
AVIS

relatif à l'évaluation de la stratégie santé des personnes placées sous main de justice

Version du 8 février 2018

Le Haut Conseil de la santé publique (HCSP) a reçu de la part de la Direction générale de la santé (DGS) une saisine datée du 20 juillet 2017 pour un avis sur « l'évaluabilité de la stratégie santé des personnes placées sous main de justice¹ » mise en place en avril 2017 (Annexe 1).

Cette saisine du HCSP porte sur une étude préalable à la démarche évaluative qui accompagnera le déploiement de cette stratégie. Cette étude devrait notamment permettre la définition du cadre méthodologique de l'évaluation en circonscrivant le champ de celle-ci et en identifiant des indicateurs de processus et d'évaluation pertinents.

Il s'agira de :

- 1) reconstituer le modèle d'intervention de la stratégie ;
- 2) planifier le suivi de la stratégie ;
- 3) prendre en compte les aspects de gouvernance de la stratégie, des systèmes d'information, des inégalités territoriales ainsi que des inégalités sociales, notamment en sortie de détention, en matière d'accès aux soins.

Afin de répondre à cette saisine, le HCSP a mis en place un groupe de travail (GT) *ad hoc* associant des experts membres ou non du HCSP (cf. composition du GT en annexe 2). Ce groupe a travaillé selon la méthode habituelle du HCSP et s'est réuni à 6 reprises entre le 13 septembre 2017 et le 20 novembre 2017. En particulier, plusieurs sources d'information différentes et complémentaires ont été mobilisées, et confrontées, les sources documentaires disponibles ont été analysées, des auditions des différentes parties prenantes ont été conduites et elles aussi analysées (cf. liste en Annexe 3).

¹ La mention « sous main de justice » concerne trois populations : les personnes confiées par l'autorité judiciaire à l'administration pénitentiaire : personnes détenues (maisons d'arrêt, centres de détention, maisons centrales), en aménagement de peine ou suivies en milieu ouvert au titre d'une mesure de justice (sursis avec mise à l'épreuve, travail d'intérêt général, libération conditionnelle, contrôle judiciaire ou ajournement avec mise à l'épreuve), ainsi que l'ensemble des mineurs et jeunes majeurs suivis par la Protection judiciaire de la jeunesse et appelés dans la stratégie « jeunes sous protection judiciaire », qu'ils soient détenus, placés en hébergement ou suivis au titre d'une mesure de milieu ouvert. Pour les personnes mineures, toute action ou prise en charge se fait dans le respect de l'exercice de l'autorité parentale par filiation ou par délégation. Même si la stratégie affiche l'ensemble de ces populations comme cibles, une bonne partie des mesures concerne les personnes en détention.

I. LE HCSP A PRIS EN COMPTE LES ÉLÉMENTS SUIVANTS :

ACTIONS STRATEGIQUES DE SANTE ET CONTEXTE DE LA SAISINE

Le HCSP souhaite rappeler que les déterminants de la santé relèvent de toutes les politiques publiques, principe présent dans la stratégie nationale de santé. De ce fait, l'administration compétente a la responsabilité de mettre en place un environnement favorable à la santé des personnes placées sous main de justice et de leur permettre d'accéder aux soins qui leur sont nécessaires. Le HCSP a considéré les actions mises en place et a pris en compte les éléments suivants :

1. Cette stratégie santé des personnes placées sous main de justice fait suite au plan d'actions stratégiques 2010-2014 [1]. Elle a pris en compte des observations et recommandations formulées par l'IGAS dans le rapport d'évaluation conjoint IGAS n°2015-05QR/IGSJ n°58-15 du 25 mars 2015 [2].

Parmi ses 22 recommandations, le rapport de l'IGAS et de l'IGSJ mettait en avant la nécessité de :

- réaliser un nouveau programme d'actions pour la santé des personnes placées sous main de justice ;
- actualiser les connaissances sur la santé des personnes détenues dans les cinq ans, en mettant en œuvre le scénario proposé par l'InVS² (mise en place d'un système de surveillance et d'études) ;
- améliorer le pilotage de cette politique, par une meilleure articulation entre le ministère en charge de la justice et le ministère en charge de la santé d'une part, et une meilleure implication des agences régionales de santé (ARS) d'autre part ;
- accroître l'offre de soins spécifique aux personnes détenues, et son accessibilité, notamment par la définition d'un « socle minimum de fonctionnement » et la réalisation de la seconde tranche des unités hospitalières spécialement aménagées (UHSA) ;
- renforcer les actions de prévention, notamment par l'amélioration des « points prévention » lors des comités de coordination santé-justice, l'association de la Mildeca, la création de cellules et de quartiers non-fumeurs ;
- développer les « soins en lien avec l'infraction commise », avec des appels à projets ciblés ;
- prendre en charge la perte d'autonomie éventuelle des personnes détenues en associant la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) et en développant les aspects médico-sociaux du programme d'actions à définir ;
- consolider la couverture sociale et l'accompagnement social des personnes détenues, pendant et après la détention ;
- rendre plus juste et plus lisible le financement des soins aux personnes détenues, en revoyant les règles de calcul et les principes de mise en œuvre des crédits des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (Migac) pour réduire les inégalités entre établissements ;

² En 2016, l'InVS, l'Inpes et l'Eprus ont été réunis au sein de Santé publique France, l'agence nationale de santé publique, créée par l'ordonnance 2016-462 du 14 avril 2016 et le décret 2016-523 du 27 avril 2016.

- faciliter l'accès aux soins des personnes détenues hors de la prison, lorsque nécessaire : meilleur taux d'extractions médicales, individualisation des mesures de contention éventuelles, permissions pour soins, développement des aménagements de peine pour raisons médicales.

La nouvelle stratégie 2017, sans constituer pour autant un « programme », au sens de l'IGAS, reprend à son compte l'essentiel de ces recommandations tout en adaptant certaines d'elles (par exemple, sur le tabagisme). Elle fixe comme orientation générale la poursuite et le renforcement de la dynamique engagée depuis 2010. Il s'agit de garantir aux personnes placées sous main de justice un accès aux soins équivalent à celui dont bénéficie une grande partie de la population générale (même si ce principe n'est plus l'objet d'un axe particulier dans cette stratégie) ; de promouvoir la santé des personnes³ ; de contribuer au maintien et à l'amélioration de la santé des personnes⁴. Son axe 1 reprend l'objectif d'amélioration de la connaissance de l'état de santé des personnes placées sous main de justice, entérinant de fait l'échec de mise en œuvre de l'axe 1 du plan précédent sur ce même thème.

Par référence au plan 2010-2014, la stratégie 2017 introduit deux objectifs nouveaux : la réduction des inégalités sociales de santé et la contribution de la santé à la réinsertion des personnes placées sous main de justice. Elle prend en compte la spécificité de certains publics (femmes incarcérées, personnes âgées, personnes en situation de handicap, etc.). La stratégie intègre par ailleurs l'ensemble des jeunes pris en charge par la Protection judiciaire de la jeunesse (PJJ).

Les mesures phare de prévention du suicide et au-delà de prise en charge de la santé mentale, ainsi que les actions de prévention spécifiques, pathologie par pathologie, et par groupe de populations, qui étaient mises en avant dans le plan stratégique 2010-2014, sont moins directement affichées. La stratégie 2017 privilégie plutôt dans l'axe 2 une approche globale en termes de promotion de la santé. Cependant l'axe 3 individualise pour le dépistage et le repérage, des thématiques spécifiques (risque suicidaire, risque infectieux, conduites addictives, état buccodentaire, perte d'autonomie) et décline les différentes composantes des personnes placées sous main de justice (détenus, milieu ouvert, jeunes relevant de la PJJ).

À l'inverse du plan stratégique 2010-2014, la stratégie 2017 n'affiche pas de priorité en faveur de la formation des professionnels de santé concernés, privilégiant plutôt la coopération entre les acteurs de la santé et ceux de la justice, en cherchant à favoriser l'assimilation de leurs modèles culturels respectifs par divers moyens, dont la formation.

On note que l'objectif du plan stratégique 2010-2014 de mise aux normes des conditions d'hygiène, de salubrité et de sécurité n'est pas repris dans la stratégie 2017.

Enfin, la question de l'égalité d'accès aux droits sociaux (axe 4 du plan 2010) n'est plus le focus principal de l'axe 5 de la stratégie 2017, qui vise principalement la continuité des soins. Il est vrai que le récent rapport du Sénat consacré aux dépenses de santé des personnes détenues considère que le rattachement des personnes détenues au régime général est effectif dès la date de mise sous écrou [3]. La continuité de la protection sociale avant, pendant et après la détention reste un enjeu de coordination qui relève de l'axe 6 de la stratégie 2017.

³ En 2010 : développer la prévention et mettre en œuvre les plans et programmes de santé publique dans les lieux de détention : en 2017, il s'agit de promouvoir la santé.

⁴ En 2017 : limiter les facteurs de risque propres à la mesure de mise sous main de justice.

Le tableau ci-après compare les axes de ces deux politiques à l'attention des personnes placées sous main de justice :

Plan d'actions stratégiques 2010-2014	Stratégie santé des personnes sous main de justice 2017
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 1 : Mieux connaître l'état de santé et déterminer les besoins en matière de santé des personnes placées sous main de justice
Axe 2 : Le renforcement de la prévention et la promotion de la santé au bénéfice de cette population tenant compte de ses caractéristiques particulières	Axe 2 : Développer la promotion de la santé des personnes placées sous main de justice tout au long de leur parcours Axe 3 : Poursuivre l'amélioration des dépistages et repérages des personnes placées sous main de justice
Axe 3 : La garantie pour chaque personne détenue d'un accès aux soins identique à celui de la population générale	Axe 4 : Améliorer l'accès aux soins des personnes placées sous main de justice détenues
	Axe 5 : Organiser la continuité de la prise en charge lors des sorties de détention et des levées de mesures de justice
Axe 4 : L'assurance d'un accès aux droits sociaux conforme à la réglementation Axe 5 : L'assurance d'une formation de tous les professionnels de santé adaptée à leur exercice professionnel	
	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
Axe 6 : La garantie du respect des normes et des règlements relatifs aux conditions d'hygiène, de sécurité et de salubrité	

2. La stratégie 2017 santé des personnes placées sous main de justice a été conçue et publiée avant la stratégie nationale de santé 2018-2022 [4-5]. Cependant, la cohérence entre cette stratégie « sectorielle » et la stratégie globale doit être assurée.

La stratégie nationale de santé (SNS)⁵ comporte 4 axes :

- Mettre en place une politique de promotion de la santé incluant la prévention, dans tous les milieux (axe 1)
- Lutter contre les inégalités sociales et territoriales d'accès à la santé (axe 2)
- Garantir la qualité, la sécurité et la pertinence des prises en charge à chaque étape de parcours de santé (axe 3)
- Innover pour transformer notre système de santé en réaffirmant la place des usagers (axe 4).

Il va de soi que la SNS concerne les personnes placées sous main de justice, au même titre que l'ensemble de la population. En outre, des priorités spécifiques sont définies pour les enfants, les adolescents et les jeunes, ainsi que des dispositions propres à la Corse et à l'Outre-mer.

Si les objectifs de la SNS concernent les personnes placées sous main de justice, cette population n'est pas l'objet d'un développement spécifique, mais elle est mentionnée à plusieurs reprises :

- Dans l'axe 1 : l'orientation de promotion de la santé s'applique à l'ensemble des « milieux de vie », ... notamment les lieux de prise en charge judiciaire et les lieux de privation de liberté, donc aux personnes placées sous main de justice et sous PJJ. Dans ce même axe, les personnes incarcérées sont citées en tant que « populations vulnérables ». Celles-ci doivent être particulièrement ciblées par des actions visant à réduire la prévalence des pratiques addictives, contribuant ainsi à réduire les inégalités sociales de santé. Les personnes placées sous main de justice sont citées comme « des personnes les plus vulnérables et les plus éloignées de l'accès à l'information, à la prévention et aux soins » chez lesquelles la prévention de la perte d'autonomie est nécessaire, avec la perspective « d'organiser le repérage et la prise en charge » ; dans le but de « faciliter la mise en œuvre des actions de promotion de la santé dans tous les milieux de vie », la SNS prévoit en particulier de « faciliter l'action coordonnée des professionnels en matière de promotion de la santé dans les lieux de vie, dont notamment (...) les lieux de privation de liberté, en clarifiant les compétences de chacun » .
- Dans l'axe 2 : la SNS constate que les personnes placées sous main de justice, incarcérées ou suivies en milieu ouvert, font partie des « catégories de personnes qui ont moins recours au système de santé par méconnaissance de leurs droits ou des dispositifs, ou en raison d'obstacles pratiques, tels que leur manque de mobilité ou leur absence de domiciliation. Parmi les jeunes vulnérables, « les jeunes sous PJJ ou sortant de ces dispositifs (...) doivent également bénéficier d'une attention particulière ». La SNS mentionne que dans les prochaines années, il sera nécessaire de « Repérer les situations de handicap, de troubles psychiques ou psychiatriques, et de perte d'autonomie des personnes incarcérées, afin de mettre en œuvre les soins, les mesures de compensations

⁵ Le projet de stratégie nationale de santé (SNS) a été soumis à une consultation publique en novembre 2017. De plus, la Conférence Nationale de Santé et le Haut Conseil de la santé publique ont formulé des avis sur ce projet. La SNS a été finalisée en décembre 2017 sous l'autorité du Premier ministre à la suite des travaux du Comité permanent restreint du Comité interministériel de la santé. Elle est définitivement adoptée par le Gouvernement et publiée sous la forme d'un décret [6].

individuelles et les aménagements nécessaires des conditions de détention. Développer la prévention de la perte d'autonomie des personnes en situation de handicap et âgées incarcérées, et faciliter leur accès aux actions de prévention et de promotion de la santé. Organiser la continuité de la prise en charge lors des sorties de détention. »

3. Le contexte de la saisine et les options du HCSP pour l'élaboration de sa réponse

La saisine du HCSP par la DGS sollicite la proposition d'indicateurs de suivi (de processus, pour suivre la mise en œuvre des actions prévues) et d'indicateurs d'impact en termes d'amélioration de l'état de santé pour la population cible des actions et au-delà, en vue de l'évaluation de la stratégie de santé des personnes placées sous main de justice, après sa mise en œuvre.

Cependant, la saisine a précédé la définition des objectifs spécifiques de la stratégie, et en conséquence celle des actions nécessaires et des modalités à mettre en place pour atteindre ces objectifs. *A fortiori*, aucune programmation (responsables désignés, étapes, calendrier, financement, système d'information permettant le suivi des indicateurs) n'avait encore été établie par les groupes de travail chargés du pilotage de la stratégie, seul l'axe 1 étant assorti d'un délai précis pour sa réalisation (5 ans).

En l'absence d'un tel programme d'actions détaillé adopté par le Comité interministériel Santé/Justice, il s'avère impossible de proposer une planification du suivi de la stratégie, fondée sur des indicateurs jalonnant des processus qui ne sont pas encore explicités. Le HCSP remarque d'ailleurs que la stratégie n'a pas prévu de dispositif de suivi de la mise en œuvre des mesures/actions dans la durée.

En outre, les progrès attendus de l'état de santé par axe et par objectif ne sont pas précisés. D'ailleurs l'absence d'observation initiale de l'état de santé, avant la mise en œuvre des mesures et des actions, ne permet guère d'envisager d'évaluer leur impact sur la santé des personnes concernées.

Le HCSP s'est donc attaché à proposer un cadre logique pour l'évaluation future, en formulant *a priori* des questions évaluatives et des pistes d'actions possibles permettant d'anticiper des indicateurs à construire, le moment venu.

Cette démarche a conduit le HCSP à :

- mener une évaluation *ex ante* de la stratégie en s'interrogeant sur sa pertinence, sa cohérence interne et externe et les hypothèses sous-jacentes ;
- proposer ainsi un cadre conceptuel pour le suivi de sa mise en œuvre (évaluation des processus ou de l'efficacité des actions) ;
- proposer un dispositif à mettre en place le moment venu pour l'évaluation de l'impact de la stratégie (amélioration de l'état de santé).

Cette évaluation *ex ante* a été conduite au regard de trois éléments clés :

- l'état des questions concernant la santé des personnes placées sous main de justice telle qu'elles sont connues par les experts et les acteurs concernés ;
- l'évaluation faite et les recommandations formulées par l'IGAS et l'IGSJ en 2015 ;
- les définitions de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) pour la santé, la promotion de la santé et la prévention.

Pour le HCSP, le suivi des actions issues de la stratégie relève directement du pilotage de cette stratégie, tel qu'il a été mis en place avec l'équipe projet, et le comité interministériel Santé-Justice. Ce suivi est indispensable au pilotage de cette stratégie. Une diffusion régulière d'informations rendant compte du déploiement des mesures et actions vers les différents acteurs concernés devrait être organisée par les pilotes. Ce suivi implique évidemment un avancement

de la programmation, c'est-à-dire une visibilité des actions à entreprendre issues des mesures de la stratégie, dont il s'agira de suivre le déploiement tant au niveau national que dans les régions.

En revanche, l'évaluation de la stratégie, une fois les mesures et actions mises en œuvre, avec les difficultés mentionnées liées à l'absence d'observation initiale récente de l'état de santé des personnes sous main de justice, dans leur diversité, ne devrait pas être portée par le dispositif de pilotage et devrait être assurée par une institution indépendante.

Propositions

P1) Charger l'équipe projet et les groupes de travail, du suivi des mesures et des actions de la stratégie⁶ : s'assurer du recueil des données nécessaires et de leur interprétation au regard des objectifs, avec l'appui de Santé publique France. Établir dès 2018 un rapport annuel d'activité permettant de suivre la programmation et le déploiement des mesures et actions définies dans le cadre de la stratégie.

P2) Prévoir un dispositif d'évaluation externe (c'est-à-dire composé d'experts non impliqués dans la conception ou la mise en œuvre de la stratégie), chargé de l'évaluation *a posteriori* de la stratégie à un terme défini (cinq ans), ou charger une institution indépendante de le faire.

P3) Compléter rapidement la stratégie par sa programmation, en précisant pour chaque axe, les objectifs spécifiques détaillés par sous-objectifs, si possible quantifiés ; les actions nécessaires pour les atteindre ; les institutions ou acteurs responsables de la mise en œuvre ; le calendrier ; les conditions nécessaires à la réussite de chaque action ; les obstacles et les risques associés à sa mise en œuvre ; les indicateurs liés ; la source des informations nécessaires pour l'évaluation.

⁶ À titre indicatif, le plan stratégique 2010 avait chargé le comité de pilotage (COPIL) du suivi de la mise en œuvre des actions, et, à ce titre, de « s'assurer de la collecte des données nécessaires au suivi des indicateurs auprès de chaque pilote d'action ainsi que de d'identifier les difficultés rencontrées par les pilotes d'actions dans la mise en œuvre de celles-ci, de préparer le rapport à remettre à la commission interministérielle, de préparer le rapport annuel (p. 12).

II- COMMENT ÉVALUER LA STRATÉGIE : APPROCHE GLOBALE, RECONSTITUTION DU CADRE LOGIQUE

Cette partie s'intéresse à la stratégie 2017 dans sa globalité, et en particulier les relations entre les 6 axes ; une évaluation du cadre logique interne à chaque axe sera développée dans la partie III.

Le cadre logique de la stratégie se caractérise par :

- **L'absence d'une description actualisée de l'état de santé de la population concernée à l'échelon national (axe 1), faute de données récentes.**

Trois populations avec des caractéristiques très différentes sont concernées par la stratégie. Or, il n'y a pas de données récentes sur l'état de santé des personnes placées sous main de justice, l'ensemble des études connues étant antérieures à 2012, si on excepte le suivi de la mortalité par suicide [7]; en outre les données concernent essentiellement les personnes détenues.

