

Propositions pour l'évaluation du
Plan d'actions stratégiques
2010-2014
« Santé des personnes
placées sous
main de justice »

Collection
Evaluation

RAPPORT

Propositions pour l'évaluation du Plan d'actions stratégiques 2010-2014 « Santé des personnes placées sous main de justice »

Septembre 2012

Sommaire

Introduction.....	3
I Présentation du Plan d'actions stratégiques 2010-2014	3
I.2 Le préambule rappelle les principales données de contexte et décrit les besoins de santé auxquels le plan entend répondre :.....	4
I.3 Ce plan est structuré autour six axes, 18 mesures et 40 actions.	4
I.4 Le dispositif de pilotage :	5
I.5 L'évaluation du Plan	6
II Objet de la demande adressée au HCSP	6
III Méthode d'élaboration de la réponse	7
III.1 Constitution d'un groupe de travail pluridisciplinaire au sein de la CSESP du HCSP ..	7
III.2 Implication des parties prenantes du plan dans l'étude de la saisine.....	7
III.3 Entretiens et auditions	8
IV Les questions évaluatives.....	9
V Les bases de données disponibles.....	11
V.1 Les enquêtes préexistantes.....	11
V.2 Les données exploitables à partir de systèmes d'information généraux	12
V.3 Les études sociologiques ou de recherche-action en milieu carcéral	12
VI La méthodologie d'évaluation envisagée.....	12
VII Propositions pour une évaluation du Plan	13
VII.1 L'évaluation de l'état de santé de la population carcérale	13
VII.2 L'offre et la consommation de soins.....	14
VII. 3 Enquêtes ad hoc et études qualitatives.....	14
VIII Mise en œuvre de l'évaluation	15
VIII. 1 Comité d'évaluation à mettre en place	15
VIII. 2 Les enquêtes nationales	15
VIII. 3 Les enquêtes ad hoc et les études qualitatives.....	15
VIII. 4 Estimation du budget prévisionnel	16
Annexe : saisine	17

Introduction

En septembre 2011, la Directrice générale de l'organisation des soins et le Directeur général de la santé ont saisi conjointement le Haut Conseil de la santé publique d'une demande de soutien méthodologique pour l'évaluation du Plan d'actions stratégiques 2010-2014 pour une « politique de santé pour les personnes placées sous main de justice » (cf. annexe).

Un groupe de travail émanant de la Commission spécialisée Évaluation stratégie et prospective (CSESP) a été mis en place début 2012. Il s'est appuyé sur l'analyse de documents publiés ou communiqués par les parties prenantes et sur plusieurs auditions pour élaborer le présent rapport qui a été validé à l'unanimité à la fois par la CSESP le 13 septembre et par le comité exécutif du HCSP le 19 septembre 2012.

I Présentation du Plan d'actions stratégiques 2010-2014

Le Plan d'actions stratégiques pour une politique de santé des personnes placées sous main de justice (communément désigné sous le terme « Plan Santé des personnes sous main de justice » - PMJ) est un plan interministériel, porté par le ministère chargé de la Santé dont la spécificité est de traiter des questions de santé d'une population captive, celle des personnes sous main de justice, soumise, hors et à l'intérieur de la prison, à une multiplicité de facteurs de risque qui sont pour l'essentiel ceux des personnes les plus précaires et les plus démunies. Ce temps d'incarcération peut être vu de deux manières : d'un côté, il est en soi pathogène, en particulier sur le plan de la santé mentale, et peut être considéré sur le plan de la santé individuelle comme apportant un risque supplémentaire ; d'un autre côté, le temps de l'incarcération peut être favorable pour exposer une population fragile à une offre de soins, de prévention et d'éducation pour la santé et ainsi tenter de modifier durablement ses comportements de santé. Par ailleurs, de nombreux signaux ont mis en évidence l'insuffisance de la qualité des soins dans le monde carcéral. Le PMJ prend en compte ces caractéristiques pour articuler une série de mesures visant à assurer aux personnes détenues une véritable accessibilité aux soins et une égalité de traitement et de droit à la santé avec la population générale.

I.1 Le Plan d'actions repose sur trois principes qui en constituent les objectifs stratégiques :

- toute personne incarcérée doit bénéficier de la même qualité et continuité de soins que la population générale,
- les plans et les programmes de santé publique doivent être mis en œuvre en milieu carcéral,
- la prévention et les soins initiés ou poursuivis pendant la période de l'incarcération doivent contribuer au maintien et à l'amélioration de l'état de la santé.

I.2 Le préambule rappelle les principales données de contexte et décrit les besoins de santé auxquels le plan entend répondre :

- prévalence élevée (supérieure à la moyenne) de plusieurs pathologies (pathologies infectieuses, notamment VIH, Hépatites B et C, tuberculose ; pathologies mentales, addictions),
- caractéristiques sociodémographiques de la population incarcérée surreprésentant les catégories sociales les plus démunies,
- existence de besoins de santé spécifiques en lien avec l'incarcération,
- vieillissement progressif de la population carcérale se traduisant par de nouvelles pathologies (pathologies chroniques).

I.3 Ce plan est structuré autour six axes, 18 mesures et 40 actions.

