouver un accueil pour les malades de longue durée. La plupart des hôpitaux ou ces centres de soins ont plutôt tendance à refuser d'accueillir des migrants qui souffrent d'une maladie de longue durée (notamment les patients TBC). L'admission d'occupants souffrant de troubles psychiatriques est extrêmement problématique.

3.4.4. Continuité des soins après le départ du centre

Lorsqu'ils quittent le centre en cas d'expulsion ou de remise en liberté, les occupants reçoivent sous pli fermé :

- Un rapport récapitulatif comprenant des données médicales (antécédents, médicaments et aperçu des consultations). Au bas dudit rapport, il y a de la place pour une lettre d'accompagnement rédigée par le médecin.
- Des copies des rapports médicaux.

L'occupant reçoit des médicaments pour une à deux semaines. Le suivi des soins médicaux prend fin ici.

Si l'occupant est transféré vers un autre centre, les données médicales sont communiquées au service médical du nouveau centre.

3.5. Confidentialité et secret médical

Les informations nécessaires sont transmises aux infirmières/infirmiers et aux psychologues qui sont également tenus par le secret professionnel.

En principe, le secret professionnel est respecté et les diagnostics ne sont pas communiqués au personnel à l'extérieur de l'équipe médicale. Les certificats et les médicaments se retrouvent souvent chez le personnel non médical, ce qui permet cependant de déduire des données concernant l'état de santé des occupants. Une attitude pragmatique est adoptée à cet égard. Chaque membre du personnel est tenu par le secret professionnel.

Une attitude extrêmement stricte en rapport avec le secret professionnel n'est pas considérée comme réalisable.

3.6. Quelques réflexions relatives à la qualité des soins médicaux dispensés

Les limitations quant à la durée et au mandat des visites ne permettent pas d'émettre un jugement complet et objectif concernant la qualité des soins.

Les principales conditions-cadres pour une dispensation de soins de qualité semblent réunies, notamment :

- un personnel suffisamment formé et expérimenté
- une équipe médicale motivée et engagée
- une communication ouverte avec les patients
- un accès aisé au médecin
- le matériel nécessaire pour les services médicaux courants est présent
- des moyens diagnostiques sont disponibles (analyse sanguine, radiologie, etc.)
- un renvoi aisé vers la deuxième ligne
- la disponibilité de tous les médicaments existant sur le marché belge
- une autonomie et une liberté de décision pour le médecin

Un facteur limitatif pour la qualité des soins médicaux est l'espace réduit.

4. Médicaments

Les principaux médicaments sont de stock et paraissent être gérés avec exactitude. Les médicaments sont stockés dans une armoire verrouillée. Le personnel qui cherche les médicaments (par exemple le week-end) doit signer. Le personnel sait où la clé est conservée.

Les occupants reçoivent une lettre comprenant les médicaments.

Pour chaque occupant qui prend des médicaments, il y a à la réception un sachet en plastique contenant quelques ampoules de verre originales des médicaments utilisés. Ce sachet contient également un aperçu des médicaments et de la posologie. Les occupants doivent chaque fois s'adresser à la réception pour obtenir leurs médicaments. Le personnel de la réception signe lorsque l'occupant récupère le médicament. Le personnel soignant contrôle quotidiennement le contenu des sachets de médicaments, l'usage de médicament noté et le message d'aperçu des médicaments et de la posologie. En cas de mauvaise compliance thérapeutique, l'occupant est interrogé.

Des médicaments d'urgence (ne nécessitant pas de prescription, par ex. du paracétamol, du motilium, etc.) sont disponibles à l'accueil. Le personnel peut les donner sur sa propre initiative aux occupants. Les médicaments donnés sont notés et communiqués au service médical.

5. Relation/communication entre les prestataires de soins et les occupants

Les occupants témoignent leur reconnaissance et font preuve de respect à l'égard des médecins, des infirmières/infirmiers et de la psychologue. Les agressions physiques ou verbales de la part des occupants sont rares. En cas de divergence de vues entre les occupants et les prestataires de soins, un compromis est souvent atteint. L'équipe ne se souvient d'aucune contestation ayant par exemple nécessité l'avis d'un second médecin. Il est toujours possible de parler à l'équipe. L'équipe tente dans la mesure du possible de répondre aux demandes des occupants. La demande pour un avis médical est grande et pas toujours basée sur des véritables problèmes de santé. Il semble parfois qu'il s'agisse plus d'une demande d'attention. Parfois, les occupants essaient d'utiliser leur état de santé (sous l'influence des avocats ?) comme prétexte pour influencer la procédure.

Toute l'équipe médicale se plaint de la pression qu'elle perçoit de la part des avocats. Selon eux, des faux espoirs sont suscités dans le chef des occupants par les avocats, ce qui donne lieu à des attentes des occupants vis-à-vis des prestataires de soins.

Selon tous les membres de l'équipe médicale, l'empathie, une approche humaine et une communication ouverte sont des conditions clés dans la relation avec les occupants. « *Le respect ne vient pas comme ça, il faut le mériter* ». Le personnel libère du temps pour l'information, des explications et l'expression d'émotions. « *Une conversation confidentielle a déjà en soi un effet thérapeutique et réducteur de stress* ».

Les attentes non fondées des occupants à l'égard des prestataires de soins concernant leur dossier d'asile hypothèquent la relation entre prestataires de soins et occupants. Une suggestion serait que les médecins du centre ne puissent plus délivrer de certificats pour un dossier d'asile et de communiquer cela clairement aux occupants et à leurs avocats.

6. Prise en charge médicale

La prise en charge médicale est assurée par l'infirmière à l'arrivée. Un dossier médical est établi. Le médecin parcourt les notes de l'infirmière et décide avec celle-ci si une consultation ou un suivi supplémentaire par le médecin sont indiqués.

Il ressort du rapport de simulation de prise en charge qu'une explication circonstanciée est donnée par le personnel soignant et que le contact se déroule en toute confidentialité.

Il n'existe pas de format standardisé pour la prise en charge médicale. Ce type de format est utile pour ne pas omettre des questions ou des données médicales importantes.

7. Certificat médical d'aptitude de vol (fit to fly).

Ce certificat pose rarement problème étant donné que les problèmes médicaux sont généralement constatés avant et signalés pour permettre d'entreprendre les démarches nécessaires. Ce certificat est établi par le biais du dossier électronique et donc également sauvegardé dans ce système.

8. Problématique psychiatrique

Comme à Merksplas, le suivi et le renvoi des cas psychiatriques lourds (notamment de schizophrénie, psychotiques, etc.) posent problème.

Il y a une collaboration avec 2 psychiatres.

9. Accompagnement psychologique

De nombreux maux présentent une composante psychosomatique. Selon l'équipe médicale, le niveau de stress et de tension de la plupart des occupants est élevé à leur arrivée. Selon la **psychologue**, c'est inhérent à la détention avec un manque d'intimité et de liberté. A cela s'ajoute la tension qui est causée par une procédure épuisante, une longue attente et l'incertitude. Le stress se traduit par une insomnie et de fréquents maux psychosomatiques.

La phrase suivante est tirée d'un entretien avec les **occupants** : *Il prétend souffrir de stress parce qu'il ne sait pas combien de temps il doit encore séjourner au centre. Il préférerait être en prison (là on sait combien de temps on est enfermé et le nombre de personnes dans une chambre est moins grand)*

Après quelques jours au centre, le niveau de stress diminue. L'agitation croît à nouveau au terme de leur séjour (avant l'expulsion ou le transfert).

Le centre (**direction et service médical**) prétend accorder une grande importance à l'aspect humain de la détention. Des activités sont organisées. Les accompagnateurs sont encouragés à accueillir humainement les occupants et à les encadrer sur le plan psychosocial. Selon la direction, le recrutement du personnel se fait également dans ce contexte. On attend du personnel qu'il fasse preuve de compréhension à l'égard des occupants, d'une bonne communication, de flexibilité, qu'il adopte une attitude humaine et qu'il ait un esprit multiculturel. Ils fonctionnent comme des personnes de confiance et doivent sentir les problèmes.

C'est ce qu'expriment également les occupants :

« Si je suis stressé ou si je me sens un peu déprimé, je peux parler à l'assistant social. »

« L'assistant social prend néanmoins le temps d'écouter. »

Les portes du centre ne sont pas fermées. Il n'y a pas de schéma strict pour les promenades ou pour dormir. Les règles sont appliquées avec souplesse. Il n'y a pas de mesures disciplinaires. Une communication ouverte et un contrôle social sont importants. Le personnel est disponible à tout moment pour parler. Cette ambiance règne clairement dans le centre. Le personnel est en contact permanent avec les occupants. On parle, on bricole et on joue au ping-pong. Le week-end avant notre visite, une kermesse flamande a été organisée entre les occupants et le personnel. Le personnel de surveillance n'est pas en uniforme. On remarque la tentative de réduction structurelle du stress de cette manière.

Cela semble également fonctionner.

Selon le personnel médical et la direction, les cas d'agression sont relativement peu nombreux (< 5/par an). Le centre ne dispose pas d'une cellule d'isolement. Si une situation avec un occupant dégénère, celui-ci est

transféré dans un centre fermé disposant d'une possibilité d'isolement (environ 10/an). Les menottes n'ont été utilisées qu'une seule fois au cours de l'année dernière.

Au cours des 9 derniers mois, il n'y a eu que deux grèves de la faim de courte durée. Il y a eu une tentative de suicide.

Cela peut également en partie être expliqué par le fait que le centre de transit 127 comprend une population qui pose moins de problèmes que dans les autres centres fermés. Il n'y a pas d'ex-détenus et les occupants présentant des antécédents de toxicomanie sont moins nombreux. La majorité des occupants sont des demandeurs d'asile arrêtés à la frontière et qui espèrent encore une régularisation.

Le bruit des avions qui décollent à proximité du centre est frappant pour un visiteur. Des occupants se sont plaints aux membres de la commission d'enquête de la nuisance due au bruit. Selon le personnel médical, les plaintes concernant le bruit qui leur parviennent ne sont pas très nombreuses. Dans tous les cas, le bruit est toutefois de nature à pouvoir perturber le sommeil et à avoir une influence néfaste sur l'humeur des occupants.

Une psychologue à temps plein est employée contractuellement au centre depuis septembre 2007. Sa fonction est uniquement d'accompagner les occupants, et non administrative ou dirigeante. La présence d'un psychologue au centre est perçue par le personnel médical et la direction comme une plus-value significative.

Paquet de tâches de la psychologue :

- Accompagnement psychologique des occupants. Celui-ci se fait surtout par le biais d'entretiens individuels avec les occupants souffrant de troubles psychiques. Les occupants peuvent demander eux-mêmes un entretien avec le psychologue. Certains sont envoyés par le médecin, les infirmières/infirmiers ou les accompagnateurs. Des séances de conversation sont organisées sur des thèmes communautaires, qui permettent aux occupants de ventiler leurs sentiments et leurs idées en groupe.
- Soutien psychologique du personnel (par ex. en cas d'événements traumatisants, etc.).

Les contacts avec la psychologue et les assistants sociaux sont bons. La **psychologue** suggère la création d'un mandat de coordination qui surveille et coordonne l'approche psychosociale au sein du centre.

Menaces éventuelles pour un bon accompagnement psychologique des occupants (selon la **psychologue**) :

- La psychologue déclare que les occupants attendent souvent au début que la psychologue puisse faire quelque chose pour leur procédure. Ces attentes sont souvent créées selon elle par les avocats. Lors des premiers contacts, elle doit toujours expliquer sa fonction et faire comprendre qu'elle ne joue aucun rôle dans la procédure.
- Les souffrances psychiques sont parfois exagérées ou simulées dans l'espoir d'obtenir une libération pour raisons médicales. Il n'est pas toujours évident de faire la distinction avec les véritables souffrances psychiques. En principe, tous les occupants qui le demandent peuvent rencontrer la psychologue qui tente de les soutenir sans préjugés.
- La littérature/l'expérience disponible au sujet de l'accompagnement psychologique dans ce contexte est limitée. Un soutien supplémentaire est nécessaire. L'accompagnement, la supervision et l'intervision pour les psychologues du centre, qui sont assurés par le Commissariat général aux réfugiés et aux apatrides, sont perçus comme très positifs, mais devraient être élargis.
- Des instruments diagnostics qui conviennent à ce contexte spécifique (par ex. des tests d'intelligence) sont nécessaires.

- L'apport, le feed-back et le soutien de la part des autorités centrales sont restreints. On a l'impression que l'administration et l'éloignement du territoire sont prioritaires par rapport à l'organisation d'un accueil humain.
- L'on ressent une perception négative de la part de personnes extérieures par rapport à leur fonction. Cette perception serait également influencée, selon la psychologue, par les informations relatées dans la presse et l'attitude activiste et polarisée des ONG vis-à-vis des centres fermés.
- L'infrastructure défailante représente un obstacle. Il y a un besoin urgent concernant :
 - o Un local dépourvu d'éléments stimulants pour les occupants angoissés et tendus
 - o Un local « silencieux » pour organiser notamment des séances de relaxation
 - o Une salle de réunion pour la concertation avec les accompagnateurs et les assistants sociaux, pour l'organisation de groupes de conversation
 - o Une salle pour des activités d'ergothérapie

La psychologue perçoit sa fonction comme passionnante et comme un défi, en raison notamment :

- de la liberté offerte pour remplir la fonction et travailler de manière créative ;
- du respect et de l'appréciation du personnel et de la direction ;
- du sentiment que l'apport d'un psychologue peut clairement faire une différence ;
- de la reconnaissance que lui témoignent les occupants.

10. Suicide

Les tentatives de suicide ou les suicides se produisent moins souvent par rapport aux autres centres. L'année dernière, il y a eu une tentative de suicide. (Source d'information : psychologue)

11. Violence en cas d'expulsion

Un examen médical devrait être proposé aux personnes dont l'expulsion a été suspendue en raison de leur opposition dans les cas où les accompagnateurs ont été contraints de faire usage de violence. La plupart du temps, les personnes qui s'opposent à leur expulsion ne se retrouvent pas au centre de transit 127.

12. Cellule d'isolement

Le centre n'en comprend pas et la stratégie actuelle du centre n'en prévoit pas non plus. Un local dépourvu d'éléments stimulants est cependant nécessaire, où les occupants peuvent trouver le calme.

Un local permettant d'isoler les malades du groupe est nécessaire.

13. Toxicomanies

Les patients toxicomanes se retrouvent moins souvent au centre de transit 127 (6 consultations en 2007). Si le médecin le juge nécessaire, il peut ordonner qu'un traitement à la méthadone soit administré ou entamé. La méthadone est uniquement administrée par le personnel soignant.

14. Grossesses

Les femmes enceintes sont suivies par le médecin du centre. Le centre est équipé d'un appareil doppler pour enregistrer les battements cardiaques des fœtus. Chaque femme enceinte est vue au moins une fois par un gynécologue.

