

07/06/2007
Boulevard de Waterloo 76
1000 Bruxelles

Service public fédéral Justice

Circulaire n°1800

Direction générale E^{PI}
Etablissements pénitentiaires

Service des Soins de Santé Prisons

Concerne : Equipes soignantes des sections psychiatriques dans les prisons, les sections ou dans les établissements de défense sociale : objectifs, composition, fonctionnement

1. Définition

Dans la présente circulaire, on entend par « équipes soignantes pour internés » les équipes pluridisciplinaires créées auprès de la section psychiatrique d'une prison, de sections et d'établissements de défense sociale, dans le cadre du développement d'un circuit de soins légal global pour internés.

Une équipe soignante pour internés se compose d'un psychiatre, d'un psychologue, d'un assistant social, d'un ergothérapeute, d'un infirmier psychiatrique, d'un kinésithérapeute et d'un éducateur. Elle est assistée par des agents pénitentiaires sélectionnés en concertation avec la direction et le psychiatre et qui ont suivi une formation spécifique.

2. Groupe cible

- les prévenus admis en observation sur décision du juge d'instruction, de la juridiction d'instruction ou de la juridiction de jugement;
- les internés dont la situation est définitive ou pas;
- d'autres internés placés dans la section psychiatrique sur décision du médecin traitant de la prison.

3. Principes généraux

- L'interné a droit à des soins de santé équivalents à ceux dispensés dans la société libre et adaptés à ses besoins spécifiques ;
- L'interné a droit aux services de dispensateurs de soin possédant les qualifications requises en fonction de ses besoins spécifiques;
- La fonction de dispensateur de soins est incompatible avec une mission d'expert en prison ;
- Les règles relatives à l'éthique médicale et à la déontologie sont d'application.

4. Le circuit de soins en psychiatrie légale

Le concept de circuit de soins implique que des phases de traitement concordantes correspondent aux besoins du patient et constituent dès lors un parcours de soins continu. Un circuit de soins en psychiatrie légale se compose de plusieurs éléments dont : des sections de traitement résidentiel pour des séjours de courte ou de longue durée (centre de psychiatrie légale), des homes psychiatriques, des habitations protégées, des séjours de jour et de nuit à caractère à la fois thérapeutique et réhabilitant, des soins psychiatriques à domicile et des traitements ou guidances ambulatoires.

L'objectif de la politique consiste à intégrer complètement le circuit de soins en psychiatrie légale au circuit de soins de santé mentale. Lors de la réalisation de cette ambition, il conviendra de tenir compte de divers facteurs tels que : le degré de dangerosité ou le risque de rechute de l'interné, différents degrés de sécurité et divers besoins thérapeutiques correspondant à la psychopathologie du patient.

5. Mission des équipes soignantes

Assistées par les autres services de soins de santé de la prison, les équipes soignantes assurent les soins de santé en vue de définir, de restaurer ou maintenir aussi optimales que possible les possibilités physiques, psychiques et sociales du patient interné, en vue notamment de lui permettre de passer à une phase de traitement ultérieure dans le circuit de soins en psychiatrie légale. A cet effet, elles travaillent en étroite collaboration avec la direction, le personnel de la prison et les partenaires externes.

6. Structure

Les équipes soignantes font partie du Service des Soins de Santé Prisons et sont dirigées par le directeur gestionnaire de ce service, assisté par le conseiller-coordonateur pour l'internement et un psychiatre.

Un psychiatre détermine les activités thérapeutiques et dirige le fonctionnement de l'équipe soignante locale. Un psychologue de l'équipe soignante assure la coordination des activités au sein de l'équipe soignante ainsi que leur intégration dans et leur concordance avec les autres activités de la prison. Il est la personne de référence pour le directeur et pour le Service des Soins de Santé Prisons d'une part et le chef fonctionnel des membres de l'équipe soignante, à l'exception du psychiatre, d'autre part.

7. Fonctionnement

7.1. Accueil

Lors d'une admission, les instructions relatives à l'accueil s'appliquent.