Les six axes proposés (**objectifs spécifiques**) mettent l'accent prioritairement sur :

Axe 1 : l'amélioration de la connaissance de l'état de santé des personnes détenues permettant d'adapter les politiques de soins à mettre en place,

Axe 2 : le renforcement de la prévention et la promotion de la santé au bénéfice de cette population tenant compte de ses caractéristiques particulières,

Axes 3 : la garantie pour chaque personne d'un accès aux soins identique à celui de la population générale,

Axes 4 : l'assurance d'un accès aux droits sociaux conforme à la réglementation,

Axe 5 : une formation de tous les professionnels de santé adaptée à leur exercice professionnel,

Axe 6 : la garantie du respect des normes et des règlements relatifs aux conditions d'hygiène, de sécurité et de salubrité.

Chacune des 18 mesures qui constituent les **objectifs opérationnels** du plan se divise en un certain nombre d'**actions (40 au total)**, décrites de façon détaillée selon un plan standardisé : contexte ; objectif ; contenu de l'action ; acteurs ; calendrier.

L'analyse du détail des mesures et actions montre que le PMJ est en réalité centré essentiellement sur deux problématiques :

- **l'amélioration des connaissances, qu'il s'agisse de connaissances épidémiologiques visant à mettre en place un système de surveillance de l'état de santé des détenus actuellement défaillant, ou de données d'activité permettant d'observer et de suivre les différents aspects de l'amélioration quantitative ou qualitative de l'offre de santé: cet objectif de progrès des connaissances constitue l'axe 1 du Plan mais irrigue en fait l'ensemble des autres axes ;**
- **l'amélioration de l'offre de soins, de prévention et d'éducation pour la santé des détenus, avec en particulier la finalisation de la construction des UHSI, la mise en place des UHSA et l'équipement des UCSA.**

Cinq mesures phares, sur lesquelles une attention particulière doit être portée, ont été identifiées ; elles concernent :

- le renforcement d'une politique de prévention du suicide concertée entre les différents intervenants,
- le développement d'actions d'éducation et de promotion de la santé,
- l'accessibilité des personnes détenues à des soins en santé mentale adaptés à leur état de santé,
- l'amélioration de l'organisation, de la gestion et du suivi des structures sanitaires,
- la définition des modalités d'accès aux droits des personnes détenues en aménagement de peine.

I.4 Le dispositif de pilotage :

Il repose sur trois instances spécifiques.

- Le **comité interministériel** : il assure le pilotage au plus haut niveau de la mise en œuvre du plan

Le comité interministériel réunit une fois par an les directeurs des administrations concernées, c'est-à-dire les ministères chargés de la Santé et de la Justice (DGS ; DGOS ; DSS ; DGCS ; DAP ; DPJJ ; DACG) ou leurs représentants ainsi que ceux des principales agences concernées (INVS, INPES, ASIP, ARS) et les représentants des professionnels et du monde associatif.

- Le **comité de pilotage** : il assure le suivi des actions ; il est mis en place par le ministère de la Santé et associe l'ensemble des directions concernées de ce ministère et du ministère de la Justice et les agences sanitaires. Il se réunit tous les 4 mois.

Il a pour rôle de :

- suivre la mise en œuvre des actions, à l'aide d'indicateurs définis pour chacune de celles-ci ;
 - d'identifier les difficultés rencontrées par les pilotes des différentes actions ;
 - de préparer le rapport à remettre tous les quatre mois à la commission interministérielle ;
 - de préparer le rapport annuel.
- Le **comité de suivi** « *associant le comité de pilotage et les parties prenantes* » est mis en place par le ministère de la Santé. Il se réunit une fois par an. Il a pour mission d'assurer la concertation et de « *contribuer à une analyse régulière de l'état d'avancement du plan et de proposer le cas échéant des ajustements* ».

La chefferie de projet au sein du ministère est assurée par Dominique Peton-Klein, directeur de projet chargé de la coordination de toutes les actions concourant à cette politique, attachée à la DGOS, Christine Barbier, chargée de mission de la DGS y étant étroitement associée.

Des **fiches type** ont été élaborées dans le cadre du comité de pilotage technique et permettent le **suivi** effectif et rigoureux de la mise en œuvre des différentes actions, sur la base d'indicateurs proposés pour chaque action par le pilote concerné.

I.5 L'évaluation du Plan est placée sous la responsabilité du ministère de la Santé, sans que le plan n'ait précisé plus avant les objectifs, le cadre ni les moyens de cette évaluation.

Le dispositif ne comporte pas de comité scientifique et le Plan ne comprend pas de volet « recherche ».

Les actions prévues par le Plan ne sont pas assorties d'indicateurs d'impact épidémiologique ; leur objectif est décrit en termes qualitatifs, avec un calendrier de mise en œuvre.

Bien qu'il s'agisse d'un plan interministériel, le dispositif en place fait une part essentielle à l'univers du ministère de la Santé qui a conçu le plan, le met en œuvre, le suit et l'évalue ; sur les 40 mesures, la DGS est pilote ou copilote de 16 ; la DGOS de 8 ; la DSS de 5 ; l'INVS de 1, l'INPES de 4. Le suivi incombe principalement à la directrice de projet (DGOS) avec l'appui du comité de pilotage technique ; le ministère de la Justice est essentiellement présent par l'intermédiaire de son médecin conseiller et non par les directions opérationnelles ; cependant la directrice de projet considère que la transversalité du plan a permis une dynamique positive et des rencontres d'acteurs.