En revanche l'on dispose de données pour certaines régions, par exemple en Picardie, sur les caractéristiques sanitaires et sociales des détenus à leur entrée en incarcération ; cette étude, en cours d'extension, soulève toutefois des difficultés d'interprétation liées en particulier à la part élevée de non réponses, interrogeant sa représentativité [8]. Cependant cette approche, si elle est utile pour définir les caractéristiques de la population à l'entrée en détention, et donc les besoins à couvrir *a priori*, ne se substitue pas à la connaissance de la santé de la population durant la détention, ce qui permettrait l'évaluation de l'impact des mesures prises en vue de son amélioration dans le cadre de la stratégie.

Ce défaut d'information est dommageable, en particulier concernant la santé mentale, dont tous les acteurs soulignent la prévalence et la gravité en détention, alors que la dernière enquête représentative en France à ce sujet date de 2004 [9].

Par ailleurs, on ne dispose d'aucune information sur l'état de santé des personnes placées sous main de justice en milieu ouvert, et la seule description de l'état de santé des jeunes sous PJJ résulte de l'enquête réalisée par Marie Choquet en 2004 [10]. L'enquête internationale *Health Behaviour School aged Children* (HBSC) prévue en 2018 auprès des adolescents scolarisés de 11-13 ans et 15 ans pourrait représenter une opportunité intéressante pour actualiser les informations sur la santé de ces jeunes, et situer ses spécificités comparativement aux autres jeunes du même âge. L'opportunité d'autres enquêtes nationales portant sur la santé des jeunes pourrait aussi être saisie pour y inclure cette population.

Le HCSP n'a pas non plus eu connaissance d'études récentes portant sur la santé au travail des personnels pénitentiaires et soignants intervenant dans les établissements pénitentiaires. À cet égard, pourtant, le Contrôleur général des lieux de privation de liberté (CGLPL) a insisté sur l'importance, pour améliorer la prise en charge des détenus, de prendre en compte les conditions de travail des personnels qu'il qualifie de « particulièrement éprouvantes ».

Enfin, la thématique de l'état de santé des personnes sous main de justice est restreinte à l'axe 1 de la stratégie, ce qui rend plus délicate la mise en place de recueils de données permettant ultérieurement d'évaluer l'impact sur la santé de mesures et d'action relevant des autres axes de la stratégie.

- **La cohabitation de deux logiques relatives à la santé**

Les logiques de promotion de la santé (axe 2), et de soins curatifs et préventifs (axe 3 et 4) sont nettement dissociées :

- Elles sont séparées sur le plan institutionnel : la première relève de l'administration pénitentiaire, la seconde des établissements de santé auxquels les unités sanitaires en milieu pénitentiaire (USMP) sont rattachées ;
- Leurs opérateurs sont également différents : des intervenants spécifiques, rarement disponibles, pour la promotion de la santé, le personnel des USMP⁷ pour les soins curatifs ;
- Les soins existent dans tous les établissements et sont garantis par la loi ; la promotion de la santé implique une démarche active, et c'est en l'état une exception en milieu pénitentiaire ;
- L'offre de soins est ubiquitaire, même si elle peut prêter à discussion ; la promotion de la santé implique un environnement favorable qui n'existe pas dans tous les établissements pénitentiaires.

Cette cohabitation implique donc, pour permettre une complémentarité indispensable entre promotion de la santé et soins, une forte volonté politique, des ressources dédiées et une coordination délicate entre acteurs concernés, qui relève de l'axe 6.

- Une absence d'informations à jour sur l'activité du système de soins en détention

Les données d'activité récentes sur le système de soins en détention ne sont pas diffusées en l'état avec une réactivité permettant leur utilisation pour le suivi de mesures ou d'actions dans le cadre de la stratégie 2017. La dernière publication des données recueillies par les USMP et collectées par l'Observatoire des structures de santé des personnes détenues (OSSD) remonte à 2013 (cf. Rapport d'exploitation des données 2013 par la DGOS). L'OSSD dispose actuellement des données pour 2014 et 2015 sous forme brute, c'est-à-dire non directement utilisable. Or, ces données permettraient de disposer d'indicateurs de processus, puisqu'elles rendent compte des évolutions des USMP en termes de ressources et d'activité, avec des comparaisons régionales et par site. Ainsi les mesures et actions des axes 3 et 4 correspondent directement à ces données, dont l'exploitation régulière fournirait une référence indispensable pour le suivi de ces axes durant le déploiement de la stratégie, sous réserve de la mise en place d'un contrôle de qualité.

Propositions

P4) Traduire rapidement en actions les mesures de l'axe 1 ; la production de données qui en résultera (au mieux en 2019) sera nécessairement trop tardive pour estimer l'état de santé initial des populations concernées au démarrage de la stratégie 2017, toutefois elle permettra malgré tout, des comparaisons sur le long terme, utiles pour guider la politique.

P5) Lancer des études descriptives sur l'état de santé des personnes en cours de détention (par exemple à 1 mois, à 6 mois, à 1 an, ...) et à la sortie ; chercher à identifier, parmi les personnes en détention, l'état de santé de celles particulièrement vulnérables.

P6) Exploiter et diffuser dans les plus brefs délais les données d'activité dont dispose l'OSSD après 2013 ; améliorer la qualité de ces données et organiser leur production et leur diffusion régulière.

P7) Reproduire l'enquête sur la santé des jeunes relevant de la PJJ telle que réalisée par Marie Choquet (Inserm) en 2004, en améliorant sa représentativité, ou bien explorer la faisabilité d'inclure un échantillon de mineurs relevant de la PJJ dans le cadre du volet français de l'enquête

⁷ Selon les professionnels auditionnés, les USMP n'ont pas en l'état, les moyens de porter une dynamique de promotion de la santé, comme indiqué à la mesure 1 de l'axe 2.

internationale « *Health Behaviour School aged Children* » (HBSC) prévue en 2018 auprès des adolescents de 11-13 ans et 15 ans, ou encore saisir l'opportunité d'autres enquêtes nationales traitant de la santé des jeunes pour y inclure cette population.

P8) Susciter des études spécifiques sur la santé au travail des personnels pénitentiaires et des personnels soignants intervenant en détention, en lien avec la médecine du travail concernée.

- **Des objectifs encore peu formalisés**

L'ensemble de la stratégie est rédigé, de manière caractéristique, en termes qualitatifs : "améliorer", "développer", "renforcer", "adapter", "consolider", "diminuer", ... Elle ne précise à aucun moment, pour aucun axe, à quelle hauteur ou en quelle proportion, au cours des prochaines années, ces progrès sont attendus. D'ailleurs le terme de la stratégie lui-même n'est pas précisé, et l'état actuel de la situation qu'il s'agit d'améliorer n'est pas connu pour de nombreux objectifs. En outre, une bonne partie des mesures demande à être explicitée sous forme d'actions concrètes pour pouvoir être appliquées. Cette approche ne permet pas en l'état une programmation ni, *a fortiori*, une appréciation des "progrès" qui seront accomplis, par la mise en œuvre de ces mesures, et actions, notamment pour les axes 2, 3 et 4. Il appartient donc aux groupes de travail et à l'équipe projet de préciser tous ces points, dans le cadre de la programmation dont ils ont la charge (cf. proposition P3).

- **Six axes déclinés parallèlement, sans articulation explicite entre eux**

Les progrès de la connaissance de l'état de santé (axe 1) et ceux de la coopération entre acteurs (axe 6) sont affichés comme des objectifs autonomes et non référés aux autres objectifs visant concrètement la santé des personnes placées sous main de justice au sein des axes 2 à 5. Cette répartition transversale paraît nécessaire.

Par ailleurs la stratégie affiche globalement une référence forte à la promotion de la santé au sens de l'OMS (cf. les orientations stratégiques, p.7), avec la charte d'Ottawa (cf. note 4 p. 7), ce qui rend d'autant plus paradoxale la non-reprise d'un axe spécifique traitant des conditions de vie en milieu carcéral, comme c'était le cas dans le plan d'actions 2010-2014. La charte d'Ottawa fait explicitement référence à un environnement favorable à la santé, alors que les rapports du CGLPL⁸, entre autres, laissent penser que cette condition n'est pas avérée en milieu carcéral. L'axe 2 comporte toutefois une mesure 2 « créer des environnements favorables », mais qui ne fait pas état des facteurs physiques défavorables de l'environnement, comme les conditions d'hygiène particulièrement précaires, la vétusté des locaux, la surpopulation carcérale, l'insuffisance des équipements collectifs. La référence à la promotion de la santé, approche globale, devrait traverser l'ensemble de la stratégie et non le seul axe 2, comme le suggère la mesure 1 de cet axe.

La promotion de la santé implique aussi une participation effective et concrète de la communauté à l'ensemble des processus concourant à sa santé, en particulier la fixation des priorités et la prise de décision, ce qui ne va pas de soi pour des personnes privées de liberté.

En outre, le cloisonnement entre axes est particulièrement dommageable sur les liens entre les axes 3 (ayant vocation à identifier des problèmes de santé spécifiques) et l'axe 4 (visant à proposer des réponses à ces problèmes en termes de recours aux soins).

⁸ Contrôleur général des lieux de privation de liberté. Rapport d'activité 2016. Editions Dalloz 2017 328 pages.

L'axe 2 est également susceptible de donner appui à certaines actions de promotion de la santé (campagnes d'information, ...) pouvant répondre à des situations ou des comportements représentant un risque pour la santé, en particulier en détention. Ainsi, le dépistage des risques infectieux, ou celui des pathologies bucco-dentaires, prévu dans l'axe 3, ne s'accompagne d'aucune mesure spécifique ni dans l'axe 2, ni dans l'axe 4. L'identification de problèmes de santé mentale, qui fait partie de l'axe 3, demande une articulation forte avec des prises en charge, développées dans l'axe 4, mais également une continuité de soins à la sortie, qui relève de l'axe 5. Ces segments de parcours de santé demandent à être consolidés. Toutefois, l'axe 2 comporte une mesure 5 « améliorer l'accès à la prévention et aux soins » qui peut servir d'appui aux mesures des axes 3 et 4.

Propositions

P9) Tout en maintenant l'objectif principal de l'axe 1 de mettre en place un système de surveillance épidémiologique de la santé des personnes placées sous main de justice, indispensable à terme, décliner les actions à venir de l'axe 1 pertinentes pour pouvoir rendre compte des effets sur la santé des actions des axes 2, 3 de manière à identifier des indicateurs d'impact sur la santé des populations concernées pour ces axes, en particulier pour les questions de santé considérées comme prioritaires.

P10) Maintenir dans l'axe 6 l'objectif de développement de l'attractivité des carrières professionnelles administratives et soignantes, mais répartir les actions de coopération à venir pour cet axe (visant à un partage réciproque de culture, et à la diffusion d'expériences innovantes pertinentes) dans les axes 1 à 5 de façon à expliciter dans chacun les thèmes de coopération (pour la connaissance de l'état de santé : axe 1, pour la promotion de la santé : axe 2 : pour le dépistage et le repérage des problèmes de santé : axe 3 ; pour l'accès aux soins : axe 5 ; pour les soins dans les suites de détention : axe 5).

P11) Charger chacun des groupes de travail de définir des actions relevant de la promotion de la santé : composantes d'un environnement favorable au développement des ressources sociales et personnelles, mise en place de modalités durables de fonctionnement, fondées sur la participation des personnes concernées, favorisant leur prise de parole, leur initiative vis-à-vis de leur santé, auto-évaluation de leur état de santé, etc. Ces actions pourraient faire l'objet d'autant d'indicateurs de procédures, et dans certains cas de résultats, s'appuyant sur la réalisation de projets immobiliers, les rapports d'activité des centres, les appels à projets pour des interventions pilotes, etc. Ces actions doivent être concertées avec le groupe de travail explicitement chargé de l'axe 2.

P12) Charger les groupes de travail « repérage et dépistage » et « accès aux soins et continuité des soins » de formaliser des parcours de soins pour certaines thématiques prioritaires, comme c'est déjà le cas pour la tuberculose, les infections à VIH, et les hépatites virales, notamment en ce qui concerne les autres infections sexuellement transmissibles, la santé mentale, la santé buccodentaire, intégrant le temps de dépistage, celui de la prise en charge en cours de détention et à la sortie.

- Une absence d'approche systématique par pathologies des mesures concernant la santé (sauf dans l'axe 3), ni par groupes de populations

Cette option est certes en cohérence avec la SNS, selon laquelle la plupart des facteurs de risque sont communs à de nombreuses pathologies et relèvent donc d'une approche globale en ce qui concerne la prévention. Cette approche globale dominante ne permet pas cependant de répondre de façon satisfaisante à certains problèmes de santé spécifiques particulièrement présents chez

les personnes détenues, comme c'était le cas dans le plan stratégique 2010, notamment en matière de santé mentale (addictions et suicides), d'infections (infections sexuellement transmissibles), et de santé bucco-dentaire.

Propositions

P13) Susciter des missions d'experts sur des thématiques de santé spécifiques, à l'exemple de celle confiée par la DGOS aux Professeurs Thomas et David sur la santé mentale, notamment sur les pathologies transmissibles liées à l'insalubrité, au manque d'hygiène et à la promiscuité dans certains lieux de détention.

P14) Étudier la faisabilité d'une extension des enquêtes nationales (INSEE, DREES, IRDES, ...) aux personnes placées sous main de justice, comme cela a déjà été fait pour l'enquête HID (handicaps, incapacités, dépendance)⁹, et étudier la faisabilité d'utiliser les bases de données médico-administratives, à partir du Système national des données de santé (SNDS), pour cette population spécifique.

- L'absence de maintien d'un objectif spécifique sur les droits des patients

Le plan stratégique 2010-2014 avait mis en valeur l'accès des détenus aux droits sociaux, mais cet axe n'a pas été repris dans la stratégie 2017. On comprend certes que des mesures et actions portant sur les droits sociaux des personnes sous main de justice pourront être décidées et mises en œuvre. Cependant, cette lacune ne garantit pas la progression, dans le cadre de la mise en œuvre de la stratégie, du droit à la santé en prison tel qu'il se construit par la jurisprudence de la Cour européenne des Droits de l'Homme (CEDH). En outre les rapports du CGLPL indiquent que la situation dans les prisons en France est perfectible à ce sujet.

Propositions

P15) Charger explicitement les groupes de travail traitant de la promotion de la santé, de l'accès aux soins et de la continuité des soins, d'examiner systématiquement l'accès des patients à leurs droits sociaux, notamment les patients particulièrement vulnérables (personnes en situation de handicap ou en perte d'autonomie, personnes vieillissantes incarcérées, femmes enceintes, mineurs, ...) et associer un juriste spécialisé à l'élaboration et au suivi des mesures et des actions des axes 2 à 5 dans ce domaine.

P16) Solliciter la Haute Autorité de santé de sorte que les critères 10a, 17a et 19a du manuel de certification des établissements de santé (consacrés particulièrement à la prise en charge des personnes privées de liberté) soient l'objet d'une attention systématique lors des visites des établissements par les experts, et qu'elles soient associées à des recommandations, chaque fois que nécessaire.

⁹ Aline Désesquelles, « Le handicap en milieu carcéral en France. Quelles différences avec la situation en population générale ? », Population 2005/1 (Vol. 60), p. 71-98. DOI 10.3917/popu.501.0071

III. APPROCHE SPÉCIFIQUE PAR AXE

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

Cet axe est particulièrement pertinent, compte-tenu de l'ancienneté excessive des données disponibles¹⁰ sur la santé des personnes détenues et des jeunes sous PJJ, déjà soulignée par le HCSP dans son avis de septembre 2012 [11] et rappelée avec insistance par l'IGAS en 2015¹¹ [2]. Par ailleurs, on ne dispose d'aucune donnée spécifique sur la santé des personnes placées sous main de justice en milieu ouvert, après la sortie de détention, alors même que les experts signalent l'effet pathogène de l'incarcération et l'aggravation des inégalités sociales préexistantes.

D'une manière générale, l'axe 1 devrait mieux spécifier les descriptions qui relèvent des « flux » de personnes nouvellement placées sous main de justice (entrée en détention, début d'exécution d'une peine en milieu ouvert, orientation vers la PJJ), de celles qui relèvent du « stock » des personnes sous main de justice pour des durées moyennes ou longues (prévalence).

La stratégie évoque à ce sujet plusieurs priorités, qui paraissent cohérentes avec l'objectif d'une meilleure connaissance des besoins de santé : réalisation d'enquêtes descriptives transversales répétées, déclinaison d'enquêtes épidémiologiques nationales en détention, mise en place d'un dispositif de surveillance épidémiologique national.

Toutefois,

- la reprise des enquêtes transversales répétées chez les personnes à leur entrée en détention, interrompues depuis 2003 [12], est apparue peu réaliste aux experts auditionnés à ce sujet (compte-tenu de la diminution des moyens disponibles pour de tels travaux) ; ces enquêtes ne couvraient que très partiellement les principaux déterminants de la santé, et en outre en les situant avant l'incarcération. De plus on voit mal cumuler de telles enquêtes avec un autre système de surveillance permanent, à l'entrée en détention, à vocation exhaustive.
- À partir d'une enquête pilote en Picardie, menée depuis 2011 par l'Observatoire régional de la santé et du social (OR2S), un recueil de données épidémiologiques chez les personnes entrant en détention connaît une certaine extension, mais sa représentativité n'est pas évaluée (40 % de non réponses) et certains items concernant la santé mentale ou les conduites addictives, questions de santé majeures en détention, sont recueillis de façon imprécise [13]. Une autre enquête a été réalisée dans le Nord-Pas-de-Calais chez les entrants en détention de 2014 à 2017, ciblée de façon plus approfondie sur la santé mentale ; elle a été menée par le Centre hospitalier régional universitaire (CHRU) de Lille avec la participation du Centre collaborateur de l'OMS pour la recherche et la formation en santé mentale (CCOMS) et de la Fédération régionale de recherche en psychiatrie et santé mentale Hauts-de-France (F2RSM), et le financement de l'ARS des Hauts-de-France [14]. Cette enquête est intéressante par sa dimension comparative avec la population

¹⁰ Voir annexe 4

¹¹ IGAS : « le Plan d'actions stratégiques 2010-2014 avait identifié cette carence et érigé l'amélioration des connaissances et le suivi épidémiologique en priorité. Un important travail préparatoire d'identification des enjeux et de méthodologie a été élaboré dans ce cadre par l'InVS mais la mission insiste aujourd'hui sur l'absolue nécessité, pour poursuivre une politique de santé pour les personnes détenus, de réaliser sans tarder ces études, à partir de scénario par étapes de surveillance épidémiologique proposé par l'InVS. »

générale à la même période et dans la même région. Toutefois, elle est restreinte à la santé mentale et n'a vocation ni à une extension, ni à une reproduction.

- La faisabilité d'un système de surveillance de la santé des personnes détenues fondée sur le recueil de données en routine à partir des dossiers médicaux des USMP a été jugée médiocre [15].
- Pour les personnes en milieu ouvert, une enquête transversale pourrait être indiquée ; la faisabilité juridique et technique d'identifier ces personnes dans le cadre d'une enquête nationale doit être documentée. Les experts auditionnés à ce sujet ont toutefois été peu favorables à de telles études ciblées. En tout état de cause, la disponibilité de connaissances sur l'état de santé des personnes en sortie de détention, ou lors de la levée de mesure de justice est essentielle pour assurer les continuités de prise en charge individuelles indispensables et, plus généralement, pour orienter l'action publique dans ce secteur.
- La mise à jour de données portant sur l'état de santé des jeunes relevant de la PJJ est particulièrement nécessaire pour orienter les mesures de la stratégie. Il pourrait s'agir de réaliser une nouvelle enquête transversale comparable à celle de Marie Choquet (Inserm) en 2004, mais les réticences exprimées par Santé publique France à développer de nouvelles enquêtes portant sur des populations spécifiques, dans un contexte de ressources restreintes incitent à envisager d'autres possibilités, comme par exemple une extension de l'enquête HBSC prévue en 2018, ou encore d'autres enquêtes nationales comme le Baromètre Santé jeunes, les enquêtes en milieu scolaire pilotées par la DREES et en milieu étudiant par la Mutuelle des étudiants (cf. proposition P7).