15. Enfants et nourrissons

La présence d'enfants est relativement limitée. Quatre enfants séjournent pour l'instant dans le centre. Les mineurs non accompagnés ne se retrouvent pas dans le centre. Les enfants en bas âge dorment dans le dortoir des femmes. Les garçons plus âgés dorment dans le dortoir des hommes. Chaque semaine, l'association Kind en Gezin se rend au centre. Les vaccinations sont faites par les médecins s'il y a des données concernant les vaccinations précédentes. Le séjour au centre est trop court pour entamer de nouveaux schémas de vaccination.

Le fait que des enfants doivent dormir dans les dortoirs des adultes est préoccupant :

- Le bruit des autres occupants peut perturber leur repos nocturne ;
- Ils sont éventuellement témoins d'événements qu'ils ne peuvent comprendre en raison de leur âge (explosions émotionnelles, tentatives de suicide, agressions, querelles, etc.) ;
- Les enfants ressentent très bien certaines situations, mais ne peuvent pas les placer dans leur contexte.

INAD

Le centre INAD se trouve dans la zone de transit de l'aéroport de Zaventem. Il s'agit d'un petit centre qui comprend 4 pièces avec 2 douches, 2 toilettes et 2 lavabos.

En principe, ce centre peut accueillir 28 personnes au maximum, mais il est rare que plus de 20 personnes y séjournent simultanément.

Deux groupes d'illégaux séjournent au centre INAD :

- Les « INADS » : les personnes inadmissibles. Ces personnes sont arrêtées à l'aéroport parce qu'elles ne sont pas en possession des documents requis pour entrer sur le territoire. Elles sont retenues jusqu'à ce qu'elles soient à nouveau rapatriées par la compagnie aérienne qui les a amenées en Belgique.
- DEPU : les personnes déportées non accompagnées. Les personnes non munies de documents sont arrêtées sur le territoire et emmenées pendant un certain nombre d'heures au centre avant leur expulsion. Cela se produit principalement durant le week-end ou la nuit lorsqu'aucune admission n'est plus possible dans les centres fermés.

En cas de problèmes médicaux, il est fait appel au MEDA, le service médical de l'aéroport. Ce service propose des services gratuits aux visiteurs de l'aéroport qui ont un statut de passager (les personnes qui disposent d'un titre de voyage valide). Les INAD tombent sous ce statut. Il n'y a aucun contrat entre le MEDA et l'INAD.

Lors de la prise en charge à l'INAD, les questions ne portent pas spontanément sur les problèmes médicaux. L'initiative doit émaner de la personne admise. A la demande de la personne admise, un médecin du MEDA peut, néanmoins, être consulté (source : simulation de prise en charge).

Si une intervention psychosociale est nécessaire, il peut être fait appel à l'équipe psychosociale de la police.

Le centre INAD et le MEDA sont satisfaits de la collaboration. La prestation de services médicaux est prompte et rapide. Selon le médecin du MEDA, l'accueil est assuré par les accompagnateurs d'une manière professionnelle, humaine et correcte. L'évaluation des problèmes médicaux se déroule également de manière rationnelle.

Le MEDA peut fournir des médicaments à partir de son stock. Si nécessaire, des médicaments sont prescrits que le centre de transit 127 restitue par la suite. La collaboration se déroule bien dans ce domaine également. Le médecin rédige un rapport médical pour chaque consultation. Celui-ci est conservé sous pli fermé par l'accompagnateur et remis au patient au moment du départ ou au service médical du centre où le patient a été admis.

L'INAD fait en moyenne trois fois appel aux services du MEDA.

Le MEDA est, toutefois, demandeur d'un protocole plus clair concernant les « DEPU ». Au sens strict, elles ne devraient pas se retrouver selon le MEDA dans la zone de transit et ces personnes ne relèvent pas de leur compétence. Elles ne disposent pas d'un titre de transport valable. Jusqu'à présent, il n'existe aucun accord clair à cet égard. Le personnel du MEDA s'estime insuffisamment équipé pour la problématique médicale qui se pose régulièrement dans le cas des DEPU (toxicomanie, automutilation, etc.).

Aucun local séparé n'est prévu pour isoler certaines personnes. Selon le personnel de l'INAD, c'est une nécessité (notamment pour les toxicomanes qui présentent des symptômes de désintoxication).

c. Centre pour illégaux de Vottem (CIV)

Le centre pour illégaux de Vottem a reçu notre visite le 6 juin 2008. La direction a présenté le centre à toute l'équipe chargée de l'évaluation. L'évaluateur médical a ensuite effectué une visite et été briefé sur le fonctionnement du service médical par l'attaché du personnel. Il y a également eu un entretien individuel avec le médecin, un infirmier et un psychologue, ainsi qu'avec un occupant.

Pour une description de la structure et de l'organisation du centre de transit 127 et INAD, nous renvoyons aux rapports du Médiateur fédéral. Ce qui suit est le résultat des informations obtenues et de réflexions personnelles concernant les aspects médicaux du centre. Les passages qui décrivent les réflexions ou les conclusions personnelles de l'évaluateur sont indiqués en gris. Les déclarations littérales des personnes interrogées sont indiquées en italique et entre guillemets.

1. Le personnel médical

1.1. Composition du service médical

1.1.1. La direction du personnel

- Attaché du personnel
- Paquet de tâches :
 - Recrutement et suivi du personnel médical
 - Organisation du service médical
 - Achat et contrôle budgétaire du service médical

1.1.2. Les médecins

- 2 médecins de base de la région
- Paquet de tâches
 - Responsable pour le contenu de la dispensation des soins médicaux dans le centre en concertation avec le personnel soignant et l'attaché compétent.
 - Responsable des dossiers médicaux des occupants.
 - Responsable des soins préventifs et curatifs dispensés aux occupants.
 - Prise en charge médicale des occupants entrants. Tout occupant entrant est vu en principe par le médecin.
 - Signe un document concernant l'aptitude de vol des personnes expulsées (« fit to fly »).
 - Assure le service de garde.
- Autres activités professionnelle : activités de médecin de base et de médecin d'urgence dans les hôpitaux avoisinants.
- Statut : indépendant. Le recrutement se fait sur base d'un contrat d'entreprise des institutions pénitentiaires avec en principe une autonomie totale pour le médecin.
 - Journées de travail : paiement selon la présence
 - Soirées, nuits, week-ends, jours fériés : paiement à la prestation
- Présence au centre :
 - 25 heures par semaine : 3,6 heures par jour de présence au centre, 1 heure par jour pour la concertation téléphonique

- les médecins assurent une permanence téléphonique (même en dehors de heures de travail normales).

La disponibilité des médecins est considérée comme suffisante par la direction et le personnel soignant.

Selon le médecin, trop peu d'heures sont prévues pour pouvoir exécuter comme il se doit ce paquet de tâches. Il y a une grande demande en matière de consultations médicales et le nombre des prises en charge médicales qui doivent être effectuées est important. Il y a en moyenne 18 contacts avec des patients par jour.

1.1.3. Infirmières et infirmiers

- Quatre infirmières ou infirmiers. Une infirmière est actuellement en congé de grossesse. Une cinquième infirmière sera recrutée dans un proche avenir.
- Paquet de tâches :
 - Prise en charge médicale des occupants entrants et établissement du dossier de prise en charge.
 - Premier point de contact pour les occupants qui demandent un avis médical.
 - Administration et suivi de la médication.
 - Présence visible des infirmières dans la division des occupants. La direction souhaite attribuer un rôle de réduction de seuil aux infirmières (point de contact, premier accueil médical, encadrement psychologique, fonction tampon, etc.). Selon l'attaché, cette tâche a été insuffisamment assumée jusqu'à présent, mais il y sera davantage remédié après le recrutement d'une cinquième infirmière.
 - Assistance du médecin dans ses tâches.
 - Fourniture d'une formation de secourisme au personnel (à partir de novembre 2008).
 - Service de garde (accessibilité et disponibilité téléphonique à tour de rôle).
- Statut : contractuel, statutaire dans un proche avenir
- Présence au centre :
 - Journalière, même durant le week-end

Selon la direction, il est difficile de trouver des infirmières. Le statut est à présent rendu plus attrayant, car une désignation statutaire est en cours d'élaboration ainsi que des primes de week-end.

1.1.4. Secrétaire médicale à plein temps

- Paquet de tâches :
 - Classement des dossiers médicaux
 - Prise de rendez-vous
 - Correspondance médicale
 - Demande des dossiers médicaux
 - Rôle central dans la communication au sein de l'équipe médicale

Tant la direction que les membres de l'équipe médicale soulignent la plus-value de la secrétaire médicale pour le fonctionnement et l'organisation de l'équipe.

1.1.5. Un psychologue à plein temps

- Ne fait pas réellement partie de l'équipe médicale, relève de la « direction occupants »
 - Paquet de tâche :
 - Encadrement psychologique des occupants pour lesquels celui-ci est jugé nécessaire (à la demande du personnel, des infirmières et du médecin).
 - Suivi des occupants en isolement (et non des occupants en isolement disciplinaire).
 - AUCUNE fonction administrative ou de direction.
 - Le psychologue était autrefois membre de la direction, mais remplit à présent uniquement le rôle de psychologue clinique.
 - Présence au centre :
 - Heures de bureau

L'équipe médicale sort d'une période particulièrement difficile. Auparavant, il y avait un médecin qui travaillait pour le centre comme membre du personnel à temps plein. En raison de la pression extérieure (opinion publique et politique) et suite à des problèmes internes (coordination difficile avec les autres services, transparence insuffisante en matière de fonctionnement, etc.), on est passé à des contrats d'entreprise avec un médecin indépendant. La collaboration avec un précédent médecin a été extrêmement pénible. Il n'y avait aucune communication avec le personnel, la direction et l'équipe des infirmières. Cette période a connu une grande rotation d'infirmières. L'occupation des fonctions était extrêmement changeante. Il a été fait appel à des infirmières intérimaires. Des responsabilités ne furent pas assumées. La coordination et la communication étaient particulièrement difficiles. Une grande méfiance régnait vis-à-vis du service médical de la part des occupants, du personnel et de la direction. (Source : l'attaché du personnel)

Depuis 1,5 an, un membre de la direction a été engagé pour réformer le service médical. Il y a eu un réalignement approfondi de l'organisation et des effectifs (médecins, infirmières et secrétariat médical).

L'attaché du personnel remplit un rôle de coordination plus proéminent dans l'organisation du service médical par rapport à d'autres centres. Cette stratégie a été décidée par la direction pour sortir de la situation de crise dans laquelle le service médical s'était empêtré. Pour autant que l'on puisse en juger, cette approche semble avoir un effet positif sur la qualité des soins dispensés dans le centre. Le membre de la direction responsable ne dispose pas d'une formation médicale. Tant le médecin que la direction admettent que les limites de ce rôle de coordination du membre de la direction n'étaient et ne sont pas toujours claires. Cela a parfois donné lieu à des discussions entre médecin et direction. Le médecin entend conserver la responsabilité concernant le contenu du service médical et préserver le secret médical. Tous deux reconnaissent qu'un certain équilibre a à présent été atteint dans la délimitation des responsabilités. Tant le personnel que la direction confirment qu'il y a une nette amélioration dans l'organisation du service médical.

Eventuelles pierres d'achoppement et faiblesses en ce qui concerne l'organisation du service médical :

- 1) Il n'est pas encore question d'une répartition des tâches et d'une complémentarité optimales entre médecins et infirmières. Un grand nombre d'occupants (20 – 30) sont vus quotidiennement par le médecin et les infirmières. Les infirmières voient brièvement les occupants avec un questionnaire médical et ensuite ils viennent chez le médecin qui se base surtout sur ce que l'infirmière a noté. Cette méthode implique le risque de voir les mêmes occupants toujours être interrogés et examinés superficiellement. Ni les infirmières, ni le

médecin n'effectuent une évaluation approfondie des patients. Selon moi, le questionnaire des occupants pourrait être évalué tant par les infirmières que par le médecin. Mais il est important que ladite évaluation ait lieu de manière approfondie et en toute connaissance de cause. Le personnel soignant ne remplit pas véritablement une fonction de filtrage au sein du CIV. Avant tout, le paquet de tâches des infirmières doit être mieux défini. Un encadrement et une formation supplémentaires des infirmières dans l'exécution de ces tâches sont nécessaires. Le médecin mentionne notamment qu'il n'a ni le temps, ni l'intérêt d'assumer l'encadrement psychologique des occupants. Cela ne doit pas être un problème à condition que les autres membres de l'équipe médicale assument cependant cette tâche. Laisser uniquement au psychologue le soin d'assurer cet aspect de l'encadrement est insuffisant étant donné que le psychologue ne voit que les occupants qui lui ont expressément été envoyés ou qui ont demandé à le voir. (Voir plus loin encadrement psychologique des patients).

- 2) On peut se demander si la scission de la politique organisationnelle et relative au contenu du service médical entre médecin et direction est un système viable. La distinction paraît artificielle et les domaines se chevauchent de toute manière. D'une part, cela peut donner lieu à des discussions concernant les compétences et d'autre part au refus de certaines responsabilités. Dans le contexte concret du centre de Vottem, le rôle de coordination explicite assumé par la direction a été essentiel et favorable pour la réorganisation nécessaire du service médical. À l'avenir, il conviendra néanmoins de réexaminer cette situation en fonction de l'autonomie du service médical. Il semble plus indiqué de voir le médecin, en concertation avec toute l'équipe, d'assumer un plus grand rôle de coordination et de recevoir la liberté de développer et de structurer le service. Cela permettra également d'accroître le sentiment de responsabilité et l'aspect de « propriété ».
- 3) L'intégration du psychologue dans le service médical paraît essentielle. Les soins médicaux dans les centres ne peuvent être détachés des soins psychologiques. Il n'est donc pas logique que les services du psychologue soient séparés des autres services médicaux. Une interaction permanente devrait exister et les deux services devraient être mieux harmonisés. Les bureaux devraient être plus rapprochés, les dossiers ainsi que le secrétariat médical devraient être partagés.

1.2. Relation avec les services médicaux des autres centres

Selon le médecin, la communication entre les services médicaux d'autres centres est très restreinte. Par ailleurs, il y a un climat de concurrence épouvantable lors des contacts téléphoniques.

2. Accès aux soins médicaux

Chaque jour, des listes sont affichées entre 9 et 10 heures dans les ailes des occupants. Les occupants qui souhaitent une consultation peuvent s'inscrire sur ladite liste. L'infirmière revient ensuite et se rend chez les occupants qui demandent une consultation. Elle demande la raison de leur demande et la note brièvement. Cette liste est ensuite parcourue avec le médecin qui décide quelles personnes il verra. Le médecin effectue les consultations au cours de l'après-midi. La plupart du temps une infirmière est également présente lors de la consultation.

En 2007, 4102 consultations ont été effectuées par le médecin. Cela représente une moyenne de 18 consultations par jour.

