

Les politiques et mesures mises en œuvre

Une stratégie interministérielle pour la santé des personnes placées sous main de justice, adoptée en 2017, vise à promouvoir la santé des personnes, à garantir leur accès aux soins et à réduire les inégalités sociales de santé.

La stratégie santé pour les personnes placées sous main de justice

Pourquoi fallait-il une stratégie de santé publique spécifique pour une population d'environ 300 000 personnes (détenus, personnes suivies en milieu ouvert, notamment les mineurs accompagnés par la Direction de la protection judiciaire de la Jeunesse [PJJ]) dont les principaux problèmes de santé, qu'il s'agisse de la santé mentale, des addictions ou encore de la santé sexuelle font déjà l'objet de plans, programmes et stratégies de santé publique thématiques ? Pourquoi, en effet, ne pas se contenter de l'intégration, indispensable et effective, de cette population dans la cible plus large de tous les programmes nationaux de santé publique ? Parce que cela ne peut suffire.

Une approche spécifique nécessaire

De fait, de nombreux constats plaident pour la nécessité d'une approche spécifique complémentaire à l'approche générale.

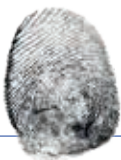
- Les personnes sous main de justice, notamment les personnes détenues, cumulent les inégalités sociales de santé. La fréquence élevée des pathologies mentales, des addictions, des infections chroniques (VIH et hépatites) dans cette population est connue, mais nous manquons de données actualisées de surveillance. Il nous faut mieux observer pour mieux agir :

d'une part améliorer la connaissance de la santé des personnes détenues à l'entrée et aussi en cours de détention, et d'autre part être en mesure d'évaluer l'impact de l'engagement des équipes et des importants investissements mis en place pour améliorer l'accès aux soins des personnes détenues depuis la loi de 1994.

- La détention rend compliquée l'organisation des soins : malgré l'idéal inscrit dans la loi d'un même accès aux soins et à la prévention que la population générale, la population des personnes détenues souffre, inévitablement, d'un accès plus complexe. En conséquence, il faut, en permanence, s'interroger sur les organisations et les moyens de dépasser les obstacles inhérents à la privation de liberté afin de préserver intégralement le droit à la santé des personnes détenues. En outre, certains soins, en lien avec des addictions ou des infractions à caractère sexuel, ont un rapport direct avec le motif de condamnation des personnes, qu'elles soient détenues ou suivies en milieu ouvert, et l'effectivité de ces soins ne peut être atteinte que par des organisations spécifiques à cette population.

- Au-delà de la détention, la question de la continuité des parcours de santé lors de la sortie est un défi

Jérôme Salomon
Directeur général de la santé, DGS
Christophe Michon
Chef de projet à la DGS pour la mise en œuvre de la stratégie interministérielle santé des personnes placées sous main de justice



commun avec celui de la réinsertion sociale, et les résultats sont encore insuffisants dans ce champ. Les personnes suivies en milieu ouvert, en particulier à l'issue d'une incarcération, doivent donc, elles aussi, faire l'objet d'une attention particulière des politiques publiques bien qu'elles accèdent aux soins dans le cadre du droit commun.

- L'accès à la prévention et à la promotion de la santé, que la Stratégie nationale de santé¹ porte comme la priorité majeure de la politique de santé, est un autre défi à relever, en particulier dans les maisons d'arrêt dans le contexte de surpopulation carcérale que nous connaissons en France. Alors comment poursuivre nos objectifs d'environnements favorables à la santé ? L'enfermement en cellule, la promiscuité, le manque d'activité, le stress, la violence ou encore le tabagisme passif sont autant de conséquences de la surpopulation. Ce sont surtout des facteurs qui nuisent à la santé des personnes détenues mais aussi à la qualité de vie au travail des professionnels exerçant en détention. Développer dans ce contexte des programmes de prévention et de promotion de la santé élaborés pour, par et avec les personnes détenues et les professionnels peut sembler irréaliste. De nombreuses expériences montrent au contraire qu'une approche fondée sur les principes de la promotion de la santé permet de rendre en partie aux personnes leur pouvoir d'agir sur leur environnement et sur leur santé. Nous devons agir en ce sens.

- Les logiques et les cultures différentes des professionnels du soin et de la surveillance imposent de travailler non seulement au renforcement des collaborations et des échanges, dans le respect des secrets professionnels, mais aussi sur les formations afin de développer une culture commune. L'enjeu est de surmonter les difficultés propres aux collaborations interdisciplinaires afin de permettre aux professionnels exerçant en détention de mieux se coordonner autour des personnes qui leur sont confiées.

Ce sont tous ces constats, partagés par les services des ministères de la Santé et de la Justice, et confirmés en 2015 par l'évaluation du plan d'actions stratégiques 2010-2014 relatif à la politique de santé des personnes placées sous main de justice², qui nous ont amenés à élaborer la nouvelle stratégie interministérielle pour la santé des personnes placées sous main de justice³.