L'état de santé des personnels en charge des personnes placées sous main de justice, en particulier dans les établissements pénitentiaires, qu'ils relèvent de l'administration pénitentiaire ou des établissements de santé concernés, n'est pas connue de façon précise. Le système d'information général disponible pour la population au travail, comme le recueil des maladies professionnelles et des accidents du travail, ne permettent pas de rendre compte de cet état de santé. La réalisation d'une enquête épidémiologique transversale à ce sujet et sur la santé perçue des personnels paraît donc particulièrement opportune. En tout état de cause, des données actuelles, comparables avec celle de la population générale ou avec une population de référence, sont nécessaires pour déterminer des actions pertinentes.

Par ailleurs, l'introduction d'indicateurs de l'état de santé permettant d'évaluer, à des échéances à déterminer (par exemple 5 ans ou 10 ans), l'impact des mesures et actions mises en œuvre sur la santé des personnes sous main de justice doit être discutée par les groupes de travail concernés pour chacun des 5 autres axes de la stratégie, en fonction des actions qu'ils seront amenés à déterminer.

Cependant, le HCSP relève qu'aucun moyen humain ou financier n'a été explicitement dégagé, à ce stade, pour la mise en œuvre de cet axe 1, au niveau national, alors que les moyens de Santé publique France dédiés sur cette thématique sont en recul. De même, la mise en place de tout système de recueil de données dans les USMP implique un renforcement des moyens humains et informatiques qui doit être prévu dans le cadre des Migac, avec des obligations pour les établissements de santé concernés de les consacrer à cet objectif.

Ainsi, l'absence de données récentes concernant la santé des personnes sous main de justice, dans leurs différentes composantes, est doublement dommageable :

- elle gêne les groupes de travail pour la définition d'actions répondant précisément à des besoins observés de ces populations ;
- elle fait prévoir l'extrême difficulté, sinon l'impossibilité de procéder ultérieurement, après mise en œuvre des actions relevant de la stratégie, à une évaluation de l'impact des

différentes actions du plan sur la santé de ces populations, faute d'en connaître le niveau initial.

Par ailleurs, la stratégie cible des groupes de population qui ne sont connues que par des expériences d'acteurs et non par des études épidémiologiques ou sociologiques robustes : femmes en détention, personnes âgées, personnes en situation de perte d'autonomie, etc. Quelques études qualitatives ou ciblées éclairent cependant certains aspects de la santé des personnes placées sous main de justice, au moins en détention : par exemple consommation de substances addictives¹², intimité et sexualité des jeunes en détention¹³. D'autres études spécifiques existent probablement au niveau régional ou pour certains établissements ou sites.

Enfin, on voit que la connaissance de la santé des personnes placées sous main de justice procède d'une démarche composite réunissant des enquêtes spécifiques, ponctuelles ou permanentes, des approches qualitatives et quantitatives, des études épidémiologiques ou une analyse indirecte de la santé par le biais du recours aux soins ou autre, la description objective ou par le biais de perceptions. La participation au groupe de travail concerné des différents acteurs qui portent, ou pourraient porter ces différents éclairages complémentaires, quel que soit leur statut, devrait être explicitée.

Propositions

P17) Sans attendre la concrétisation des actions de fond relevant de l'axe 1, susciter rapidement des études portant sur des thématiques de santé ou des groupes de populations prioritaires.

Pour cela :

- Cibler les thèmes de santé faisant l'objet d'actions spécifiques dans les axes 2 à 5.
- Collecter les études quantitatives et qualitatives et monographies par site, par territoire ou par pathologies existantes, dépassant le seul cadre de l'épidémiologie.
- Prendre en compte les besoins de financement (équipements et dotations en personnels des USMP, moyens de Santé publique France pour la réalisation des travaux nécessaires).
- Favoriser le déploiement d'études monographiques ou de portée régionale "légères" selon des méthodes éprouvées : études un jour donné, recueil de points de vue d'acteurs et experts (méthodes Delphi notamment), analyses de rapports d'activité ou autre.

P18) Favoriser la coopération des différents contributeurs potentiels à la connaissance de l'état de santé de la population sous main de justice : Santé publique France, Observatoires régionaux de santé, chercheurs, associations, ... en s'assurant de leur participation effective au groupe de travail chargé de l'axe 1.

Axe 2 : Développer la promotion de la santé des personnes placées sous main de justice tout au long de leur parcours

Cet axe paraît particulièrement pertinent au regard des multiples constats et témoignages attestant d'un état de santé médiocre et de la faiblesse de la valeur « santé » chez les personnes

¹² Exemple : L'analyse des drogues dans les eaux usées : outil d'estimation des consommations, application en milieu carcéral, Note 2017-01 Saint-Denis, Mars 2017. Thomas Néfau (OFDT), Olivier Sannier (Direction de l'administration pénitentiaire), Cécile Hubert, Sara Karolak et Yves Lévi (Laboratoire Santé publique - Environnement, CNRS UMR 8079, UPSUD)

¹³ <http://www.injep.fr/boutique/injep-analyses-syntheses/intimite-sexualite-la-vie-privee-des-jeunes-lepreuve-de-la-prison/496.html>

sous main de justice, en particulier les personnes détenues, même si ces constats ne sont pas récents pour la plupart.

Le développement de la promotion de la santé dépend fortement de l'implication des acteurs mais les interactions entre les structures et les personnes diffèrent selon qu'il s'agit des lieux de détention ou des milieux ouverts. La coopération entre acteurs, telle qu'abordée dans l'axe 6, est le facteur essentiel de réussite. Ainsi, pour la PJJ, la stratégie prévoit l'implication des parents, des jeunes eux-mêmes, des professionnels et de tous les partenaires concernés par la santé et le bien-être des enfants et des jeunes. Pour la détention, l'engagement de l'administration pénitentiaire, et sa coopération avec les unités sanitaires, est déterminant. La promotion de la santé traverse l'ensemble des programmes de formation professionnelle ou de réinsertion, l'engagement dans des activités diversifiées de tous ordres, au-delà du champ strict de la santé.

Cet axe 2 prévoit 5 mesures : 1) afficher la promotion de la santé comme fondement de l'action en santé, 2) créer des environnements favorables, 3) renforcer la capacité d'agir et la participation des personnes, 4) favoriser le développement des aptitudes individuelles et 5) améliorer l'accès à la prévention et aux soins. On ne peut que souligner la cohérence d'ensemble entre ces mesures et le but affiché.

Toutefois le HCSP souligne à nouveau le paradoxe qu'il y a à mettre en avant la promotion de la santé dans les lieux de détention sans accompagner cet objectif d'une perspective d'amélioration de l'environnement physique et matériel des lieux, en particulier l'hygiène et la sécurité, et d'une réduction de la surpopulation carcérale. En outre, il n'est pas fait mention dans cet axe du poids de l'organisation sécuritaire en détention qui, de fait, limite fortement les possibilités d'initiatives des personnes détenues, ce qui constitue un frein très important à la promotion de la santé. Plusieurs modèles de détention en Europe (Danemark, Finlande, Allemagne, Pays-Bas, ...) témoignent de la possibilité de mettre en place, dans les lieux de détention, une organisation de la vie quotidienne plus compatible avec la capacité d'agir des personnes et leur participation effective, comme préconisé par la mesure 3.

Cet axe 2 privilégie une approche globale de la santé mais il met cependant l'accent sur les pratiques addictives (illustration de la mesure 2 et mesure 5), ce qui implique un lien avec l'axe 3 (repérage) et avec l'axe 4 (accès aux soins). Il y a là matière à formaliser un parcours. Cet axe souligne aussi l'importance de la population des jeunes sous PJJ (mesure 3) ce qui renforce la nécessité d'une connaissance actualisée de la santé de cette population (axe 1).

Les questions de santé en lien avec la vie affective et sexuelle, les violences, thèmes qui paraissent pourtant pertinents dans le contexte d'une incarcération, ne sont pas explicités dans l'axe 2. Ces thèmes devraient s'inscrire dans des actions relevant de cet axe et inclure des mesures de prévention des risques (mise à disposition de préservatifs par exemple).

Enfin, l'axe 2 ne détaille pas de mesures concernant la promotion de la santé des personnels pénitentiaires et des personnels soignants, alors même que cette implication conjointe des personnels et des personnes sous main de justice est indispensable à la démarche. De plus, on imagine mal porter au sein d'un même établissement une démarche favorable à la santé des personnes détenues, sans prendre en compte celle des personnels, dont les conditions de travail sont perçues comme difficiles, surtout si on souhaite développer l'attractivité de ces professions (cf. axe 6).

La coordination entre les acteurs du champ de la santé et ceux de la justice pour la mise en œuvre des objectifs de l'axe 2 est particulièrement essentielle, comme on l'a dit. La promotion de la santé en prison ne peut se concevoir sans l'implication forte des directions des établissements, qui devraient non seulement porter la démarche (Stratégie axe 2, p.13) mais aussi participer à sa construction, et la mettre en œuvre. L'audition de la Direction de

l'administration pénitentiaire (DAP) a permis d'identifier son engagement sur cet objectif. D'après la stratégie, les USMP devraient également construire et porter cette dynamique (mesure 1), mais les professionnels auditionnés ont fait part de leur incapacité à contribuer à cet effort supplémentaire compte-tenu de leurs ressources et des impératifs sécuritaires actuels. Les personnels des USMP semblent actuellement saturés par leurs activités de consultation clinique, dans la plupart des sites. D'ailleurs, l'expérience de promotion au centre pénitentiaire de Lille-Annœullin (qui bénéficie de personnels médical et non-médical dédiés à la promotion de la santé), comme celle de Médecins du monde au centre de détention pour hommes et à la maison d'arrêt des femmes du centre pénitentiaire de Nantes (dont la pérennité en fin d'expérimentation est en question) témoignent de la nécessité d'affecter des ressources pérennes pour cet objectif, et de bénéficier d'un appui constant des directions.

Le programme de promotion de la santé des jeunes pris en charge par la PJJ lancé en 2013 par le ministère de la Justice a pour objectif principal d'améliorer la santé globale, au sens du « bien-être », posée comme un facteur de réussite éducative. Ce programme considère l'ensemble des déterminants de santé accessibles en référence à la charte d'Ottawa¹⁴, tout en luttant contre les inégalités sociales de santé. Au-delà de l'accès aux droits et aux soins, il cherche à développer les compétences psychosociales des jeunes avec leur participation active, dans un environnement favorable à la santé, en impliquant au mieux les parents pour renforcer leur pouvoir d'agir pour la santé.

Ce programme mobilise l'ensemble de l'institution, à tous les niveaux territoriaux, des unités éducatives à l'administration centrale, avec le soutien de la DGS. D'un point de vue opérationnel, il implique chaque direction interrégionale avec l'appui d'un comité de pilotage afin d'accompagner les directions territoriales dans la déclinaison opérationnelle.

L'évaluation menée par l'Institut fédératif d'études et de recherches interdisciplinaires santé société (lferiss) [16] porte sur les effets de ce programme au sein de l'institution, sur les modifications de pratiques et l'évolution des représentations chez les jeunes. Ce bilan est encourageant en ce qui concerne les partenariats et la mobilisation institutionnelle. Il pointe l'appropriation encore limitée de la démarche par les unités éducatives de terrain, et les résistances observées aussi bien chez les professionnels que chez les jeunes.

Ce point d'étape ne permet pas encore d'apprécier la participation active des jeunes aux actions de promotion de santé, ni le renforcement de leurs propres capacités à œuvrer pour leur santé. Le caractère encore récent de la démarche explique sans doute ces limites. La PJJ a d'abord un objectif éducatif, qu'il s'agisse d'accompagnement ou de substitution du rôle parental. Les mesures de promotion de la santé s'inscrivent dans cette cohérence, ce qui implique une progression lente.

Ce programme a été reconduit pour 2017-2021 afin d'amplifier la démarche et renforcer son appropriation locale au plus près des jeunes. Une convention cadre de partenariat a été signée entre la DPJJ et la DGS en 2017 destinée à améliorer la santé et le bien-être des jeunes pris en charge par la PJJ, définissant des domaines d'action et des modalités de travail favorisant une coopération pérenne aux niveaux national, régional et territorial prenant en compte les jeunes et leurs familles.

Les premiers résultats favorables du programme de promotion de la santé des jeunes pris en charge par la PJJ incitent fortement à poursuivre la démarche, comme l'institution judiciaire l'a

¹⁴ Axe I : développer des politiques positives pour la santé-bien-être ; axe II : créer des environnements favorables ; axe III : favoriser la participation de la population concernée ; axe IV : développer les aptitudes individuelles ; axe V : optimiser le recours aux soins et à la prévention).

prévu, en collaboration avec la DGS. La diffusion de la démarche sur le terrain, l'attention portée à une meilleure compatibilité des objectifs de promotion de la santé avec les contraintes institutionnelles, et le suivi des modifications attendues d'attitudes et d'évolution des pratiques individuelles et collectives, chez les jeunes comme chez les professionnels, semblent constituer des facteurs de réussite.

Par ailleurs cette expérience ne saurait être transposée en l'état auprès de la population pénale adulte, qui s'inscrit dans un autre environnement, et pose d'autres difficultés. Cependant elle peut alimenter la réflexion sur les apports des démarches de promotion de la santé en faveur des personnes majeures sous main de justice en tenant compte de leurs spécificités. En détention, outre les points évoqués plus haut, la prise en compte des différentes catégories d'établissement, selon la durée prévisible des peines, est importante. En milieu ouvert, le rôle des services pénitentiaires d'insertion et de probation (SPIP) et de la PJJ est déterminant, en lien avec les services médico-sociaux et le médecin traitant.

En l'état, la promotion de la santé en milieu carcéral est très peu développée sauf dans des cadres expérimentaux. Les expériences de promotion de la santé devraient donc être identifiées et faire l'objet d'une évaluation ; cette étape est délicate dans la mesure où elle doit être anticipée et nécessite des ressources et des compétences. Cette évaluation devrait être soutenue dans le cadre de l'axe 2 de façon à favoriser la diffusion de ces expériences lorsqu'elles sont considérées comme faisables, efficaces et pérennes. Cette évaluation peut faire appel au référentiel de promotion de la santé [17], à des enquêtes sur sites portant sur l'adhésion des différents acteurs (gestionnaires, professionnels, personnes sous main de justice), les éventuels changements de représentations, d'opinions, d'attitudes, voire de comportements dans les pratiques de santé. L'étude conjointe des projets d'établissement et des rapports d'activité peut permettre d'apprécier la perception institutionnelle locale de ces expériences. L'évaluation de ces expériences pourrait s'appuyer sur des appels à projets de recherche (comme l'appel à projets « prévention et déterminants de la santé » de l'Institut de recherche en santé publique, GIS-IRSP) en lien avec des milieux associatifs spécialisés, ayant la connaissance des différentes catégories de populations de personnes placées sous main de justice et des personnels auprès d'elles.

Propositions

P19) Expliciter rapidement les actions résultant de la mesure 2 de l'axe 2 concernant les environnements favorables à la santé, en particulier celles qui concernent l'hygiène et la salubrité des locaux, d'une part, et la réduction effective de la surpopulation carcérale, d'autre part.

P20) Étendre les projets de promotion de la santé aux personnels pénitentiaires et les personnels soignants des établissements pénitentiaires, ce qui implique l'octroi de moyens humains et financiers supplémentaires, en particulier le recrutement de personnels relevant de nouveaux métiers contribuant à la promotion de la santé ne relevant ni du sanitaire ni de la surveillance (assistants de services sociaux (ASS), éducateurs, psychologues,...).

P21) Poursuivre le programme de promotion de la santé des jeunes pris en charge par la PJJ en favorisant sa diffusion auprès des unités éducatives de terrain, et la participation des jeunes et des professionnels.

P22) Décliner l'axe 2 selon les différentes catégories de population sous main de justice : personnes détenues (en prenant en compte les durées des peines), personnes condamnées en milieu ouvert et jeunes relevant de la PJJ.

P23) Repérer les expériences locales dans le champ de la promotion de la santé concernant les personnes sous main de justice et les personnels concernés, et soutenir leur évaluation pour favoriser leur diffusion, en tenant compte des conditions de réussite.

P24) Prendre en compte pour le suivi de l'axe 2 pour chaque population l'engagement de la démarche décliné selon les 5 axes de la charte d'Ottawa, en associant les personnes sous main de justice et les professionnels concernés. Les indicateurs de suivi dépendent étroitement des actions envisagées.

À titre d'exemple, on peut évoquer en détention :

- Concernant l'environnement : proportion de cellules non-fumeurs, ratio nombre de personnes détenues/nombre de places en détention, ratio nombre de postes de douches/nombre de personnes détenues, etc.
- Concernant la participation des personnes : participation des détenus à l'élaboration des menus, à des activités d'hygiène collective, à des groupes de parole sur des thématiques de santé ;
- Concernant les aptitudes individuelles : part de personnes détenues travaillant quotidiennement ou poursuivant des études ; nombre de personnes accédant à des activités sportives.

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

La recherche systématique de certains problèmes de santé fréquents et nécessitant une prise en charge rapide, est particulièrement pertinente chez les personnes sous main de justice, en particulier pour les personnes détenues.

Les mesures de l'axe 3 sont en cohérence avec le but de cet axe, puisqu'elles déclinent logiquement les repérages et dépistages selon le contexte de l'entrée en détention (approche par les « flux » de nouveaux patients), et celui des autres personnes placées sous main de justice non détenues.

Toutefois la stratégie n'évoque pas le renouvellement de cette offre de dépistage et de repérage en cours de détention, question importante lorsque cette offre n'a pu avoir lieu, ou qu'elle n'a pas été acceptée à l'entrée. En outre de multiples arguments suggèrent que la détention expose à des risques, en particulier infectieux, et pour la santé mentale, en particulier en termes d'addiction, risques qui peuvent donc se manifester ou s'aggraver après l'entrée, et ce d'autant plus que la durée de la détention est longue.

Les personnels des USMP sont les acteurs désignés pour la coordination des dépistages et des repérages. Leur rôle est à la fois technique, pour proposer et inciter à accepter des tests, relationnel, pour l'annonce des résultats positifs et la proposition d'un parcours de soins adapté et acceptable, mais aussi en cas de tests négatifs pour inciter à des changements de comportements exposant les détenus à ces risques dans un deuxième temps. Ce rôle important s'inscrit aussi dans les missions de promotion de la santé, qui font partie de l'axe 2.

a. À l'entrée en détention

À la différence de l'axe 2, dans lequel la santé est surtout évoquée de façon globale, l'axe 3 décline les mesures selon des risques spécifiques pour la santé: risque suicidaire, risques infectieux multiples, addictions et conduites addictives, affections bucco-dentaires.

Le HCSP suggère que ce temps de dépistage (ou de repérage) s'inscrive systématiquement dans une logique de parcours de santé, dès lors qu'un nouveau problème de santé a été identifié. Ces parcours devraient être définis préalablement pour chaque risque et chaque établissement, en tenant compte des partenariats et des possibilités locales, permettant d'expliquer d'emblée à chaque personne détenue les possibilités de soins proposées (en cas de dépistages ou repérages positifs), mais également en incitant à des actions spécifiques de promotion de la

santé (en cas de dépistages ou repérages négatifs), en lien avec les mesures des axes 2 (promotion de la santé) et 4 (accès aux soins).