2.1. Commentaires :

- Le fait que des personnes doivent s'inscrire sur une liste qui est affichée dans le couloir des occupants viole le droit à la confidentialité et au secret médical pour les patients. Tous les occupants des ailes peuvent voir qui demande une consultation médicale.
- Les infirmières décident sur base d'un bref entretien dans l'aile réservée aux occupants, qui peut voir le médecin. On peut défendre la fonction de filtre des infirmières, mais les conditions dans lesquelles cette fonction de filtre est remplie doivent être améliorées. Les occupants devraient pouvoir présenter leur problème dans un local confidentiel. Il convient de prendre suffisamment de temps pour évaluer le problème. Le problème et le contexte de celui-ci doivent être notés plus en détail et joints au dossier.
- Le médecin décide sur base des notes succinctes des infirmières si un occupant pourra être vu. En raison du manque de temps, les notes des infirmières servent également de base pour la suite de l'examen et de la politique du médecin. Il existe un risque réel que l'anamnèse ne soit pas effectuée de manière approfondie, ni par le médecin, ni par les infirmières.
- Le médecin est présent dans le centre 3,5 heures par jour. Il y a une moyenne de 18 contacts avec des patients par jour. A cela s'ajoute encore la concertation d'équipe et les tâches administratives. Dans cette courte période, il est impossible aux médecins d'effectuer une évaluation médicale approfondie concernant les maux des occupants.

2.2. Un exemple de soins défaillants

Nous avons vu un jeune de 18 ans originaire du Pakistan. Selon ses dires, il a fui le Pakistan à l'âge de 16 ans en tant que mineur non accompagné pour des raisons religieuses (catholique dans un pays musulman). En Belgique, il a été encadré par un psychiatre et un psychologue d'un hôpital à Bruxelles. Avant la détention au CIV, il prenait des médicaments antidépresseurs (Serlain) et deux autres médicaments dont il ne pouvait plus se souvenir. Il a également reçu un soutien psychologique.

A son arrivée au centre de Vottem, il a signalé au personnel qu'un rendez-vous était prévu chez le psychiatre et le psychologue à Bruxelles. Il se plaignait de maux de tête pour lesquels on lui a donné de l'ibuprofène. Les autres médicaments qu'il prenait auparavant n'ont pas été continués. Le dossier mentionnait uniquement des maux de tête ainsi que l'ibuprofène prescrit. Après examen du dossier, il s'avère que celui-ci ne reprend rien au sujet de la problématique psychiatrique. Cette situation n'a pas été, semble-t-il, examinée ou étudiée de manière plus approfondie.

Un rendez-vous a, toutefois, été réglé avec le psychiatre et le psychologue traitant à Bruxelles. Ce rendez-vous était prévu deux jours après la visite de la délégation dans le centre, soit deux semaines après l'arrivée de cette personne dans le centre.

Ce cas concret soulève un certain nombre de commentaires. Ceux-ci n'ont cependant pas pu être communiqués au personnel du service médical, attendu qu'au terme de l'entretien avec la personne en question, le personnel médical n'était plus présent dans le centre.

Le dossier ne contenait aucun résumé de l'anamnèse de cet occupant.

Les antécédents psychiatriques et la médication n'étaient pas mentionnés dans le dossier.

La médication anti-dépressive a été interrompue, ce qui peut raviver les symptômes de dépression.

Aucune donnée médicale n'était disponible concernant le diagnostic et le traitement auprès des prestataires de soins bruxellois.

L'occupant n'a pas été vu par le psychologue du centre.

La continuité des soins pour ce patient semble problématique. Il est impossible de déterminer comment le patient a formulé sa demande d'aide à Vottem. Il a fait comprendre à la commission qu'il était uniquement intéressé par l'encadrement des prestataires de soins à Bruxelles et que c'est pour cela qu'il n'a pas demandé un accompagnement psychologique dans le centre. Il a explicitement mentionné qu'il ne souhaitait pas à nouveau soumettre son histoire et ses problèmes psychiques à d'autres prestataires de soins. Il est possible que l'interruption des soins soit partiellement due à cette retenue de la part de

l'occupant. D'autre part, le bref entretien de la commission avec l'occupant a clairement mis en évidence le besoin psychologique de l'occupant. Cette situation de soins défailants aurait éventuellement pu être évitée si une plus grande attention avait été accordée à la demande et aux plaintes du patient. Cela aurait pu se faire tant par une infirmière, un médecin ou tout autre membre du personnel avec une fonction de signalement.

2.3. Propositions :

- La fonction de filtre des infirmières peut être maintenue, mais tout occupant qui le demande, devrait recevoir une anamnèse approfondie/être interrogé plus en détail concernant sa demande d'aide dans des meilleures conditions de confidentialité (soit par les infirmières, soit par le médecin).
- Un compte rendu cohérent et systématique dans le dossier concernant l'anamnèse et l'examen par les infirmières et le médecin (notamment l'enregistrement SOEP).
- Rechercher une meilleure complémentarité et répartition des tâches entre infirmières et médecins. Qui offre un soutien psychologique aux occupants ? Qui informe les occupants concernant les aspects médicaux ? Qui assure l'encadrement des toxicomanes ?
- Trois heures ne suffisent pas pour 18 contacts de patients. La qualité des soins médicaux en souffre incontestablement. Une moyenne raisonnable est de quatre contacts patients par heure. Soit il convient d'étendre les heures du médecin, soit il convient d'améliorer la fonction de filtre des infirmières. Soit une combinaison des deux. Une charge de travail de 18 contacts patients signifie que chaque jour 10% de la population est vue par le médecin. Il s'agit d'une moyenne extrêmement élevée pour une population relativement jeune (et en bonne santé sur le plan physique).

3. Qualité des soins médicaux dispensés

3.1. Offre de soins

Selon le médecin, il est possible de proposer plus ou moins la même offre de soins médicaux que dans un cabinet ordinaire d'un médecin traitant.

La nature de la pathologie est, par ailleurs, parallèle à une exception de pathologie infectieuse (par ex. l'hépatite C)

3.2. Infrastructure pour le service médical

L'infrastructure est optimale. Les locaux de consultation et la salle d'attente sont grands. Le local d'examen dans lequel les infirmières travaillent n'offre que peu d'intimité. Le secrétariat médical se trouve dans le même local et toutes les personnes qui se trouvent dans le service médical peuvent voir qui est chez l'infirmière. Jusqu'à présent, les infirmières ne proposent que peu ou pas de consultations séparées. Si celles-ci sont prévues dans le futur, il conviendra d'adapter le local destiné aux examens.

Le matériel médical est suffisant.

Les chambres pour l'isolement médical sont larges, mais sobres. Le nombre des chambres disponibles est suffisant.

3.3. Dossiers médicaux

Il existe un système de fiches électroniques qui a été réalisé sur mesure pour le centre. La structure du dossier est claire et facile d'utilisation. Le dossier est disponible pour tous les membres du personnel, mais certaines parties sont uniquement accessibles au moyen d'un mot de passe (par ex. le dossier médical, le dossier psychologique, le dossier de l'assistant social). Ce dossier permet d'adresser des messages aux différents membres du personnel. Le médecin peut, par exemple, avertir le personnel en ce qui concerne un

éventuel risque de suicide ou l'importance de la médication, etc. Le personnel peut également transmettre des informations au médecin.

Néanmoins, ce dossier électronique est peu ou pas utilisé au service médical pour le stockage de données médicales ou des consultations. Selon le médecin, aucun programme médical approprié n'a été intégré dans le dossier électronique. Un dossier sur papier est également conservé. Celui-ci manque de clarté, est difficilement lisible et incomplet. Aucune rubrique claire n'est prévue pour les antécédents médicaux.

Trop peu de données sont notées dans le dossier. Cela ne favorise pas la communication entre les membres de l'équipe médicale. Il n'y a aucune rubrique pour les infirmières. Cela implique un risque réel de voir les informations médicales se perdre. Par ailleurs, les rapports du psychologue ne sont pas non plus consultables par l'équipe médicale.

Ainsi, on ne retrouve aucune information dans le dossier concernant les deux personnes qui ont séjourné dans la cellule d'isolement. A titre de justification, il convient de signaler que lesdites personnes ne sont restées en isolement que quelques heures.

En ce qui concerne la personne qui a tenté à plusieurs reprises de se suicider (ingestion d'objets tranchants), ces différents incidents avaient été notés, mais il n'y a pas eu de rapport (du psychologue ou de l'équipe médicale) mentionnant des motifs éventuels ou concernant l'état émotionnel du patient.

Un système de dossier cohérent (de préférence électronique) est indispensable. Dans un cadre plus large, un système de fiches électroniques bien élaboré est déjà disponible pour l'ensemble du centre. Un système de dossiers médicaux pourrait être intégré dans le système en question. Par ailleurs, des accords clairs devraient être convenus au sein de l'équipe pour l'enregistrement des données et des informations.

3.4. Continuité des soins

3.4.1. Poursuite des soins antérieurs

- Dans le cas précité (l'occupant pakistanais), la continuité des soins n'avait pas été assurée lors de la détention dans le centre. Attendu que la prise en charge médicale est relativement sommaire, le risque de voir des antécédents médicaux importants être omis est réel.
- Selon le médecin, des tentatives sont faites pour obtenir les anciens rapports et dossiers. La présence d'un secrétariat médical faciliterait cette tâche.

3.4.2. Suivi du traitement

- Les occupants reçoivent la médication du personnel à des heures fixes et sont priés de la prendre sous les yeux du personnel. Le personnel note lorsque l'occupant ne prend pas la médication. Les infirmières surveillent cet état de fait et en parlent avec le médecin lorsque (souvent) les occupants refusent de prendre la médication.

3.4.3. Soins intégraux (source d'information : le médecin)

Il existe une possibilité de renvoi entre différents niveaux de soins de santé et d'autres services sanitaires.

Renvois en 2007 :

- 122 spécialisations ambulantes
- 14 renvois en chirurgie
- 269 renvois vers le dentiste
- 11 occupants ont fait de la kiné au centre
- 44 renvois vers les urgences
- 10 hospitalisations

Le médecin subit régulièrement une pression de la part des occupants en matière de renvoi. Lorsque l'occupant insiste, sa demande de renvoi est acceptée. Les renvois vers les spécialistes médicaux se font aisément. La collaboration et la communication avec les spécialistes et les hôpitaux sont excellentes. Les renvois les plus fréquents ont lieu vers l'hôpital de la Citadelle de Liège. Afin de garantir un service prompt et éviter de longs temps d'attente, les occupants peuvent immédiatement se rendre chez le spécialiste sans devoir se soumettre à la procédure d'inscription. Les rapports des spécialistes sont joints au dossier médical.

En ce qui concerne le transport vers les centres sanitaires externes, il est fait appel aux services du Bureau T. Il arrive que certains rendez-vous ne puissent avoir lieu parce qu'aucun transport ne peut être assuré par le bureau, ce qui est extrêmement gênant.

Il y a un problème important pour trouver un psychiatre qui accepte d'accompagner les occupants. L'admission des occupants dans un service psychiatrique est certainement problématique. L'admission des grévistes de la faim représente également un problème. Les grévistes de la faim sont rapidement renvoyés. Les hôpitaux utilisent comme prétexte « qu'ils ne peuvent administrer aucun traitement contre la volonté du patient et que l'admission n'a donc aucun sens ».

3.4.4. Après le départ du centre

Les personnes qui quittent le centre reçoivent une copie des rapports médicaux et si nécessaire une lettre d'envoi du médecin. Ils reçoivent des médicaments pour une quinzaine de jours.

Le médecin prétend que sa responsabilité cesse dès le moment où l'occupant quitte le centre. Aucune mesure n'est prise pour prévoir la continuité du traitement pour les patients qui présentent des antécédents de maladie importants, ni en cas d'expulsion, ni en cas de libération.

3.5. Confidentialité et secret médical

Le membre de la direction qui est responsable du service médical estime qu'il tombe également sous le secret médical et qu'il peut, en fait, être informé de certains diagnostics et traitements si c'est important pour le fonctionnement du centre ou la suite de la détention de l'occupant.

Le médecin n'est pas d'accord parce que le membre de la direction n'a pas une fonction médicale. Le médecin veille sur le secret médical.

Il s'agit d'un point de discussion entre la direction et le médecin.

4. Médicaments

Les principaux médicaments sont de stock et paraissent être gérés avec exactitude. Les médicaments sont stockés dans une armoire verrouillée. Le personnel qui cherche les médicaments (par exemple le week-end) doit signer. Le personnel sait où la clé est conservée.

Les médicaments sont préparés par les infirmières. A présent, cela fonctionne relativement bien. Par le passé (infirmières intérimaires), des fautes étaient souvent commises sans que personne n'en assume la responsabilité. A présent, il y a un infirmier qui prépare et un infirmier qui contrôle.

Les médicaments sont distribués par les gardiens. Les occupants doivent signer et les gardiens veillent à ce que les médicaments soient pris. Si ce n'est pas le cas, ils le notent. Le service médical peut en parler à l'occupant et éventuellement arrêter la médication.

Cette mesure a été prise parce qu'il y a eu des problèmes par le passé avec des occupants qui accumulaient les médicaments pour les revendre ensuite.

Les frais des médicaments étaient très élevés par le passé. A présent, il existe un arrangement avec la pharmacie selon lequel la variante la moins chère est systématiquement fournie. La direction voudrait que les médicaments soient prescrits à partir de listes comprenant des médicaments moins onéreux. Cette volonté est critiquée par les médecins qui réclament une liberté thérapeutique.

Des médicaments courants et ne nécessitant aucune prescription sont présents dans l'aile réservée aux occupants (notamment du paracétamol, du motilium, etc.).

5. Relation/communication entre prestataires de soins et occupants

Contrairement aux médecins dans les autres centres, le médecin prétend que la pression exercée par les patients et les avocats sur le service médical est bien gérable. C'est probablement également lié au degré « d'accompagnement du patient » par le médecin. L'entretien avec le médecin suscite l'impression que l'approche du médecin est plus rationnelle, moins empathique et orientée de manière plus somatique. Le médecin indique lui-même que l'encadrement psychologique n'est pas son point fort.

6. Prise en charge médicale

La prise en charge médicale est assurée par l'infirmière à l'arrivée. Un dossier médical est établi. Si l'occupant arrive au centre en dehors des heures de travail de l'infirmière, il est hébergé dans un local séparé jusqu'à ce que la prise en charge médicale ait eu lieu.

Le médecin voit ensuite l'occupant au cours des jours suivants et se base, à cet égard sur les notes de l'infirmière. Selon le rapport de la prise en charge simulée, le contact avec le médecin est bref. Un examen corporel n'est pas effectué systématiquement. Cela dépend des antécédents médicaux.

Il n'existe aucun format standardisé pour la prise en charge médicale. Pareil format est utile pour ne pas manquer des questions ou des données médicales importantes.