Les axes et objectifs de la stratégie santé des personnes placées sous main de justice

Cette stratégie pérenne définit des axes de travail regroupant un certain nombre d'objectifs. La traduction

1. <http://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/strategie-nationale-de-sante/>

2. Évaluation du plan d'actions stratégiques 2010-2014 relatif à la politique de santé des personnes placées sous main de justice, <http://www.igas.gouv.fr/spip.php?article542>

3. http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/strategie_ppsmj_2017.pdf

de ces objectifs en un programme d'actions, nationales, régionales, locales, définira une première feuille de route : cette élaboration est en cours, coordonnée par une équipe projet interministérielle pilotée par la Direction générale de la santé, qui anime des groupes de travail composés de représentants des institutions, des professionnels et des associations, de la santé et de la justice.

Les objectifs de la stratégie santé des personnes placées sous main de justice sont regroupés au sein de six axes, tous potentiellement transversaux aux thématiques sanitaires prioritaires.

- Axe 1 : mieux connaître l'état de santé et déterminer les besoins en matière de santé des personnes placées sous main de justice.

- Axe 2 : développer la promotion de la santé des personnes placées sous main de justice tout au long de leur parcours. Les premières mesures de cet axe ont été intégrées dans le plan national de santé publique (PNSP « Priorité prévention ») annoncé par le Premier ministre le 26 mars 2018, illustrant ainsi la cohérence entre plan général et feuille de route ciblée sur une population particulièrement vulnérable. Ces mesures portent en particulier sur la mise en œuvre de programmes de promotion de la santé dans tous les établissements pénitentiaires et sur le renforcement du programme « PJJ promotrice de la santé ».

- Axe 3 : poursuivre l'amélioration des repérages et dépistages des personnes placées sous main de justice.

- Axe 4 : améliorer l'accès aux soins des personnes placées sous main de justice.

- Axe 5 : organiser la continuité de la prise en charge lors des sorties de détention et des levées de mesures de justice.

- Axe 6 : favoriser la coopération des acteurs impliqués dans la mise en œuvre de la stratégie de santé des personnes placées sous main de justice.

Les travaux d'élaboration des actions à entreprendre sont organisés par axe mais certains thèmes prioritaires sont pris en compte par des groupes thématiques dédiés (sur la prévention du suicide, la lutte contre le tabagisme, la réponse aux situations de handicap et de perte d'autonomie liée au vieillissement, les soins en rapport avec l'infraction commise).

Pour réduire les inégalités sociales de santé présentes dans la population des personnes placées sous main de justice, la politique publique doit à la fois utiliser les leviers destinés à l'ensemble de la population et entreprendre des actions spécifiques ciblées.

Cette stratégie interministérielle est en pleine cohérence avec la Stratégie nationale de santé et sa mise en œuvre repose sur de nombreux acteurs de la santé et de la justice : leurs collaborations sont primordiales, tant au niveau national ou régional qu'au niveau local, avec pour objectif commun l'amélioration de la santé des personnes placées sous main de justice. ●

La prise en charge de la santé des personnes placées sous main de justice en Angleterre et en Irlande du Nord

La prise en charge de la santé des personnes placées sous main de justice en Angleterre et en Irlande a été profondément repensée en 2016 du fait de la publication de deux documents clés : la stratégie du National Health Service England (NHS E) 2016-2020 d'une part ; le livre blanc sur la sécurité et la réforme des prisons du ministre de la Justice (*Lord Chancellor*) d'autre part. Ces réformes dressent un cadre nouveau dans lequel la continuité et la coordination des soins, l'individualisation de la prise en charge, l'objectif de réinsertion, la responsabilité directe des directeurs des prisons et l'objectif de qualité des soins sont mis en avant.

La stratégie du National Health Service England (NHS E) 2016-2020¹

Publiée le 18 octobre 2016, la stratégie définit les ambitions du NHS en vue d'améliorer la santé et les résultats du système de soins pour les détenus, tout en promouvant la cohésion sociale et la sécurité de la communauté. Sont concernés :

- les services de soin en prison et en centres de détention pour jeunes délinquants,
- les centres de rétention pour migrants,
- les centres d'accueil protégé pour enfants et jeunes adultes,
- Les services de liaison et d'orientation auprès de la police et des tribunaux²,
- les centres pour les auteurs d'infractions à caractère sexuel,
- les services de santé publique.

Les constats

Défini en collaboration avec les services compétents de la santé et de la justice, les utilisateurs des services de santé, les médecins et les établissements de soins, le tiers secteur indépendant, les services de probation et l'agence exécutive Public Health England (PHE), le plan stratégique s'appuie sur une étude de 2013³, qui a mis à jour un certain nombre de constats.

1. Étude réalisée par la Revolving Doors Agency : Strategic direction for health services in the justice system : 2016-2020. Care not custody, care in custody, care after custody.

2. Les services de liaison et d'orientation, Liaison and Diversion Services, sont des services du NHS intervenant lors des arrestations pour identifier les personnes les plus vulnérables, notamment du fait de pathologies mentales, et les orienter vers des centres de soins, la prison ou la prise en charge en milieu ouvert.