II Objet de la demande adressée au HCSP

L'évaluation du Plan est confiée au ministère de la Santé, sans que le Plan lui-même n'ait prévu le dispositif à mettre en place. C'est dans ce cadre que la DGOS et la DGS ont saisi le HCSP afin de les « *aider à la définition d'indicateurs de politique publique, le but étant de pouvoir mesurer d'ici cinq années la pertinence des actions retenues et leur impact sur la prise en charge sanitaire de cette population* ».

La demande ayant été formulée en septembre 2011, l'objectif est de disposer de résultats d'évaluation à l'horizon 2016.

Cette saisine à mi-parcours de la réalisation du Plan garantit un délai suffisant pour la définition et la mise en place d'une stratégie d'évaluation.

En revanche, la demande porte sur une aide à « la définition d'indicateurs de politique publique » ; or cette demande ne peut littéralement être satisfaite : en effet, il n'existe pas d'indicateurs de politique publique dans l'absolu pouvant être mis en place de façon rétrospective ; les indicateurs susceptibles de servir à l'évaluation d'un plan de santé publique doivent nécessairement être définis ex ante. Or ce n'est pas le cas en l'espèce. Le

Plan ne comporte pas d'indicateurs d'impact (modification de l'incidence ou de la prévalence de telle pathologie pour telle sous-population ...) pré-définis, ni globalement ni par action ; les objectifs à atteindre en termes de moyens ne sont pas quantifiés ; ils sont souvent qualifiés en termes généraux (« améliorer », « réduire », « accompagner la mise en place » ...). L'absence d'indicateurs d'impact définis a priori dans le cadre du PMJ renvoie bien évidemment aux lacunes de la connaissance en amont de la définition du Plan.

En revanche, des « *indicateurs de performance* » ont été élaborés par les différents pilotes pour la quasi-totalité des actions dans le cadre des fiches de suivi du plan. Il s'agit en réalité d'indicateurs de procédure (par exemple : nombre de questionnaires, complétude du renseignement des questionnaires, qualité des données recueillies, nombre de réunions tenues, respect du calendrier, nombre de participants à une action, nombre de réponses, nombre d'interventions ou pourcentage de dépistages effectués). Ces indicateurs permettent de suivre l'état d'avancement de chaque action et permettront en fin de programme d'évaluer la complétude de sa réalisation.

En revanche, ils ne renseigneront pas ni sur la pertinence des actions, ni sur l'impact sur la santé des changements intervenus dans la prise en charge du fait de la mise en œuvre des mesures.

III Méthode d'élaboration de la réponse

III.1 Constitution d'un groupe de travail pluridisciplinaire au sein de la CSESP du HCSP

Le groupe de travail (GT) était composé de :

Marie-Hélène Bouvier Colle, épidémiologiste

Franck Chauvin (Président de la CSESP), épidémiologiste

Daniel Kamelgarn, expert en évaluation de politique publique

Viviane Kovess-Masféty, psychiatre et épidémiologiste

Caroline Weill (coordinatrice du groupe), experte en évaluation de politique publique

Brigitte Haury, médecin inspecteur de la santé publique, secrétariat général du HCSP

III.2 Implication des parties prenantes du plan dans l'étude de la saisine

Lors d'une première réunion de la CSESP, les représentants de la DGOS et de la DGS ont présenté le PMJ et la demande de soutien méthodologique en vue de son évaluation. Le groupe de travail constitué s'est ensuite réuni à deux reprises en présence du directeur de projet et de la responsable de la coordination des actions à la DGS afin de préciser la problématique. Ces réunions ont permis notamment d'éclairer le groupe de travail sur la

question du pilotage et du suivi du Plan, et de constater qu'ils sont assurés de manière particulièrement attentive et rigoureuse par le ministère de la Santé.

Simultanément, la « grille d'analyse des demandes d'évaluation » », outil d'analyse de la CSESP, a fait l'objet d'une lecture et d'un remplissage conjoint avec le directeur de projet et la responsable des actions à la DGS lors d'une réunion suivie d'un compte rendu qui leur a été soumis pour révision : cette méthode a permis au groupe de travail de mieux comprendre le fonctionnement et les moyens du Plan et de parvenir à une vision commune avec les chefs de projet.

Une des faiblesses caractéristiques du pilotage et de la mise en œuvre du plan est la relative difficulté de faire fonctionner l'interministérialité. Il nous a été difficile de surmonter les nombreux obstacles institutionnels s'interposant entre nous et le ministère de la Justice et de recueillir son point de vue. Cela a pu se faire, mais tardivement, de deux manières : par la participation du GT au comité de pilotage du Plan, qui a permis en outre des échanges fructueux avec les différents acteurs de la mise en œuvre du Plan ; lors d'une réunion avec les co-pilotes du PMJ (Dr Dominique de Galard, conseillère santé ; M. Jean José Lopez, responsable du pôle santé, politiques sociales et insertion) qui s'est tenue au ministère de la Justice, à la Direction de l'administration pénitentiaire.

In fine, le directeur de projet et la responsable des actions à la DGS ont été associées à l'audition des chercheurs de l'InVS ; l'état des lieux du système de surveillance en cours d'élaboration a pu ainsi faire l'objet d'une vision partagée.