7. Certificat médical d'aptitude de vol (fit to fly) (source d'information : le médecin)

Ce certificat constitue rarement un problème attendu que la plupart du temps, les problèmes médicaux sont constatés et signalés à l'avance, ce qui permet de prendre les mesures requises.

8. Problématique psychiatrique

Le renvoi des patients psychiatriques est extrêmement problématique à la fois en ce qui concerne les consultations et les admissions.

Tant l'équipe médicale que le psychologue signalent que l'accessibilité d'un psychiatre est un problème urgent.

9. Accompagnement psychologique

Selon la direction, l'aspect humain de la détention est important. Des activités sont organisées. Les accompagnateurs sont encouragés à accueillir les occupants dans des conditions humaines et à les encadrer sur le plan psychosocial. Le recrutement du personnel se fait également dans ce contexte.

En dépit de cela, l'ambiance qui règne parmi les occupants s'est détériorée au fil des ans. Il y a plus d'incidents. (Source d'information : l'attaché du personnel)

Ce centre possède, toutefois, un certain nombre d'atouts par rapport aux autres centres : (source d'information : la direction)

- Le régime est moins strict. Les personnes peuvent rester dans leur chambre si elles le souhaitent.
- On peut se déplacer librement au sein d'une aile.
- Présence d'un enseignant.
- Les occupants dorment à 4 au maximum dans une chambre.
- Etant donné que le bâtiment compte quatre ailes pour les occupants, il est plus facile de maintenir l'équilibre au sein d'une seule et même aile. Si des problèmes menacent, il est possible d'agir préventivement en déménageant certains occupants vers une autre aile.
- Une certaine complémentarité est également recherchée dans chaque aile au sein du personnel.

L'ennui est considéré comme l'un des principaux problèmes. Des projets sont en cours pour pouvoir élargir les activités éducatives et de détente dans l'infrastructure.

Un problème pour la tension et l'agressivité au sein du centre est la population relativement importante d'ex-détenus (15%). Il y a, en outre, encore un groupe important qui ne provient pas directement de la prison mais qui a tout de même des antécédents judiciaires. La violence et les drogues sont davantage présentes parmi ce groupe d'occupants.

Suggestions pour faire diminuer structurellement le niveau de tension :

- Continuer à œuvrer au développement des activités de détente.
- Activités qui stimulent l'estime de soi (art, musique, sport, etc.).
- Les éducateurs travaillent par aile. Faire travailler les éducateurs par équipe pour leur permettre d'avoir un plus grand impact, de se stimuler mutuellement, d'élaborer des projets communs.
- Du temps et de l'espace pour les occupants pour leur permettre de ventiler leurs frustrations. Une présence plus permanente du personnel soignant dans les ailes des occupants constitue une option.
- Formation du personnel dans la gestion des conflits.
- Le psychologue encadre le personnel en ce qui concerne l'approche des occupants.
- Mesures structurelles pour faire diminuer le nombre de SMEC dans les centres :
 - o Expulsion directe à partir de l'institution pénitentiaire
 - o Hébergement des SMEC dans des centres distincts

Comme dans les autres centres, de nombreuses plaintes présentent une composante psychosomatique.

L'incertitude dans laquelle les occupants vivent représente un facteur de stress important.

Comme cela a été mentionné auparavant, l'approche du médecin est plutôt somatique. Des troubles tels que l'insomnie, l'anxiété, les douleurs musculaires, les maux de tête, les névralgies, sont surtout traités au moyen de médicaments et de paroles apaisantes.

L'approche somatique du médecin ne constitue pas un problème en soi. Tous les médecins n'ont pas l'intérêt ou ne sont pas enclins à mener des entretiens de soutien plus longs. Il conviendrait cependant de rechercher une

certaine complémentarité au sein de l'équipe médicale. Un infirmier pour assumer cet aspect de la dispensation de soins.

Un psychologue a été engagé contractuellement à plein temps pour les occupants au centre depuis le mois de septembre 2007. Auparavant, celui-ci a travaillé comme directeur adjoint. A présent, sa fonction consiste uniquement à encadrer les occupants et n'est plus administrative, ni dirigeante.

Selon le psychologue, la demande des occupants pour un encadrement psychologique est faible. Si la demande est faite, c'est souvent dans l'espoir d'obtenir des médicaments (toxicomanes) ou pour pouvoir en tirer un avantage procédural.

La plupart du temps, la demande d'un encadrement psychologique émane du personnel.

Les services du psychologue semblent trop peu s'articuler avec le service médical. Les dossiers médicaux ne comprennent aucun rapport du psychologue.

10. Suicide et grève de la faim

Les tentatives de suicide sont relativement fréquentes. Selon le médecin, nombreuses sont les « tentatives de suicide » pour obtenir une remise en liberté pour raisons médicales. Les hospitalisations à plus long terme sont en effet suivies automatiquement par une remise en liberté. Le jour de notre visite, un occupant a été renvoyé à l'hôpital après avoir ingéré un objet tranchant. Ce type d'incident se reproduit régulièrement. Par le passé, il y a eu des patients diabétiques qui se sont injectés des quantités trop importantes d'insuline pour provoquer une hypoglycémie.

Des grèves de la faim ont également lieu régulièrement. Les grévistes de la faim reçoivent un régime adapté et sont vus quotidiennement par une infirmière/le médecin et un psychologue. Les grèves de la faim poussées donnent lieu à 2-3 libérations par an. L'admission de grévistes de la faim dans les hôpitaux est problématique.

11. Violence lors de l'expulsion

Lors de chaque reprise en charge médicale, un occupant est vu par le service médical. Un certificat est établi en cas de lésions.

12. Cellule d'isolement

Il existe des cellules d'isolement. Les cellules d'isolement comprennent des fiches que la direction, le personnel soignant, le psychologue, l'assistant social signent lorsqu'ils visitent les cellules.

Selon moi, il n'est pas nécessaire qu'autant de personnes voient l'occupant en isolement. Il semble préférable qu'un membre du personnel ait un entretien plus approfondi plutôt que quatre personnes différentes pour un bref contact. Le risque existe de voir certaines responsabilités ne pas être assumées. Lors de notre visite, deux personnes se trouvaient dans la cellule d'isolement pour des raisons disciplinaires (après une bagarre).

Il existe un local pour un régime adapté. Celui-ci est avant tout utilisé pour permettre aux personnes d'être au calme et de les isoler quelque peu du groupe. L'occupant qui avait commis différentes tentatives de suicide (ingestion d'un morceau de ciseaux, ingestion du plastique du châssis de fenêtre) et qui y a été admis, est resté dans sa chambre lors de notre visite. Une fiche qui doit être signée par quatre membres du personnel est également accrochée ici.

Le dossier de ces occupants a été examiné.

- 10/5/8 : tentative de suicide par pendaison la nuit. La personne a été mise sous surveillance.
- 14/5/8 au 16/5/8 : une grève de la faim a été signalée.

- 31/5/8 : ingestion d'une pièce faisant partie de ciseaux. Ces problèmes furent signalés à l'OE de Bruxelles. Une « surveillance plus minutieuse » a été le conseil.
- 9/6/8 : ingestion du plastique du châssis de fenêtre. Le patient a été renvoyé à l'hôpital pour une gastroscopie.

Il existe également des locaux d'isolement pour raisons médicales.

13. Toxicomanie

Le nombre des occupants qui présentent un problème de drogue est relativement élevé. Si le médecin le juge nécessaire, de la méthadone est administrée ou commencée. La méthadone est uniquement administrée par le personnel infirmier.

d. Centre pour illégaux de Bruges (CIB)

Le CIB a reçu la visite de l'évaluateur médical en date du 11 juin 2008. Les autres membres de l'équipe d'évaluation ont visité le CIB un autre jour. Un seul membre de la direction était présent. Les autres membres de la direction ont participé à une formation complémentaire. Les informations ont été obtenues par le biais d'entretiens individuels avec un membre de la direction (attaché à l'économat), un psychologue, les infirmières et le médecin. Le membre de la direction a fait la visite guidée dans le centre. Pendant le repas de midi, il y a eu un entretien informel avec un groupe de gardiens. Un entretien de groupe a eu lieu avec cinq occupants masculins pendant la visite. Les données notées pendant la prise en charge simulée ont été lues également. Le rapport annuel de 2007 du CIB a également fourni des données pour le présent rapport.

Pour une description de la structure et de l'organisation du centre, nous renvoyons aux rapports du Médiateur fédéral. Ce qui suit est le résultat des informations obtenues et de réflexions personnelles concernant les aspects médicaux du centre. Les passages qui décrivent les réflexions ou les conclusions personnelles de l'évaluateur sont surlignés en gris. Les déclarations littérales des personnes interrogées sont indiquées en italique et entre guillemets.

1. Personnel médical

1.1. Composition du service médical (à partir du 1^{er} juin 2008)

(Sources d'information : membre de la direction, personnel soignant, médecin, rapport annuel 2007)

1.1.1. Médecins

- 2 médecins généralistes de la région
- Paquet de tâches
 - Responsable du contenu des soins médicaux dans le centre en concertation avec le personnel médical.
 - Responsable du dossier médical des occupants.
 - Responsable des soins préventifs et curatifs aux occupants.
 - Prise en charge médicale des occupants entrants. Le médecin examine le dossier de prise en charge établi par le personnel soignant et examine les occupants lors de la consultation si nécessaire.
 - Signe un document concernant l'aptitude de vol des personnes expulsées (« fit to fly »).
 - Prestation du service de garde.
- Qualification professionnelle : médecins généralistes accrédités
- Autres activités professionnelles :
 - Cabinet privé en tant que médecin généraliste dans un cabinet de groupe brugeois.
 - Médecin urgentiste et médecin de la Police Fédérale.
- Statut : statut indépendant. Recruté sur base d'un contrat d'entreprise des institutions pénitentiaires avec une autonomie en principe totale pour le médecin.
La rémunération des médecins sera modifiée prochainement :
 - suivant la présence au centre (horloge de pointage, auparavant 2 heures par jour étaient rémunérées)

- service de garde :
 - honoraire de disponibilité
 - par consultation
 - par prestation technique
- Présence au centre :
 - Jour de semaine : 1 à 2 heures par jour
 - Les médecins assurent le service de garde à eux deux. En cas de nécessité, ils peuvent faire appel à des confrères médecins. Cela se produit rarement.
- Collaboration avec les médecins :
 - Il y a une excellente collaboration basée sur le respect pour les décisions et la méthode de chacun.
 - Il y a une certaine répartition des tâches :
 - Les consultations gynécologiques sont surtout assurées par la femme médecin
 - C'est davantage l'homme médecin qui se charge du problème de toxicomanie

1.1.2. Le personnel soignant

- Quatre infirmières expérimentées : 3 à temps plein, 1 infirmière travaille à temps partiel (4/5)
- Paquet de tâches :
 - Prise en charge médicale des occupants entrants et établissement du dossier de prise en charge.
 - Premier point de contact pour les occupants qui demandent un avis médical (fonction de filtrage).
 - Organisation des renvois
 - Secourisme
 - Administration et suivi des médicaments
 - Communication d'informations médicales aux occupants
 - Assistance du médecin dans ses tâches
 - Dispensation d'une formation de secourisme au personnel (à partir de septembre 2008)
 - Encadrement médical des occupants en isolement
- Statut : 2 statutaires, 1 contractuelle, 1 stagiaire
- Présence au centre :
 - du lundi au vendredi à partir de 9 heures jusqu'à 18 heures
 - le week-end : en matinée

1.1.3. Un psychologue à temps plein pour les occupants

- Depuis septembre
- Fait partie de l'équipe sociale (et non de l'équipe médicale)
- Paquet de tâches :
 - Encadrement psychologique des occupants
 - A la demande des occupants (demande réduite)
 - A la demande du personnel
 - Tous les occupants en isolement (régime adapté, isolement médical, isolement disciplinaire)
 - Tous les occupants entrants ont un court entretien avec le psychologue au début de leur séjour

- Accompagnement psychologique et encadrement du personnel.
- AUCUNE fonction administrative ou dirigeante (il y a également une psychologue occupant une fonction de direction, dans les cas exceptionnels, elle assume des tâches en tant que psychologue des occupants, notamment en l'absence du psychologue ou à la demande expresse des occupantes féminines notamment).
- Qualifications professionnelles : Licence en psychologie
- Présence au centre :
 - Heures de bureau

1.2. Relation/Communication avec la direction et le personnel

L'équipe médicale (infirmières et médecins) fonctionne comme une entité autonome au sein du centre. Elle a développé son propre paquet de tâches et sa propre répartition du travail. L'équipe médicale protège vigoureusement cette autonomie. Le fonctionnement s'est développé progressivement et est basé sur la confiance. Les infirmières assument une responsabilité relativement importante (consultations indépendantes, filtrage des consultations pour les médecins, prise en charge médicale, etc.). L'une des infirmières assure la direction sans avoir été désignée à cette fin. C'est ressenti comme un élément positif. Les infirmières peuvent toujours joindre un médecin par téléphone. Elles se sentent également suffisamment soutenues par les médecins. Les médecins assument la responsabilité finale. Le médecin donne un feed-back si nécessaire, mais a une grande confiance dans l'équipe. Cette confiance s'est accrue au fil des ans. (**Source : le personnel soignant**)

Selon le **médecin**, un temps considérable a été investi par le passé dans la structuration et la formation de l'équipe (élaboration d'un « mode opératoire ») et on en « récolte à présent les fruits ». Ainsi, la prestation des services médicaux semble être bien structurée et organisée avec efficacité. Grâce à l'excellente répartition des tâches, on est parvenu à limiter le travail du médecin à l'essentiel. Les médecins voient quatre à cinq occupants par jour (3,5 % de la population). C'est nettement moins que dans les autres centres. La présence d'1 à 2 heures du médecin suffit amplement. On ne ressent pas le besoin d'élargir l'équipe des médecins.

Les médecins recherchent également la complémentarité (par exemple la gynécologie pour la femme médecin, la problématique de la toxicomanie pour l'homme médecin).

Pour autant qu'une visite d'un jour permette une évaluation, il semble que l'équipe médicale réalise du bon travail, ce qui est également confirmé par la **direction**.

Une certaine tension est tout de même perceptible entre la direction et l'équipe médicale, due à la recherche d'autonomie de l'équipe médicale d'une part et la recherche de contrôlabilité et de gérabilité de la direction d'autre part. L'extensibilité du « secret médical » représente souvent à cet égard un point de discussion. Selon les deux parties, cette situation fonctionne et est gérable, et un certain équilibre a été atteint. Il subsiste néanmoins l'impression qu'il existe une certaine dissociation entre le service médical et les autres services. Le service médical est appelé « l'îlot médical ». Le fait que le service médical soit localisé dans une aile distincte du bâtiment y contribue. Une certaine méfiance est perceptible entre les parties. Le personnel médical se plaint des démarches bureaucratiques qui doivent être accomplies pour commander du matériel. Ainsi, le service ne dispose toujours pas d'un télécopieur et seul 1 ordinateur est disponible pour l'équipe.