- Risque suicidaire : son identification à l'entrée en détention est l'une des actions du plan de prévention du suicide des personnes détenues lancé en 2009 par le ministère de la Justice (voir plus loin). En outre, compte-tenu de la prévalence élevée des pathologies psychiatriques chez les personnes détenues [18], l'entrée est un moment propice pour l'identification des risques psychiques autres que suicidaires, liés à une affection non encore diagnostiquée.
- Risque infectieux (hépatites B et C, VIH, autres infections sexuellement transmissibles, tuberculose) : l'offre systématique d'un dépistage est en place, et largement pratiqué [19, 20]. Les pratiques à risque récentes (comme le tatouage, le « *piercing* », certains modes de coiffage, ...) devraient être pris en compte dans l'identification des risques.
- Addictions : l'identification de comportements addictifs implique la possibilité pour les médecins des USMP de proposer l'entrée dans un dispositif de réduction des risques, au-delà du seul traitement substitutif (cf. mesure 5 de l'axe 2) ; ces dispositifs sont loin d'être accessibles dans tous les établissements.
- Santé bucco-dentaire : le repérage des problèmes bucco-dentaires, particulièrement justifié, et qui pourrait être développé par télé-médecine, ne se conçoit pas sans être suivi d'un plan de soins et d'un accès effectif aux soins nécessaires.
- Le repérage des situations de handicap, d'autres situations de vulnérabilité ou des pertes d'autonomie, constitue autant d'innovations par rapport au plan d'actions stratégiques 2010-2014. Ces repérages impliquent une évaluation spécifique (pouvant nécessiter des outils¹⁵ et des formations des personnels concernés) et l'offre d'une prise en charge adaptée dont la recherche peut être facilitée par un guichet unique (cf. axes 4 et 5) [21].

Les activités de dépistage sont déjà suivies à l'échelon national et régional par l'OSSD : nombre total de dépistages, dépistages pour le VIH, le VHB, le VHC, la tuberculose, ainsi que le nombre de personnes accédant à des traitements de substitution (méthadone, buprénorphine, substitut tabagique). Toutefois, l'OSSD n'a plus diffusé de tableaux de synthèse annuels depuis 2013, alors que des données brutes pour 2014 et 2015, certes imparfaites, sont disponibles. Une présentation systématique des trois dernières années pour chaque indicateur permettrait d'apprécier les tendances éventuelles.

b. En cours de détention

Certains risques, parmi ceux déjà recherchés à l'entrée, sont susceptibles d'intervenir dans un deuxième temps, en cours de détention, notamment le risque suicidaire et le risque infectieux.

- Risque suicidaire : Selon les données du ministère de la Justice, le taux de suicide masculin en prison était sept fois plus élevé qu'en population générale pour 2005-2010. Par ailleurs, les suicides représentaient près d'un décès sur deux pour 2006-2009 dans les prisons françaises [22]. La France occupe l'avant-dernière place en Europe pour le nombre de suicides en prison [7]. Outre ces décès par suicide, les tentatives de suicides en cours de détention constituent un motif de recours à l'USMP et en principe une indication à l'hospitalisation, notamment en cas d'urgence « grande » [23]. Elles sont susceptibles d'être l'objet d'un signalement auprès de l'administration pénitentiaire. Les sources d'information concernant ces tentatives de suicide sont multiples (dossiers des USMP, registres administratifs, motifs d'hospitalisation). En 2009, un plan de prévention

¹⁵ Comme par exemple la grille de repérage des situations de handicap en détention (ReHaD) qui comporte 25 critères (cotés chacun de 0 à 2) répartis en 8 chapitres et conduisant à un score global

du suicide des personnes détenues, comportant de multiples mesures, a été lancé par le ministère de la Justice à la suite du rapport de la Commission Albrand [24] réunie face à l'augmentation du nombre de décès par suicides observée en 2008 et 2009. Le taux global de mortalité par suicide a sensiblement baissé, passant de 18,3 pour 10 000 en 2009 à 13,9 pour 10 000 en 2014. L'administration pénitentiaire reste mobilisée pour la prévention du suicide, compte tenu d'une nouvelle augmentation depuis 2014. Un audit interne ministériel à ce sujet en 2015 a conduit à des recommandations mises en œuvre depuis 2016, associant les partenaires concernés. La mortalité par suicides reste évidemment l'objet d'une attention particulière [25], mais cet indicateur n'est guère utilisable qu'au niveau national, et sa sensibilité pour évaluer des actions de prévention semble limitée. L'intérêt et la faisabilité d'utiliser des indicateurs portant sur les tentatives de suicide à partir des sources de données existantes devraient être explorés.

- **Risque infectieux :** le renouvellement de l'offre de dépistage en cours de détention, notamment pour les personnes détenues à risque élevé pour une infection donnée, devrait être développé. Il implique une information suivie et une promotion auprès des détenus, des garanties en termes de confidentialité, et un retour systématique des résultats de tests, qu'ils soient négatifs (avec informations et conseils de prévention), ou évidemment positifs (avec information sur les possibilités de prise en charge).

c. Les personnes placées sous main de justice non détenues

La stratégie envisage trois actions spécifiques concernant le dépistage et le repérage des facteurs de risque chez les personnes placées sous main de justice non détenues :

- la participation aux bilans de santé somatiques et dentaires mis en place par l'Assurance maladie ou au besoin d'autres prestataires prévus par l'ARS ;
- des partenariats pour le repérage des problèmes de santé mentale et des conduites addictives, entre SPIP, centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA) et centres médico-psychologiques (CMP), ainsi que le secteur de psychiatrie infanto-juvénile, les maisons des adolescents et les consultations « jeunes consommateurs » des CSAPA pour les jeunes relevant de la PJJ ;
- des partenariats entre les SPIP et les centres gratuits d'information, dépistage et diagnostic (Cegidd) pour les infections sexuellement transmissibles.

Cette mesure de l'axe 3 met l'accent sur les besoins essentiels de coordination et de coopération entre acteurs (cf. axe 6 de la stratégie). Leur identification et leur suivi pourraient s'appuyer sur des conventions. Toutefois la stratégie n'explicite pas qui sera chargé d'organiser et de suivre ces multiples partenariats. L'implication croissante des SPIP dans les questions de santé constitue une partie de la réponse.

Toutefois, ces multiples propositions sont déclinées par risque spécifique (somatique et dentaire, mental et addictif, infectieux), avec des intervenants eux aussi spécifiques, parfois de façon ponctuelle, alors que chacun de ces risques implique souvent des soins dans la durée. En outre, ces réponses spécifiques éloignent d'une approche globale de la santé promue dans l'axe 2. L'implication d'un médecin traitant paraît donc la meilleure solution, chaque fois qu'elle est possible. Le suivi à partir des bases de données médico-administratives des personnes sous main de justice non détenues qui ont identifié un médecin traitant, et qui l'ont consulté au moins une fois dans l'année, pourrait permettre d'apprécier cette forme privilégiée de continuité et de globalité de prise en charge.

Propositions

P25) Reprendre le suivi des dépistages à l'entrée en détention tel qu'assuré jusqu'en 2013 par l'OSSD, tout en travaillant sur l'amélioration de la qualité des données recueillies ; faire apparaître systématiquement les résultats des 3 dernières années disponibles pour chaque indicateur.

P26) Recueillir et analyser sur le même support, et selon les mêmes modalités, les dépistages réalisés en cours de détention, après l'entrée.

P27) Poursuivre le suivi des taux de mortalité par suicide au niveau national.

P28) Apprécier la faisabilité d'un recueil et d'un suivi des tentatives de suicide au niveau régional, en s'appuyant sur les diverses sources de données possibles (motifs de consultation à l'USMP, motifs d'hospitalisation par le Système national des données de santé (SNDS), signalements au sein des établissements pénitentiaires.

P29) Suivre, pour chaque établissement, l'élaboration de parcours de santé déterminés pour chaque risque mentionné dans l'axe 3 pour les détenus, en respectant simultanément leurs besoins de soin et la confidentialité des informations.

P30) Suivre l'établissement des partenariats entre services sociaux et services de santé fréquentés par les personnes sous main de justice par le bilan annuel des conventions établies à ce sujet dans chaque région.

P31) Suivre la part des personnes sous main de justice en milieu ouvert dans chaque région ayant déclaré un médecin traitant et, parmi elles, la part ayant vu au moins une fois ce médecin traitant dans l'année.

Axe 4 : Améliorer l'accès aux soins des personnes placées sous main de justice détenues

Cet axe réaffirme le principe d'équivalence d'accès aux soins des personnes détenues par rapport aux autres usagers, mais il constate les difficultés de mise en œuvre de ce principe, en particulier pour la permanence des soins, l'accès à la rééducation et aux admissions en milieu psychiatrique.

Cet axe comporte 5 mesures consacrées 1) à l'accès aux soins ; 2) à la permanence des soins ; 3) à la protection sociale ; 4) aux droits des usagers du système de santé et personnes placées sous main de justice en tant qu'usagers du système de santé ; 5) le cas particulier des soins « *en adéquation avec les obligations relatives à l'infraction commise* » (concernant les « *auteurs d'infractions à caractère sexuel* ». Ces mesures concernent donc à la fois la matérialité de l'accès aux soins (en urgence ou non, et pour des indications spécifiques) et la possibilité de leur mise en œuvre sur la base des droits sociaux des personnes détenues, même si ceux-ci ne sont plus l'objet d'un axe particulier comme dans le plan d'actions stratégiques 2010-2014. La cohérence de ces mesures avec l'objectif formulé dans cet axe est donc bonne.

La mesure 1 est la plus développée de l'axe. Elle envisage des actions à venir dans six directions différentes, qui ne sont pas priorisées.

- Consolider l'offre existante : Il s'agit de définir un socle minimum de ressources, et un modèle de financement « plus équitable » pour chaque USMP. Afin de mieux identifier la charge de soins pour les détenus, la part d'entre eux reconnus en affection de longue durée (ALD) pourrait être prise en compte, même si cet indicateur a des limites : cette piste pourrait être explorée. En revanche, cette action n'aborde pas explicitement la question des fortes inégalités de ressources humaines inter-régionales observées dans la dispensation de soins aux détenus, telle qu'elle ressort, en particulier, des tableaux comparatifs publiés par l'OSSD pour la dernière fois en 2013 [19], comme l'a souligné la Cour des comptes en 2014 [26]. Le suivi et la

correction de ces inégalités paraissent essentiels pour garantir l'équité de l'accès aux soins des personnes détenues. Cette correction implique de renforcer l'attractivité de l'exercice en milieu carcéral comme souligné dans la stratégie (cf. mesure 3 de l'axe 6).

- Élargir l'offre de soins en psychiatrie : l'engagement de la deuxième tranche prévue d'UHSA était déjà recommandé par le rapport d'évaluation IGAS-IGSJ. Le suivi de cette mesure porte évidemment sur les capacités d'hospitalisation et les personnels correspondant nouvellement mis à disposition. Toutefois, le suivi du recours à l'offre de soins hospitalière en psychiatrie, telle qu'elle apparaît dans l'exploitation de l'OSSD en 2013, porte sur des nombres d'hospitalisation, ce qui ne permet pas de comparaison ni d'apprécier des disparités. Le calcul de taux rapportés à la population détenue correspondante, et l'évaluation de ces taux sur trois ans paraissent nécessaires. En outre la formalisation d'un parcours de santé pour la santé mentale, comme pour les autres pathologies fréquentes en milieu carcéral, est nécessaire, lorsqu'elle n'est pas déjà réalisée.
- Assurer une réponse diversifiée de consultations et lutter contre tout retard à la prise en charge. La CEDH et le CGLPL ont formulé des observations à ce sujet. Ces dernières ont été reprises par la Haute Autorité de santé dans le manuel de certification qui s'appuie sur la loi n°2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé pour définir trois critères adaptés au milieu carcéral [27] (critère 10a : respect des libertés individuelles et gestion des mesures de privation de liberté ; critère 17a : évaluation initiale et continue de l'état du patient et projet de soin personnalisé ; critère 19a : prise en charge des patients appartenant à une population spécifique). Il serait utile de s'assurer que les rapports consécutifs à ces visites d'accréditation dans les établissements de santé concernés (porteurs d'une USMP) prennent suffisamment en compte ces trois critères et que les recommandations consécutives soient effectivement mises en œuvre par les établissements. L'OSSD diffusait un dénombrement par région des extractions de consultations et examens programmés en milieu hospitalier, demandées et réalisées. Par ailleurs on dispose de consultations et entretiens (médecine générale, psychiatrie, autres spécialités médicales, soins dentaires) qui devraient permettre de suivre par région (3 dernières années) à la fois les difficultés d'accès à certains soins, et l'effet éventuel du développement de la télémédecine sur ce recours aux soins. Comme l'indique l'ANAP dans le guide consacré à ce sujet en 2015 [28], ce développement doit impliquer toutes les parties prenantes, ce que les conventions établies par établissement pour chaque dispositif de télémédecine peuvent approcher.
- Poursuivre l'adaptation de l'offre de soins en hospitalisation somatique aux besoins des personnes détenues : le suivi de cet objectif implique une formulation plus précise des actions envisagées. Sa mise en place en milieu carcéral semble particulièrement complexe au regard des normes en vigueur. En outre, le contexte sécuritaire, déjà évoqué à propos de l'axe 2, et qu'il n'est pas question de négliger, ainsi que la disponibilité du personnel de surveillance, représentent des freins pour l'accès aux soins des personnes détenues.
- Assurer aux publics détenus les plus vulnérables un accès aux soins adaptés. Le suivi de cet objectif implique une formulation plus précise des actions envisagées. Ainsi par exemple, la prise en charge des femmes enceintes en détention, outre sa dimension éthique, nécessite des recommandations communes à différents professionnels, ce qui pourrait servir de support à des évaluations de pratiques et à des formations communes.

- Améliorer l'accès aux compensations, aides adaptées et prestations sociales, pour répondre aux conséquences des situations de handicaps, physique et psychique, ou de perte d'autonomie en détention. Le suivi de cet objectif implique une formulation plus précise des actions envisagées.

La mesure 2 « Mieux organiser la permanence des soins » concerne les réponses aux situations urgentes en milieu carcéral. Cette mesure pourrait bénéficier d'un suivi des appels au centre 15 des établissements pénitentiaires, le cas échéant, ainsi que d'un suivi des signalements d'incident correspondant dans les établissements pénitentiaires, la nuit ou le week-end .

La mesure 3 « Garantir à toutes les personnes placées sous main de justice l'effectivité de leur accès rapide à la protection sociale » s'appuie sur des conventions tripartites dont la présence pourrait être vérifiée dans chaque région. Le suivi de la mise en œuvre des deux caisses pivot d'Assurance maladie pour l'ensemble des personnes écrouées implique une formulation plus précise des mesures administratives correspondantes. Le suivi de l'ouverture des droits pour chaque entrant en détention pourrait rendre compte de l'efficacité des actions engagées en matière de protection sociale.

Propositions

P32) Évaluer la possibilité, l'intérêt et les limites d'une prise en compte du nombre de détenus reconnus en ALD pour apprécier la charge de soins des USMP.

P33) Suivre dans chaque région annuellement les différents indicateurs de l'offre de soins en détention (professionnels de santé, équipements) tels que détaillés dans l'exploitation de l'OSSD.

P34) Suivre dans chaque région annuellement les taux d'hospitalisations en psychiatrie des trois dernières années, en prenant en compte la population détenue, et en identifiant les taux d'hospitalisations pour tentatives de suicide.

P35) Suivre dans chaque région le nombre d'établissements pénitentiaires ayant défini pour les détenus un parcours de soins pour la santé mentale, pour les infections à VIH, pour les hépatites et les autres infections sexuellement transmissibles, et pour les soins dentaires.

P36) Suivre dans chaque région, pour les trois dernières années, le nombre de consultations (par spécialité), le nombre d'extractions programmées pour consultations et examens en milieu hospitalier (par spécialité), et le nombre d'extractions non réalisées (selon les motifs).

P37) Suivre dans chaque région les critères de certification des établissements de santé concernant les USMP ainsi que les mesures de correction prises par les établissements suite aux conclusions des visites d'accréditation, le cas échéant.

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

L'axe 5 vise à organiser la continuité de la prise en charge sociale et sanitaire (mesure 1) et à renforcer l'accompagnement aux droits et la préparation à la sortie (mesure 2). Ces mesures sont cohérentes avec le but formulé par l'axe. Ce but paraît très pertinent compte tenu de l'effet aggravant des sorties de détention (et probablement des levées de mesures de justice) sur les inégalités sociales de santé, effet bien identifié par les professionnels et les experts.

La protection sociale des détenus est essentielle, compte-tenu de la part élevée d'inactifs parmi eux, surtout si on y ajoute les personnes dont la situation n'est pas connue. Après la détention, la continuité des soins est donc indispensable. Cette question paraît soluble pour les personnes

détenues reconnues en ALD, mais les autres personnes détenues se retrouvent rapidement projetées dans une situation de droit commun à leur sortie.

L'axe 5 considère l'ensemble des personnes placées sous main de justice d'une manière globale, sans détailler les adaptations de mesures selon les difficultés sociales de santé présentes chez les personnes à l'entrée en détention, le cas échéant. Certaines personnes : femmes (en particulier en cas de grossesse), jeunes mineurs, étrangers, personnes en situation de handicap, etc. sont particulièrement fragilisées par ces ruptures de continuité. Un recueil systématique d'informations sociales (niveau d'éducation, exercice d'un emploi avant la détention, qualification professionnelle, éligibilité à la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-c) ou à l'un des minima sociaux, domicile et couverture sociale avant la détention...) est donc nécessaire pour pouvoir adapter ces mesures à la situation de chaque personne.

L'évaluation IGAS/IGSJ du plan d'actions stratégiques 2010-2014 avait déjà souligné l'enjeu essentiel de coopération entre acteurs en vue de la préparation à la sortie, à confronter au niveau élevé de cloisonnement entre les différentes institutions concernées, tant internes aux établissements pénitentiaires qu'externes. Les difficultés d'assurer dans ces conditions une continuité des prises en charge, en particulier pour les affections relevant de la psychiatrie, a déjà été soulignée [29].

Cette coopération en vue de la réinsertion et de la prise en charge des problèmes de santé après la sortie implique un minimum de visibilité sur la date prévisionnelle de cette sortie, et surtout la possibilité d'accéder aux informations permettant d'identifier les soins dont la personne aura besoin à sa sortie, le cas échéant, et donc les professionnels ou services susceptibles de les assurer. La définition d'un référentiel de pratiques pour ces échanges d'information, permettant à la fois le respect du secret professionnel mais aussi la réponse adaptée aux besoins des personnes semble nécessaire ; elle pourrait justifier la définition d'un cadre réglementaire à l'instar de ce qui s'est fait dans le secteur médico-social pour les personnes âgées [30,31]. Quel que soit le support retenu (référentiel ou texte réglementaire), ce document devrait traiter notamment de la visite médicale précédant la sortie, de la remise du dossier médical à la personne, de la prise en compte des aspects médico-sociaux, de l'adressage au médecin traitant, de l'information de la personne sur les services sociaux compétents auxquels elle peut s'adresser. Au moins un rendez-vous de sortie du dispositif doit également être prévu.

La perspective de mise en place d'une consultation avant la sortie de détention est variablement perçue des acteurs concernés. Le référentiel « sortants » défini par l'administration pénitentiaire prévoit une visite médicale systématique aux personnes libérables dans le mois, mais cette consultation est jugée difficile à organiser selon les professionnels des USMP interrogés. Une piste à explorer serait la mise en place d'une réunion de concertation pluridisciplinaire et pluri-institutionnelle (RCP) destinée à orienter vers les soins les personnes sortant de détention (ou faisant l'objet d'une levée de mesure de justice) quand leur état de santé le justifie.

L'importance de l'accompagnement social, notamment *via* le recrutement des ASS au sein des SPIP, d'une part, et des USMP, d'autre part, la nécessité d'une amélioration des articulations avec les soins de ville, et le besoin d'outils de liaison avec le médecin traitant, étaient déjà affirmés dans le rapport d'évaluation IGAS/IGSJ.