7.2. Constitution du dossier d'internement

Dès que l'internement est définitif, un dossier détaillé est constitué pour chaque patient. Ce dossier contient des données médicales, psychiatriques, psychologiques, paramédicales, des données relatives à l'art infirmier et des données sociales et est donc couvert par le secret médical. Une évaluation interdisciplinaire est effectuée pour déterminer les possibilités dont le patient dispose et un plan thérapeutique est élaboré en fonction.

Ce dossier comprend :

- a) les données de base relatives au diagnostic, aux soins et au traitement;
- b) les données nécessaires pour assurer la continuité des soins et du traitement.

Afin de coordonner les activités internes de l'équipe soignante, d'assurer l'information mutuelle de ses membres et d'optimiser le traitement des patients, le dossier doit pouvoir être consulté et complété à l'aide d'informations pertinentes par les membres de l'équipe. Ce dossier reflète l'évolution de la situation du patient et permet la comparaison avec le programme et le planning du traitement tels qu'ils avaient été établis ou adaptés lors de l'admission et ultérieurement. Ceci en respectant le secret médical.

7.3. Concertation au sein de l'équipe soignante

L'équipe soignante se concerta chaque semaine, sous la direction du psychiatre. Le compte-rendu de cette concertation sur les soins et le traitement du patient est joint au dossier.

Les observations et les remarques formulées par le directeur, les agents pénitentiaires et les dispensateurs de soins externes doivent être abordées lors de la concertation et être consignées au dossier.

7.4. Collaboration avec la direction locale, les agents pénitentiaires et les dispensateurs de soins externes

Afin de garantir une bonne communication, le psychologue coordinateur organise un briefing quotidien avec tous les intéressés (membres de l'équipe soignante, direction, agents pénitentiaires, services externes, etc.).

Si dans le cadre des soins et du traitement, des mesures doivent être prises qui ont un impact sur le régime interne de l'interné, le psychologue-directeur en informe le directeur. Celui-ci décidera des modalités et en assurera l'exécution.

Dans plusieurs établissements, des personnes et/ou des organisations s'activent, contre paiement ou non, à mettre des projets sur pied et à organiser des activités dans le cadre des soins et/ou de la resocialisation des internés. Afin de planifier et de coordonner ces activités, d'en assurer et d'en garantir l'efficacité et d'éviter les chevauchements, le directeur doit organiser régulièrement des concertations avec les acteurs concernés. Lors de ces concertations, il convient de s'intéresser aux patients qui ne participent à aucune activité. Le Services des Soins de Santé Prisons sera informé des données et de l'ordre du jour de cette concertation.

8. Echange d'informations entre l'équipe soignante et l'équipe d'expertise*

8.1 Principe

En principe, aucune information ne peut être échangée. Il n'y a pas de secret professionnel partagé entre les deux équipes. Les experts ne sont en effet pas tenus au secret professionnel vis-à-vis de leur autorité mandante. Ce principe connaît néanmoins quelques exceptions.

8.2. Exceptions

Si les conditions ci-dessous sont remplies, l'équipe soignante peut communiquer des informations confidentielles à l'équipe d'expertise :

- Il doit s'agir de données objectives. Les données confiées par le patient sous le sceau de la confidentialité ou ses opinions personnelles sont en tout cas exclues ;
- Seules des données objectives directement liées à la finalité de la mission d'expertise peuvent être communiquées ;

* Voir en annexe le texte de A. Vandesteene – Splitsing Zorg-Expertise. Interneringszorg en beroepsgeheim. 11 P.

- La communication de données objectives directement liées au but de l'expertise ne peut intervenir qu'après autorisation éclairée et écrite du patient. Ce dernier doit être informé dans un langage compréhensible du contenu de la communication et de son but.