III.3 Entretiens et auditions

Ont été auditionnées les personnalités suivantes :

InVS : l'objectif de cette audition était d'informer le GT sur le dispositif de surveillance de la santé des détenus en cours d'élaboration, notamment sur les pathologies chroniques, le suicide et les maladies infectieuses, et sur les enjeux méthodologiques.

Les auditions ont concerné les experts suivants :

Caroline Semaille, responsable de l'Unité VIH/sida-IST-Hépatites B et C, Département des maladies infectieuses, sur l'appréciation de l'importance de la problématique VIH, VHC et addictions aux opiacés par l'enquête PREVACAR ;

Marie Jauffret Roustide, sociologue, responsable de projets scientifiques sur l'usage de drogues, sur les traitements de substitution aux opiacés (TSO), la connaissance des risques de transmission et la perspective d'étendre l'enquête Coquelicot en milieu carcéral en 2013 avec prélèvement sanguin et entretien avec les détenus ;

Christine Chan Chee, coordonnatrice du programme de santé mentale, Département maladies chroniques et traumatismes, sur le retard pris par l'étude des décès par suicide, pourtant une cible prioritaire, en raison de la difficulté d'accès aux données de Direction de l'administration pénitentiaire ;

Aude-Emmanuelle Develay, Responsable de l'Unité prospective et coordination, Département des maladies chroniques et traumatismes, sur le dispositif de surveillance de la santé des détenus et particulièrement sur le projet d'étude de faisabilité de l'utilisation des dossiers médicaux, à partir de l'expérience de l'étude PREVACAR, avec extension aux maladies chroniques et aux maladies psychiatriques.

France Lert, épidémiologiste, directrice de l'équipe INSERM au sein du Centre épidémiologie et santé des populations, sur l'état des connaissances sur les spécificités de la population des détenus et sur la méthodologie de l'évaluation à mettre en œuvre : cette audition met l'accent en particulier sur le fait que la population incarcérée n'est pas un reflet de la population générale mais d'une sous-population spécifique, masculine, jeune, précaire, plus souvent d'origine étrangère et de faible niveau socio-culturel que la population générale. Il s'agit donc de comparer l'état de santé de la population carcérale et sa prise en charge à la population générale ajustée sur les facteurs de risque spécifiques et non prise dans son ensemble.

Médecins praticiens : l'objectif de cette audition était d'éclairer le GT, à partir de l'expérience de terrain de ces praticiens, sur la mise en œuvre effective du PMJ, en particulier sur le point de l'accessibilité des soins de santé, notamment en santé mentale, sur celui de la prévention du suicide, et sur les principales questions évaluatives qui devraient selon eux en découler.

Les points de vue exprimés, partiellement divergents, ont mis en évidence la diversité des situations en particulier selon la région, le type d'établissement pénitentiaire, l'organisation hospitalière du territoire et les équipes locales.

Les personnalités auditionnées étaient les suivantes :

Docteur Pierre HORRACH (SMPR Metz), psychiatre, responsable du Service médico-psychologique régional (SMPR) de Metz et de l'Unité d'hospitalisation spécialement aménagée (UHSA) de Nancy

Docteur Pierre LAMOTHE (CH Le Vinatier Lyon) chef du service médico-psychiatrique régional des prisons de Lyon

Docteur Norbert TELMON (CHU Toulouse) professeur de médecine légale et responsable du secteur de médecine pénitentiaire à Toulouse

L'ensemble des auditions et entretiens ont fait l'objet de comptes-rendus.

IV Les questions évaluatives

Les questions évaluatives doivent renvoyer aux objectifs stratégiques du Plan :

- à l'issue du Plan, les personnes incarcérées bénéficient-elles de la même qualité et continuité de soins que la population générale ?
- les plans et les programmes de sante publique sont-ils mis en œuvre en milieu carcéral ?
- la prévention et les soins initiés ou poursuivis pendant la période de l'incarcération contribuent-ils au maintien et à l'amélioration de l'état de la santé ?

S'agissant d'évaluer l'impact du Plan, ces différentes questions peuvent être précisées et reformulées de la manière suivante :

- à quels facteurs de risque est exposée la population des détenus, compte tenu de sa structure démographique particulière ? (plutôt des hommes, jeunes, en situation précaire, de faible niveau socioculturel ...)
- en particulier :
 - o comment prendre en compte, dans l'étude de la qualité et de la continuité des soins et de la prévention, la différence entre la population incarcérée pour de longues peines et celle dont le séjour est bref, voire très bref (sachant que la durée moyenne d'incarcération est de l'ordre de 9 mois) ?
 - o comment prendre en compte les aspects pathogènes du fait même de l'incarcération, pour les différents types de population ?
- que sait-on de la prise en charge en prison de la santé des détenus ? Globalement et pour chacune des sous-populations ? (en fonction des facteurs de risque auxquels elle est confrontée, du type et de la durée de l'incarcération) ?
 - o en particulier : comment tenir compte des observations de l'Observatoire des structures de santé des personnes détenues (OSSD) (rapport 2012), selon lequel, en dépit de fortes inégalités régionales – de 1 à 8 - l'offre de soins (généraliste, bucco-dentaire, psychiatrique) est globalement supérieure à l'offre qui s'adresse à la population générale ?
 - o la mise en œuvre en milieu carcéral des plans et programmes de santé publique est-elle effective ou existe-t-elle seulement à l'état de directives ? Ses résultats sont-ils les mêmes que ceux obtenus en population générale, ou (de préférence) auprès des groupes cibles soumis aux mêmes facteurs de risque que les personnes incarcérées ?
 - o que sait-on du différentiel de traitement médical et hospitalier entre la population incarcérée, la population générale et la population ajustée sur les facteurs de risque spécifiques, avant et après le Plan ? Globalement et pour chacune des sous-populations ? Les résultats de la prise en charge sont-ils les mêmes que ceux obtenus en population générale, ou auprès des groupes cibles soumis aux mêmes facteurs de risque que les personnes incarcérées (en fonction des facteurs de risque auxquels elle est confrontée, du type et de la durée de l'incarcération) ?
- in fine, est-on en mesure de connaître l'état de santé de la population carcérale, avant et après la mise en œuvre du Plan, pour l'ensemble des pathologies concernées ou pour certaines ? Si on peut voir et/ou mesurer des changements, est-on en mesure de préciser la part attribuable au plan ?
- par ailleurs, quid des personnes sous main de justice, mais non incarcérées, qui constituent théoriquement une part importante de la population ciblée par le Plan ?