Ce même rapport avait souligné les inégalités de pratiques en sortie de détention selon les territoires. Des groupes de travail ARS-Directions interrégionales des services pénitentiaires (DISP) ont identifié des expériences qualifiées de « bonnes pratiques », comme par exemple des réunions d'information des détenus avant leur sortie assurées par le SPIP et la Caisse Primaire d'Assurance Maladie (CPAM) à Caen, ou l'instauration de permanences de la CPAM favorisant l'accès à la protection sociale à la sortie (à Nancy).

La stratégie évoque plusieurs mesures concrètes pour la sortie, sans définir les modalités pratiques de leur mise en place. Les points clé de cette organisation portent sur :

- le nombre et le positionnement des assistants sociaux, en détention et en ville ;
- les dispositifs qui peuvent contribuer à améliorer la connaissance de leurs droits par les détenus ;
- l'incitation des personnes en sortie de détention à poursuivre en ville un parcours de santé initié en cours de détention, en prenant en compte que le rejet de l'univers carcéral peut freiner l'adhésion des patients à leur programme de suivi ;
- la prise en compte croissante des besoins médico-sociaux, notamment l'hébergement des personnes âgées ou en perte d'autonomie avec un bilan d'autonomie par les USMP comme indicateur associé.

Dans le contexte d'une démographie inégale des professionnels de santé d'exercice libéral, l'accès aux soins de ville des personnes sortant de détention peut être difficile en fonction des territoires. Pour inciter les équipes de soins primaires (maisons de santé pluridisciplinaires, centres de santé) à mieux répondre aux besoins de cette population souvent vulnérable, il faut explorer la faisabilité d'élaborer un cahier des charges définissant les modalités d'une offre de soins pour les personnes sortant de détention et celles placées sous main de justice en milieu ouvert, offre comportant des incitations financières de type forfaitaire apparentées ou non au dispositif de rémunération sur objectifs de santé publique (ROSP), compatible avec les conventions des professions de santé libérales avec l'assurance maladie.

Propositions

P38) Recueillir (ou réunir) pour chaque personne placée sous main de justice les informations sociales individuelles nécessaires à l'adaptation des mesures de sortie de détention ou de levée des mesures de justice. Ces informations, sous réserve de confidentialité, pourraient servir d'appui à des RCP à mettre en place dans chaque région, réunissant les personnels concernés des USMP, et des services médicaux, sociaux et médico-sociaux concernés par la prise en charge de la personne sortant de détention (ou faisant l'objet de levée de mesure de justice), en vue de lui proposer un plan personnalisé de réinsertion qui tienne compte de sa santé.

P39) Définir un référentiel ou prendre un texte réglementaire concernant les sorties de détention, explicitant l'organisation et les modalités de diffusion et de partage des informations sanitaires et sociales individuelles utiles pour la prise en charge des personnes sous main de justice, entre professionnels de santé, travailleurs sociaux et administration pénitentiaire, en particulier dans le contexte des sorties de détention.

P40) Identifier au travers d'accords conventionnels des modalités de renforcement de l'implication des équipes de soins primaires dans la prise en charge des personnes sous main de justice en milieu ouvert ou sortant de détention et suivre spécifiquement le recours aux soins de ville de ces populations.

P41) Le suivi de cet axe pourrait s'appuyer sur des indicateurs de processus tels que :

- la mise en forme et la diffusion du référentiel ou du texte réglementaire ;
- la part des sorties de détention (et des levées de mesures de justice) ayant fait l'objet d'un avis de RCP (ou de commission pluridisciplinaire unique) ;
- la mise en forme et la diffusion du cahier des charges concernant les modalités d'une offre de soins primaires impliquant le médecin traitant pour la coordination des prises en charge des personnes placées sous main de justice sortant de détention ou en milieu ouvert ;

- le nombre d'équipes de soins primaires (et des personnes placées sous main de justice concernées) ayant conclu une convention portant sur une telle offre ;
- le nombre de personnes sous main de justice ayant choisi un médecin traitant 6 mois (ou un an) après une sortie de détention ou une levée de mesure 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

L'axe 6 est d'introduction nouvelle comparativement au plan 2010-2014. Il prend acte de la complexité de l'action publique dans le champ des personnes placées sous main de justice, compte tenu de sa nature interministérielle, et de son positionnement nécessairement national avec déclinaison régionale et locale. Les points d'articulation entre acteurs sont donc multiples.

Cet axe comporte trois mesures portant 1) sur des outils de partage entre professionnels, 2) la valorisation et la diffusion d'expériences de terrain et 3) l'attractivité des carrières aussi bien pour les professions de santé concernées, que pour les personnels pénitentiaires et de la PJJ. Ces mesures paraissent pertinentes et en accord avec le but de l'axe, mais elles paraissent plus juxtaposées que synergiques. Les thématiques des coopérations sont peu explicites, elles n'impliquent pas systématiquement les mesures des autres axes de la stratégie. En l'état une lecture rapide de l'axe 6 peut donner l'impression d'une simple injonction de coopérer faite aux professionnels.

L'argumentaire introductif souligne l'intervention conjointe nécessaire des acteurs (« coopération ») au-delà de la seule coordination. On est proche d'une logique d'intégration de services, à l'instar de dispositifs du champ médico-social, ce qui implique de combiner un niveau de coopération stratégique (interinstitutionnel) et un niveau de coopération opérationnel (interprofessionnel).

La mesure 1 ébauche une liste d'outils sans doute pertinents (guide méthodologique, rencontres, échanges d'information et surtout formations communes) mais dont la mobilisation implique un accord institutionnel de principe, et un cadre opérationnel commun. Le cadre stratégique est bien défini par la stratégie au niveau national, notamment avec le Comité interministériel santé justice ; l'équipe projet interministérielle et les groupes de travail constituent le cadre opérationnel correspondant. En revanche ces deux cadres sont moins lisibles au niveau régional (les commissions régionales santé-justice ne semblent pas fonctionner de façon satisfaisante) et au niveau local (établissements pénitentiaires pour les détenus). L'organisation interrégionale plutôt que régionale de l'organisation pénitentiaire (DISP) pourrait expliquer au moins en partie ces difficultés. L'inscription systématique d'un volet « santé des personnes sous main de justice » dans les projets régionaux de santé (PRS), d'une part, et dans les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM) liant les ARS et les établissements de santé porteurs des USMP, en y associant les directions d'établissements pénitentiaires, d'autre part, pourraient constituer un cadre stratégique contraignant. Pour les populations en milieu ouvert, la contractualisation locale devrait être élargie aux collectivités territoriales concernées (services sociaux, services de logement) et aux soins de ville impliqués (cf. proposition P40 concernant les soins de ville offerts aux personnes en milieu ouvert et relevant de la PJJ).

La mesure 2 relative aux expériences de terrain innovantes est positive, mais elle suppose que de telles expériences locales existent bien sur des thématiques identifiées comme comportant des obstacles ou des difficultés, en ce qui concerne la santé des personnes sous main de justice, et elle nécessite un minimum d'évaluation avant diffusion, certaines de ces expériences pouvant être liées à des conditions locales favorables qui n'existent pas nécessairement partout. Elle

implique donc en premier lieu l'identification de ces expériences et leur analyse au regard d'une grille de critères validée.

Les objectifs de valorisation et l'attractivité de la profession, et de qualité de vie au travail des personnels (mesure 3) doivent être reliés avec les objectifs de l'axe 1 (quelles informations sur la santé et la qualité de vie de ces professionnels ?) de l'axe 2 (comment étendre la promotion de la santé aux différents professionnels concernés ?).

Propositions

P42) Introduire une dimension de coopération dans chacun des axes 1 à 5, pour chaque mesure concernée, et chaque composante de la population sous main de justice, le cas échéant.

Le suivi de cette dimension implique une visibilité des actions à venir de chaque axe ; en ce qui concerne l'axe 6 en propre, son suivi pourrait s'appuyer sur des indicateurs de processus tels que :

- la formalisation d'un volet « santé des personnes sous main de justice » dans chaque PRS, le nombre de conventions liant les établissements pénitentiaires et les établissements de santé porteurs d'une USMP par région ;
- le nombre de formations conjointes, et le nombre de personnels participant (par région, en distinguant les professions pénitentiaires, sanitaires et sociales) ;
- le nombre d'emplois vacants, le nombre de recrutements pour les professions concernées par région ;
- le nombre de comptes rendus de réunions de commissions régionales santé-justice comportant des actions de mise en œuvre de la stratégie.

IV. AUTRES THÉMATIQUES POUR LESQUELLES LE HCSP EST SOLLICITÉ

1. La gouvernance de la stratégie

Le pilotage de la stratégie est l'objet d'un dispositif national élaboré qui combine une instance politique (comité interministériel Santé/Justice), une équipe projet opérationnelle, s'appuyant sur des groupes de travail spécifiques, et une large instance de concertation (comité de suivi). À ce niveau national, l'équipe projet opérationnelle ne dispose en l'état ni d'équipe spécifique autour du chef de projet, ni de budget fléché. On a souligné l'importance de charger cette équipe projet du suivi du déploiement des actions à partir d'informations et d'indicateurs spécifiques. En l'état Santé publique France, producteur naturel de ces informations, a vu ses moyens réduits de sorte que les professionnels chargés jusque-là du suivi épidémiologique ou de la promotion de la santé chez les personnes placées sous main de justice n'y sont plus investis à temps plein. Cette situation pourrait compromettre tant le pilotage de la mise en œuvre de la stratégie, que l'évaluation ultérieure de son impact qui implique de multiples données dont la production n'est pas assurée en l'état.

Le déploiement de la stratégie s'inscrit au niveau régional, pour une bonne partie de ses actions. Comme le souligne l'argumentaire de l'axe 6 de la stratégie, ce déploiement implique, lui aussi, une forte coopération institutionnelle entre santé (ARS) et justice (DISP). L'association d'un représentant des ARS aux instances nationales de pilotage de la stratégie et aux groupes de travail ne saurait suffire à permettre un déploiement efficace de la stratégie dans chaque région. L'expérience des MAIA (méthode d'action pour l'intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'autonomie) dans le champ médico-social [30] a montré l'importance d'associer au plan territorial une instance forte réunissant les décideurs (« tables stratégiques ») et une instance de mise en œuvre opérationnelle (« tables tactiques »). Dans le champ de la santé des personnes placées sous main de justice, au plan régional, les commissions santé-justice devraient être confortées dans le premier rôle, par exemple par une convention liant les deux composantes fixant un cadre stratégique régional pluriannuel de mise en œuvre de la stratégie. Au niveau local, dans les établissements pénitentiaires, les difficultés de coopération entre l'administration pénitentiaire et les USMP relevant des établissements de santé devraient être surmontées de même par la négociation de conventions entre les deux types d'établissements.

Par ailleurs, le déploiement de la stratégie mobilise directement une offre de soins (et des établissements pénitentiaires) dont le rapport de 2013 de l'OSSD mettait déjà en évidence les contrastes importants entre régions. On attend du déploiement de la stratégie une réduction de ces écarts entre régions et une adaptation à la situation régionale. Les ARS ont à expliciter ces orientations dans le cadre des PRS, et à les traduire sous forme de CPOM avec les établissements de santé de rattachement, par l'attribution des Migac. La santé des personnes détenues figure parmi les priorités en particulier dans les Hauts-de-France, l'Auvergne-Rhône-Alpes, l'Île-de-France, la Normandie, et le Grand-Est, alors que cette thématique est moins lisible dans d'autres régions. On connaît par ailleurs la faiblesse relative des moyens internes aux ARS pour porter le chantier santé-justice.

Dès lors, au niveau national, deux options s'ouvrent à l'équipe projet pour le déploiement régional de la stratégie. Il peut choisir entre deux logiques :

- la « logique procédurale » consisterait à expliciter de façon détaillée chaque action à vocation régionale dans ses modalités de mise en œuvre, tout en mettant en place un dispositif de suivi réactif, lui permettant de s'assurer, au niveau national, de leur mise en œuvre dans chaque région concernée ; on peut douter que l'équipe projet dispose en l'état des ressources lui permettant d'assurer ce suivi rapproché ;
- la « logique délégataire » consisterait plutôt à confier à chaque ARS le choix, l'équilibre et les modalités de mise en œuvre des actions de la stratégie, identifiées au niveau

national, en définissant toutefois une liste limitative d'objectifs cibles essentiels à atteindre dans chaque région, couvrant tout ou partie des 6 axes, en concentrant le suivi de la stratégie au niveau national sur les indicateurs correspondants à ces objectifs cibles. Les ARS devraient alors disposer des moyens leur permettant de porter ce rôle de pilotage déconcentré accru.

Cette dernière logique paraît plus réaliste, et aller dans le sens général d'une responsabilité accrue des ARS dans la mise en œuvre de la SNS.

Propositions

P43) Charger l'équipe projet de fixer une liste limitative d'indicateurs (une douzaine répartis sur les 6 axes) concernant la santé des personnes placées sous main de justice, permettant de suivre la mise en œuvre de la stratégie dans chaque région, inscrits dans chaque PRS et dans les lettres de cadrage annuelles des missions de chaque ARS. Ainsi, inciter les ARS elles-mêmes à traduire de tels objectifs dans les CPOM qu'elles passent avec les établissements de santé de rattachement des USMP. Doter l'équipe projet en charge de la stratégie des moyens d'assurer ce pilotage au niveau national, et identifier dans chaque ARS les ressources chargées de mettre en œuvre cette orientation.

P44) Charger explicitement chaque ARS, avec la DISP concernée, d'élaborer une convention-cadre de mise en œuvre de la stratégie. Inciter chaque ARS à négocier une convention entre établissements pénitentiaires et établissements de santé porteurs d'une ou plusieurs USMP pour la mise en œuvre des actions issue de la stratégie.

2. Inégalités sociales en matière d'accès aux soins, notamment en sortie de détention¹⁶

Comme le rappelle la SNS, les personnes sous main de justice, en particulier celles qui sont détenues, font partie des groupes de populations considérées comme plus vulnérables pour leur santé, du fait du cumul de surexpositions à des déterminants individuels et sociaux de la santé.

En ce sens, l'élaboration d'une stratégie de santé spécifique pour ces personnes constitue en soi une initiative pour réduire les inégalités sociales de santé. Ces inégalités sont évidemment déjà présentes à l'entrée en détention, mais d'après les experts, l'incarcération par elle-même, et en outre les conditions de la sortie de détention, sont des facteurs aggravants. Les pratiques dommageables pour la santé (ex : consommation de tabac) et certaines pathologies (notamment mentales, buccodentaires et infectieuses) sont des indicateurs et des facteurs de renforcement des inégalités sociales de santé. Cependant, la stratégie ne comporte pas d'orientation spécifique pour contribuer à leur réduction.

En outre cette population est marquée par un moindre accès au système de santé, en dépit du principe général réaffirmé de l'égalité des droits des usagers à ce sujet. Dans l'étude de M. Choquet de 2004, les jeunes relevant de la PJJ étaient plus vulnérables sur le plan social, comportemental et sanitaire que leurs pairs de même âge.

La stratégie santé des personnes sous main de justice limite ce constat à l'introduction de l'axe 5, compte-tenu du potentiel d'aggravation de ces inégalités sociales de santé du fait de défauts de continuité de prise en charge lors des sorties de détention. Toutefois, au-delà de ce constat, la stratégie n'affiche ni axe ni mesure spécifique pour répondre à cette vulnérabilité sociale accrue. Les soins reçus en prison (axes 3 et 4) et la promotion de la santé en détention et auprès

¹⁶ La question des inégalités territoriales, pour laquelle le HCSP est également sollicité, est abordée dans le paragraphe précédent, en lien avec la question de la place et du rôle des ARS.

des jeunes sous PJJ (axe 2) ne permettent évidemment pas à eux seuls de donner aux personnes concernées les moyens d'améliorer durablement leur santé et leurs attitudes en matière de santé et de soins.

Plus généralement, la stratégie traite des personnes placées sous main de justice d'une manière globale, sans prendre en compte l'existence d'un gradient social de l'état de santé en son sein. L'OMS a souligné l'importance de différencier les actions relevant des politiques publiques pour réduire ces inégalités, en prenant en compte la position sociale des personnes cibles, selon le principe « d'universalisme proportionné » [32]. Cet avis a déjà avancé pour l'axe 5 le principe d'un recueil d'informations sociales individuelles pour les personnes détenues (proposition P39), permettant à une instance de concertation d'adapter et de moduler individuellement les mesures favorisant la continuité des soins en sortie de détention. Le HCSP préconise d'étendre cette vigilance portée à la situation sociale individuelle, et surtout cette logique de modulation aux quatre premiers axes de la stratégie, au-delà du seul axe 5. Cette adaptation est particulièrement souhaitable pour certains groupes : personnes sans domicile fixe, personnes qui ne disposaient pas de couverture sociale à l'entrée en détention, personnes sans famille ni relations proches (repérées par l'absence de visites pendant la détention), personnes sans complément de ressources propres. Il s'agit aussi de personnes dont l'accès à l'information devrait être amélioré pendant l'incarcération, dans le cadre d'actions spécifiques visant à faciliter leur accès aux aides auxquelles elles peuvent avoir droit voire dans le cadre d'actions éducatives (lutte contre l'illettrisme, apprentissage de la langue française).

Pour mettre en œuvre cette extension de la lutte contre les inégalités sociales de santé à l'ensemble de la stratégie, chaque groupe de travail, sous la responsabilité de l'équipe projet, pourrait être chargé pour chaque mesure et chaque action dont il a la responsabilité, d'identifier en fonction de la situation sociale des personnes placées sous main de justice, celles qui sont susceptibles de réduire les inégalités sociales de santé au sein de cette population, et d'en proposer les modalités.

Propositions

P45) Charger le groupe de travail consacré à l'axe 1 d'analyser les modalités pratiques permettant d'identifier les caractéristiques socio-économiques et culturelles des personnes placées sous main de justice dans le cadre des propositions relatives à cet axe.

P46) Charger chaque groupe de travail (autre que celui en charge de l'axe 1) de moduler les mesures et actions dont il a la charge selon les caractéristiques socio-économiques et culturelles dont il dispose, selon le principe d'universalisme proportionné.

P47) Charger l'équipe projet de faire le point annuellement du traitement des inégalités sociales de santé dans les activités des différents groupes de travail de la stratégie qu'il coordonne, et inscrire cette synthèse dans le rapport d'activité annuel mentionné à la proposition

P48) Charger chaque groupe de travail d'identifier les mesures et actions de leur ressort susceptibles d'être adaptées à la situation sociale des personnes placées sous main de justice et de réduire les inégalités sociales de santé au sein de ces populations, et de proposer des modalités de cette adaptation.

3. Systèmes d'information

En préalable, il faut rappeler qu'aucune source d'information permanente n'existe concernant la santé des personnes sous écrou, en milieu ouvert ou les jeunes relevant de la PJJ. En particulier, alors que les experts auditionnés s'accordent sur le rôle aggravant potentiel du passage en détention sur l'état de santé des personnes concernées, on ne dispose pas de système

d'information permettant de documenter l'état des personnes à la sortie de détention. Concernant la population des jeunes relevant de la PJJ, on ne dispose que des données de l'enquête de 2004, dont la méthodologie a été, par ailleurs, critiquée en raison notamment de sa représentativité.

Concernant les détenus, on ne dispose pas d'enquêtes de prévalence permettant de distinguer l'état de santé des personnes selon le type d'établissement, et les résultats disponibles sont antérieurs à 2011 alors même que les conditions d'incarcération et la population carcérale elle-même ont, depuis lors, considérablement changé.