8.3. Modalités

- L'équipe soignante travaille sous la responsabilité du médecin-psychiatre traitant. Toute pièce ou information extraite du dossier du patient ne peut être communiquée qu'avec son accord, le cas échéant après concertation avec l'équipe ;
- Les pièces du dossier du patient ne peuvent pas être laissées en possession de l'interné et le cas échéant, le médecin traitant les remettra directement à son collègue de l'équipe d'expertise ;
- Attestations : l'interné peut demander une attestation pour l'équipe d'expertise à la CDS et plus tard au TAP concernant son traitement, son état de santé et son évolution. Dans ce cas, le médecin traitant peut délivrer une attestation mais il n'y est pas obligé. En rédigeant l'attestation, il doit tenir compte du but spécifique dans lequel elle lui est demandée. Il doit se limiter à des données objectives et éviter toute forme d'appréciation relevant du domaine de l'expertise. Il informe l'interné du contenu de l'attestation et le laisse décider de son utilisation : conservation au dossier médical ou communication avec le consentement écrit de l'interné au médecin de l'équipe d'expertise, à son avocat ou à un médecin externe.

9. Formation et formation continue

La garantie de soins de haute qualité, adaptés aux besoins du patient constitue l'une des dispositions majeures de la Loi de principes du 12 janvier 2005. Ceci requiert, outre la mobilisation d'un personnel qualifié et motivé, également un échange continu d'expériences avec les autres équipes soignantes et une attention prioritaire pour la formation permanente de tous les membres du personnel. Les initiatives nécessaires doivent donc être développées dans ce sens.

10. Commission déontologique

Une commission déontologique va être créée, composée de représentants du Service des Soins de Santé Prisons et du Service psychosocial.

Les questions de principe relatives à l'application de la présente circulaire doivent être soumises au Médecin Directeur du Service de Soins de Santé Prisons.

Laurette Onkelinx
Ministre de la Justice



TEL.
FAX

A

CONTACT SPS / SSSP

TEL.
FAX

E-MAIL

@

ADRESSE 4 place de Louvain, 1000 Bruxelles

DATE mai 2009

NOTRE REF.
COPIE

VOTRE REF.

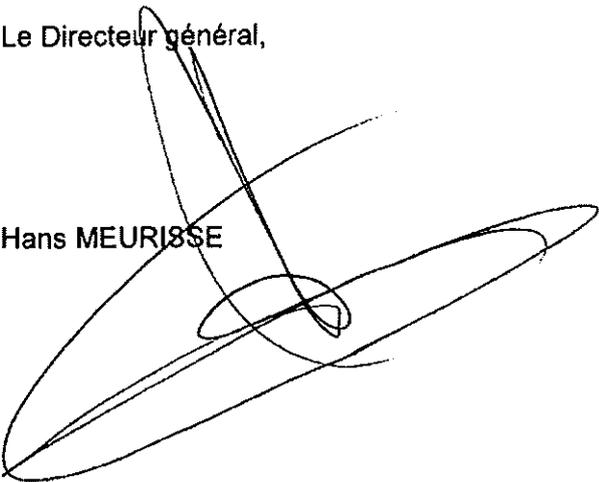
OBJET

Madame, Monsieur le directeur,

Je vous invite à prendre connaissance des instructions que vous trouverez en annexe. et à diffuser les présentes instructions à tous les membres du personnel qui sont concernés. Elles ont pour objectif de clarifier les relations entre les équipes de soins et les équipes SPS.

Le Directeur général,

Hans MEURISSE



Juin 2009

Introduction

Suite aux concertations entre les équipes de soins et les équipes SPS dans les sections psychiatriques¹ et EDS (en 2007 et 2008) et en réponse aux questions qui se posent dans les pratiques quotidiennes des équipes de soins et SPS, il est apparu important de préciser certains repères méthodologiques et déontologiques.