Que sait-on de leur état de santé et de leur prise en charge, notamment par comparaison avec la population incarcérée ?

V Les bases de données disponibles

V.1 Les enquêtes préexistantes

Un certain nombre d'études et d'enquêtes ont pré-existé au Plan, et permettent d'apporter un éclairage sur l'état de santé des personnes détenues antérieurement à la conception du Plan ; toutefois, hormis l'enquête PREVACAR, réalisée sur le terrain en juillet 2010 mais qui ne concerne que le VIH, le VHB et le VHC, les études sont trop anciennes (2001, 2003, 2004) pour permettre de servir à l'issue du Plan (2014/2016) à une comparaison avant/après qui mette en évidence l'apport spécifique du PMJ. Certaines d'entre elles comportent en outre de sérieuses limites méthodologiques.

Ces études sont les suivantes :

- **l'enquête HID prison** réalisée en 2001 par l'**INSEE** et l'**INED**. Cette extension des enquêtes HID-ménages et HID-institutions de l'INSEE sur la prévalence des handicaps a été fondée sur des questionnaires administrés en face-à-face par des enquêteurs de l'INSEE sur un échantillon représentatif de 2800 détenus tiré aléatoirement au sort, excluant les mineurs, les détenus hospitalisés, les détenus bénéficiant d'un régime de semi-liberté ou du bracelet électronique. Cette étude renseigne sur les aspects de dépendance et non sur les pathologies ni la consommation de soins.
- **l'enquête de la DREES sur la santé des personnes entrant en prison, 2003** ⁽¹⁾: la DREES a procédé, à l'occasion de la visite médicale d'entrée, à un recueil d'informations sur les facteurs de risque auxquels sont exposés les entrants, les pathologies constatées à l'entrée et les traitements en cours. Cette enquête portait sur la totalité des 134 établissements pénitentiaires, avec un échantillon représentatif de l'ensemble des entrants en maison d'arrêt en 2003. Il s'agit cependant d'une enquête portant sur les entrants, qui informe sur les facteurs de risque auxquels est exposée a priori la population des détenus mais n'apporte pas d'éclairage sur l'impact du séjour en prison sur leur santé.
- **l'enquête Coquelicot sur l'hépatite C, le VIH et les pratiques à risques chez les consommateurs de drogues** réalisée en 2004 par l'**InVS**. Il s'agit d'une enquête en population générale, informant sur la pratique de l'injection de drogues pendant l'incarcération. Sa principale limite méthodologique est d'être déclarative.
- **l'étude épidémiologique sur la santé mentale des personnes détenues en prison** effectuée en 2004 par **Cemka-Eval** ⁽²⁾ dans 23 établissements pénitentiaires sur 1000 personnes détenues tirées au sort ; cette enquête représentative procédait selon une méthodologie innovante associant un entretien structuré conformément aux directives du MINI (Mini International Neuropsychiatric Interview), instrument

¹ M.Claude MOUQUET, « Etudes et résultats », N°386 • mars 2005

² Frédéric ROUILLON ; Anne DUBURCQ ; Francis FAGNANI ; Bruno FALISSARD. Étude de prévalence sur les troubles psychiatriques en milieu carcéral. Étude pour les ministères de la Santé et de la Justice- 2004

largement utilisé en épidémiologie psychiatrique, et un entretien libre avec la personne détenue mené par un psychiatre ou un psychologue. Si cette étude informe sur la prévalence des troubles psychiatriques en prison en 2004, elle ne peut être comparée à la population générale, pour laquelle aucune étude utilisant ce type de méthodologie n'a eu lieu.

- **l'enquête PREVACAR, juin 2010**, associant la **DGS** et **l'InVS**: cette enquête sur un échantillon représentatif constitué par tirage au sort à partir des bases de données de la Direction de l'administration pénitentiaire (DAP) sur les incarcérations (27 établissements sur 180 et plus de 2000 sujets sur 66 000 personnes incarcérées) informe sur la prévalence du VIH, du VHC et des addictions aux opiacés. Par chance, cette étude permet de disposer d'un point zéro au début de la mise en œuvre du PMJ pour les pathologies concernées. Il s'agit cependant d'une étude réalisée à partir des dossiers médicaux, ce qui en constitue la principale limitation méthodologique.