Ainsi, les activités du psychologue semblent également s'articuler surtout autour du fonctionnement du service social et des éducateurs et moins autour de celui de l'équipe médicale. Une concertation hebdomadaire est toutefois organisée entre le psychologue, le service social et le personnel soignant, au cours de laquelle tous les occupants sont passés en revue. La communication directe avec le psychologue semble quelque peu plus difficile.

Un flux d'informations aisé entre le service médical et les autres services est cependant nécessaire pour le bon fonctionnement du centre. Il s'agit d'un point sur lequel il conviendra de travailler à l'avenir.

Les décisions médicales ne sont pas contestées par la direction ou l'OE. Ce qui serait également inacceptable pour le **médecin**. La direction et l'OE exercent néanmoins une certaine pression pour clarifier rapidement les implications de certains aspects médicaux (durée des admissions, traitements, conséquences sur l'aptitude de vol, etc.). Le service médical fait preuve de compréhension vis-à-vis de ces doléances de la direction et de l'OE. Il est tenté de satisfaire à cette attente, mais ce n'est pas toujours possible attendu la complexité et les incertitudes propres à « l'entreprise médicale ».

1.3. Relation avec l'extérieur

Lors de visites effectuées par des ONG (notamment MSF) par le passé, l'équipe a apporté sa collaboration. L'équipe est extrêmement dérangée par l'agenda politique qui colore selon eux les rapports sur les centres par les ONG. Ces dernières adoptent une position offensive/défiante qui complique une entente équilibrée. **(Personnel soignant)**

Selon le **médecin**, la présence d'ONG peut être utile à condition que l'on ne joue pas un « jeu politique » et qu'une position rationnelle soit adoptée.

Certains collègues médecins également agissent parfois au profit de certaines personnes. L'argumentation n'est pas toujours rationnelle ou objective. Cela est ressenti comme extrêmement gênant et même « contraire à l'éthique » par le **médecin**.

Les rapports négatifs concernant les centres fermés sont signalés par tous les membres du personnel. Une fausse image est brossée qui, selon eux, ne correspond pas à la réalité dans les centres.

2. Accès aux soins de santé

S'ils souhaitent une consultation, les occupants en introduisent la demande auprès des agents de la sécurité de leur section. Au cours de la matinée, ils peuvent alors avoir un entretien et/ou un examen chez l'infirmière. Celle-ci évalue la demande d'aide. Si elle le juge nécessaire, l'infirmière renvoie l'occupant à la consultation chez le médecin l'après-midi. Si l'infirmière se sent compétente elle informe elle-même l'occupant ou propose un traitement. Ces éléments sont notés dans le dossier et soumis au médecin qui fournit un feed-back à ce sujet et peut encore demander à voir l'occupant. Si celui-ci insiste pour voir un médecin, cela lui est (quasiment) toujours accordé.

En 2007, le personnel soignant a effectué 12535 consultations (prises en charge comprises). 613 consultations furent renvoyées au médecin (5% des consultations du personnel soignant).

Ce système semble très efficace à condition que le personnel soignant dispose d'une connaissance et d'aptitudes suffisantes pour exécuter ces tâches. Un grand avantage de ce type de répartition des tâches est que les circonstances (le temps) sont créées pour aborder de manière approfondie la demande de soins de l'occupant (par le personnel soignant et le médecin).

Ce fait est également confirmé après avoir interrogé les **occupants**. Les occupants interrogés ne se sont pas plaints concernant l'accès au service médical. Si les occupants insistent pour voir un médecin, cela leur est toujours accordé.

Le **rapport annuel** contient des données statistiques concernant la dispensation de soins médicaux. Le nombre de contacts avec le service médical par occupant augmente chaque année. Ceux-ci sont surtout assurés par l'équipe des infirmières. Le nombre de consultations effectuées par les infirmières augmente nettement. Le nombre des consultations du médecin demeure stable.

3. Certains aspects concernant la qualité des soins médicaux

3.1. Offre de soins

Selon le **médecin**, une offre de soins plus ou moins identique à celle d'un cabinet de médecin généraliste peut être assurée.

La nature des pathologies est similaire à ce que l'on rencontre dans un cabinet ordinaire, avec toutefois un certain nombre de différences :

- Les pathologies psychiatriques sont plus fréquentes (15 en 2007, 23 en 2006)
 - o Il y a d'une part la pathologie psychiatrique inhérente aux traumatismes et aux situations que les occupants ont vécus.
 - o D'autre part, il y les patients psychiatriques lourds (schizophrènes, psychotiques, etc.) qui, rejetés par leur société, se retrouvent en Europe.
- Toxicomanies (héroïne, méthadone) (62 en 2007, 37 en 2006)
- Infections :
 - o VIH (7 en 2007)
 - o hépatite C (2 en 2007, 8 en 2006)
 - o TBC (7 en 2007, 9 en 2006)

- Pathologie de guerre (blessures par balles, coupures, lésions dues aux tortures, etc.)

Autre :

- Diabète insulino-dépendant (17 en 2007, 15 en 2006)
- Grossesses (13 en 2007, 11 en 2006)

3.2. Infrastructure pour le service médical

L'infrastructure est bonne, mais il y a un certain nombre de limitations :

- Le matériel médical disponible est suffisant mais l'administration concernant la demande relative à un nouvel équipement (plus onéreux) est ressentie par l'**équipe soignante** comme bureaucratique. Des devis doivent être demandés.

Un télécopieur et davantage d'ordinateurs sont donc nécessaires.

- Une plus grande salle de réunion pour l'équipe médicale est nécessaire.
- Le service médical se trouve au premier étage. C'est parfois une source de difficultés pour les occupants moins mobiles et pour le transport de patients par les services d'urgence.
- Les occupants d'un local de séjour doivent passer à côté du couloir du service médical pour atteindre la créathèque. C'est gênant.

Suggestion : Un déménagement au rez-de-chaussée semble souhaitable. (Par exemple dans le couloir du personnel). Cela profiterait également à la communication informelle entre le service sanitaire, le personnel restant et la direction. L'équipe médicale pourra alors également utiliser la salle de réunion pour ses réunions internes.

3.3. Dossiers médicaux

La prise en charge est établie sur un dossier sur papier. Les consultations sont également inscrites sur ce dossier. Le dossier est clair mais un peu trop sommaire. Ainsi, aucune place n'est prévue pour noter les **antécédents personnels et les médicaments utilisés auparavant.**

Le point positif est le fait que les consultations des infirmières sont notées dans le dossier.

L'**équipe médicale** signale un besoin urgent concernant un bon système électronique de dossiers médicaux.

Ici également il y a une demande concernant un dossier médical central pour tous les centres fermés (et ouverts ?). Cela permettrait de simplifier considérablement la transmission de données entre les centres et profiterait à la qualité des soins médicaux. Il arrive souvent après avoir été libérées que les personnes soient à nouveau arrêtées et placées dans un centre fermé. La centralisation des données médicales serait profitable pour la continuité des soins.

3.4. Continuité des soins

3.4.1. Continuité des soins antérieurs

- Lors de la prise en charge, les questions portent sur les antécédents et la médication. Il n'existe pas de formulaire standard pour poser ces questions systématiquement.
- On tente d'obtenir les anciens rapports et dossiers. Il est surtout problématique d'obtenir les dossiers médicaux des prisons. La voie administrative est plutôt fastidieuse.

3.4.2. Suivi du traitement

- Le personnel soignant contrôle quotidiennement si les occupants ont reçu leurs médicaments.

3.4.3. Soins intégraux

Il existe une possibilité de renvoi entre les différents niveaux des soins de santé et d'autres services sanitaires.

La collaboration avec l'AZ Sint Jan qui a lieu par le biais d'une procédure fixe, est excellente et aisée.

Le **rapport annuel** révèle qu'à partir de 2003 il y a eu une diminution considérable du nombre d'envois. Depuis 2005, le nombre d'envois a été stabilisé.

Les occupants du centre fermé bénéficient d'un traitement de faveur (par exemple une inscription préalable) permettant de réduire le temps d'attente à un minimum. La communication entre les médecins du centre et les spécialistes est bonne.

Lors de chaque envoi, une lettre d'envoi est établie.

Selon le **médecin**, les longs temps d'attente concernant les consultations non urgentes (notamment l'ORL, l'ophtalmo etc.) représentent un point négatif dans la collaboration avec l'AZ Sint Jan. Les temps d'attente pour une consultation chez le dentiste sont certainement longs (2- 3 semaines).

En ce qui concerne le transport vers les centres sanitaires externes, il est fait appel aux services du Bureau T. Il arrive que certains rendez-vous doivent être annulés en raison d'un manque de chauffeurs, ce qui est extrêmement ennuyeux pour toutes les parties. (**Médecin**)

L'accueil des occupants souffrant de troubles psychiatriques est extrêmement problématique en l'occurrence également. Ces patients sont parfois relâchés, mais ils se retrouvent généralement immédiatement dans la marginalité. (**Médecin**)

3.4.4. Continuité des soins après avoir quitté le centre (**infirmière**)

Lors du départ du centre en cas d'expulsion ou de remise en liberté, les occupants reçoivent sous pli fermé :

- des copies des rapports médicaux.
- le rapport médical si nécessaire.

L'occupant reçoit des médicaments pour une à deux semaines. Le suivi des soins médicaux prend fin ici.

Si l'occupant est transféré vers un autre centre, les données médicales sont transmises au service médical du nouveau centre.

3.5. Confidentialité et secret médical

Au service médical de Bruges, on est extrêmement strict concernant le secret médical. Cela constitue souvent un point de discussion avec la direction. La direction respecte en fin de compte le secret professionnel. (**Médecin**)

3.6. Quelques réflexions relatives à la qualité des soins médicaux dispensés

Les limitations de la durée et du mandat des visites ne permettent pas d'émettre un jugement complet et objectif concernant la qualité des soins.

Les principales conditions-cadres pour une dispensation de soins de qualité semblent réunies, notamment :

- un personnel suffisamment formé et expérimenté
- une équipe médicale motivée et engagée
- une organisation structurée et logique des soins
- une communication ouverte avec les patients
- un accès aisé au service médical
- le matériel nécessaire pour les services médicaux courants est présent
- des moyens diagnostiques sont disponibles (analyse sanguine, radiologie, etc.)
- un renvoi aisé vers la deuxième ligne
- la disponibilité de tous les médicaments existant sur le marché belge
- une autonomie et une liberté de décision pour le médecin

La barrière des langues peut généralement être surmontée grâce au personnel qui interprète ou aux co-occupants. Il est rarement fait appel à des interprètes (présents physiquement ou par téléphone).

4. Médication

Les principaux médicaments sont de stocks et semblent être gérés avec précision.

Une fiche de médication est établie par habitant. Cette fiche est jointe au dossier et une copie se trouve auprès du personnel de sécurité des groupes. Tous les médicaments fournis (même ceux qui ne nécessitent pas de prescription) sont notés sur ladite fiche. Les occupants doivent signer pour recevoir les médicaments. Certains gardiens surveillent et notent si les médicaments ont bien été pris. D'autres ne le font pas. Selon l'équipe médicale, l'obligation de signer pour les médicaments (imposée par l'OE) est trop fastidieuse et inutile. Ces formulaires sont « classés verticalement ». Ils peuvent parfaitement voir aux boîtes de médicaments qui en a

reçus et qui n'en a pas reçus. Le personnel soignant vérifie quotidiennement le contenu des boîtes de médicaments. En cas de mauvaise compliance, l'occupant est interrogé.

Les médicaments sont conservés dans une armoire verrouillée. Seul le personnel médical a accès aux médicaments. La commande se fait par le biais d'une pharmacie toute proche. Ce système a toujours très bien fonctionné. A présent, la direction demande qu'il soit procédé à un appel d'offres officiel. Le personnel soignant considère cela comme une mesure administrative inutile. **(Source d'information : infirmière)**

Le coût moyen des médicaments par occupant s'élève à 13,49 euros (15,62 euros en 2006). **(Rapport annuel)**

5. Relation/communication entre prestataires de soins et occupants

Voici quelques déclarations des occupants concernant la dispensation de soins au centre :

« Le personnel du service médical est aimable et à l'écoute, mais il administre toujours les mêmes médicaments qui n'aident pas. »

« pour tous médicaments, nous ne recevons que des pommades et du paracétamol »

« on est aimable mais nos problèmes de santé ne sont pas pris au sérieux »

« si nous le demandons, nous pouvons voir le médecin »

L'insatisfaction concernant la nature des soins médicaux est une constante chez les occupants dans les centres d'accueil (fermés). Cela est probablement dû aux attentes irréalistes que l'on a des prestataires de soins des centres. Les occupants estiment rapidement que les plaintes sont traitées de manière trop minimaliste.

En voici des déclarations possibles :

- De nombreux occupants espèrent encore pouvoir influencer leur procédure d'asile à l'aide d'un « certificat médical ».
- Il arrive fréquemment que les occupants ressentent leurs symptômes physiques comme dramatiques. Cela peut en partie s'expliquer par la culture. D'autre part, il arrive souvent que l'expérience vécue ne soit pas en proportion avec la réalité en raison de la situation incertaine. Ainsi, des maux physiques ordinaires (maux de tête, maux de ventre) sont également ressentis comme angoissants et menaçants.
- Dans les pays d'origine, la « culture médicale » diffère souvent de l'approche rationnelle « basée sur les preuves » que l'on connaît en Belgique. Les cures de vitamines, les perfusions, etc. sont appliquées et administrées plus souvent à la demande des patients.
- Les occupants se sentent rejetés parce que leur demande d'asile a été refusée. La colère et une attitude négative vis-à-vis du pays, des services et des habitants sont compréhensibles.

Il règne tout de même une certaine satisfaction concernant l'amabilité du personnel médical. Il n'y a pas de doléances non plus concernant l'accessibilité du service médical.

L'**équipe** confirme que l'on essaie parfois (sous l'influence des avocats ?) d'utiliser l'état de santé comme prétexte pour influencer la procédure. Le médecin signale qu'il tente de juger l'état du patient de manière objective et qu'il demande régulièrement l'avis d'un spécialiste pour former ce jugement.

6. Prise en charge médicale

La prise en charge médicale est assurée par le personnel soignant dès l'arrivée. Un dossier médical est établi. Lors de la **simulation de prise en charge**, il semble que l'anamnèse soit effectuée de manière approfondie et les problèmes médicaux sont abordés.

Le médecin parcourt les notes des infirmières et décide avec celles-ci si une consultation ou un autre suivi par le médecin sont indiqués. Selon l'**équipe**, ce système fonctionne très bien et aucun problème n'est à signaler. Ils considèrent le souhait de la direction qui veut que tous les occupants entrants soient vus par un médecin, comme n'étant pas nécessaire.

Il n'existe aucun format standardisé pour la prise en charge médicale. Pareil format serait utile pour ne pas manquer des questions ou des données médicales importantes.