Le document comprend 8 parties :

1. Le cadre légal et réglementaire
2. Le groupe cible
3. Les missions
4. Les canaux de communication
5. Les documents : contenu, transmission, accessibilité et conservation
6. La mission d'accueil
7. Les missions dans le cadre des perspectives de réinsertion
8. Les missions en cas de sortie des sections psychiatriques ou d'EDS

1. Le Cadre légal et réglementaire

1.1. Les textes légaux, les textes réglementaires et les codes de déontologie

Différents textes légaux, les textes réglementaires et les codes de déontologie balisent les pratiques:

- o Loi de principes concernant l'administration pénitentiaire ainsi que le statut juridique des détenus² (12 janvier 2005)
- o Loi relative aux Droits des patients (22 août 2002)
- o Loi du 1er juillet 1964 de défense sociale à l'égard des anormaux, des délinquants d'habitude et des auteurs de certains délits sexuels³
- o Loi coordonnée sur les hôpitaux du 7 août 1987
- o Le code pénal et plus particulièrement les articles 458 et 458 bis
- o Le code de déontologie médicale et les codes de déontologie de chaque profession
- o La Recommandation Rec (2006)2 du comité des ministres aux états membres sur les règles pénitentiaires européennes
- o Arrêté royal du 21 mai 1965 portant règlement général des établissements pénitentiaires
- o La circulaire 1800 et annexe déontologique (SSSP- 7 juin 2007)
- o Les instructions méthodologiques à destination des équipes SPS relatives à la loi du 17 mai 2006 (SPS- février 2007).

1.2. Les grands principes du cadre légal et réglementaire

¹ Actuellement dénommées « annexes »

² Partiellement en vigueur à ce jour

³ A remplacer par la Loi relative à l'internement des personnes atteintes d'un trouble mental (21 avril 2007) dès sa mise en application

Ces principes sont :

- l'équivalence de soins à l'intérieur et à l'extérieur du carcéral ou de la défense sociale et une adaptation des soins à chaque patient en vue d'une intégration rapide dans le circuit général de soins ;
- l'incompatibilité des missions de soins et d'expertise/évaluation (art. 96 §3, art. 100 et art.101§2 de la loi de principe et art.121 §2 du Code de déontologie médicale⁴) ;
- la collaboration entre les équipes de soins et le SPS dans le respect des règles déontologiques et des Instructions de service ;
- le respect des normes qui sont d'application pour les hôpitaux psychiatriques (loi 7 août 1987 et sa coordination officieuse du 15 mars 2006)

2. Le groupe cible

2.1. Le groupe cible

En référence à la circulaire 1800 Pt 2, le groupe cible est constitué :

- des prévenus en observation sur décision des juridictions d'instruction,
- des internés dont la situation est - ou non - définitive,
- des détenus⁵ placés dans la section psychiatrique sur décision du psychiatre soins (pour les modalités pratiques voir 2.3).

2.2. La détermination des priorités dans l'octroi des soins

Quand la demande dépasse l'offre, l'équipe soins prend en charge, par ordre de priorité :

- Le groupe cible
- Les détenus ayant quitté l'annexe. Une concertation entre les équipes de soins et SPS est nécessaire pour déterminer qui assure le suivi dans l'intérêt de la personne et de l'ensemble du groupe cible.

2.3. L'admission ou la sortie de la section psychiatrique

La décision incombe :

- aux juridictions d'instruction (prévenus mis en observation) ;
- au psychiatre soins. En son absence, un membre désigné de l'équipe de soins contactera le psychiatre. Les modalités d'exécution se font en concertation avec la direction.

2.4. La responsabilité du programme thérapeutique

- le psychiatre soins décide - et est responsable - du programme thérapeutique après concertation avec les membres de l'équipe de soins ;
- le psychologue coordinateur soins coordonne l'exécution des décisions prises pour chaque patient.