3. Balancing Act : Addressing health inequalities among people in contact with the criminal justice system.

- Les personnes placées sous main de justice sont en majorité plus malades et ont moins accès aux programmes de prévention, en lien avec des conditions sociales difficiles, couplées avec un long passé dans le système de soins : il s'agit ainsi d'un groupe social particulièrement vulnérable.

- Les personnes placées sous main de justice sont aussi davantage concernées par les addictions. L'usage de drogues serait responsable de plus d'un tiers de la criminalité, alors que des traitements appropriés pourraient réduire cette criminalité de 50 %. 15 % des jeunes en détention ont au moins une addiction, et 37 % des récidivistes.

- Le système de soins tel qu'il est conçu n'est pas adapté à la prise en charge de personnes aux besoins multiples, et ce type de prise en charge n'est pas forcément attractif pour les professionnels.

- Une prise en charge plus adaptée, grâce à des partenariats, notamment pour la santé mentale et les addictions, sera bénéfique pour les individus eux-mêmes mais aussi pour leurs familles et leurs aidants ; en contribuant à réduire la criminalité et les récidives, elle sera bénéfique pour la société en général.

- Compte tenu de la brièveté de la durée moyenne des incarcérations et du taux élevé de récidives⁴, assurer la continuité de la prise en charge entre la détention et la sortie en ville est indispensable.

In fine, traiter convenablement cette population spécifique aura un impact significatif sur la santé, les conditions de vie et la réduction des inégalités. Au regard de ce constat, les ambitions affichées par le NHS E sont de :

- réduire l'écart entre les détenus et la population générale en termes de santé grâce à un soutien et à une coopération accrue de tous les services de soin et des services sociaux ;

- réduire le nombre de personnes incarcérées en raison de problèmes de santé non traités, en particulier la toxicomanie, et par ce moyen contribuer à la réduction de la délinquance ;

- assurer la continuité de la prise en charge après la sortie de détention de façon à réduire les récidives.

Ces ambitions se traduisent par l'affichage de sept priorités.

1. Améliorer la santé des plus vulnérables et réduire les inégalités de santé.

4. 46 % de récidives la première année après la sortie ; 74 % de peines inférieures à douze mois, soit six mois effectifs en prison ; pour les mineurs et les jeunes, les séjours effectifs dépassent à peine deux mois. 34 % des détenus reviennent en milieu ouvert.

Caroline Weill-Giès
Consultante en santé publique



2. Améliorer les interventions précoces grâce à des services de liaison et d'orientation efficaces.
3. Promouvoir des soins centrés sur la personne définis dans des plans de soins individualisés (*care plans*) afin de proposer des traitements et un soutien appropriés.
4. Écouter davantage les personnes concernées et encourager leur implication active dans la définition des besoins.
5. Encourager les soins de suite et mettre en œuvre des moyens de guérison.
6. Promouvoir la continuité des soins, à l'entrée en détention et à la sortie, par l'articulation des services de soins en détention, en milieu protégé et en ville.
7. Promouvoir une meilleure intégration des services grâce à des partenariats, des collaborations et une organisation des soins.

Les plans de soins individuels, notamment, doivent : être établis dans tous les lieux de soin ; prendre en compte les aspirations de la personne ; être conçus de façon à protéger les personnes à risque de judiciarisation, à éviter la stigmatisation, à protéger leur dignité, à identifier un médecin traitant. En outre, les *care plans* établis dans la communauté doivent être reconnus dans les lieux de détention de façon à éviter les ruptures de soin entre la ville et la détention.

Le NHS s'engage par ailleurs à développer un cadre de soins intégrés pour la santé mentale destiné aux enfants et aux jeunes en milieu fermé, ainsi qu'à rédiger un nouveau protocole de prise en charge de la santé mentale dans les lieux de détention et les lieux de sécurité. Cet engagement s'est traduit par la publication par le NICE (National Institute for Health and Care Excellence) en mars 2017 du protocole NG66 *Mental health of adults in contact with the criminal justice*. Le NHS s'engage à améliorer également la prise en charge de la santé des usagers de drogues, notamment par l'évaluation des lieux de détention

La gouvernance de la stratégie est confiée, au-delà des instances compétentes pour chaque domaine, à un groupe de surveillance national santé-justice, qui rend compte au comité responsable du NHS. Par ailleurs, un comité de référence en charge de la supervision des services santé-justice⁵ a reçu pour mission de faire émerger des normes de qualité en lien avec les services régionaux et locaux.

Afin de garantir la mise en œuvre et la pérennité de la stratégie, quatre leviers sont déployés :

- la mise en place progressive d'un système d'information santé-justice intégré ;
- un programme-cadre global de mise en œuvre santé-justice⁶, centré sur les résultats ;
- l'amélioration du recueil d'information sur la santé des détenus⁷ ;

5. Health and Justice Clinical Reference Group.

6. NHS E. Framework for Patient and Public Participation in Health and Justice Commissioning. Février 2017.

7. Health and Justice Indicators of Performance (HJIPs).

- un programme-cadre national d'assurance qualité et d'amélioration de la qualité et de la sécurité des services santé-justice, reconnaissant l'importance de la santé mentale, somatique et affective (*emotional*).