7. Certificat médical d'aptitude de vol (fit to fly)

Ce certificat constitue rarement un problème attendu que la plupart du temps, les problèmes médicaux sont constatés et signalés à l'avance, ce qui permet de prendre les mesures requises. L'aptitude de vol « fit to fly » est notée dans le dossier médical.

Il y a par ailleurs les décisions que les médecins doivent prendre concernant la nécessité d'un encadrement médical supplémentaire des illégaux en Belgique. Ces décisions ont des implications importantes pour l'expulsion ou non. Les médecins du CIB font souvent appel à l'avis d'un collègue spécialiste pour prendre ce type de décisions. (**Médecin**)

Le jugement quant à savoir si certains soins sont disponibles à l'étranger demeure relativement subjectif. Il existe peu de critères objectifs.

8. Encadrement psychologique

8.1. Facteurs de stress

Comme dans tous les centres, il existe de très nombreux facteurs de stress qui sont déterminants pour l'état émotionnel des occupants : incertitude quant à l'avenir, passé traumatisant, détention, isolation de la famille, vie en groupe avec différentes cultures, etc.

Le régime de groupe est relativement strict au centre de Bruges : accès aux dortoirs, promenades obligatoires, heures de repas. Les occupants ressentent cela comme contraignant. Les ex-détenus choisissent dès lors le régime des prisons. Selon le **psychologue**, la plupart des problèmes et des incidents se produisent également durant les « mouvements » (lorsque les groupes doivent se déplacer. Suivant la **direction**, ce régime est nécessaire pour des raisons infrastructurelles.

Selon le **médecin**, la présence d'ex-détenus avec des illégaux sans antécédents judiciaires constitue un grand problème. De nombreux incidents (agression, problèmes de toxicomanie) se produisent au sein de cette population d'occupants. La plupart des ex-détenus jugent leur situation en prison meilleure que dans le centre fermé. En prison, ils avaient plus d'intimité et de liberté. Ils dormaient dans des cellules au lieu de dortoirs et avaient leur propre poste de télévision. Il y avait plus de clarté sur la durée et la raison de leur séjour. A présent, l'incertitude est plus grande. Ce qui mène à une certaine frustration et insatisfaction avec toutes les conséquences que cela comporte. Le médecin se demande si l'expulsion ne peut pas avoir lieu directement à partir de la prison au lieu d'un passage via les centres fermés.

Selon le **psychologue**, la détention de ce groupe dans un centre distinct (plus strict) ne se justifie pas étant donné que les ex-détenus ont purgé leur peine et qu'ils ne peuvent pas être stigmatisés à cause de leur passé. Ils ont droit à être réintégrés.

La question se pose de savoir si un centre fermé constitue un lieu approprié pour mettre en œuvre cette réintégration.

Le **médecin** estime qu'il y a encore trop d'enfermements injustifiés de personnes dont on sait qu'elles devront tout de même être remises en liberté (par ex. les femmes enceintes qui arrivent au dernier trimestre de leur grossesse, les personnes de nationalité marocaine et chinoise pour lesquelles un laissez-passer est obtenu très difficilement).

8.2. Réduction de stress

Toutes les personnes interrogées confirment qu'au sein du CIB, une grande attention est accordée à l'action proactive pour contrer la tension et le stress présents (dus à l'incertitude, la détention, le régime de groupe, etc.). Des efforts sont consentis pour éviter l'ennui et valoriser les capacités des occupants. Selon le médecin, il y a nettement moins d'agressions qu'auparavant.

Une attention est accordée aux occupations des occupants. L'équipe d'éducateurs est dynamique et fonctionne bien. Cet aspect de l'accueil est visible lors d'une visite du centre :

- Les éducateurs sont présents partout.
- Le centre est décoré au moyen des œuvres d'art des occupants. Cela renforce la créativité et l'estime de soi des occupants.
- Des activités divergentes sont organisées pour les occupants.
- Il y a une salle de sport qui est utilisée intensivement.
- Outre les salles de séjour, il y a également une créathèque pour chaque groupe d'occupants. Elle est plus calme que la salle de séjour. L'inconvénient est la fumée de cigarette dans ces locaux. Un système de ventilation serait en cours d'achat.
- Un enseignant est présent.
- Le rôle du pasteur est préminent et très apprécié par les occupants. Il n'y a pas d'espace réservé aux prières (pour les chrétiens et les musulmans).
- Les contacts entre les occupants et le personnel (le personnel de sécurité également) semblent être relativement informels et bon enfant. Ils participent aux activités sportives ou autres.
- Le personnel et la direction sont aisément accessibles.
- Le personnel et les occupants mangent ensemble dans le réfectoire

On essaie de résoudre les incidents par la communication. Pendant la visite, il y a eu un conflit avec agression physique. Il a été possible de le régler verbalement sans avoir à recourir à des mesures disciplinaires. Les deux protagonistes ont fini par se serrer la main. La gestion de conflit est reprise dans le règlement. **(Membre de la direction)**

Les aptitudes de communication, l'intérêt pour les cultures étrangères, l'ouverture d'esprit, constituent des aspects importants du profil attendu du personnel.

Le personnel est stimulé pour communiquer et être à l'écoute des occupants. Cela peut avoir un effet de soulagement.

Voici quelques données pouvant indiquer un effet positif de cette approche :

- Le nombre des accidents du travail dus à une agression de la part d'un occupant a systématiquement baissé selon les statistiques (10 en 2002 et 2003, 4 en 2006 et 3 en 2007)
- Moins de cas d'auto-agression par rapport à 2006 (à comparer aux données des années précédentes et aux données des autres centres) :
 - 2 tentatives de suicide (4 en 2006)
 - 13 automutilations (18 en 2006)
 - 6 grèves de la faim (14 en 2006)

Ces chiffres sont relatifs et multifactoriels (attention dans les médias, nature de la population, présence de provocateurs, etc.)

- Le nombre de transferts vers les autres centres diminue systématiquement (136 en 2001, 58 en 2007)
- Le pourcentage de transferts vers la prison baisse chaque année (1,9% en 2001, 1,16% en 2002, 0,77% en 2003, 0,4% en 2006, 0,31% en 2007).
- Selon un **gardien**, le personnel a généralement l'impression que le climat est moins tendu qu'au cours des années précédentes. Un gardien qui avait travaillé auparavant au CIM, estime que le climat de travail est nettement plus agréable dans l'ensemble au CIB.

8.3. Accompagnement par un psychologue

Il y a un psychologue pour les occupants depuis le mois de septembre. Il y a une seconde psychologue qui exerce une fonction de direction.

Le psychologue tente de parler avec chaque occupant au début de son séjour et présente ses services.

Des entretiens de soutien avec les occupants ont lieu à la demande des occupants eux-mêmes et à la demande du personnel.

La demande de la part des occupants concernant un accompagnement psychologique est faible.

C'est probablement dû à la connotation négative relative à la « psychologie » qui est présente dans l'esprit de nombreux occupants.

Les principaux facteurs qui causent un besoin psychologique sont extérieurs à la personne et ne sont pas « modifiables ».

Les attentes des occupants concernant le psychologue sont souvent également du style « qu'est-ce qu'il peut faire pour moi et ma procédure ». Le psychologue doit également clarifier les choses à cet égard lors de ses entretiens. **(Psychologue)**

Lors de l'entretien avec les **occupants**, ceux-ci ont déclaré eux-mêmes « *qu'un entretien avec le psychologue ne changera pas leur situation.* »

Le psychologue reconnaît également ce fait. Le seul accompagnement pouvant être prévu sont des entretiens empathiques. Le temps et les circonstances ne permettent pas de travailler de manière thérapeutique. Il estime que cette forme d'accompagnement est sensée et le feed-back qu'il reçoit est également positif.

Une concertation hebdomadaire a lieu entre le psychologue, le personnel soignant et l'assistant social, au cours de laquelle tous les occupants sont passés en revue.

Le psychologue voit également pour lui-même une fonction dans l'accompagnement du personnel pour les contacts avec les occupants. Les « meilleures pratiques » que les psychologues des centres sont en train d'élaborer pourraient être une première ébauche.

Le soutien offert par le psychologue du Commissariat général aux réfugiés et aux apatrides est également ressenti par le psychologue comme important.

Le psychologue estime que le volume de travail est gérable et voit un second psychologue pour les occupants comme une nécessité directe.

9. Violence en cas d'expulsion

Le personnel soignant effectue un examen médical de toutes les personnes pour lesquelles il y a eu recours à la violence lors d'une tentative d'expulsion. Si nécessaire, le médecin est appelé pour rédiger un certificat médical concernant des lésions éventuelles.

10. Isolement

Le centre comprend trois cellules d'isolement qui sont utilisées pour des motifs disciplinaires. Chaque cellule est équipée d'une toilette.

En 2007, il y a eu 148 isolements pour raisons disciplinaires (à comparer aux années précédentes et aux autres centres).

Lors de chaque isolement, le personnel soignant passe au moins une fois par jour. Si l'occupant le souhaite, un entretien avec le psychologue est possible.

Le centre est pourvu de chambres pour les régimes adaptés et les malades. Ces chambres sont équipées d'installations sanitaires. Un psychologue et un infirmier passent quotidiennement. Il y a également un local de soins médicaux. En 2007, 55 occupants ont séjourné à l'infirmerie.

11. Toxicomanie

En 2007, 62 occupants ont été traités pour une toxicomanie. (37 en 2006)

Le centre de Bruges est l'unique centre qui n'administre pas de méthadone. Historiquement, c'est parti d'une déclaration de l'Ordre provincial des médecins qui a déclaré que la méthadone ne pouvait pas être prescrite en dehors d'un contexte thérapeutique.

Le **médecin** considère la non-prescription de méthadone comme un choix positif. Cela résulte en un nombre plus important de toxicomanes qui parviennent à se désintoxiquer.

Les toxicomanes qui arrivent au centre sont admis au service médical et reçoivent un cocktail médicamenteux qui modère les symptômes de manque (nozinan, tranxène et vitamines). L'inconvénient de cette approche (par rapport à la substitution au moyen de méthadone) est qu'il peut parfois y avoir des problèmes avec les occupants qui sont agités en raison des symptômes de manque. L'avantage, selon le médecin, est que les gens s'en tirent mieux parce qu'on les aide à se désintoxiquer. L'AZ Sint Jan suit cette stratégie.

Des critiques sont parfois exprimées de l'extérieur concernant cette méthode.

Selon le médecin, la direction ne suit pas toujours le point de vue de l'équipe médicale et certains occupants sont parfois transférés vers un centre qui procure de la méthadone.

En soi, aucun jugement ne peut être exprimé quant à savoir quelle stratégie choisir (avec ou sans méthadone). Il y a des avantages et des inconvénients dans les deux cas. L'important est de suivre une ligne claire dans le mode de traitement et de la respecter de manière conséquente pour empêcher l'arbitraire. Cette position conséquente semble avoir été adoptée dans le centre.

12. Grossesses

Les femmes enceintes sont principalement suivies par la femme médecin du centre. Le centre est équipé d'un appareil doppler pour le suivi des bruits cardiaques du fœtus. Chaque femme enceinte est vue au moins une fois par un gynécologue.

e. Le centre de rapatriement 127bis (Steenokkerzeel)

Le centre de rapatriement 127bis a reçu notre visite en date du 16 juin 2008. Après une présentation du centre par la direction avec possibilité de poser des questions, il y a eu des entretiens individuels avec le personnel soignant, l'attaché du personnel, le médecin et le psychologue. Il y a eu un entretien de groupe avec un certain nombre d'occupants dans l'aile réservée aux familles et un bref entretien avec un gardien. L'attaché du personnel a assuré la visite guidée du centre.

Pour une description de la structure et de l'organisation du centre, nous renvoyons aux rapports du Médiateur fédéral. Ce qui suit est le résultat des informations obtenues et de réflexions personnelles concernant les aspects médicaux du centre. Les passages qui décrivent les réflexions ou les conclusions personnelles de l'évaluateur sont surlignés en gris. Les déclarations littérales des personnes interrogées sont indiquées en italique et entre guillemets.

1. Personnel médical

1.1. Composition du service médical

1.1.1. Les médecins

- 2 médecins de base
- Paquet de tâches
 - Responsables du contenu des soins médicaux dispensés au centre en concertation avec le personnel médical.
 - Responsables pour les dossiers médicaux des occupants.
 - Responsables des soins préventifs et curatifs pour les occupants.
 - Signent un document d'aptitude de vol pour les personnes expulsées (« fit to fly »).
- Autres activités professionnelles : médecin généraliste à Bruxelles, médecin de base à Gand
- Statut : statut indépendant. Recrutés sur base d'un contrat d'entreprise des institutions pénitentiaires avec une autonomie en principe totale pour le médecin.
- Présence au centre :
 - 25 heures par semaine
 - Lundi, mardi, jeudi et vendredi
 - Les médecins n'assurent aucun service de garde ou de permanence téléphonique

Pour le service de garde, il est fait appel au service de garde du cercle de garde local ou du service 100. Le cercle de garde n'est pas très enthousiaste à l'idée de continuer à assurer ce service de garde. La direction est demandeuse pour que les médecins assurent un service de garde. Cet élément est toujours en cours de négociation entre les médecins et la direction. Le fait que l'un des médecins habite Gand est un facteur limitatif.

Selon le **médecin**, les heures prévues sont insuffisantes pour pouvoir exécuter comme il se doit ce paquet de tâches. Il y a une grande demande de consultations médicales et les prises en charge médicales sont fréquentes. En moyenne, il y a plus de 20 contacts patients par jour avec des sommets allant au-delà des 30 patients.

1.1.2. Le personnel soignant

- Cinq infirmiers :
 - Trois infirmiers A1 : 1 statutaire, 1 statutaire prochainement, 1 contractuel
 - Deux infirmiers A2 : contractuels

- Paquet de tâches :
 - Prise en charge médicale des occupants entrants et établissement du dossier de prise en charge.
 - Premier point de contact pour les occupants qui demandent un avis médical.
 - Administration et suivi de la médication.
 - Administration de subitex (substitution) aux toxicomanes.
 - Consultations le mercredi lorsqu'aucun médecin n'est présent.
 - Assistance du médecin dans ses tâches.
 - Prises de sang et soins des blessures.
 - Suivi FARES et Kind en Gezin (équivalent de l'ONE)
 - Suivi des régimes
 - Assistance du personnel non médical dans les questions médicales.
 - Participation journalière à la réunion pluridisciplinaire.
 - Administration :
 - Classement des dossiers médicaux et gestion des dossiers
 - Etablissement des rendez-vous, transport
 - Correspondance médicale
 - Demande des dossiers médicaux
 - Statistiques

- Présence au centre :
 - Journalière, samedi et dimanche matin

Selon la direction, il est difficile de trouver des infirmières.