3. Les missions des deux équipes

⁴ Un délai de 3 ans est requis avant autorisation de changer de mission (expertise ou soins) pour un même patient

⁵ Dans la traduction française de la circulaire, il est fait, à tort, référence à des « internés » à la place de « détenus »

3.1. Les missions de soins et d'expertise/évaluation sont incompatibles pour un même prestataire et pour un même détenu

3.2. Les conséquences de ce principe d'incompatibilité entre missions

- deux équipes pluridisciplinaires à part entière sont créées;
- chaque équipe exécute soit la mission de soins, soit celle d'expertise/évaluation dans le respect des règles méthodologiques et déontologiques spécifiques;
- chaque patient/détenu a un dossier individuel séparé SPS et Soins ;
- il n'y a pas de réunion clinique (réunion de présentation et d'élaboration relative à un patient) commune entre les 2 équipes (interdiction de présence même en qualité d'observateur) ;
- les locaux, le matériel, le listing du personnel, les lignes téléphoniques,... de chacune des deux équipes sont clairement distincts.

3.3. La coordination entre les services

En vue de réaliser les missions de soins et d'évaluation avec efficacité et dans des conditions suffisamment sécurisées pour chacun, il est nécessaire de

- partager les informations suivant les modalités et canaux de communication précisés (voir point 4)
- prévoir une coordination entre les services internes et externes à la DG EPI.

4. Les canaux de communication

Les canaux de communication entre les équipes de soins et SPS sont :

4.1. Le recueil d'informations communes SPS et SSSP

- Ce recueil, validé par la commission de déontologie, est à disposition sur un serveur commun aux deux équipes.
- Il contient uniquement des informations objectives qui sont complétées, modifiées et vérifiées (clarté, précisions des dates, par qui, quand, résultats) exclusivement par les membres des deux équipes.
- La direction peut consulter ce recueil et faire corriger les données inexactes.
- L'utilisation de ce recueil est obligatoire.

4.2. Les attestations

- les attestations réfèrent au pt 8.3 de la circulaire 1800 ;
- elles contiennent des données objectives relatives à l'état de santé, au traitement, aux activités et à l'évolution de l'interné ;
- elles sont rédigées –datées et signées- par le psychiatre soins ;
- pour être transmises, elles nécessitent l'accord éclairé du patient quant au contenu. En cas d'accord, le patient les date et les signe (s'il s'agit d'un patient « incapable de consentement», il y a lieu de se référer à la loi sur les droits du patient art 13 et 14) ;
- le psychiatre soins n'a pas l'obligation de rédaction. Il évalue l'opportunité au cas par cas et informe le patient des suites de sa demande ;

- les attestations sont destinées au psychiatre SPS (et CDS/TAP) en vue de la mission d'évaluation, au mandataire ou à la personne de confiance désignée par le patient (loi de principe art 92⁶).

4.3. La communication entre psychiatre soins et psychiatre SPS

- La communication est cadrée par les règles déontologiques médicales ;
- La communication du traitement médicamenteux implique l'accord écrit du patient, sollicité lors de l'accueil ;
- Les informations relatives à l'état de santé et l'évolution du patient sont communiquées, de psychiatre à psychiatre, par attestation et avec l'accord du patient (voir point 4.2.).

4.4. La communication entre direction/équipe de Soins/ équipe SPS/CDS/TAP

- Le directeur est le canal de transmission des informations entre les membres des équipes SPS et de soins, même quand l'état de nécessité est invoqué (annexe à la circulaire du 7 juin 2007) ;
- Il transmet les rapports SPS vers les CDS/TAP et vers le psychologue coordinateur de l'équipe de soins ;
- Conformément à la législation en vigueur, c'est le directeur qui est entendu par la CDS/ le TAP ; les intervenants des équipes SPS et de soins ne peuvent être entendus que moyennant une convocation en bonne et due forme ;
- Le directeur communique les décisions des CDS/TAP respectivement aux équipes de soins et SPS ;
- Il organise, une fois par trimestre, des réunions de concertation avec les intervenants extérieurs, comme prévu dans la circulaire du 7 juin 2007 (Point 7.4.). Il envoie l'ordre du jour et le compte-rendu de la réunion au service SSP central ;
- Il veille à la communication la plus rapide possible, aux deux équipes, de toutes les informations relatives à l'incarcération, à la situation légale, aux transferts, aux entrées et sorties de section psychiatrique.