L'InVS a établi ¹⁷ que les dossiers médicaux des personnes détenues ne pouvaient être utilisés à des fins de surveillance sanitaire, bien que de nombreuses données de santé y soient colligées. En effet, « *l'information disponible demeure encore incomplète et les conditions minimales requises au développement d'un tel dispositif ne sont actuellement pas réunies sur le terrain* », en raison de la dispersion des dossiers, l'absence de standardisation de l'information recueillie et des modes de recueil selon les USMP.

Deux systèmes d'information permettant le suivi de la stratégie sont actuellement potentiellement disponibles :

- L'exploitation par l'OSSD des rapports d'activité des centres de détention. La publication des tableaux de synthèse a été interrompue en 2013, mais la DGOS, qui abrite l'OSSD, reçoit systématiquement les données brutes provenant des établissements. Ceux-ci fournissent des informations sur les dotations en matériel et en personnel, les équipements, l'activité, globalement et par régions, et permettent des comparaisons inter-régionales. Ces informations jouent un rôle déterminant dans la connaissance des soins offerts et utilisés dans les établissements pénitentiaires. Le HCSP a déjà souligné l'importance d'une reprise rapide de cette diffusion (cf. proposition P28), pour l'ensemble des données concernées, et en introduisant de façon systématique une comparaison sur les 3 dernières années propre à permettre le suivi des effets des mesures de la stratégie. Une clarification des modalités de partage de certaines données entre la DAP et la DGOS devrait intervenir au niveau du Comité interministériel Santé/Justice si nécessaire. Par ailleurs, la fiabilité et la qualité du recueil et de la transmission des données peuvent être améliorées. L'informatisation des USMP devrait y contribuer fortement.
- Les enquêtes régionales, en particulier celle portée par l'OR2S dans les Hauts-de-France sur les entrants en détention, initiée en ex-Picardie et réalisée sur une base annuelle depuis 2011, est en cours d'extension dans plusieurs régions, avec la même méthodologie. Cette enquête apporte des informations indispensables sur la santé des personnes à l'entrée en détention. Elle sert ainsi à caractériser la population cible et à définir les besoins en détention. Toutefois sa représentativité peut être interrogée (40 % des entrants pour l'ex-Picardie en 2016) et l'identification des problèmes de santé mentale dans cette enquête devrait être améliorée. Cependant, cette connaissance de la santé des entrants, même si elle était réalisée France entière, ne pourra en aucun cas servir à l'évaluation de l'impact de la stratégie qui s'inscrit dans la durée.

¹⁷ InVS, Dispositif de surveillance de la santé des personnes détenues. Synthèse des connaissances et recommandations, avril 2015

Les 48 propositions de cet avis sont présentées en fonction des actions par axe du futur programme, du suivi des actions, de la gouvernance, de la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé, et des perspectives d'évaluation. Dans un premier temps, il est nécessaire d'établir des priorités puis de proposer un agenda pour leur mise en œuvre.

Propositions portant sur les actions de l'axe 1 du futur programme

P5) Lancer des études descriptives sur l'état de santé des personnes en cours de détention (par exemple à 1 mois, à 6 mois, à 1 an, ...) et à la sortie ; chercher à identifier, parmi les personnes en détention, l'état de santé de celles particulièrement vulnérables.

P7) Reproduire l'enquête sur la santé des jeunes relevant de la PJJ telle que réalisée par Marie Choquet (Inserm) en 2004, en améliorant sa représentativité, ou bien explorer la faisabilité d'inclure un échantillon de mineurs relevant de la PJJ dans le cadre du volet français de l'enquête internationale « *Health Behaviour School aged Children* » (HBSC) prévue en 2018 auprès des adolescents de 11-13 ans et 15 ans, ou encore saisir l'opportunité d'autres enquêtes nationales traitant de la santé des jeunes pour y inclure cette population.

P8) Susciter des études spécifiques sur la santé au travail des personnels pénitentiaires et des personnels soignants intervenant en détention, en lien avec la médecine du travail concernée.

P13) Susciter des missions d'experts sur des thématiques de santé spécifiques, à l'exemple de celle confiée par la DGOS aux Professeurs Thomas et David sur la santé mentale, notamment sur les pathologies transmissibles liées à l'insalubrité, au manque d'hygiène et à la promiscuité dans certains lieux de détention.

P14) Étudier la faisabilité d'une extension des enquêtes nationales (INSEE, DREES, IRDES, ...) aux personnes placées sous main de justice, comme cela a déjà été fait pour l'enquête HID (handicaps, incapacités, dépendance)¹⁸, et étudier la faisabilité d'utiliser les bases de données médico-administratives, à partir du Système national des données de santé (SNDS), pour cette population spécifique.

P17) Sans attendre la concrétisation des actions de fond relevant de l'axe 1, susciter rapidement des études portant sur des thématiques de santé ou des groupes de populations prioritaires. Pour cela :

- Cibler les thèmes de santé faisant l'objet d'actions spécifiques dans les axes 2 à 5.
- Collecter les études quantitatives et qualitatives et monographies par site, par territoire ou par pathologies existantes, dépassant le seul cadre de l'épidémiologie.
- Prendre en compte les besoins de financement (équipements et dotations en personnels des USMP, moyens de Santé publique France pour la réalisation des travaux nécessaires).
- Favoriser le déploiement d'études monographiques ou de portée régionale "légères" selon des méthodes éprouvées : études un jour donné, recueil de points de vue d'acteurs et experts (méthodes Delphi notamment), analyses de rapports d'activité ou autre.

Propositions portant sur les actions de l'axe 2 du futur programme

P11) Charger chacun des groupes de travail de définir des actions relevant de la promotion de la santé : composantes d'un environnement favorable au développement des ressources sociales et personnelles, mise en place de modalités durables de fonctionnement, fondées sur la participation des personnes concernées, favorisant leur prise de parole, leur initiative vis-à-vis de leur santé, auto-évaluation de leur état de santé, etc. Ces actions pourraient faire l'objet d'autant d'indicateurs de procédures, et dans certains cas de résultats, s'appuyant sur la réalisation de

¹⁸ Aline Désesquelles, « Le handicap en milieu carcéral en France. Quelles différences avec la situation en population générale ? », Population 2005/1 (Vol. 60), p. 71-98. DOI 10.3917/popu.501.0071

projets immobiliers, les rapports d'activité des centres, les appels à projets pour des interventions pilotes, etc. Ces actions doivent être concertées avec le groupe de travail explicitement chargé de l'axe 2.

P19) Expliciter rapidement les actions résultant de la mesure 2 de l'axe 2 concernant les environnements favorables à la santé, en particulier celles qui concernent l'hygiène et la salubrité des locaux, d'une part, et la réduction effective de la surpopulation carcérale, d'autre part.

P20) Étendre les projets de promotion de la santé aux personnels pénitentiaires et les personnels soignants des établissements pénitentiaires, ce qui implique l'octroi de moyens humains et financiers supplémentaires, en particulier le recrutement de personnels relevant de nouveaux métiers contribuant à la promotion de la santé ne relevant ni du sanitaire ni de la surveillance (assistants de services sociaux (ASS), éducateurs, psychologues,...).

P21) Poursuivre le programme de promotion de la santé des jeunes pris en charge par la PJJ en favorisant sa diffusion auprès des unités éducatives de terrain, et la participation des jeunes et des professionnels.

P22) Décliner l'axe 2 selon les différentes catégories de population sous main de justice : personnes détenues (en prenant en compte les durées des peines), personnes condamnées en milieu ouvert et jeunes relevant de la PJJ.

P23) Repérer les expériences locales dans le champ de la promotion de la santé concernant les personnes sous main de justice et les personnels concernés, et soutenir leur évaluation pour favoriser leur diffusion, en tenant compte des conditions de réussite.

P24) Prendre en compte pour le suivi de l'axe 2 pour chaque population l'engagement de la démarche décliné selon les 5 axes de la charte d'Ottawa, en associant les personnes sous main de justice et les professionnels concernés. Les indicateurs de suivi dépendent étroitement des actions envisagées. À titre d'exemple, on peut évoquer en détention :

- Concernant l'environnement : proportion de cellules non-fumeurs, ratio nombre de personnes détenues/nombre de places en détention, ratio nombre de postes de douches/nombre de personnes détenues, etc.

- Concernant la participation des personnes : participation des détenus à l'élaboration des menus, à des activités d'hygiène collective, à des groupes de parole sur des thématiques de santé ;

- Concernant les aptitudes individuelles : part de personnes détenues travaillant quotidiennement ou poursuivant des études ; nombre de personnes accédant à des activités sportives.

Propositions portant sur les actions de l'axe 3 du futur programme

P12) Charger les groupes de travail « repérage et dépistage » et « accès aux soins et continuité des soins » de formaliser des parcours de soins pour certaines thématiques prioritaires, comme c'est déjà le cas pour la tuberculose, les infections à VIH, et les hépatites virales, notamment en ce qui concerne les autres infections sexuellement transmissibles, la santé mentale, la santé buccodentaire, intégrant le temps de dépistage, celui de la prise en charge en cours de détention et à la sortie.

P25) Reprendre le suivi des dépistages à l'entrée en détention tel qu'assuré jusqu'en 2013 par l'OSSD, tout en travaillant sur l'amélioration de la qualité des données recueillies ; faire apparaître systématiquement les résultats des 3 dernières années disponibles pour chaque indicateur.

P26) Recueillir et analyser sur le même support, et selon les mêmes modalités, les dépistages réalisés en cours de détention, après l'entrée.

P27) Poursuivre le suivi des taux de mortalité par suicide au niveau national.

P28) Apprécier la faisabilité d'un recueil et d'un suivi des tentatives de suicide au niveau régional, en s'appuyant sur les diverses sources de données possibles (motifs de consultation à l'USMP,

motifs d'hospitalisation par le Système national des données de santé (SNDS), signalements au sein des établissements pénitentiaires.

Propositions portant sur les actions de l'axe 4 du futur programme

P16) Solliciter la Haute Autorité de santé de sorte que les critères 10a, 17a et 19a du manuel de certification des établissements de santé (consacrés particulièrement à la prise en charge des personnes privées de liberté) soient l'objet d'une attention systématique lors des visites des établissements par les experts, et qu'elles soient associées à des recommandations, chaque fois que nécessaire.

P29) Suivre, pour chaque établissement, l'élaboration de parcours de santé déterminés pour chaque risque mentionné dans l'axe 3 pour les détenus, en respectant simultanément leurs besoins de soin et la confidentialité des informations.

P32) Évaluer la possibilité, l'intérêt et les limites d'une prise en compte du nombre de détenus reconnus en ALD pour apprécier la charge de soins des USMP.

P33) Suivre dans chaque région annuellement les différents indicateurs de l'offre de soins en détention (professionnels de santé, équipements) tels que détaillés dans l'exploitation de l'OSSD.

P34) Suivre dans chaque région annuellement les taux d'hospitalisations en psychiatrie des trois dernières années, en prenant en compte la population détenue, et en identifiant les taux d'hospitalisations pour tentatives de suicide.

P35) Suivre dans chaque région le nombre d'établissements pénitentiaires ayant défini pour les détenus un parcours de soins pour la santé mentale, pour les infections à VIH, pour les hépatites et les autres infections sexuellement transmissibles, et pour les soins dentaires.

P36) Suivre dans chaque région, pour les trois dernières années, le nombre de consultations (par spécialité), le nombre d'extractions programmées pour consultations et examens en milieu hospitalier (par spécialité), et le nombre d'extractions non réalisées (selon les motifs).

P37) Suivre dans chaque région les critères de certification des établissements de santé concernant les USMP ainsi que les mesures de correction prises par les établissements suite aux conclusions des visites d'accréditation, le cas échéant.

Propositions portant sur les actions de l'axe 5 du futur programme

P31) Suivre la part des personnes sous main de justice en milieu ouvert dans chaque région ayant déclaré un médecin traitant et, parmi elles, la part ayant vu au moins une fois ce médecin traitant dans l'année.

P38) Recueillir (ou réunir) pour chaque personne placée sous main de justice les informations sociales individuelles nécessaires à l'adaptation des mesures de sortie de détention ou de levée des mesures de justice. Ces informations, sous réserve de confidentialité, pourraient servir d'appui à des RCP à mettre en place dans chaque région, réunissant les personnels concernés des USMP, et des services médicaux, sociaux et médico-sociaux concernés par la prise en charge de la personne sortant de détention (ou faisant l'objet de levée de mesure de justice), en vue de lui proposer un plan personnalisé de réinsertion qui tienne compte de sa santé.

P39) Définir un référentiel ou prendre un texte réglementaire concernant les sorties de détention, explicitant l'organisation et les modalités de diffusion et de partage des informations sanitaires et sociales individuelles utiles pour la prise en charge des personnes sous main de justice entre professionnels de santé, travailleurs sociaux et administration pénitentiaire, en particulier dans le contexte des sorties de détention.

P40) Identifier au travers d'accords conventionnels des modalités de renforcement de l'implication des équipes de soins primaires dans la prise en charge des personnes sous main de

justice en milieu ouvert ou sortant de détention et suivre spécifiquement le recours aux soins de ville de ces populations.

P41) Le suivi de cet axe pourrait s'appuyer sur des indicateurs de processus tels que :

- la mise en forme et la diffusion du référentiel ou du texte réglementaire ;
- la part des sorties de détention (et des levées de mesures de justice) ayant fait l'objet d'un avis de RCP (ou de commission pluridisciplinaire unique) ;
- la mise en forme et la diffusion du cahier des charges concernant les modalités d'une offre de soins primaires impliquant le médecin traitant pour la coordination des prises en charge des personnes placées sous main de justice sortant de détention ou en milieu ouvert ;
- le nombre d'équipes de soins primaires (et des personnes placées sous main de justice concernées) ayant conclu une convention portant sur une telle offre ;
- le nombre de personnes sous main de justice ayant choisi un médecin traitant 6 mois (ou un an) après une sortie de détention ou une levée de mesure de justice.

Propositions portant sur les actions de l'axe 6 du futur programme

P10) Maintenir dans l'axe 6 l'objectif de développement de l'attractivité des carrières professionnelles administratives et soignantes, mais répartir les actions de coopération à venir de cet axe (visant à un partage réciproque de culture, et à la diffusion d'expériences innovantes pertinentes) dans les axes 1 à 5 de façon à expliciter dans chacun les thèmes de coopération (pour la connaissance de l'état de santé : axe 1, pour la promotion de la santé : axe 2 ; pour le dépistage et le repérage des problèmes de santé : axe 3 ; pour l'accès aux soins : axe 5 ; pour les soins dans les suites de détention : axe 5).

P18) Favoriser la coopération des différents contributeurs potentiels à la connaissance de l'état de santé de la population sous main de justice ; Santé publique France, Observatoires régionaux de santé, chercheurs, associations, ... en s'assurant de leur participation effective au groupe de travail chargé de l'axe 1.

P42) Introduire une dimension de coopération dans chacun des axes 1 à 5, pour chaque mesure concernée, et chaque composante de la population sous main de justice, le cas échéant.

Le suivi de cette dimension implique une visibilité des actions à venir de chaque axe ; en ce qui concerne l'axe 6 en propre, son suivi pourrait s'appuyer sur des indicateurs de processus tels que :

- la formalisation d'un volet « santé des personnes sous main de justice » dans chaque PRS, le nombre de conventions liant les établissements pénitentiaires et les établissements de santé porteurs d'une USMP par région ;
- le nombre de formations conjointes, et le nombre de personnels participant (par région, en distinguant les professions pénitentiaires, sanitaires et sociales) ;
- le nombre d'emplois vacants, le nombre de recrutements pour les professions concernées par région ;
- le nombre de comptes rendus de réunions de commissions régionales santé-justice comportant des actions de mise en œuvre de la stratégie.

Propositions portant sur le suivi des actions

P1) Charger l'équipe projet et les groupes de travail, du suivi des mesures et des actions de la stratégie¹⁹ : s'assurer du recueil des données nécessaires et de leur interprétation au regard des

¹⁹ À titre indicatif, le plan stratégique 2010 avait chargé le comité de pilotage (COPIL) du suivi de la mise en œuvre des actions, et, à ce titre, de « s'assurer de la collecte des données nécessaires au suivi des indicateurs auprès de chaque

objectifs, avec l'appui de Santé publique France. Établir dès 2018 un rapport annuel d'activité permettant de suivre la programmation et le déploiement des mesures et actions définies dans le cadre de la stratégie.

P3) Compléter rapidement la stratégie par sa programmation, en précisant pour chaque axe, les objectifs spécifiques détaillés par sous-objectifs, si possible quantifiés ; les actions nécessaires pour les atteindre ; les institutions ou acteurs responsables de la mise en œuvre ; le calendrier ; les conditions nécessaires à la réussite de chaque action ; les obstacles et les risques associés à sa mise en œuvre ; les indicateurs liés ; la source des informations nécessaires pour l'évaluation.

P6) Exploiter et diffuser dans les plus brefs délais les données d'activité dont dispose l'OSSD après 2013 ; améliorer la qualité de ces données et organiser leur production et leur diffusion régulière.

Propositions portant sur la gouvernance

P30) Suivre l'établissement des partenariats entre services sociaux et services de santé fréquentés par les personnes sous main de justice par le bilan annuel des conventions établies à ce sujet dans chaque région.

P43) Charger l'équipe projet de fixer une liste limitative d'indicateurs (une douzaine répartis sur les 6 axes) concernant la santé des personnes placées sous main de justice, permettant de suivre la mise en œuvre de la stratégie dans chaque région, inscrits dans chaque PRS et dans les lettres de cadrage annuelles des missions de chaque ARS. Ainsi, inciter les ARS elles-mêmes à traduire de tels objectifs dans les CPOM qu'elles passent avec les établissements de santé de rattachement des USMP. Doter l'équipe projet en charge de la stratégie des moyens d'assurer ce pilotage au niveau national, et identifier dans chaque ARS les ressources chargées de mettre en œuvre cette orientation.

P44) Charger explicitement chaque ARS avec la DISP concernée d'élaborer une convention-cadre de mise en œuvre de la stratégie. Inciter chaque ARS à négocier une convention entre établissements pénitentiaires et établissements de santé porteurs d'une ou plusieurs USMP pour la mise en œuvre des actions issue de la stratégie.

Propositions portant sur la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé

P15) Charger explicitement les groupes de travail traitant de la promotion de la santé, de l'accès aux soins et de la continuité des soins, d'examiner systématiquement l'accès des patients à leurs droits sociaux, notamment les patients particulièrement vulnérables (personnes en situation de handicap ou en perte d'autonomie, personnes vieillissant incarcérées, femmes enceintes, mineurs, ...) et associer un juriste spécialisé à l'élaboration dans ce domaine et au suivi des mesures et des actions des axes 2 à 5 dans ce domaine.

P45) Charger le groupe de travail consacré à l'axe 1 d'analyser les modalités pratiques permettant d'identifier les caractéristiques socio-économiques et culturelles des personnes placées sous main de justice dans le cadre des propositions relatives à cet axe.

P46) Charger chaque groupe de travail (autre que celui en charge de l'axe 1) de moduler les mesures et actions dont il a la charge selon les caractéristiques socio-économiques et culturelles dont il dispose, selon le principe d'universalisme proportionné.

pilote d'action ainsi que de d'identifier les difficultés rencontrées par les pilotes d'actions dans la mise en œuvre de celles-ci, de préparer le rapport à remettre à la commission interministérielle, de préparer le rapport annuel (p. 12).

P47) Charger l'équipe projet de faire le point annuellement du traitement des inégalités sociales de santé dans les activités des différents groupes de travail de la stratégie qu'il coordonne, et inscrire cette synthèse dans le rapport d'activité annuel mentionné à la proposition P1.

P48) Charger chaque groupe de travail d'identifier les mesures et actions de leur ressort susceptibles d'être adaptées à la situation sociale des personnes placées sous main de justice et de réduire les inégalités sociales de santé au sein de ces populations, et de proposer des modalités de cette adaptation.