Le livre blanc sur la sécurité et la réforme des prisons⁸

Mis en œuvre de façon progressive à partir d'avril 2017, le livre blanc sur la sécurité et la réforme des prisons s'appuie sur le constat selon lequel l'efficacité des services de santé en prison dépend de l'organisation de la prison en général et notamment de la présence de personnels adéquats. Le NHS et les directeurs des prisons doivent donc collaborer pour satisfaire les besoins de santé des détenus, en prenant en compte simultanément les services de santé et l'environnement interne de la prison (*whole prison approach*).

Cette nouvelle approche, promue par l'OMS, a impliqué l'agence Public Health England (PHE), le ministère de la Justice, le service de probation et le National Health Service England dans le développement d'un ensemble d'indicateurs (*metrics*) permettant de mesurer l'impact des changements. Les grands principes de la réforme sont les suivants.

- Davantage d'autonomie donnée aux directeurs (*governors*) des prisons.
- L'objectif de réinsertion des prisonniers est placé au centre du régime carcéral.
- Les directeurs des prisons se voient attribuer un rôle accru sur l'éducation, le travail, les liens familiaux, les programmes de réinsertion des délinquants⁹, la santé.
- Les directeurs des prisons disposent désormais d'une influence accrue sur l'offre de soins dans leur prison, afin d'endiguer la déconnection croissante entre les soins et la sécurité en prisons.
- La prison est considérée comme un lieu de vie et tous les aspects de la prison influant sur les déterminants de la santé au sens large (par exemple l'éducation, *life skills* ou compétences de vie) sont pris en compte ; les principes de santé publique sont au cœur de la réforme¹⁰. L'approche de la santé en prison concerne le personnel, les visiteurs, les familles et l'environnement social immédiat ; elle prend en compte l'ensemble de la trajectoire du délinquant, en lien avec les services de probation.
- Les prisons sont conçues comme partie intégrante des services de santé locaux, qui devraient avoir pour rôle d'assurer les besoins de santé des détenus après la sortie. Les directeurs de prison doivent en conséquence s'engager dans l'organisation des soins de santé de ville autour de la prison.
- La PHE, le NHS E, l'organisation gouvernementale HMPPS (Her Majesty's Prison Service) mettent en place

8. Ministre de la Justice (Lord Chancellor). White Paper on Security and Prison Reform. 3 novembre 2016.

9. Offender behaviour and resettlement programmes.

10. Promotion de la santé, éducation pour la santé, éducation thérapeutique, prévention.

un partenariat afin de proposer aux directeurs des prisons un référentiel des méthodes dont l'efficacité en prison a été démontrée.

Les moyens de la réforme

Afin de garantir que les services de santé en détention soient adaptés aux besoins de la population, leur conformité avec les spécifications nationales émises en particulier par le NICE est requise.

La PHE a également mis au point un tableau de bord (*toolkit*) des indicateurs de santé en prison permettant de mesurer les améliorations de l'offre de soin et les progrès de l'état de santé. Une équipe

permanente mixte justice-santé chargée d'analyser les données de santé et de les interpréter aux différents niveaux (local, régional, national) a été mise en place.

Enfin, à l'avenir, l'évaluation annuelle de la performance des directeurs de prison reposera sur les indicateurs de performance en cours d'élaboration au ministère de la Justice et dans les services de probation, qui incluront des indicateurs spécifiques destinés à mesurer les gains de santé des détenus ; la mesure de la performance en santé s'appuiera sur différentes sources de données, permettant des comparaisons entre les prisons et avec la population générale. ●

Les réformes de la prise en charge de la santé des détenus dans les lieux de détention en Belgique

Le principal problème sanitaire auquel doit faire face le système pénitentiaire belge est la surpopulation chronique, le stress et les maladies transmissibles que celle-ci provoque. En 2017, une étude du Centre fédéral d'expertise des soins de santé (KCE) fait le constat de la mauvaise santé des détenus dans les prisons belges, attestée notamment par une consommation de médicaments importante, en particulier de psychotropes, et par le nombre élevé de consultations par détenu : en moyenne 18 fois par an pour le médecin généraliste et 3 fois par an pour le psychiatre...

Selon le KCE, le système pénitentiaire « manque de ressources financières et humaines, de coordination, de continuité des soins, de communication, de formation et souffre de la fragmentation des compétences entre niveaux de pouvoir ». Les détenus ne bénéficient pas d'une consultation systématique à l'entrée en détention ni d'une couverture sociale pendant la détention, système qui conduit à une rupture complète dans la prise en charge à la sortie de prison¹.