4. . La gestion des problèmes de communication

Les problèmes éventuels sont discutés lors de réunions régulières organisées localement avec les deux équipes, la direction et les SSPS et SSP centraux.

5. Les documents

Contenu : se référer aux instructions de service SPS et soins

Voie de transmission, accessibilité et conservation :

5.1. Dossier d'écrou/dossier « greffe »

- Accessible aux deux équipes ;
- Classement au greffe.

5.2. Expertise judiciaire

- Accessible aux deux équipes ;
- Formulation de la demande par le psychiatre SPS (art.101 RG) ;
- Transmission d'une copie dès réception par psychiatre SPS au psychiatre soins, à sa demande ;
- Classement dans le dossier SPS et le dossier de séjour en section psychiatrique.

⁶ quand il sera d'application

5.3. Décisions CDS/TAP

- Dès réception de la décision de la CDS/TAP, le greffe communique une copie de la décision aux 2 équipes ;
- Classement dans les dossiers greffe, dossier SPS et dossier de séjour en section psychiatrique.

5.4. Cahier des observations des agents pénitentiaires

- Les membres des équipes SPS et de soins et de la direction consultent régulièrement le cahier des observations et interprètent les informations avec les précautions d'usage ;
- Les membres des équipes SPS et de soins y consignent les informations objectives qui sont indispensables à la mission des agents pénitentiaires.

5.5. Rapport d'incidents des sorties accompagnées

- On entend par incident le non respect des conditions fixées et acceptées avant la sortie par le patient ;
- Les rapports d'incidents sont transmis à la direction et aux membres de l'équipe SPS en charge du dossier.

5.6. Transmission des résultats de tests entre les deux équipes

- La communication est réglée par les recommandations de la Fédération belge des psychologues⁷
- Interdiction de transmission de l'équipe soins à l'équipe SPS ;
- Transmission rapide, via le recueil d'informations communes, du nom - et dates de passation- des tests que l'équipe SPS compte réaliser (point 4.1.) ;
- Transmission des résultats des tests du psychologue SPS au le psychologue soins, à la demande de ce dernier et dans l'objectif d'éviter les effets « test-retest » (cela ne concerne que les tests relatifs au diagnostic des fonctions cognitives, neuropsychologiques ou de personnalité) ;

5.7. Transmission des résultats d'examens médicaux

- Du SSSP vers l'équipe SPS ;
- Transmission uniquement des protocoles et des données objectives ;
- Dans l'objectif d'éviter la réalisation d'examens non nécessaires ;
- Uniquement avec l'accord du patient ;
- Et si en lien avec la mission d'évaluation et les perspectives de réinsertion.

5.8. Dossier médical (« Epicure »)

- Accessible aux médecins, psychiatres, infirmiers et au psychologue coordinateur de l'équipe de soins.

5.9. Dossier de séjour en section psychiatrique

- Accessible aux seuls membres de l'équipe de soins ;
- en cas de transfert intra SPF Justice et pour assurer la continuité des soins, une copie papier du dossier de séjour en annexe psychiatrique est transmise au

⁷ courrier du 12 juillet 200.

psychiatre en chef de l'annexe ou de l'EDS accueillant (par pli postal). L'accord du patient n'est pas requis.

5.10. Dossier SPS

- n'est accessible qu' aux membres du SPS en charge du dossier.

5.11. Les rapports SPS

- Les rapports SPS sont transmis au directeur qui en a fait la demande et au psychologue coordinateur de l'équipe de soins via le directeur (voir point 4.4.).

5.12. Enquêtes sociales des Maisons de justice

- Accessibles au directeur et aux membres de l'équipe SPS en charge du détenu.

5.13. Dossier judiciaire

- Accessible aux membres de l'équipe SPS en charge du détenu ;
- Demandé par le psychiatre SPS pour l'élaboration de l'avis (art. 101 du RG).