Le personnel soignant consacre une grande partie de son temps aux tâches administratives. Le personnel soignant a peu de contact avec les occupants et le personnel. Il ne se rend que rarement dans les ailes. Le personnel soignant ne joue aucun rôle dans l'accompagnement psychosocial.

(Source d'information : les infirmiers)

1.1.3. Un psychologue à temps plein

- Ne fait pas véritablement parti de l'équipe médicale
- Paquet de tâches :
 - Accompagnement psychologique des occupants jugé nécessaire (à la demande du personnel, des infirmiers et des médecins).
 - Suivi des occupants en isolement (à l'exclusion des occupants en isolement disciplinaire).
 - AUCUNE fonction administrative ou de direction.

- Présence au centre :
 - Heures de bureau

L'équipe médicale sort d'une période difficile. Il y a des changements fréquents de médecins et d'infirmiers. Les médecins travaillent à présent depuis 9 mois au centre. (**Attaché du personnel**)

Eventuelles pierres d'achoppement et faiblesses en ce qui concerne l'organisation du service médical :

- L'organisation du service médical semble être peu efficace. La répartition des tâches et la complémentarité entre médecins et infirmiers ne sont pas optimales. Un grand nombre d'occupants (20 – 30) sont vus quotidiennement par le médecin. Le nombre d'heures de présence d'un médecin au centre est limité à environ 25 heures par semaine. Attendu que seul le médecin évalue les demandes de soins des occupants, le temps imparti est insuffisant pour pouvoir le faire de manière approfondie.
- Si 20 occupants peuvent consulter chaque jour le médecin, cela signifie que 20% des occupants voient un médecin tous les jours. Il est improbable qu'un nombre aussi élevé de contacts médecin soit nécessaire. Cela dénote une organisation de travail inefficace. Un grand nombre de ces contacts pourrait probablement être assumé par les infirmiers. Le risque est réel de voir une attention insuffisante être accordée à un problème médical grave en raison du flux considérable de patients.

1.2. Relation/Communication au sein du centre

Lors de notre visite du centre, nous avons eu de plus en plus l'impression que les différents acteurs de l'équipe médicale travaillaient de manière relativement indépendante les uns des autres. Les responsabilités sont bien définies mais sont trop peu articulées. Il ne semble pas y avoir une grande interaction, ce qui a comme conséquence qu'il n'y a que peu de concertation et de feed-back.

La décision prise par les médecins de fermer la totalité du centre suite à une épidémie de varicelle au mois de mai illustre très bien ce fait. Cette décision fut prise unilatéralement par le médecin. La communication relative à cette décision a été minimale, ce qui a donné lieu à de nombreux malentendus et des mauvaises interprétations. Ainsi, le médecin était furieux lorsque Bruxelles a décidé de repeupler le centre sans respecter le délai de quarantaine nécessaire selon lui.

Les médecins assument donc de manière relativement autonome la responsabilité des décisions médicales et il n'y a que peu de concertation avec les infirmiers ou le psychologue. Les médecins ont décidé que les infirmiers ne soient pas présents pendant les consultations.

Les infirmiers organisent les tâches administratives et n'exécutent strictement que les tâches d'infirmier (prises de sang, administration des médicaments, etc.). Le médecin prétend que « *son temps est trop limité pour s'occuper de cela* ». Il semble qu'il y ait un manque de direction de l'équipe. La coordination de l'équipe et l'organisation du travail représentent un point de travail important à l'avenir pour améliorer le fonctionnement du service médical.

Les contacts entre médecins et infirmiers sont cependant quotidiens, à cet égard, les médecins donnent surtout des instructions aux infirmiers concernant les tâches de soins.

L'élément positif sont les « standing orders » établis par l'infirmier de coordination concernant les maux courants (notamment les maux de tête, les maux d'estomac, etc.). Cet instrument peut s'avérer très utile, mais il est peu utilisé pour l'instant.

La psychologue travaille de manière isolée du service médical. Le médecin demande parfois l'avis diagnostique de la psychologue, mais souvent celui-ci ne le satisfait pas. Les tâches et les attentes ne

semblent pas être bien harmonisées. Le médecin attend du psychologue une aide dans la pose d'un diagnostic. Le diagnostic fait davantage partie du domaine d'expertise d'un psychiatre que d'un psychologue. La thérapie, en revanche, fait partie des compétences du psychologue, mais il semble qu'il n'y ait que peu de concertation à ce sujet entre médecin et psychologue.

Au sein de l'équipe, un infirmier A1 assume un rôle de coordination. En raison des circonstances, il n'a été possible de parler qu'avec les deux infirmiers nouvellement recrutés, ce qui est insuffisant pour se faire une idée du fonctionnement de l'équipe des infirmiers.

Les infirmiers se rendent très rarement dans l'aile réservée aux occupants et n'effectuent pas de consultations. Le **personnel soignant** reconnaît lui-même que les contacts avec les occupants sont plutôt formels et distants. Ils ne connaissent pas réellement les occupants. Le personnel soignant ne s'occupe pas de l'accompagnement psychosocial des occupants. Selon le personnel soignant, cela a l'avantage qu'il « *peut avoir une attitude plus professionnelle et distante vis-à-vis des occupants et qu'ils ramènent moins les problèmes à la maison* ». Lors des entretiens avec le personnel soignant, il semblait y avoir moins d'empathie avec les occupants que dans les autres centres.

Il est également question ici de « *l'îlot médical* ». Il y a peu de contact entre le personnel et les infirmiers. C'est apparu également très nettement d'un entretien avec un **membre du personnel de surveillance** : « *nous ne connaissons pas les personnes du service médical* ». Selon cette même personne, on ne prend pas le temps pour les occupants pendant les consultations. « *Tout doit toujours aller très vite.* » Depuis peu, une réunion pluridisciplinaire journalière est organisée avec la direction, le service social, le psychologue, le personnel de surveillance, les éducateurs et le personnel soignant. Celle-ci dure environ 20 minutes. Ce type de concertation pourrait éventuellement contribuer à l'intégration du service médical dans le fonctionnement global du centre. Vingt minutes semblent bien courtes. À côté de cela, il convient également d'améliorer l'attitude et la volonté de communication et d'ouverture de la part de l'équipe médicale.

Pour une bonne dispensation de soins de première ligne, une intuition et une empathie pour le monde et la culture des patients représentent un atout important. La communication directe est difficile en raison des barrières linguistiques. Afin de pouvoir bien évaluer les demandes de soins des occupants, les prestataires de soins dépendent des informations du personnel et des impressions qu'ils ont suite à l'observation et aux contacts avec les occupants. Au centre 127bis, le personnel sanitaire a peu de contact avec le personnel non médical et les occupants. Cela appauvrit sans aucun doute la qualité des soins dispensés. Si le personnel soignant faisait preuve d'une plus grande empathie à l'égard des personnes qui vivent dans l'aile réservée aux occupants, il pourrait éventuellement jouer un rôle anticipatif et de soutien en cas d'agitation et de stress psychologique chez les occupants.

Selon le médecin et la direction, le service médical jouit d'une autonomie relativement grande. Il ne se sent pas limité en ce qui concerne la liberté thérapeutique et il ne ressent aucune pression dans le domaine des décisions médicales. Les certificats médicaux ne sont pas contestés. La relation médecin direction ne pose pas problème.

1.3. Relation/Communication avec l'OE et les autres centres

Les propositions et conseils du médecin sont toujours suivis par l'OE. Il n'y a pas jusqu'à présent de remarque de la part de l'OE concernant les actes médicaux. Il y a, néanmoins, une certaine lenteur administrative. Les personnes sont parfois retenues trop longtemps avant l'émission d'un avis de remise en liberté. (Source d'information : **le médecin**)

Il y a eu une réunion unique avec les médecins des différents centres fermés. Cela a été perçu positivement par le **médecin** et devrait être organisé plus souvent.

1.4. Relation avec l'extérieur

Le médecin a vécu des expériences extrêmement négatives avec les ONG. Plainte a été déposée à l'encontre du médecin auprès de l'Ordre des médecins par l'ONG Médecins du monde.

Un **médecin et un collaborateur de Médecins du monde** ont expliqué cette plainte à la commission d'évaluation le 24 juin 2008. Il s'agit d'une famille albanaise dont les parents ont fait une grève de la faim. Selon l'ONG, la famille a été mise sous pression pour mettre un terme à la grève de la faim en arrêtant la médication. Ainsi, la substitution de méthadone administrée au père a été arrêtée et même le traitement antibiotique pour une affection des reins a été suspendu. Le médecin du centre aurait dit à la famille qu'il existe un règlement stipulant qu'aucun médicament ne peut être administré aux grévistes de la faim. Selon l'ONG, les médecins du centre agiraient suivant les « dictats de la direction » et non dans l'intérêt du patient. Le médecin de Médecins du monde a rendu visite à la famille au centre et leur a fourni des médicaments de soutien.

La visite du centre par la commission d'évaluation a eu lieu une semaine avant l'entretien avec l'ONG. L'évaluateur n'a donc pas été en mesure de confronter directement le médecin aux déclarations des collaborateurs de l'ONG. Le **médecin du centre** a brièvement mentionné qu'une plainte était en cours auprès de l'ordre. Selon lui, les ONG sont très tendancieuses et elles jouent à un « jeu politique ». Selon lui, il s'agissait d'une famille albanaise extrêmement exigeante qu'il n'était pas possible de raisonner.

Le **médecin** est irrité par le fait que des médecins d'ONG sont venus au centre, qu'ils ont vu des patients, consulté des dossiers et donné des traitements sans le noter dans le dossier. Il existe un arrangement selon lequel des médecins étrangers reçoivent l'accès aux dossiers à condition de noter dans ceux-ci leurs résultats et les éventuels traitements.

L'explication de Médecins du monde à la commission d'évaluation a été donnée après la visite au centre. Par conséquent, les médecins du centre n'ont pas été confrontés directement aux déclarations de l'ONG et le dossier médical de la famille n'a pas été consulté par la commission. Il est donc difficile pour la commission de se forger une opinion objective concernant cet acte médical concret. L'incident est toutefois caractéristique de la relation difficile entre les prestataires de soins des centres et les ONG. Il n'y a que peu de communication constructive. Plutôt que la recherche commune de solutions dans l'intérêt du patient, les deux parties entrent en conflit.

2. Accès aux soins médicaux

Les occupants peuvent s'inscrire sur des listes affichées dans les ailes réservées aux occupants avant 10 heures. Tous les occupants qui s'inscrivent sont vus en principe par le médecin. Il n'existe pas d'entretien préalable avec un infirmier comme dans les autres centres. Il y a une très grande demande pour être vu par le médecin (20 à 30 par jour). La pression de temps est considérable pour le médecin. S'il y a trop de personnes sur la liste, celles-ci sont vues le lendemain. Selon le **médecin**, il y a effectivement trop de consultations par jour par rapport aux heures limitées. Le médecin confirme que la demande de consultations médicales est importante parce que :

- de nombreux maux ne sont pas réels
- les personnes espèrent pouvoir aller à l'hôpital (raison procédurale, évasions, etc.)
- de nombreuses personnes reviennent avec les mêmes maux « *parce qu'elles n'ont rien d'autre à faire de toute la journée et qu'elles viennent voir le docteur pour s'occuper* ».

En tant que solution pour l'important volume de travail, le médecin propose d'augmenter le nombre des heures de présence des médecins.

Contrairement au point de vue du médecin, la solution à ce problème réside plutôt, selon nous, dans la réorganisation du service médical, le personnel soignant recevant à cet égard un rôle dans l'évaluation de la demande de soins et remplissant ainsi une fonction de filtrage. Les expériences des autres centres peuvent être utiles. Il convient d'œuvrer de toute urgence à l'organisation et la coordination efficaces du service médical.

Aucun médecin n'est présent le mercredi. Les occupants peuvent alors être vus par le personnel soignant. Les médecins ne sont pas joignables au téléphone non plus. Aucun arrangement n'a (encore) été trouvé à cet égard entre la direction du centre et les médecins.

Aucun service de garde médical n'est assuré par les médecins ou le personnel soignant. Ni les médecins, ni le personnel soignant n'est joignable par téléphone. En l'absence du personnel médical, c'est le personnel de surveillance qui décide si faire appel au service de garde local des médecins généralistes ou aux services d'urgence. En 2007, il a été fait appel 104 fois aux services de garde de médecins généralistes. Le service de garde régional des médecins généralistes n'est pas satisfait de la marche des affaires et ne témoigne pas d'une grande volonté de continuer à assurer le service de garde. (Source d'information : **La direction**).

3. Quelques aspects liés à la qualité des soins médicaux dispensés

3.1. Offre de soins

Selon le **médecin**, l'offre de soins médicaux disposés peut être plus ou moins identique à celle d'un cabinet ordinaire d'un médecin généraliste. Les occupants sont traités en fonction de leur pathologie.

3.2. Infrastructure pour le service médical

L'infrastructure est relativement bonne. Il y a de grandes salles de consultation, ainsi qu'une salle d'attente. L'équipement médical le plus indispensable est présent. Le **personnel soignant** se plaint concernant les démarches administratives qui doivent être entreprises pour acheter du matériel. Ainsi, il faut suivre la voie administrative pour remplacer une balance défectueuse.

Achats à considérer selon le **personnel soignant** :

- défibrillateur semi-automatique
- ambu
- oxygène
- appareil aérosol

3.3. Dossiers médicaux

Un système de dossiers sur papier est utilisé. Il est peu clair et se déchire aisément.

Un dossier médical électronique est nécessaire.

Tous les actes posés par le personnel soignant sont notés (notamment l'administration de médicaments tels que le paracétamol, motilium, etc.) et signés par le médecin.

3.4. Continuité des soins

3.4.1. Poursuite de soins précédents

On tente de demander d'anciens rapports et dossiers. Ce n'est pas toujours évident. L'envoi par fax de résultats de Bruges se fait avec difficulté parce que le service médical de Bruges ne dispose pas d'un télécopieur. (Source d'information : le **personnel soignant**)

3.4.2. Suivi du traitement

Le médecin prescrit les médicaments. Le personnel soignant le transcrit dans le dossier sur une fiche distincte consacrée aux médicaments.

Les médicaments sont préparés et remis par le personnel soignant aux postes de surveillance des ailes réservées aux occupants. Les occupants doivent récupérer les médicaments auprès du poste de surveillance.

Ce système est très compliqué. Souvent, les médicaments ne sont pas pris. Les occupants ne viennent pas toujours chercher leurs médicaments. Le personnel de surveillance refuse d'en assumer la responsabilité.