En 2015, une étude de la CCAP² a établi que :

- les acteurs sociaux et médicaux étaient en nombre insuffisant sur le terrain par rapport au nombre des détenus en droit de les solliciter. Dans les centres pénitentiaires, ils ne disposent ni des informations ni des locaux dont ils auraient besoin pour remplir leur mission ;
- les services d'aide psychosociale destinés aux détenus sont insuffisants (un psychologue pour plus

de 700 détenus et des délais d'attente parfois supérieurs à douze mois) ;

- les services de promotion de la santé sont sous-dotés : 8,25 ETP (équivalents temps plein) d'acteurs de santé pour l'ensemble des 5 795 détenus des centres pénitentiaires de Wallonie ;
- la formation des détenus est défailante en prison : 75 % des détenus n'ont aucune qualification, mais il n'y a de places en formation générale que pour 16 % de la population carcérale, et en formation professionnelle pour seulement 6,8 % des détenus.

En raison de la disparité des services d'aide proposés dans chaque prison, il est impossible pour les détenus de bénéficier d'un suivi cohérent. À la suite d'un transfert, « un parcours initié là peut être interrompu du jour au lendemain, ce qui met à mal tous les efforts effectués par les acteurs professionnels et par les détenus eux-mêmes ». Ainsi, sur 17 prisons, 14 proposent un service de promotion santé et prévention ; 9 proposent des services d'aide aux toxicomanes ; 9 proposent des services d'aide aux alcooliques ; 4 proposent des services liés à la santé mentale. Le système souffre en général de l'absence d'un cadre cohérent d'objectifs et de coordination. De fait, à la suite de la sixième réforme de l'État (2012), diverses compétences en matière de soins de santé ont été transférées des autorités fédérales aux régions et aux communautés. Selon l'étude du KCE de 2017³, « de multiples intervenants sont désormais impliqués dans les soins pénitentiaires, avec une absence de communication et de coordination, et parfois des doubles emplois ».

3. Centre fédéral d'expertise des soins de santé (KCE). Rapport 2017.

Caroline Weill-Giès
Consultante en santé publique

1. Le système pénitentiaire paie en effet lui-même les soins de santé des détenus.

2. Concertation des associations actives en prison (CAAP), publication 2015.



Santé des personnes sous main de justice

Les interpellations de la Belgique par les instances internationales de protection des droits de l'homme ont été nombreuses ; elles ont concerné :

- la surpopulation et des problèmes d'infrastructure dans les prisons ;
- des conditions de vie inhumaines dans certains établissements ;
- une infrastructure inadaptée à la réinsertion des détenus ;
- un environnement de travail dangereux pour le personnel de surveillance et de soutien ;
- l'impossibilité de fait de mettre en place et de mener une politique en matière de différenciation des peines.

En particulier, la Cour européenne des droits de l'homme a plusieurs fois condamné la Belgique en raison de la présence de contrevenants relevant de la psychiatrie dans les prisons belges et du manque de soins adaptés. En effet, faute d'options de traitement en milieu ouvert, les contrevenants atteints de problèmes mentaux (dits « internés ») sont incarcérés en prison, où ils représentent 10 % de la population. Si la situation à cet égard s'est améliorée ces dernières années grâce à la mise en place d'équipes de soins

(psychologues, psychiatres, assistants sociaux et infirmiers psychiatriques), les conditions restent précaires. D'une manière générale, la Belgique, et en particulier la région néerlandophone du nord du pays, manque de services adaptés à cette population particulière.

Le Masterplan : une prise en charge spécifique pour les détenus atteints de pathologies mentales

En 2016, un accord de gouvernement a prévu que les « internés » (malades psychiatriques) doivent être accueillis dans des infrastructures spécifiquement conçues et qu'ils doivent recevoir des soins adaptés au cours de leur détention. Cette évolution s'est traduite par la rédaction d'un « Masterplan prisons et internement » signé conjointement par les ministres de la Santé publique, de la Justice et de la Sécurité intérieure, approuvé en novembre 2016 par le Conseil des ministres. Les objectifs généraux du Masterplan sont de :

- réduire la surpopulation dans les prisons ;
- rénover l'infrastructure pénitentiaire ;
- rendre celle-ci plus adaptée à la réinsertion des détenus, avec la création de maisons de transition ;

Promouvoir la santé en milieu pénitentiaire : l'expérience bretonne

Passer du soin à une approche globale et cohérente de la santé : cette ambition partagée se confronte aux difficultés que connaît le monde pénitentiaire, comme le montre l'initiative menée en Bretagne depuis plusieurs années.

Les équipes hospitalières intervenant dans les établissements pénitentiaires ont notamment pour rôle de coordonner les actions de prévention et d'éducation pour la santé. Elles rencontrent cependant souvent des difficultés à mener à bien cette mission : tel est le constat que la direction régionale des affaires sanitaires et sociales (Drass) Bretagne avait effectué en 2009, après plusieurs rencontres avec les cadres de santé des UCSA (unités de consultation et de soins ambulatoires, devenues depuis unités sanitaires en milieu pénitentiaire, USMP).

Au début de l'année 2010, la Drass a sollicité le pôle régional de compétences en éducation et

promotion de la santé, collectif de structures régionales animé par l'Ireps (instance régionale d'éducation et de promotion de la santé, association qui, plus tard, regroupera les quatre comités départementaux et le comité régional d'éducation pour la santé). Il s'agissait de proposer aux cadres de santé et au personnel infirmier des UCSA une formation et un accompagnement pour la mise en place de projets de service intégrant la promotion de la santé. La démarche a débuté par un état des lieux auprès des équipes et des établissements, mené par l'Ireps, afin de préciser les besoins.