5.14. Tableau récapitulatif des documents et de leur accessibilité

Documents	Accès SPS	Accès soins	Accès Direction
5.1. Dossier écrou/greffe	oui	oui	oui
5.2. Expertise judiciaire	oui	oui	oui
5.3. Décisions CDS/TAP	oui	oui	oui
5.4. Cahier des observations	oui	oui	oui
5.5. Rapport d'incidents de sortie	oui	oui	oui
5.6.a. Transmission tests effectués par le SPS	oui	oui ⁸	non
5.6.b. Transmission tests effectués par Soins	non	oui	non
5.7. Transmission des examens médicaux	oui ⁹	oui	non
5.8. Dossier médical (Epicure)	non	oui ¹⁰	non
5.9. Dossier de séjour en section psychiatrique	non	oui	non
5.10. Dossier SPS	oui	non	non
5.11. Rapport SPS	oui	oui ¹¹	oui
5.12. Enquêtes sociales des MJ	oui	non	oui
5.13. Dossier judiciaire	oui	non	oui

⁸ Pour éviter test-retest, avec précautions vu différence de contextes.

⁹ Si lien avec la mission d'évaluation et si accord du patient.

¹⁰ Accès réservé aux médecins, psychiatres, infirmiers et au psychologue coordinateur de l'équipe de soins.

¹¹ Au coordinateur de l'équipe de soins via la direction.

6. La mission d'accueil

- Un accueil spécifique doit être effectué par chacune des 2 équipes dans le respect des instructions de service (mission première de l'assistant social) ;
- Les urgences sociales sont traitées par l'assistant social soins et, s'il est absent, par l'assistant social SPS ;
- Les tâches consistent à compléter le recueil d'informations commun SPS et SSSP (voir point 4.1.) et à ouvrir le dossier SPS et le dossier de séjour en annexe psychiatrique.

7. Les missions dans le cadre des perspectives de réinsertion

- L'équipe SPS formalise les perspectives de réinsertion et les évalue en fonction des critères légaux et des instructions de service;
- L'équipe SPS contacte les structures d'accueil extérieures et leur fournit toutes les informations nécessaires à leur prise de décision.
- L'équipe de soins n'intervient pas à cette étape.

Tableau récapitulatif des missions respectives relatives aux perspectives de réinsertion

Domaines de compétences du SPS	Domaines de compétences des Soins
L'équipe SPS	L'équipe Soins
Accompagne le détenu dans la mise en forme des perspectives de réinsertion	Non
Non	Met en ordre administrativement le détenu ¹²
S'assure de l'absence d'obstacle administratif à la poursuite des perspectives de réinsertion	
Actualise régulièrement le recueil d'informations communes SPS et SSSP	
-	Le psychiatre soins rédige des attestations pour le SPS (à la demande et avec l'accord du patient)
Évalue les perspectives de réinsertion	Non
Rédige un rapport (suivant les instructions méthodologiques)	Non
Transmet le rapport au directeur SPS et au psychologue coordinateur de l'équipe soins (via la direction)	-
N'accompagne pas le détenu dans un service extérieur sauf exceptions et	N'accompagne pas le détenu dans un service extérieur sauf à la demande du

¹² Mutuelle, carte identité, carte de séjour, CPAS, dettes, contrats de location, abonnements,...

autorisation du SPS central sur base d'une demande motivée	psychiatre soins motivée par des raisons thérapeutiques (contrat thérapeutique de sortie avec conditions)
-	Rédige et transmet à la direction et au SPS un rapport d'incidents de la sortie accompagnée, le cas échéant
Contacte les structures d'accueil extérieures et fournit toutes les informations nécessaires à leur prise de décision	Non
Aide le détenu ? dans les différentes démarches relatives à la mise en œuvre des perspectives de réinsertion	Non, oriente vers SPS
Organise les modalités pratiques liées à la mise en œuvre des perspectives de réinsertion	Non, oriente vers SPS
Non	Le psychiatre soins communique les informations nécessaires aux services extérieurs de soins pour assurer la continuité des soins

8. Missions en cas de départ de l'annexe psychiatrique ou d'EDS

4 cas de figure sont envisagés

8.1. Retour dans le carcéral

- L'équipe de soins poursuit la relation thérapeutique avec les internés et les prévenus mis en observation. En ce qui concerne les détenus, elle poursuit la relation thérapeutique si elle l'estime opportun ou l'oriente vers les services compétents ;
- le SPS poursuit sa mission d'évaluation avec la personne détenue.