Propositions portant sur les perspectives d'évaluation

P2) Prévoir un dispositif d'évaluation externe (c'est-à-dire composé d'experts non impliqués dans la conception ou la mise en œuvre de la stratégie), chargé de l'évaluation *a posteriori* de la stratégie à un terme défini (cinq ans), ou charger une institution indépendante de le faire.

P4) Traduire rapidement en actions les mesures de l'axe 1 ; la production de données qui en résultera (au mieux en 2019) sera nécessairement trop tardive pour estimer l'état de santé initial des populations concernées au démarrage de la stratégie 2017, toutefois elle permettra malgré tout, des comparaisons sur le long terme, utiles pour guider la politique.

P9) Tout en maintenant l'objectif principal de l'axe 1 de mettre en place un système de surveillance épidémiologique de la santé des personnes placées sous main de justice, indispensable à terme, décliner les actions à venir de l'axe 1 pertinentes pour pouvoir rendre compte des effets sur la santé des actions des axes 2, 3 de manière à identifier des indicateurs d'impact sur la santé des populations concernées pour ces axes, en particulier pour les questions de santé considérées comme prioritaires.

Avis rédigé par un groupe d'experts constitué de membres du Haut Conseil de la santé publique et de personnalités extérieures.

Avis validé par la commission spécialisée « Système de santé et sécurité des patients (Cs-3SP) » du HCSP le 16 janvier 2018 : 13 membres qualifiés présents sur 18 membres qualifiés ; aucun conflit d'intérêt, le texte a été approuvé par 13 votes pour, 0 votes contre, 0 abstention et par le bureau du Collège le 8 février 2018 : 9 membres qualifiés présents ou représentés sur 9 ; aucun conflit d'intérêt, le texte a été approuvé par 9 votes pour, 0 vote contre, 0 abstention

Avis produit par le Haut Conseil de la santé publique

Le 8 février 2018

Haut Conseil de la santé publique

14 avenue Duquesne

75350 Paris 07 SP

www.hcsp.fr

Références bibliographiques

1. Plan d'actions stratégiques 2010-2014. Politique de santé pour les personnes placées sous main de justice. Ministère de la santé et des sports, Ministère de la Justice et des libertés
Disponible sur http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/plan_strategique_2010_2013_prise_en_charge_personnes_placees_sous_main_de_justice.pdf consulté le 17 novembre 2017.
2. Rapport IGAS/IGSJ « Évaluation du plan d'actions stratégiques 2010-2014 relatif à la politique de santé des personnes placées sous main de justice » novembre 2015
Disponible sur http://www.igas.gouv.fr/IMG/pdf/2015-050R_Sante_Justice.pdf consulté le 17 novembre 2017.
3. Sénat N° 682 Rapport d'information fait au nom de la commission des finances sur les dépenses pour la santé des personnes détenues d'A. Lefèvre – 26 juillet 2017
4. Stratégie nationale de santé 2018-2022.
Disponible sur http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dossier_sns_2017_vdef.pdf, consulté le 17 novembre 2017
5. Dossier de presse « Stratégie nationale de santé. Lancement des travaux » 18 septembre 2017
Disponible sur http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dossier_de_presse_sns2017_18092017.docx.pdf, consulté le 17 novembre 2017.
6. Décret no 2017-1866 du 29 décembre 2017 portant définition de la stratégie nationale de santé pour la période 2018-2022
7. Fazel S, Ramesh T, Hawton K Suicide in prisons: an international study of prevalence and contributory factors Lancet Psychiatry 2017;4: 946-52.
8. État de santé des personnes entrant en établissement pénitentiaire dans l'ex-Picardie. Caractéristiques sanitaire et sociale des nouveaux détenus en 2015.
Disponible sur http://www.or2s.fr/images/Prison/2017_CaracteristiquesSanitaireEtSociale_NouveauxDetenusEn2015_Picardie.pdf, consulté le 17 novembre 2017.
9. Enquête de prévalence sur les troubles psychiatriques en milieu carcéral (phase 1 de l'étude épidémiologique). Rapport final. Etude pour le Ministère de la Santé (Direction Générale de la Santé) et le Ministère de la Justice (Direction de l'Administration Pénitentiaire). Décembre 2004
Disponible sur http://www.justice.gouv.fr/art_pix/rapport_detenus_MS_2004pdf.pdf, consulté le 17 novembre 2017.
10. Choquet M, Hassler C, « La santé des jeunes de 14 à 20 ans pris en charge par la Protection judiciaire de la jeunesse. Retour sur enquête(s) », Les Cahiers Dynamiques, 2009/2 (n° 44), p. 27-30. DOI : 10.3917/lcd.044.0027. URL : <https://www.cairn.info/revue-les-cahiers-dynamiques-2009-2-page-27.htm>
11. Haut Conseil de la santé publique Propositions pour l'évaluation du Plan d'actions 2010-2014 « Santé des personnes placées sous main de justice » Septembre 2012 17 pages.
12. Mouquet MC La santé des personnes entrées en prison en 2003 Études et Résultats N° 386 mars 2005 12 pages.
13. Fauchille É, Thienpont C, Sannier O, Faure R, Trugeon A. Description de l'état de santé et des caractéristiques sociales des personnes entrées en détention en Picardie en 2013. Bull Epidémiol Hebd. 2016;(18-19):344-9. http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2016/18-19/2016_18-19_3.html
14. Plancke L, Sy A, Fovet T, Carton F, Roelandt JL, Benradia I, Bastien A, Amariei AI, Danel T, Thomas P, La santé mentale des personnes entrant en détention, Lille, F2RSM Psy, novembre 2017

15. Develay AE, Verdit C, Grémy I. Surveillance de la santé des personnes détenues en France : faisabilité et recommandations. Santé publique, 2015, 27, 491-502.
16. Iferiss. Évaluation de la démarche PJJ promotrice de santé. Protection judiciaire de la jeunesse (PJJ) : jeunes et addiction, construction et impact d'une approche en promotion de la santé (2015-2016) Rapport final juin 2017 ; 139 pages.
17. Chemlal K, Echard-Bezault P, Deutsch P. Promotion de la santé en milieu pénitentiaire. Référentiel d'intervention. Saint-Denis : Inpes, coll. Santé en actions, 2014 : 228 p.
18. Duburcq A, Coulomb S, Bonte J, Marchand C, Fagnani F, Falissard B Enquête de prévalence sur les troubles psychiatriques en milieu carcéral Rapport final Décembre 2004 Référence : 2001-148. CEMKA-EVAL 283 pages.
19. Ministère des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes. Observatoire des structures de santé des personnes détenues (OSSD) Rapport d'exploitation des données 2013 38 pages.
20. Remy AJ, Canva V, Chaffraix F, Hadey C, Harcouet L, Terrail N, et al. L'hépatite C en milieu carcéral en France : enquête nationale de pratiques 2015. Bull Epidemiol Hebd.2017;(14-15):277-84. http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2017/14-15/2017_14-15_4.html
21. Direction de l'administration pénitentiaire. Guichet Unique d'accès aux Structures d'Aval (GUStAv) Avril 2016
22. Duthé G, Hazard A, Kensey A. Suicide des personnes écrouées en France : évolution et facteurs de risque Population 2014,69 :519-549.
23. HAS. « La crise suicidaire : reconnaître et prendre en charge. Disponible sur https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_39085/fr/recherche?portlet=c_39085&text=crise+suicidaire&opSearch=&lang=fr, consulté le 10 janvier 2018
24. Albrand L. La prévention du suicide en milieu carcéral Rapport au Garde des Sceaux Janvier 2009. La documentation française 407 pages.
25. Chan-Chee C., Moutengou E. Suicide et autres décès en milieu carcéral en France entre 2000 et 2010. Apport des certificats de décès dans la connaissance et le suivi de la mortalité. Saint-Maurice : Santé publique France ; 2016. 61 p. Disponible à partir de l'URL : <http://www.santepubliquefrance.fr>
26. Cour des comptes La santé des personnes détenues : des progrès encore indispensables. Rapport public annuel 2014 pages 251-290.
27. Manuel de certification des établissements de santé V2010 chapitre « droits et place du patient » janvier 2014,
28. ANAP La Télémédecine en action : santé des personnes détenues. Éléments de constats et d'analyse, Janvier 2015
29. David M, Marchal N, Lazarus A, Halley Des Fontaines V. Santé publique et mesures de justice. Une problématique centrale posée à la psychiatrie et aux pouvoirs publics Santé publique, 2011 ; 23, Supplément N° 6, 189- 196
30. Décret n° 2016-994 du 20 juillet 2016 relatif aux conditions d'échange et de partage d'informations entre professionnels de santé et autres professionnels des champs social et médico-social et à l'accès aux informations de santé à caractère personnel
31. Décret no 2011-1210 du 29 septembre 2011 relatif au cahier des charges des maisons pour l'autonomie et l'intégration des malades d'Alzheimer
32. Organisation mondiale de la santé. Commission des déterminants sociaux de la santé. Comblent les inégalités en santé en une génération. Résumé analytique du rapport final, 2008, 40 pages

ANNEXES

Annexe 1 Saisine de la Direction générale de la santé (DGS) par lettre du 20 juillet 2017



Direction générale de la santé
Sous-direction de la santé des populations
et de la prévention des maladies chroniques
Bureau Santé des populations et politique vaccinale
Affaire suivie par :
Dr. Christophe MICHON
Tel : 01.40.56.47.40
Email : christophe.michon@sante.gouv.fr

PEGASE/DGS/SP1/D/17-017329

Paris, le 20 JUL. 2017

Le directeur général de la santé

à

Monsieur le Président du
Haut Conseil de la Santé Publique
18, place des cinq Martyrs du
lycée Buffon
75014 Paris

Objet : Saisine du Haut Conseil de la Santé Publique pour avis sur l'évaluabilité de la stratégie nationale « Santé des personnes placées sous-main de justice (PPSMJ) ».

Annexe : Stratégie santé des PPSMJ

Le 26 avril dernier, le ministère de la santé a rendu publique la stratégie nationale « Santé des personnes placées sous-main de justice (PPSMJ) » que vous trouverez en pièce jointe.

Les raisons ayant conduit à l'élaboration de cette stratégie sont issues d'un double constat. La forte prévalence des pathologies et les facteurs de risque se conjuguent à des facteurs de vulnérabilité sociale et économique qui rendent plus complexe l'accès à la prévention et aux soins en milieu carcéral. Dans le même temps, la période d'incarcération peut être favorable pour permettre l'accès d'une population particulièrement fragile à une offre de soins, de prévention et d'éducation à la santé.

La stratégie présentée prend en compte ces caractéristiques et identifie une série de priorités d'actions visant à assurer une véritable accessibilité aux soins et une égalité de traitement et de droit avec la population générale en poursuivant et renforçant la dynamique interministérielle engagée depuis 2010.

Cette stratégie comporte 6 axes et 17 mesures dont l'organisation de la mise en œuvre repose sur une équipe projet. Elle porte l'ambition d'améliorer la santé des personnes placées sous-main de justice à travers plusieurs aspects :

- la connaissance de l'état de santé et l'évaluation des besoins de santé de cette population,
- l'amélioration du repérage et du dépistage des troubles de santé et des risques associés,
- le développement d'une démarche intégrée de promotion de la santé,
- l'accès aux soins incluant les périodes pendant et après la détention,
- la coordination des acteurs concernés par cette politique publique.

Elle s'attache, en outre, à prendre en compte la spécificité des publics placés sous main de justice à travers l'amélioration des parcours.

Pour répondre à ces enjeux, la stratégie propose de réunir des groupes de travail réunissant les différentes parties prenantes mobilisées pour identifier les actions prioritaires et définir le pilotage de ces actions.

Compte tenu de la sensibilité de la thématique, je vous sollicite au nom des directions concernées (DGS, DGOS, DGCS, DSS) de notre ministère afin d'élaborer pour la fin de l'année 2017 une étude préalable à la démarche évaluative qui accompagnera le déploiement de la stratégie. Cette étude devrait notamment permettre la définition du cadre méthodologique de l'évaluation en circonscrivant le champ de celle-ci et en identifiant des indicateurs de processus et d'évaluation pertinents.

Mes services se tiennent à votre disposition pour toute information complémentaire.

Je vous prie d'agréer, Monsieur le Président, l'expression de ma sincère considération.

Pr. Benoît Vallet

Directeur général de la santé

Annexe 2 : Groupe de travail du HCSP

Composition du groupe de travail (GT)

Pierre Czernichow, Cs-3SP du HCSP, président du GT

Agnès Gindt-Ducros, Cs-3SP du HCSP

Virginie Halley des Fontaines, CS « maladies chroniques », co-présidente du GT

Volodia Mijuskovic, doctorant juriste

Florence Puech, ARS Île-de-France

Deborah Sebbane, Centre collaborateur de l'Organisation mondiale de la santé (CCOMS, Lille)

Alain Trugeon, Observatoire régional de la santé et du social de Picardie

Ce groupe de travail s'est réuni à 6 reprises : 13 septembre, 25 septembre, 16 octobre, 23 octobre, 13 novembre, 20 novembre 2017.

Secrétariat général du HCSP

Ann Pariente-Khayat, coordinatrice de la Cs-3SP du HCSP en lien avec Bernard Faliu, Secrétaire général du HCSP

Assistance à maîtrise d'ouvrage, mandatée à l'issue d'une procédure de sélection par appel d'offres de marchés publics, selon la procédure simplifiée.

Caroline Weill-Giès

Relecture de l'avis : Johann Cailhol, Commission spécialisée (CS) « Maladies infectieuses et maladies émergentes » du HCSP

Annexe 3 : Liste des personnes auditionnées par structure

Direction générale de la santé/SP1, Christophe Michon, chargé de mission coordination Santé des PPSMJ, le 20 septembre 2017, Patrick Ambroise le 27 octobre 2017

Direction générale de l'offre de soins/Sous-direction de la régulation de l'offre de soins, Morgane Guillemot, Thierry Kurth, Sophie Terquem le 23 octobre 2017

Direction de la Protection judiciaire de la jeunesse, ministère de la Justice, Françoise Marchand-Buttin, le 21 septembre 2017

Direction de l'administration pénitentiaire : Romain Peray, Sous-directeur des missions, Olivier Sannier, conseiller médical à la DAP (Mi2), Virginie Martin, chef de section Santé et droits sociaux, bureau des politiques sociales, d'insertion et accès aux droits (Mi2), Sasha Riffard, Sous-direction des métiers, chargée du suivi des suicides (Me2), le 23 octobre 2017

Médecins du monde : Thomas Bosetti, le 25 septembre 2017, et Irène Aboudaram et Pierre Ebolo, le 23 octobre 2017 (par téléphone)

Mildeca : Catherine Bernard, Ruth Gozlan, le 16 octobre 2017

Santé publique France, le 23 octobre 2017 Christine Chan-Chee, Khadoudja Chemlal, Emmanuelle Hamel

Contrôleure générale des lieux de privation de liberté (CGLPL) : André Ferragne et Dominique Peton-Klein, le 16 octobre 2017

Association des Professionnels de Santé Exerçant en Prison (APSEP), Fadi Meroueh et Patrick Serre, le 16 octobre 2017

Jean-Paul Céré, professeur de droit, Université de Pau, le 16 novembre 2017 (par téléphone)

Emmanuel Luneau, médecin CHRU Lille, le 16 octobre 2017

Pierre Thomas, psychiatre CHRU Lille, le 16 octobre 2017

Yann Bubien, directeur de cabinet adjoint de la Ministre en charge de la santé, le 16 octobre 2017

Annexe 4- Note sur l'actualisation des connaissances sur la santé des détenus depuis la synthèse de l'InVS de 2015

La stratégie sur la santé des personnes placées sous main de justice concerne trois populations distinctes : les personnes placées sous main de justice en détention, celles en milieu ouvert, les personnes prises en charge par la PJJ. L'état des connaissances concernant ces trois populations est inégal. Pour l'essentiel, les enquêtes ont concerné la population incarcérée, alors que rien n'existe concernant la santé des personnes sous écrou en milieu ouvert, sauf par approximation (considérant, comme le fait la stratégie SPPSMJ, que leurs caractéristiques vis-à-vis de leur santé ou de leurs droits sociaux diffèrent peu de celles des personnes détenues). Cependant, l'état des connaissances concernant l'état de santé des personnes détenues, s'il est bien établi grâce au bilan auquel l'InVS a procédé en 2015, est ancien, l'ensemble des travaux étant généralement antérieur à 2011. Par ailleurs, l'état de santé des personnes placées sous PJJ a été documenté pour la dernière fois en 2004.

Cette note vise à actualiser ces connaissances à partir des données auxquelles le HCSP a eu accès dans le cadre des travaux du groupe de travail sur la santé des personnes placées sous main de justice. Il s'agit, d'une part, des informations accessibles sur le site de Santé publique France ; d'autre part, de travaux signalés par les experts du groupe de travail ou dans le cadre des auditions.

I. L'état des connaissances sur la santé des personnes placées sous main de justice en 2015

a) La santé des personnes détenues

Le bilan des études sur la santé des détenus publiées entre 2000 et 2012, établi par l'InVS en 2015²⁰, portait sur 13 pathologies²¹, dans 20 pays susceptibles de présenter des caractéristiques carcérales et des profils sociodémographiques comparables, dont la France²². Il ne prend pas en compte les personnes sous main de justice en milieu ouvert ni les personnes sous PJJ. Il ne concerne que les études quantitatives.

Ce bilan a mis en évidence, dans la population des détenus, la surreprésentation des pathologies mentales et infectieuses, des addictions, de la souffrance psychique et des actes auto-agressifs, des pathologies bucco-dentaires. Cette surreprésentation est attribuée, classiquement, à l'importance relative des catégories sociales défavorisées accueillies en détention. Le taux de suicide d'une part (la surmortalité par suicide en détention en France étant 7 fois plus importante qu'en milieu libre), la fréquence des antécédents psychiatriques chez les entrants en détention, la prévalence des infections à VIH sont particulièrement importants.

L'InVS précise toutefois que, si la santé mentale, les addictions, les maladies infectieuses (VIH, VHB, VHC) et la mortalité, sont assez bien étudiées, les données sont moins nombreuses et moins robustes s'agissant des autres thématiques de santé : ainsi, les maladies chroniques (dont les cancers), les actes auto-agressifs, le handicap et déficiences, les problèmes ostéoarticulaires, dermatologiques, digestifs, bucco-dentaires ou encore les traumatismes et les déficiences n'ont fait l'objet que d'enquêtes sur de faibles échantillons, peu représentatifs, alors même que les retours des professionnels et des experts suggèrent que ces problèmes de santé sont à prendre

²⁰ Godin-Blandeau E, Verdot C, Develay AE. Santé en milieu carcéral : état des lieux en France et à l'étranger, InVS, 2015

²¹ Maladies chroniques et cancers ; maladies infectieuses ; santé bucco-dentaire ; addictions ; santé mentale ; conduites suicidaires ; le handicap et déficiences ; troubles digestifs ; pathologies ostéoarticulaires ; dermatologie ; pathologies génito-urinaires ; traumatismes ; mortalité.

²² France, Royaume-Uni, Irlande, Allemagne, Espagne, Italie, Belgique, Suisse, Autriche, Pays-Bas, Finlande, Suède, Norvège, Danemark, Portugal, Grèce, États-Unis, Canada, Australie et Nouvelle-Zélande

en considération en milieu carcéral. De même, la santé des femmes et des seniors est peu connue.

En conclusion, en 2012, les connaissances sur la situation française reposent sur cinq enquêtes nationales ponctuelles, dont certaines déjà anciennes lors de l'élaboration de la synthèse de l'InVS. Ces études fournissent des données nationales de référence convergentes avec celles obtenues dans la littérature internationale, témoignant d'une prévalence supérieure chez les personnes détenues en comparaison de la population générale.