Les constats de la Drass et de l'Ireps se sont rejoints. Plusieurs freins limitaient le développement d'un projet d'ensemble de promotion de la santé : cloisonnement entre les différents services concernés par la santé des personnes détenues, difficulté à identifier un référent pour coor-

donner les actions, prépondérance d'une culture du soin sur celle d'une approche globale de la santé. D'autres facteurs s'y ajoutaient, de manière variable selon les établissements, comme le manque de personnel ou encore des locaux inadaptés.

En 2013, l'Ireps a proposé à l'agence régionale de santé (ARS qui a succédé à la Drass) un programme comportant trois volets :

- une formation sur la promotion de la santé en milieu pénitentiaire ;
- des temps d'échanges de pratiques interétablissements ;
- un soutien méthodologique à la mise en place de projets, intégrant un appui à la coordination entre services concernés.

Ce programme a été mis en œuvre auprès des sept établissements pénitentiaires de la région. Il a pu s'appuyer sur le guide *Promotion de la santé en milieu pénitentiaire. Référentiel d'intervention*, publié en 2014

Valérie Lemonnier
Thierry Prestel
Ireps Bretagne
(Instance régionale
d'éducation et de
promotion de la
santé)

- offrir des alternatives à l'application des peines classiques ;
- réduire durablement la population carcérale en dessous de 10 000 personnes.

Pour tous les « internés » (malades psychiatriques) qui, à l'heure actuelle, séjournent en prison, une infrastructure adaptée doit être mise en place, au sein de laquelle ils bénéficieront des soins et d'un accompagnement conformes à la dignité humaine et personnalisés.

Il s'agit donc d'une approche globale, mettant en place la modernisation et l'extension de la capacité pénitentiaire existante par une politique de réinsertion, par une politique de sanctions différenciées et par la limitation de la surpopulation pour ceux qui restent en prison. Dans le principe, si chaque peine d'emprisonnement prononcée doit pouvoir être effectivement exécutée, dans le même temps, chaque interné (malade psychiatrique) doit pouvoir recevoir une place adaptée et sûre hors de prison.

Le Masterplan a prévu dans ce but la création de nouveaux établissements, la construction de nouvelles cellules et la rénovation de cellules vétustes, via une combinaison de moyens publics et privés, les rénova-

tions incombant aux seuls financements publics. 860 places supplémentaires sont particulièrement destinées aux contrevenants atteints de troubles mentaux ; des équipes mobiles sont prévues afin de faciliter la transition de ces personnes vers les infrastructures d'accueil, la réinsertion sociale et le circuit de soins classiques.

Les maisons de transition qui sont prévues à cet effet constituent un dispositif d'accompagnement à la sortie, pour un total de 100 places ; deux établissements accueillent des projets de petite échelle avec un niveau de sécurité moindre qu'en détention. Des détenus, sélectionnés sur la base d'une série de critères, pourront passer la dernière partie de leur peine dans une maison, où ils bénéficieront d'une assistance et d'un accompagnement intensifs visant à leur permettre de fonctionner à nouveau et mieux dans la société.

À terme, le Masterplan prévoit la mise en place d'un circuit de soins psychiatriques complet, permettant de présenter aux contrevenants psychiatriques un parcours de soins personnalisé dans lequel interviennent tous les acteurs, avec pour objectif final d'éviter toute incarcération des personnes atteintes de troubles psychiatriques en milieu pénitentiaire. ●

par l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé [5, 32].

Quel bilan ?

La démarche a été soutenue par l'ARS et par la direction interrégionale des services pénitentiaires. Elle a connu un début dynamique avec une réelle implication des unités sanitaires et de leurs cadres de santé. Pourtant, au fil des années, elle a rencontré différentes difficultés. L'évaluation est en cours, mais on peut déjà dégager deux tendances : de manière générale, les équipes des unités sanitaires sont motivées à développer une approche globale de la santé ; les freins sont surtout d'ordre structurel.

La motivation se concrétise dans un travail concerté intégrant la mise en place de projets variés, fondés sur des besoins validés avec les personnes détenues. Par exemple, la médiation par l'animal, qui favorise la sortie de l'isolement et

l'expression, ou les actions destinées aux femmes et intégrant des soins du corps et du visage. La santé n'est plus seulement envisagée comme la prise en charge des troubles (le soin), ou l'adoption de « bons » comportements (l'éducation sanitaire). Elle est conçue de manière plus large, visant, sinon un bien-être auquel le milieu n'est pas favorable, du moins un « moins mal-être ».