V.2 Les données exploitables à partir de systèmes d'information généraux

Les données concernant le suicide sont issues de systèmes d'enregistrement généraux et fournies par la Direction de l'administration pénitentiaire, sans contrôle scientifique de la qualité des données. Celle-ci dispose également de données sur les personnes incarcérées présentant un handicap moteur. Les données concernant la déclaration obligatoire de la tuberculose dépendent de l'InVS.

La principale lacune de l'information concerne les maladies chroniques (diabète, cancer, maladies cardio-vasculaires).

V.3 Les études sociologiques ou de recherche-action en milieu carcéral

Celles-ci devraient être recensées pour servir de contexte et de référence scientifique à des études ultérieures.

VI La méthodologie d'évaluation envisagée

L'ancienneté des données disponibles (mise à part l'enquête PREVACAR) exclut qu'elles puissent servir de référence pour une évaluation des effets du Plan : les populations incarcérées depuis 2005 ont considérablement changé, tout comme les politiques et les contextes de l'incarcération et les résultats d'une comparaison qui aurait lieu par hypothèse en 2014/2016 seraient difficilement interprétables. Même lorsque des bases de données permettent de disposer d'informations épidémiologiques au démarrage d'un plan de santé publique, il est connu qu'il est illusoire de vouloir rapporter des modifications de prévalence ou d'incidence d'une pathologie au plan lui-même ; ceci est d'autant plus vrai si la référence utilisée a plus de cinq ans d'ancienneté par rapport au démarrage du Plan. Le Plan a pu constituer un facteur parmi d'autres et les changements constatés dépendent aussi de l'évolution du contexte général, de la population concernée et des facteurs de risque auxquelles elle est exposée par ailleurs.

Il n'est donc pas possible (sauf pour le VIH et le VHC) de mettre en place une évaluation avant/après du PMJ.

En revanche, il est envisageable de mettre en place des études permettant à tout le moins d'établir, à l'issue du Plan, l'état des lieux de la prise en charge et de l'état de santé en prison, avec une méthodologie permettant des comparaisons avec la population générale en valeur moyenne et ajustée sur les risques spécifiques de la population des détenus. Une fois cet état des lieux établi par des enquêtes quantitatives, il sera possible, par des études qualitatives, d'approfondir l'analyse de manière à mettre en évidence le rôle qu'ont pu jouer, parmi l'ensemble des facteurs possibles, telle ou telle mesure du plan dans l'obtention de la situation (positive ou inquiétante) constatée et ainsi de contribuer à la réorientation du Plan d'actions publiques ou de certaines de ses mesures.

VII Propositions pour une évaluation du Plan

VII.1 L'évaluation de l'état de santé de la population carcérale

Elle peut être réalisée selon nous relativement simplement en tirant parti des grandes enquêtes nationales dans le cadre desquelles il pourrait être envisagé de promouvoir une extension « prisons », comme cela a été fait dans le cadre de l'enquête HID en 2001. Il sera alors possible d'entreprendre l'état des lieux de la prise en charge et de l'état de santé de la population incarcérée qui fait aujourd'hui défaut et de le comparer, pour les différents risques identifiés (par âge, sexe, niveau socioculturel, éducation, type et durée de peine ou autre), avec la population générale dans le cadre d'une méthodologie unifiée.

Si cette proposition était retenue, il appartiendrait au ministère de la Santé de susciter l'insertion dans le cadre des grandes enquêtes nationales (Enquête Santé population, nouvelle enquête HIS, qui regroupe les volets santé et dépendance) d'un volet « prisons ». De la même façon, il serait intéressant de susciter une approche spécifique de la population des détenus dans le Baromètre Santé, réalisé tous les cinq ans et pour la dernière fois en 2010.

Il serait également utile, afin de mieux caractériser la population carcérale et les facteurs de risque auxquels elle est exposée a priori, de susciter la répétition de l'enquête de la DREES sur les entrants ou de demander à une équipe compétente de procéder à une enquête « un jour donné » sur un échantillon représentatif de la population carcérale, en ajustant autant que faire se peut la date et la méthode de cette enquête sur celle des enquêtes nationales.

Par ailleurs, des études spécialisées concernant certaines pathologies sont déjà programmées ; en particulier la réédition de l'étude PREVACAR qui disposera, elle, d'un « avant » compatible avec le déroulement du PMJ puisque la première enquête a été réalisée sur le terrain en juin 2010.

Dans l'éventualité de l'insertion d'un volet « prison » dans la prochaine enquête nationale HIS, ou de la réédition de l'enquête DREES sur les entrants, il sera par ailleurs possible,

puisque les méthodologies seront identiques ou à tout le moins comparables, de rapprocher les résultats de ceux des enquêtes précédentes (respectivement 2001 et 2003) : cette comparaison ne permettra pas d'évaluer l'impact des mesures du PMJ, mais les modifications sur longue période (10 à 15 ans) qui seront mises en évidence pourront malgré tout servir de base à un approfondissement par des études qualitatives tenant compte des différents facteurs (changements démographiques, évolution des politiques et du contexte carcéral etc.).