Il y a des problèmes concernant la continuité du traitement. (Source d'information : les **infirmiers**)

La responsabilité concernant la prise des médicaments ne peut pas être attribuée au personnel de surveillance qui n'est pas formé pour faire des évaluations correctes. Le principe de voir les patients assumer eux-mêmes la responsabilité pour la prise des médicaments semble bon. La condition est de leur fournir une explication suffisante et claire quant au pourquoi et au comment de la prise de médicaments. Il pourrait s'agir d'une tâche pour le personnel soignant. Par ailleurs, l'équipe médicale pourrait obtenir une idée sur l'usage correct des médicaments, par le biais d'un système d'enregistrement concluant suivant lequel les surveillants cochent les noms des personnes qui cherchent les médicaments. En cas de problèmes relatifs à la compliance thérapeutique, le personnel soignant pourrait en parler aux occupants et prendre des mesures (explication complémentaire, avertissement du médecin, etc.). L'organisation de l'administration des médicaments du CIB et du centre 127 peut servir de modèle.

3.4.3. Service de garde

Un défaut important est la disponibilité limitée des médecins. En dehors de leurs heures de travail, les médecins ne sont pas joignables par téléphone pour les infirmiers ou le personnel. Cela représente un risque pour la continuité des soins. Le médecin prétend qu'aucune disponibilité téléphonique ne peut être garantie s'il n'y a pas une rémunération équitable pour celle-ci.

Comme cela a déjà été dit auparavant, le service de garde local est peu enclin à effectuer des visites pendant le week-end ou le soir dans le centre. Malgré tout, il est fait appel très souvent aux services de garde. En 2007, il a été fait appel 104 fois à un médecin de garde. Il s'agit d'un chiffre élevé par rapport aux autres centres. Cela est incontestablement dû au fait que les médecins ne sont pas disponibles pour émettre un avis et que les gardiens ne veulent prendre aucun risque.

L'accessibilité difficile des prestataires de soins médicaux en dehors des heures de bureau constitue un défaut important et pourrait éventuellement donner lieu à des situations dangereuses. Le personnel de surveillance décide s'il faut appeler le service de garde ou les services d'ambulance. Il n'est pas raisonnable que le personnel de surveillance qui n'est pas formé à cet effet doive évaluer

la gravité de situations médicales sans pouvoir faire appel à des prestataires de soins professionnels. Ce problème de continuité doit être abordé de toute urgence.

3.4.4. Soins intégraux

Il existe une possibilité de renvoi entre les différents niveaux des soins de santé et d'autres services sanitaires.

La collaboration et la communication avec les spécialistes et les hôpitaux sont bonnes. Les renvois les plus fréquents concernent l'hôpital AZ Portaels.

Pour le transport vers des centres de santé externes, il est fait appel aux services du Bureau T. Parfois, des rendez-vous ne peuvent avoir lieu parce qu'aucun transport ne peut être prévu par le bureau, ce qui est très gênant.

Comme dans d'autres centres, l'admission de patients psychiatriques et de patients TB est problématique.

(Source d'information : le **médecin**)

3.4.5. Continuité des soins après le départ du centre

Les personnes qui quittent le centre reçoivent une copie des rapports médicaux. Aucun aperçu ou rapport médical récapitulatif n'est donné. Elles reçoivent des médicaments pour une quinzaine de jours. (Source d'information : le **médecin**)

Le **médecin** prétend que sa responsabilité cesse au moment où le occupant quitte le centre. Aucune démarche n'est entreprise pour assurer une continuité du traitement pour les patients qui présentent un historique de maladie important, ni en cas d'expulsion ou de libération.

3.5. Confidentialité et secret médical

Selon le **médecin**, il n'y a pas de problèmes concernant le secret médical. La confidentialité peut parfois être menacée lorsque, par exemple, il faut faire appel à un co-occupant pour la traduction.

4. Médication

Les principaux médicaments sont de stock. L'armoire aux médicaments n'est pas claire. Celle-ci comprend un trop grand nombre de médicaments différents. Il semble que les médicaments présents sont souvent prescrits. Ce domaine présente également un manque de coordination.

Par ailleurs, il y a les problèmes que nous avons discutés sous la continuité du traitement. Les médicaments n'arrivent pas aux occupants.

En 2007, un occupant a fait une overdose de médicaments accumulés.

5. Relation/communication entre les prestataires de soins et les occupants

Nous nous sommes entretenus avec cinq **occupants** qui ont tous confirmé que l'accueil au service médical est amical et correct.

Trois personnes ont déclaré que leurs problèmes médicaux n'ont pas été pris au sérieux. Il s'agissait d'un problème de toux persistante d'un enfant, d'un problème d'épaule et d'une allergie. Comme cela a été dit ci-dessus, l'équipe médicale se rend rarement dans l'aile réservée aux occupants. Il n'y a que peu de contacts informels entre les occupants et l'équipe médicale, ce qui a des conséquences sur la dispensation de soins.

6. Prise en charge médicale

La prise en charge médicale est assurée par le personnel soignant à l'arrivée. Un dossier médical est établi. Le personnel soignant juge si l'occupant doit être vu par un médecin. A la demande de l'occupant, il/elle peut également se faire consulter par le médecin. (Source d'information : le **personnel soignant et la simulation de prise en charge par la commission d'évaluation**)

7. Certificat médical d'aptitude de vol (fit to fly)

Selon un **médecin**, des considérations administratives pourraient également jouer un rôle dans la délivrance d'un certificat de non-aptitude de vol « non fit to fly ». Il n'y a pas eu d'autre clarification de cette affirmation. Cela pourrait signifier que les éléments strictement médicaux ne sont pas les seuls éléments à jouer un rôle dans la délivrance d'un certificat de non-aptitude de vol « non fit to fly ».

8. Accompagnement psychologique

Information de la **direction** :

Le centre de transit 127bis héberge surtout des illégaux qui seront expulsés à court terme. La durée de séjour moyenne est plus courte. Les personnes ont généralement épuisé toutes les possibilités. A ce point de vue, la situation de ces personnes est davantage sans issue, ce qui donne lieu à une tension et un stress encore plus grands. L'agressivité et l'agitation sont fréquentes.

Ce centre n'accueille pas d'ex-détenus.

Sur le plan de l'infrastructure, ce centre est semblable à celui de Vottem, ce qui permet un système plus souple :

- Le régime est moins strict. Les personnes peuvent rester dans leurs chambres si elles le souhaitent.
- Les déplacements sont libres au sein d'une aile.
- Les occupants dorment au maximum à 4 dans une chambre.
- Les douches et le réfectoire sont librement accessibles.
- Les personnes sont libres de manger quand elles le souhaitent. Du pain est toujours disponible.

Des enseignants et des éducateurs assurent une animation et des activités pour casser l'ennui. Le centre est pourvu d'une salle de sport et d'un espace de détente séparé. Chaque aile dispose d'un local silencieux. Le vendredi, il y a un service de prière (musulmans) et un service chrétien.

L'éclairage extérieur est important. Cela peut être gênant pour dormir selon les occupants. Certaines personnes accrochent des draps aux fenêtres. Il y a le bruit des avions, mais celui-ci ne semble pas être trop proéminent. Les occupants interrogés ne s'en plaignent pas.

Information de la **psychologue** :

Une psychologue à plein temps est employée contractuellement au centre depuis octobre 2007.

L'accompagnement psychologique des occupants se fait surtout par le biais d'entretiens individuels avec les occupants. Les occupants peuvent même demander un entretien avec le psychologue (relativement rare). La plupart sont envoyés par le personnel.

La psychologue conserve les notes des entretiens. Celles-ci ne sont pas jointes au dossier médical. A la demande du médecin, elle rédige un rapport sur un occupant.

La pièce où la psychologue accueille les occupants est obscure et oppressante. Il n'y a pas de fenêtres. Elle tente régulièrement d'être présente dans l'aile réservée aux occupants. Elle est également accessible pendant les activités. Ces contacts informels lui ont permis de développer des relations de confiance avec les occupants et le personnel.

Les aspects négatifs perçus par la psychologue sont le sentiment d'impuissance face à la situation sans issue dans laquelle la plupart des occupants se trouvent et les attentes élevées qui sont exprimées. Il y a les attentes des occupants concernant un éventuel avantage procédural. Il y a les attentes du personnel vis-à-vis de la psychologue en rapport avec le comportement de certains occupants par exemple. La psychologue sait que le personnel attend de sa part qu'elle trouve des solutions pour faire baisser le niveau d'agitation et de stress parmi les occupants. Selon la psychologue, les tensions au sein du centre sont dues surtout à l'incertitude et à l'absence de perspective des occupants ainsi qu'à l'enfermement.

Le feed-back positif qu'elle perçoit chez certains occupants a un effet stimulant. Sa présence suscite la confiance. La communication fréquente avec les psychologues des autres centres a également un effet positif.

Planification pour un proche avenir :

- Organisation de réunions de groupe (notamment pour la relaxation, entretiens, etc.).
- Groupe de travail sur la gestion de l'agressivité avec le personnel.

Le personnel soignant n'assume aucune tâche dans le soutien psychologique ou informatif des occupants qui se plaignent de maux.

9. Suicides et grèves de la faim

Les tentatives de suicide sont relativement fréquentes. En 2007, il y a eu deux incidents (tentative de pendaison, overdose de médicaments). En 2008, il y a eu trois incidents jusqu'au mois de juin (tentative de pendaison, laceration des poignets, saut de l'escalier).

Des grèves de la faim ont également lieu régulièrement. (26 en 2007)

10. Violence en cas d'expulsion

L'occupant ne voit le médecin que si le personnel le juge nécessaire ou à la demande de l'occupant.

11. Cellule d'isolement

Selon la **direction**, il y a eu, au cours des cinq premiers mois de 2008, 86 isolements pour raisons disciplinaires. Les occupants qui séjournent dans la cellule d'isolement pour raisons disciplinaires, sont vus par le médecin qui juge si l'occupant peut rester en isolement. Ce n'est qu'à la demande de l'occupant que le psychologue vient.

Des chambres sont prévues pour un régime adapté. Celles-ci sont avant tout utilisées pour permettre aux personnes d'avoir un peu de calme et de s'isoler quelque peu du groupe. Ces personnes sont vues quotidiennement par le service médical et un membre de la direction.

Des occupants qui sont isolés pour raisons médicales séjournent également ici.

12. Toxicomanie

Si nécessaire, le médecin entame une thérapie de substitution au moyen de subitex. Le subitex est administré par le personnel soignant. (Information : le **médecin**)

13. Enfants et nourrissons

Les familles avec enfants et les femmes séjournent dans une aile distincte. Pour l'instant, 20 enfants séjournent dans le centre. Il y a un enseignant et quatre éducateurs spécifiquement pour les enfants.

Les enfants ne peuvent pas sortir s'ils le veulent. Ils vivent dans un contexte empreint d'agitation et de nervosité constantes. Le calme règne rarement dans l'aile en journée.

14. Grossesses

Les femmes enceintes sont principalement suivies pendant le premier trimestre par le médecin du centre. Des contrôles gynécologiques sont effectués régulièrement. (Information : le **médecin**)

15. Réflexions générales concernant le service médical

Comme le montre ce qui précède, il convient de formuler un certain nombre de réflexions concernant l'organisation et le fonctionnement du service médical au centre de transit 127bis.

15.1. Efficacité

Le médecin doit effectuer un nombre trop important de consultations par jour. La plupart des demandes d'aide ne demandent pas un diagnostic et un traitement médical complexes et pourraient parfaitement et raisonnablement être assurés par un infirmier. Les problèmes qui tombent en dehors du domaine de compétence du personnel soignant peuvent être renvoyés au médecin. Cela requiert une bonne communication avec le médecin qui donne également un feed-back concernant les décisions du personnel soignant. L'inscription des notes précises dans le dossier constitue également une exigence. Des « standing orders » ont été établis qui pourraient être utilisés pour soutenir le personnel soignant dans la prise de décisions.

15.2. Travail d'équipe

Le service médical travaille trop peu en équipe. Tout le monde semble assumer ses responsabilités, mais l'interaction entre les différents acteurs est insuffisante. Ainsi, la scission entre la responsabilité médicale et administrative est artificielle. Les deux fonctions doivent se chevaucher. Les décisions médicales ne peuvent être exécutées que si l'administration fonctionne comme il se doit. Le plus logique serait qu'un médecin assume la responsabilité finale pour l'organisation du service. Il semble que les médecins combent leurs heures de consultation sans s'engager en faveur du fonctionnement total du service. Cette impression est renforcée par la constatation que les médecins refusent d'être disponibles par téléphone pour le service après leurs heures de travail en raison de l'absence de rémunération financière.

Une solution éventuelle pour la pression administrative considérable serait le recrutement d'un secrétariat médical.

15.3. Solutions structurelles

Un trop grand nombre de problèmes demeurent « en suspens » en raison d'une coordination défaillante.

L'on constate notamment que les médicaments ne parviennent pas aux occupants, mais aucune mesure n'est prise pour trouver une solution structurelle.

L'absence de continuité dans les soins en raison de l'indisponibilité des médecins n'est pas résolue.

On constate un manque d'équipement médical ou la prescription d'un trop grand nombre de médicaments déjà présents, mais l'on ne tente pas de trouver une solution.

15.4. Continuité des soins

L'accessibilité limitée des médecins constitue un problème préoccupant qui hypothèque lourdement la qualité du service médical.

15.5. Îlot médical

Le service médical fonctionne de manière isolée des occupants et du personnel non médical. Cela ne favorise pas l'empathie, ni l'accompagnement psychologique des occupants. Les maux psychosomatiques fréquents exigent une approche qui dépasse l'aspect purement somatique. Cet aspect des soins devrait également être assumé partiellement par le service médical.

Le personnel soignant devrait pouvoir libérer du temps pour écouter les questions des occupants en matière de santé.

Une présence plus informelle dans l'aile réservée aux occupants pourrait contribuer à une meilleure accessibilité du personnel soignant.

Cela pourrait également profiter à la compliance thérapeutique problématique.

Cette présence profiterait également à la relation et à la communication nécessaire avec le personnel non médical.

15.6. Communication

La communication au sein du service, avec les occupants et les externes (par ex. les ONG) semble être un problème clé. Une communication de bonne qualité et honnête permet de clarifier les problèmes et les malentendus et les conflits qui sommeillent ne doivent pas nécessairement donner lieu à des dénouements drastiques (cf. la plainte déposée auprès de l'ordre des médecins).

Annexe 1 : Documents consultés

1. « Le coût humain de la détention, les centres fermés pour étrangers en Belgique » MSF
2. « La situation dans les centres fermés pour étrangers » octobre 2006.
3. La description de fonction du psychologue des occupants dans les centres fermés.
4. « Visites de lieux de détention: quel rôle pour les médecins et autres professionnels de la santé » APT.
5. Arrêté Royal fixant le régime et les mesures de fonctionnement applicables aux lieux situés sur le territoire belge, gérés par l'Office des étrangers, où un étranger est détenu, mis à la disposition du gouvernement ou maintenu, conformément aux dispositions stipulées dans l'article 74/8, &1, de la loi du 15 décembre 1980 relative à l'accès au territoire, au séjour, à l'établissement et à l'éloignement des étrangers. (2 août 2002)
6. « Etude préalable pour les audits des centres ouverts et fermés, réalisée par le Médiateur fédéral ».