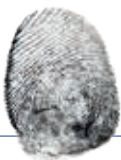
Le frein majeur, et qui va croissant, est l'augmentation de la population incarcérée. Les moyens des unités sanitaires comme de l'administration pénitentiaire n'augmentent pas, voire se réduisent, dans un contexte de forte tension des budgets hospitaliers. L'état de santé des personnes détenues, majoritairement issues de catégories socioprofessionnelles défavorisées, demande souvent des soins et le temps des personnels soignants n'est pas indéfiniment extensible. L'intervention en milieu pénitentiaire n'est

pas toujours attractive et ceux qui s'y impliquent ont souvent, après quelques années, le souhait de changer de service. La rotation des personnels rend difficile la poursuite de projets qui doivent s'inscrire dans la durée. C'est aussi, à chaque fois, une perte de culture en promotion de la santé car celle-ci est encore peu intégrée à la formation et aux parcours des soignants.

La démarche de promotion de la santé menée en milieu pénitentiaire permet de développer une approche plus cohérente et plus large de la santé des personnes détenues. Elle conduit aussi à interroger leurs conditions de vie, les conditions de travail des professionnels de santé et pénitentiaires, les choix politiques et économiques qui les déterminent. ●

Remerciements à Olivier Le Guen (ARS Bretagne) et Valérie Pondaven (direction interrégionale des services pénitentiaires Grand Ouest)

Les références entre crochets renvoient à la Bibliographie générale p. 50.



Pratiques cliniques en milieu pénitentiaire, autonomisation et réinsertion

Emmanuel Luneau

Médecin, unité

« Prévention,

Éducation, Santé en

milieu pénitentiaire »,

CHU Lille

Olivier Vanderstukken

Docteur en

psychologie,

psychologue clinicien,

SMPR Annœullin,

CHU Lille

Caroline Delaplace

Direction

interrégionale des

services pénitentiaires

(DISP)

des Hauts-de-France

Qu'ils soient dénommés personnes – ou patients – placées sous main de justice (PPSMJ), ces individus relèvent de prises en charge sanitaire et pénitentiaire. Historiquement, santé et justice ont toujours entretenu des relations passionnées : hostiles ou complémentaires, déséquilibrées ou constructives, cela en fonction des époques, mais jamais totalement pacifiées. Ces relations ne font que traduire une interconnexion de fait, reposant sur une perception globale du sujet liant le soin (pour lui-même) et sa relation à l'autre (infraction et réhabilitation).

Les systèmes sanitaires et pénitentiaires évoluent selon des normes ou des concepts préalablement définis, en fonction du temps et des pays. C'est ainsi qu'encore aujourd'hui les acteurs, professionnels mais aussi patients ou personnes détenues, semblent adopter un modèle dans lequel les premiers « savent » tandis que les seconds « doivent faire ». Pour autant, les résultats sont décevants, qu'ils soient traduits en termes de « récurrence » ou de « non-observance », et amènent des questionnements.

Certains, appliquant ce modèle, expliquent ces échecs par un partenariat insuffisamment travaillé ou pensé. Ils mettent en avant la nécessité de renforcer les articulations et les échanges entre les deux partenaires, sans interroger la place des personnes placées sous main de justice. En ce sens, il s'agirait de mieux organiser mais aussi de partager davantage les informations.

D'autres s'interrogent sur le modèle en lui-même et proposent une approche différente. Il s'agit, non pas de placer la personne cible comme ignorante et exécutrice d'ordres, mais comme sachante et actrice dans son parcours de vie. Ces approches bouleversent de fait les habitudes, les positionnements, et cela au bénéfice des publics.

Justice et santé réfléchissent à intégrer ces deux axes dans leur mode de fonctionnement, et cela dans un objectif commun : la réinsertion des personnes placées sous main de justice (sur le plan de la santé et du social).

Une approche basée sur la participation de la personne détenue

L'administration pénitentiaire amène la personne détenue à participer à l'exécution de sa peine : le travail, la formation, l'éducation, le maintien des liens familiaux, l'accès à la culture et à la santé sont autant de moyens qui permettent de placer la personne au cœur de sa réinsertion. La réponse pénale est alors individualisée et redonne son sens et son efficacité à la peine. La loi pénitentiaire de 2009 réaffirme la nécessité d'une prise en charge sanitaire adaptée et de qualité, élargit

les conditions d'accès aux aménagements de peine et favorise ainsi la réinsertion. Dernièrement, le référentiel des pratiques opérationnelles en service pénitentiaire d'insertion et de probation (SPIP), publié en avril 2018, prône l'entretien motivationnel, issu du monde de la santé, et les échanges basés sur une relation collaborative entre le professionnel et la personne détenue, permettant de se tourner vers des buts concrets et réalistes afin de susciter en cette dernière une motivation au changement de comportement.

La participation du patient détenu est également mise en avant dans le cadre de la promotion de la santé, de l'éducation thérapeutique du patient et du « Good Lives Model » (GLM).