8.2. Transfert vers une autre annexe psychiatrique ou EDS Justice

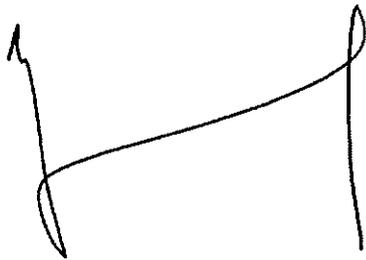
- L'équipe de soins transmet une copie du dossier de séjour en section psychiatrique à l'autre équipe de soins (voir point 5.9.) ;
- le dossier Epicure suit le patient automatiquement ;
- l'équipe SPS transmet le dossier SPS au nouveau SPS.

8.3. départ vers un EDS ne relevant pas du SPF justice, un service ou une structure de soins extérieurs (hôpital psychiatrique, service de santé mentale, hôpital de jour,...)

- Le psychiatre soins transmet à son confrère les informations relatives au traitement, l'état de santé et l'évolution de l'interné avec l'accord de l'interné
- le SPS clôture et classe le dossier SPS dans les archives SPS.

8.4. Libération

- Si le patient le demande, le psychiatre soins lui transmet une copie de son dossier médical électronique (« Epicure »).



Marie-Françoise Berrendorf
Conseillère générale

Table des matières

1. Le cadre légal et réglementaire

- 1.1. Les textes légaux et réglementaires
- 1.2. Les grands principes

2. Le groupe cible

- 2.1. Le groupe cible
- 2.2. La détermination des priorités dans l'octroi des soins
- 2.3. L'admission ou sortie de la section psychiatrique
- 2.4. La responsabilité du programme thérapeutique

3. Les missions

- 3.1. L'incompatibilité entre missions de soins et d'expertise/évaluation
- 3.2. Les conséquences de ce principe d'incompatibilité des missions
- 3.3. La coordination entre les services

4. Les canaux de communication

- 4.1. Le recueil d'informations communes SPS et SSSP
- 4.2. Les attestations
- 4.3. La communication entre psychiatres soins et psychiatre SPS
- 4.4. La communication entre direction/équipe soins/équipe SPS/CDS/TAP
- 4.5. La gestion des problèmes éventuels de communication

5. Les documents : contenu, transmission, accessibilité et conservation

- 5.1. Dossier d'écrou/dossier « greffe »
- 5.2. Expertise judiciaire
- 5.3. Décisions de la CDS/TAP
- 5.4. Cahier de communication des agents pénitentiaires
- 5.5. Rapport d'incidents des sorties accompagnées
- 5.6. Transmission des résultats de tests entre les deux équipes
- 5.7. Transmission des résultats des examens médicaux entre les deux équipes
- 5.8. Dossier médical (« Epicure »)
- 5.9. Dossier de séjour en section psychiatrique
- 5.10. Dossier SPS
- 5.11. Rapports SPS
- 5.12. Enquêtes sociales des maisons de Justice
- 5.13. Dossier judiciaire
- 5.14. Tableau récapitulatif des documents et de leur accessibilité

6. La mission d'accueil

7. Les missions dans le cadre des perspectives de réinsertion

Tableau récapitulatif des missions respectives relatives aux perspectives de réinsertion

8. Les missions en cas de sortie des sections psychiatriques ou d'EDS

8.1. Retour dans le carcéral

8.2. Transfert vers une autre section psychiatrique ou un EDS Justice

8.3. Sortie vers un EDS autre que justice, un service ou une structure de soins extérieurs

8.4. Libération