VII.2 L'offre et la consommation de soins

Il est envisageable également de procéder à l'étude de la consommation de soins des personnes détenues et à sa comparaison avec la population générale par l'analyse des bases de données existantes. Des comparaisons avant/après la mise en place du PMJ pourraient être tirées de l'exploitation des fichiers nationaux : outre le PMSI qui pourrait être analysé pour les aspects d'hospitalisation (il existe un code qui permet d'identifier les détenus dans le PMSI – code Z - et la SAE - le code 433 permet d'identifier les services sanitaires des prisons), l'exploitation des données du SNIIR-AM serait particulièrement intéressante puisqu'elle permettrait, malgré certaines limitations techniques (notamment : pas de résultat d'examen clinique ou para-clinique ; absence d'information médicale sur les séjours en CHS ni sur les passages aux urgences) de connaître la situation au regard des ALD, des maladies graves, des traitements et consommations de soins associés à telle ou telle pathologie d'intérêt codée en CIM10. Cette approche permettrait aussi, sous réserve d'études ad hoc à mettre en place, d'aborder la question de la continuité des soins après l'incarcération, les détenus étant affiliés d'office à la CNAMTS et bénéficiant, à la sortie, d'un an d'adhésion à la sécurité sociale (par exemple : continuité du traitement dans les maladies chroniques).

Par ailleurs, outre les sources internes du ministère de la Santé (SAE, PMSI...), l'exploitation des autres sources de données administratives et médico-administratives notamment celles du ministère de la Justice (statistiques sur la population pénale) par des chercheurs compétents reste à faire ; bien que l'accès à ces données ne soit pas toujours aisé, comme en témoignent les retards pris par l'étude InVS sur les suicides, il s'agit d'une source d'information essentielle sur la population concernée, son évolution dans la durée et certains aspects de sa pathologie et de ses conditions de vie.

VII. 3 Enquêtes ad hoc et études qualitatives

Une fois les enquêtes réalisées et la surcharge pathologique de la population carcérale mise à jour pour les différents facteurs de risque qui la concerne, la population générale servant de groupe contrôle, il sera possible de susciter des études complémentaires, qualitatives, permettant d'interpréter les résultats constatés.

En particulier, compte tenu des importantes inégalités régionales constatées par l'OssD dans l'offre de soins, il sera nécessaire de compléter l'analyse de la santé des détenus au niveau

national par des comparaisons entre régions en sollicitant la participation d'ARS volontaires, et entre établissements (par exemple par une étude comparée des projets médicaux d'établissements) afin de tenter de mettre en évidence la cause des inégalités ; dans ce cadre, les études pourraient porter en particulier sur l'évaluation des expérimentations qui ont été développées dans le cadre du PMJ en faisant remonter les innovations positives et en montrant la diversité des pratiques possibles en termes sinon de résultat du moins (par exemple) en termes de simplification des procédures, de satisfaction des acteurs ou/et bénéficiaires, etc..

Enfin, les études pourraient approfondir en particulier les questions sensibles de la pathogénie du milieu carcéral, des conditions de l'accessibilité du dispositif de soins destiné aux détenus, des conditions de la réceptivité de l'éducation à la santé en incarcération, à partir du suivi des actions du Plan et du recueil des expériences et opinions des professionnels et des populations concernées.

VIII Mise en œuvre de l'évaluation

VIII. 1 Comité d'évaluation à mettre en place

Le dispositif de pilotage du PMJ ne comporte pas de comité scientifique. Il est nécessaire d'installer dès que possible un comité d'évaluation indépendant, associant des personnalités scientifiques (statisticiens, épidémiologistes et chercheurs en sciences humaines et sociales compétents) et des représentants des professions concernées et des bénéficiaires. Il lui appartiendra de préciser les questions qui devront être posées et le dispositif de suivi et d'analyse à mettre en place.

Ce comité devrait être présidé par une personnalité indépendante ; en tout état de cause, il ne doit pas être piloté, au sein du ministère de la santé, ni par la DGOS ni par la DGS, qui seraient alors juges et parties.

VIII. 2 Les enquêtes nationales

Compte tenu des délais de mise en œuvre, il serait souhaitable, si la proposition de la Commission est retenue, d'initier dès que possible les démarches nécessaires pour l'insertion d'une approche spécifique « santé des détenus » auprès des organismes concernés (INSEE, INED, DREES, INPES, CNAMTS).

VIII. 3 Les enquêtes ad hoc et les études qualitatives

Un appel à projet pourrait permettre de susciter des approches innovantes de la part d'acteurs proches du terrain (associations ...).

Il sera essentiel de confier les études à des équipes compétentes, c'est-à-dire capables de traiter la problématique de l'échantillonnage des flux et de tenir compte d'une part de la spécificité de certains facteurs de risque (addictions, pratiques illégales ...) et d'autre part

des nombreuses contraintes des enquêtes en prison : horaires, système de défiance, langues, promiscuité

VIII. 4 Estimation du budget prévisionnel

Le coût de l'évaluation du programme n'a pas été budgété. Il est considéré classiquement comme représentant environ 5% du coût global.

En l'occurrence, si l'avis du HCSP est suivi, les démarches entreprises auprès des organismes en charge des différentes enquêtes santé devront comporter la demande d'estimation du coût du travail supplémentaire demandé.

En ce qui concerne les études qualitatives, le coût à envisager concerne principalement le recrutement d'enquêteurs compétents.