La définition de la santé proposée par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) permet de partir d'une base consensuelle : « La santé est un état complet de bien-être physique, mental et social et ne consiste pas seulement en l'absence de maladie ou infirmité. » Cette définition induit une prise en charge plurielle et partenariale. Dans ce cadre, la Charte d'Ottawa définit la promotion de la santé à travers cinq axes (élaboration de politiques pour la santé, création d'environnements favorables, renforcement de l'action communautaire, acquisition d'aptitudes individuelles, réorientation des services de santé). La promotion de la santé ne relève pas seulement du secteur de la santé, elle exige l'action coordonnée de tous les intéressés et conduit à un large partenariat. Elle est l'affaire de tous. La participation de la population est essentielle : les individus sont au centre de l'action et des processus de prise de décision. Elle permet de fédérer les acteurs autour d'un projet commun, en favorisant la transversalité et la concertation. Elle offre un excellent vecteur de réseau, permettant de mieux se connaître et de travailler ensemble. Elle permet aussi de replacer la personne placée sous main de justice au centre des questionnements, et ce, en lui laissant une place pour exprimer son avis et ses attentes. La promotion de la santé est reprise comme une modalité de prise en charge, tant par les référentiels de santé que de justice et par le guide méthodologique qui les unit.

Dans le cadre plus spécifique du soin, l'éducation thérapeutique du patient (ETP) vise, selon l'OMS, à aider les patients à acquérir ou maintenir les compétences dont ils ont besoin pour gérer au mieux leur vie avec une maladie chronique (diabète, addiction,...), cela dans le but de les aider à maintenir et améliorer leur qualité de vie. Elle fait partie intégrante de la démarche de soins, y compris en détention. Elle repose sur une démarche éducative construite en collaboration avec le patient, acteur de sa santé. La posture du soignant évolue alors

vers celle d'un accompagnant. Cette technique de soin est clairement décrite par la Haute Autorité de santé depuis 2007 et inscrite dans le guide méthodologique de décembre 2017.

Le « Good Lives Model » est, à l'origine, un modèle de réhabilitation et de prévention de la récidive issu des théories criminologiques anglo-saxonnes. Il vise l'amélioration de la qualité de vie et la diminution des troubles des personnes placées sous main de justice, en se focalisant sur l'atteinte de leurs besoins et sur leurs valeurs fondamentales. Les auteurs de ce modèle décrivent onze besoins fondamentaux (tels la santé, l'excellence dans le travail, la créativité, la spiritualité) que toute personne (délinquante ou non) tente d'atteindre par des moyens parfois inappropriés ou infractonnels. L'objectif est de fournir aux personnes placées sous main de justice les capacités individuelles et sociales nécessaires à la satisfaction de leurs besoins de manière acceptable du point de vue social. C'est un modèle humaniste (non stigmatisant) visant l'autonomisation des personnes placées sous main de justice, en travaillant avec elles ce qui leur semble prioritaire à leurs yeux. Ce modèle, aujourd'hui proposé aux auteurs de violence sexuelle, a démontré son efficacité dans l'engagement et la motivation aux soins.

Les actions mises en place dans les sites pénitentiaires lillois

L'objectif commun de départ, la réinsertion des personnes placées sous main de justice sur le plan sanitaire et social, a permis de construire un partenariat local innovant. Le centre hospitalier universitaire (CHU) de Lille met en place en septembre 2010 une unité transversale « Prévention, Éducation, Santé » ayant pour mission de promouvoir et développer la promotion de la santé sur les deux sites pénitentiaires lillois. Elle propose aux acteurs de la santé et de la justice un projet visant à la fois le développement de la promotion de la santé et l'amélioration des relations entre les professionnels

pénitentiaires et sanitaires. Si les partenariats entre professionnels se sont consolidés, la place des personnes placées sous main de justice, enfin présents au sein des comités de pilotage « promotion de la santé », nécessite encore d'être développée. Les axes privilégiés sont : « risques et santé » (réduction des risques et des dommages), « santé sexuelle » (prévention primaire, centre gratuit d'information, de dépistage et de diagnostic), « alimentation et santé », « activité physique et santé », « santé mentale » (prévention du risque suicidaire), « cancers » (octobre rose). Les actions touchent chaque année plus de 700 personnes détenues. Ce travail collaboratif a pour répercussion majeure l'apaisement dans les relations institutionnelles et une volonté d'articulation et/ou de mutualisation des outils, notamment dans le cadre de la préparation à la sortie. Il a permis et facilite l'implication de partenaires hors les murs, ainsi qu'une réflexion régionale sur le développement de la promotion de la santé en milieu pénitentiaire.

Par ailleurs, des programmes en ETP sont autorisés par l'agence régionale de santé et portent sur l'hépatite C chronique et le diabète. Ils intéressent chaque année environ 50 personnes. Un programme consacré aux patients détenus bénéficiant d'une substitution par méthadone est en cours de validation. Ces programmes ont vocation à être diffusés sur d'autres établissements de la région.

Concernant le « Good Lives Model », des professionnels soignants ont bénéficié d'une formation à ce modèle et mettent en place des activités groupales et des prises en charge individuelles dans le cadre de l'hospitalisation de jour basée au centre pénitentiaire de Lille-Annœullin.

Le développement de pratiques partenariales (entre institutions) constructives et respectueuses des identités et des missions de leurs professionnels, ainsi que collaboratives avec les personnes placées sous main de justice, ouvre une nouvelle voie pour les prises en charge et une réinsertion (individuelle et sociale) réfléchie de ces dernières. ●