

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 ».

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.

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



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.