Annexe : saisine



MINISTÈRE TRAVAIL, DE L'EMPLOI ET DE LA SANTÉ

SECRETARIAT D'ÉTAT A LA SANTÉ
Direction générale de l'offre de soins
Direction générale de la santé

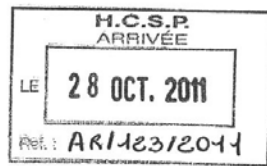
Paris, le 16 SEP 2011

Mme Annie Podeur
Directrice générale de l'offre de soins

M. Jean-Yves Grall
Directeur général de la santé

à

M. le Professeur Roger Salomon
Président du Haut Conseil de la santé publique



Monsieur le Président,

Mesdames les ministres de la santé et des sports et de la justice et des libertés ont rendu public le 28 octobre 2010 un plan national d'actions stratégiques pour améliorer la santé des personnes détenues.

Les raisons ayant conduit à l'élaboration d'un plan sont issues de besoins, objectivés par la prévalence élevée de plusieurs pathologies, liés aux caractéristiques sociodémographiques, en lien avec l'impact de l'incarcération et liés à l'évolution démographique.

Trois grands principes ont présidé à sa rédaction précisant, que toute personne incarcérée doit bénéficier de la même qualité et continuité de soins que la population générale, que les plans et les programmes de santé publique doivent être mis en œuvre en milieu carcéral, enfin que la prévention et les soins initiés ou poursuivis pendant la période de l'incarcération doivent contribuer au maintien et à l'amélioration de l'état de la santé.

Ce plan inclut six axes, 18 mesures et 30 actions. Les six axes proposés ont pour objectif d'impulser un nouvel élan et de porter une nouvelle ambition en mettant l'accent prioritairement sur, la connaissance de l'état de santé de cette population, la prévention et la promotion de la santé, l'accès aux soins incluant les périodes pendant et après la détention, le dispositif de protection sociale, la formation, et l'amélioration des mesures d'hygiène, de sécurité et de salubrité des établissements pénitentiaires.

.../...

Cinq mesures phares ont été identifiées sur lesquelles une attention particulière sera portée concernant :

- Le renforcement d'une politique de prévention du suicide concertée entre les différents intervenants,
- Le développement d'actions d'éducation et de promotion de la santé,
- L'accessibilité des personnes détenues à des soins en santé mentale adaptés à leur état de santé,
- L'amélioration de l'organisation, de la gestion et du suivi des structures sanitaires,
- Enfin la définition des modalités d'accès aux droits des personnes détenues en aménagement de peine.

Le suivi des actions est assuré par un comité de pilotage se réunissant tous les deux mois. Un suivi interministériel est assuré par le comité interministériel présidé alternativement par les ministères de la santé ou de la justice.

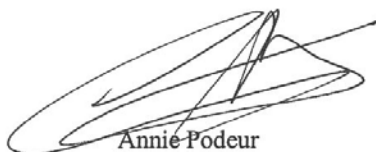
Compte tenu de la sensibilité de ce dossier, nous souhaiterions que puissent être identifiés quelques indicateurs de politique publique le but étant de pouvoir mesurer d'ici cinq années la pertinence des actions retenues et leur impact sur la prise en charge sanitaire de cette population.

A cette fin nous sollicitons le Haut conseil de santé publique dont vous assurez la présidence pour nous aider à la définition de ces indicateurs.

Dominique Peton Klein, directeur de projet chargé du suivi de la politique de santé des personnes placées sous main de justice pour le ministère de la santé se tient à votre disposition pour vous apporter toute information utile sur ce dossier.

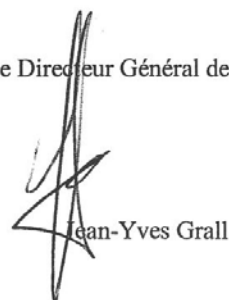
Espérant que vous pourrez répondre à notre demande, nous vous prions d'agréer, Monsieur le Président, l'expression de notre sincère considération.

La Directrice Générale de l'Offre de Soins



Annie Podeur

Le Directeur Général de la Santé



Jean-Yves Grall

Propositions pour l'évaluation du Plan d'actions stratégiques 2010-2014 « Santé des personnes placées sous main de justice »

A la demande de la DGOS et de la DGS, le Haut Conseil de la santé publique a examiné à mi-parcours le Plan d'actions stratégiques pour la santé des personnes placées sous main de justice afin de proposer des modalités d'évaluation. L'association des parties prenantes du Plan au début de la réflexion a permis au groupe de travail de comprendre le fonctionnement et les moyens du Plan et de parvenir avec elles à une vision commune sur les objectifs de l'évaluation. Les différents documents recueillis ou produits par le comité de suivi du Plan ont été analysés. Différentes personnalités en charge de la santé physique et psychique des détenus et des représentants d'institutions impliquées dans la mise en œuvre du Plan ont été auditionnés ainsi que des représentants du ministère de la Justice, associés au Plan. Cette démarche a permis de formuler des questions évaluatives renvoyant aux objectifs stratégiques du Plan. Une méthode d'évaluation a ensuite pu être envisagée dont les modalités sont déclinées et proposées aux parties prenantes : organisation du comité d'évaluation, ajout de modules spécifiques sur la santé des personnes sous main de justice à programmer dans les grandes enquêtes nationales, enquêtes ad hoc quantitatives et études qualitatives.