Il s'agit de :

- l'enquête « HID-prison » réalisée en 2001 par l'Ined pour déterminer la prévalence du handicap, des incapacités et des déficiences en milieu carcéral,
- l'enquête sur la santé des personnes entrant en détention réalisée par la Drees en 1999 et reconduite en 2003,
- l'enquête « Cemka-Eval » réalisée en 2004 par Duburcq, Fallissard et coll. pour déterminer la prévalence des troubles psychiatriques en milieu carcéral,
- l'enquête « Prévacar », mise en œuvre en 2010 par l'InVS et la DGS, pour déterminer la prévalence du VIH, du VHC et des traitements de substitution aux opiacés au sein de la population carcérale,
- l'enquête « Suicide des personnes écrouées en France : évolution et facteurs de risque » réalisée entre 2006 et 2009 par Géraldine Duthé (INED), Angélique Hazard et Annie Kensey (DAP)²³.

Un résumé des principaux résultats par groupes de pathologies pour la France est présenté en annexe.

b) la santé des personnes placées sous main de justice en milieu ouvert

Aucune étude disponible

c) la santé des personnes placées sous PJJ

Les connaissances sont issues d'une étude réalisée en 2004 par l'INSERM²⁴, établissant que les jeunes pris en charge par la PJJ (secteur public) sont « plus vulnérables que leurs pairs de mêmes tranches d'âges, sur le plan social, comportemental et sanitaire », même si l'adolescence reste, globalement, l'âge de la bonne santé.

Cette étude souffre toutefois de la faiblesse de son échantillon et du fait de ne concerner qu'une partie de la prise en charge des jeunes, excluant notamment les jeunes pris en charge par le secteur associatif.

II. Actualisation des connaissances depuis 2015

Cette actualisation s'est appuyée sur deux sources : le site de Santé publique France, les éléments d'information apportés au HCSP durant le cours des travaux du groupe de travail d'autre part.

²³ Revue Population-F, 69 (4), 2014, 007-038

²⁴ INSERM, U 669, SANTE DES 14-20 ANS de la Protection judiciaire de la jeunesse (Secteur Public) SEPT ANS APRÈS, Marie CHOQUET, Christine HASSLER, Delphine MORIN, 10/10/2005

a) Références additionnelles au bilan de 2015, sur le site de Santé publique France

L'InVS/SpF publie un dossier sur la santé des détenus, dont la dernière mise à jour date du 10 janvier 2017. Au-delà des références faites au bilan de 2015, ce dossier apporte des informations complémentaires sur :

- les addictions et les pratiques à risque infectieux (étude Coquelicot, 2011²⁵ ; programme ANRS Pri2de, 2011)²⁶
- les infections à *Chlamydia trachomatis* en milieu pénitentiaire²⁷ (2015)
- la prévalence de la tuberculose²⁸ (2013)
- le suicide en milieu carcéral²⁹ (2016)
- la présence de cas de leptospirose³⁰ (2016)
- la mortalité des personnels de l'administration pénitentiaire³¹ (2015)

1. Les addictions et les pratiques à risque infectieux

L'enquête "Coquelicot"

Cette enquête portait sur les usagers de drogues et les pratiques à risque. Elle a permis d'établir que 6 usagers sur 10 ont connu la prison, au moins une fois dans leur vie. Près d'1 sur 10 a eu recours à l'injection de drogue durant l'incarcération et 30 % ont partagé une seringue au moins une fois. Les usagers de drogues ayant été incarcérés avaient une prévalence du VIH plus élevée (14 %) que parmi ceux qui ne l'avaient jamais été (5 %). Les détenus usagers de drogues étaient le plus souvent consommateurs de crack ; ces derniers étaient davantage marqués par la précarité sociale que les détenus consommateurs d'autres substances.

ANRS-Pri2de

Ce programme sur la prévention du risque infectieux en milieu carcéral a notamment exploré l'existence et l'accès aux mesures de réduction des risques infectieux (eau de javel, traitements de substitution aux opiacés ou TSO, préservatifs, prophylaxie post-exposition, dépistage, prévention) dans les établissements pénitentiaires. Il montre que les soins dispensés en détention en lien avec des pratiques à risque peuvent concerner les abcès liés à la pratique d'injection (34% des établissements dans Pri2de), des infections cutanées consécutives à des tatouages, piercing ou scarifications (70 %) et des saignements nasaux liés à une pratique de sniff (9 % des 103 établissements ayant répondu à l'enquête).

25 Jauffret-Roustide M, Pillonel J, Weill-Barillet L, Léon L, Brunet S, Benoit T et al. Estimation de la séroprévalence du VIH et de l'hépatite C chez les usagers de drogues en France - Premiers résultats de l'enquête ANRS-Coquelicot 2011. Bull Epidemiol Hebd. 2013;(39-40):504-9.

26 Michel L, Jauffret-Roustide M, Blanche J, Maguet O, Calderon C, Cohen J et al. The huge gap remaining between infectious diseases prevention policies and their application in French prisons: urgent need for a global public health approach and drug policy reform (PRI2DE ANRS study). BMC Public Health. 2011;11(400):1-

27 J.C. Guichard, V. Baclet et al. Estimation de la prévalence du VIH, des IST et des hépatites virales chez les hommes entrants en maison d'arrêt (Annoeullin Nord) en 2014. BVS (5) 2015. InVS.

Verneuil L, Vidal JS, Ze Bekolo R et al. Prevalence and risk factors of the whole spectrum of sexually transmitted diseases in male incoming prisoners in France. Eur J Clin Microbiol Infect Dis. 2009 Apr;28(4):409-13

28 Cochet A, Isnard H. Tuberculose dans les maisons d'arrêt en Île-de-France. Enquête rétrospective, 1er juillet 2005-30 juin 2006. Saint-Maurice: Institut de veille sanitaire; 2007. 41 p.

29 Chan Chee C, Moutengou E. Suicide et autres décès en milieu carcéral en France entre 2000 et 2010. Apport des certificats de décès dans la connaissance et le suivi de la mortalité. Saint-Maurice. Santé publique France ; 2016. 61 p.

30 Legout C, Septfonds A, Fac C, Picardeau M, Merle C, Fouassier P et al. Investigation de cas groupés de leptospirose parmi les détenus d'un centre pénitentiaire d'Île-de-France. Saint-Maurice : Santé publique France ; 2016. 24 p.

31 Marchand JL, Doulat T, Moisan F. Description de la mortalité des agents et ex-agents de l'Administration pénitentiaire. Analyse de la mortalité par cause entre 1990 et 2008. Saint-Maurice: Institut de veille sanitaire; 2015. 62 p.

2. Infections à *Chlamydia trachomatis* en milieu pénitentiaire

Peu d'études épidémiologiques ont été réalisées en milieu carcéral concernant les IST autres que le VIH. Une méta-analyse réalisée en 2012 sur les données issues de dix pays rend compte de prévalences de 5,7 % pour les *chlamydiae*, 1,5 % pour les gonocoques et 0,69 % pour la syphilis. Le risque d'infections à *Chlamydia trachomatis* semble plus important en milieu carcéral que dans la population générale. En France, une étude réalisée en 2015 dans une maison d'arrêt du Nord-Pas-de-Calais a montré une prévalence des infections à *Chlamydia trachomatis*, estimée à plus de 8 %.

3. Prévalence de la tuberculose

L'InVS recense les cas de tuberculose survenus en milieu carcéral, au travers de son dispositif général de déclaration obligatoire. Les informations ne permettent pas de définir si la contamination a eu lieu en milieu pénitentiaire ou non. Les personnes étant en prison au moment de la déclaration d'une tuberculose représentaient 1,4 % de tous les cas déclarés en France en 2013 (61 cas dont 53 cas avec une atteinte pulmonaire, donc potentiellement contagieux). Ce nombre est relativement stable ces 12 dernières années. Les dernières données montrent que la tuberculose en prison concerne essentiellement des hommes (94%), plutôt jeunes (âge médian de 31 ans).

Les cas de tuberculose en prison concernent particulièrement deux régions : l'Île-de-France (37 %) et la région Provence-Alpes-Côte-D'azur (8 %) (Données 2011-2013). Une étude réalisée dans les maisons d'arrêt en Île-de-France a fait ressortir une prévalence de 107 cas de tuberculose pour 100 000 détenus. Cette étude a montré que la prise en charge de la maladie (diagnostic et traitement) et la prévention (isolement et port de masques) semblaient conformes aux bonnes pratiques. Néanmoins, elle a souligné que le suivi de la prise en charge, à la sortie de prison, était insuffisant.

4. Les suicides en milieu carcéral

L'étude de Ch. Chan Chee et E. Moutengou sur l'apport des certificats de décès dans la connaissance du phénomène suicidaire a permis d'estimer le nombre de suicides sous écrou de 2000 à 2010 entre 1 258 et 1 295. L'étude montre par ailleurs une surmortalité par suicide sous écrou (SMR de 7,3 chez les hommes et supérieur à 20 chez les femmes) tandis que la mortalité par « causes naturelles », à l'exception du sida, était moins importante chez les personnes écrouées que dans l'ensemble de la population française.

Dans plus de la moitié des certificats de décès des personnes décédées par suicide sous écrou, aucune pathologie somatique ni psychiatrique n'a été mentionnée, les pathologies psychiatriques, mentionnées dans seulement 15,5 % des cas, étant vraisemblablement sous-déclarées.

5. La présence de cas de leptospirose

En février 2016, le centre national de référence (CNR) de la leptospirose ayant signalé la survenue de deux cas confirmés de leptospirose hospitalisés en réanimation, parmi les détenus d'un centre pénitentiaire, une enquête transversale rétrospective s'est fondée sur la consultation des dossiers médicaux des personnes ayant consulté l'infirmerie entre le 11 janvier et le 19 février 2016 (1 229 dossiers).

Cette analyse a permis de recenser 33 cas possibles, dont 21 ont accepté le bilan sanguin. Tous les résultats sérologiques étaient négatifs. L'interrogatoire des 2 cas confirmés retrouvait la notion d'une plaie cutanée pour l'un, et une activité à risque (nettoyage des abords du bâtiment et ramassage des poubelles) sans vaccination préalable pour l'autre.

Cette enquête a contribué à la mise en place de nouvelles mesures préventives pour limiter la colonisation des rats et au renforcement des actions de prévention par des moyens de protection individuels et de rattrapage vaccinal pour les personnes occupant une activité à risque.

6. La mortalité des personnels de l'administration pénitentiaire

L'InVS a analysé, en partenariat avec l'administration pénitentiaire, les causes de décès, y compris après le départ à la retraite, de l'ensemble des personnes ayant travaillé en milieu carcéral au moins un an entre 1990 et 2008. Cette étude comprenait plus de 30 000 hommes et 10 000 femmes réparties dans cinq filières professionnelles (surveillance, insertion et probation, administration, service technique et encadrement).

L'étude met en évidence un excès significatif de suicides chez les hommes par rapport à la population générale française, en particulier chez les surveillants et les adjoints techniques. Aucun lien n'a été observé entre cet excès et le type d'établissement ou le taux d'occupation carcérale. Le suicide est la seule cause de décès observée en excès dans cette population, sur cette période.

b) Les autres études

Il s'agit ici de présenter des études signalées au HCSP durant les travaux du groupe de travail Santé des personnes placées sous main de justice, soit par les experts du groupe de travail, soit à l'occasion d'auditions.

Si ces études témoignent de la diversité des méthodes et des approches (enquêtes quantitatives, étude qualitative, étude environnementale, rapports d'activité ...), elles sont peu nombreuses et partielles et ne peuvent se substituer aux études de prévalence indispensables pour connaître l'état de santé des populations sous écrou.

Par ailleurs, seules des études portant sur la santé des détenus à la sortie permettraient de tester l'hypothèse fortement admise de l'effet délétère de la détention sur la santé des personnes.

1. L'enquête « État de santé des personnes entrant en établissement pénitentiaire dans l'ex-Picardie »

Cette enquête, développée depuis 2011 et actuellement en cours d'extension dans les Hauts-de-France, vise à permettre de disposer d'une observation pérenne et systématique de l'état de santé des personnes entrant en détention grâce à un recueil de données basé sur les déclarations des personnes concernées. Une fiche épidémiologique élaborée avec les USMP des établissements est renseignée par le médecin lors de la visite médicale obligatoire suivant l'incarcération, à partir d'une application en ligne sécurisée. Elle comprend des informations de natures médicale et sociale³². Renseignant sur la santé des entrants, elle est utile pour caractériser la population et définir des besoins.

Un recueil à la sortie pour une partie des détenus est en cours d'expérimentation ; il pourrait permettre d'évaluer l'impact de l'incarcération sur la santé des détenus.

En 2015, l'échantillon comprenait 1 938 détenus (96,6 % d'hommes) entrés en établissement pénitentiaire, soit un peu moins de la moitié des détenus entrants.

Synthèse des résultats :

À leur entrée en milieu carcéral, près de neuf personnes détenues sur dix sont reconnues en bonne santé, ce qui corrobore les études nationales de 1997 et 2003 et s'inscrit dans la suite des valeurs recueillies les années précédentes sur le même territoire. Ce constat est toutefois à interpréter en regard de la jeunesse de la population incarcérée.

Deux personnes nouvellement détenues sur trois ont vu un médecin en consultation au cours des douze mois précédant leur incarcération. Les nouveaux détenus sont des usagers habituels de drogues et la multi-consommation de deux ou trois substances (alcool-tabac-autres drogues)

³² Janvier 2017. ARS Hauts-de-France, Émilie Fauchille, Salah Zerkly et Alain Trugeon (OR2S), et al

concerne trois détenus sur dix. Une consultation en psychiatrie est nécessaire pour un peu plus d'une personne détenue sur huit.

Plus de la moitié de la population entrant en incarcération ont effectué les dépistages sérologiques avant l'incarcération. Une personne nouvellement détenue sur trois dit présenter une pathologie somatique chronique à son entrée en milieu carcéral.

Sur le plan social, leur situation ressort comme difficile. Ainsi, presque une personne sur dix vivait dans un logement précaire avant son incarcération et près des deux tiers étaient au chômage ou sans profession

2. La santé mentale des personnes entrant en détention dans le Nord et le Pas-de-Calais³³

Elle a fait l'objet d'une étude financée par l'ARS Hauts-de-France avec pour objectif de comparer la prévalence des troubles chez les personnes entrant en détention à celle de la population adulte non incarcérée de la même zone géographique.

Cette étude prospective, multicentrique et transversale, a porté sur les personnes majeures entrées en détention entre mars 2014 et avril 2017 dans le Nord et le Pas-de-Calais. Les entretiens d'évaluation ont été menés par des professionnels des services de santé intervenant en milieu carcéral (SMP régional, SMPR et dispositifs de soins psychiatriques des unités sanitaires). Les troubles psychiques ont été détectés au moyen du *Mini international neuropsychiatric interview*.

La prévalence des troubles dans cette population a été comparée à celle mesurée au sein d'une population masculine étudiée également avec le Mini dans l'enquête Santé mentale en population générale dans le Nord et le Pas-de-Calais, après appariement sur l'âge, la situation maritale et le statut par rapport à l'emploi.

L'étude concerne 653 personnes, dans 8 des 9 maisons d'arrêt du Nord et du Pas-de-Calais. Il s'agit essentiellement d'hommes (96,5 %), jeunes (32 ans en moyenne), d'un faible niveau d'étude (47,4% n'ont aucun diplôme ou le brevet), 33,6 % sans emploi.

42,4% des personnes incluses ont connu une incarcération antérieure, 30,8% une mesure de placement durant leur jeunesse et 39,3 % un suivi socio-éducatif. Enfin, 44,3% se déclarent croyants, 31,7% croyants mais non pratiquants et 23,9% pratiquants.

Les troubles psychiques repérés par le Mini sont : épisodes dépressifs, l'anxiété généralisée, la dépendance alcoolique et la dépendance aux drogues (chacun environ 1 sur 4), les troubles dépressifs récurrents (1 sur 6) et le trouble panique actuel (1 sur 8). Un syndrome d'allure psychotique est retrouvé chez 1 personne sur 14, niveau équivalent à celui de l'épisode maniaque et proche du niveau de phobie sociale (1 sur 16). Le stress post-traumatique est décrit chez 1 personne sur 20 et la dysthymie durant les 2 dernières années chez 1 sur 32.

L'insomnie, le risque suicidaire moyen ou élevé, la dépendance alcoolique et la dépendance aux drogues sont ceux le plus souvent significativement associés à un trouble psychique. Il existe un lien très fort avec les risque suicidaire moyen ou élevé (odd ratio, OR=16,3), l'insomnie actuelle (OR=11,5) et la consommation de tabac (OR=3,8).

15,1 % de l'échantillon présente un risque suicidaire moyen ou élevé à son entrée en détention (cf. figure 2). Des comorbidités très fréquentes. Environ 7 personnes sur 10 présentent au moins un trouble ; 45% de la population souffre d'au moins deux troubles identifiés au MINI.

³³ Laurent Plancke, Aminata Sy, Thomas Fovet, Fanny Carton, Jean-Luc Roelandt, Pierre Thomas et al, La santé mentale des personnes entrant en détention, Lille, F2RSM Psy, novembre 2017 (Fédération régionale de recherche en psychiatrie et santé mentale Hauts-de-France (F2RSM), Lille. ; Centre hospitalier universitaire (CHU), Lille. ; Centre collaborateur OMS pour la recherche et la formation en santé mentale (CCOMS), Hellemmes (Lille).

Tous les troubles étudiés sont significativement plus fréquents chez les hommes entrant en détention qu'au sein de la population appariée de l'enquête Santé mentale en population générale dans le Nord et le Pas-de-Calais : 10 fois plus pour le stress post-traumatique, 4 fois plus pour les dépendances, 2 fois plus pour le syndrome psychotique. Le risque suicidaire moyen ou élevé est quant à lui retrouvé 3 fois plus fréquemment.

L'étude confirme la prévalence élevée de troubles mentaux chez les personnes entrant en prison, très supérieures à ceux mesurés en population générale et met surtout en évidence l'importance des comorbidités.

Sexualité, amour et normes de genre ; enquête sur la jeunesse incarcérée et son encadrement³⁴

Cette enquête cherchait à aborder la question du rapport des jeunes détenus à la sexualité, en l'envisageant de manière globale, dans et hors de la détention, afin de comprendre ce qui fait la spécificité, ou la banalité, de la sexualité de ces jeunes et de montrer en quoi leur expérience carcérale influe sur leurs trajectoires affectives et sexuelles.

L'enquête qualitative par entretiens et observation s'est déroulée dans 5 prisons situées en France métropolitaine au cours de 33 jours sur le terrain entre mars 2016 et mars 2017. 27 jours ont été consacrés à la passation d'entretiens et d'observations au cours de l'année 2016 et 6 jours ont été dédiés à la restitution des résultats au printemps 2017.

72 entretiens ont été réalisés avec des jeunes, dont 12 avec des filles, et 59 entretiens avec des professionnels, dont 27 avec des professionnelles de la PJJ (26 personnes), de l'administration pénitentiaire (surveillants, gradés) (19) de l'Éducation nationale (8) et 6 à l'Unité sanitaire (médecins ou infirmiers). Les résultats ont été présentés à un total de 66 professionnels et 51 jeunes.

Conclusion : « Cette enquête a montré que la sexualité est une porte d'entrée pertinente pour comprendre les vies des adolescents en détention. Elle permet de parler de la détention elle-même, mais au-delà, des rapports de genre en dehors et dans la prison, du rapport de ces jeunes à l'amour, à la parentalité, à la conjugalité. La sexualité éclaire les sociabilités adolescentes de ces jeunes et leur proximité avec celles des autres jeunes de leur génération.

L'enquête a également permis de comprendre l'importance de la sexualité comme « problématique gestionnaire » (autrement dit comment gérer au quotidien l'impact de la sexualité sur la vie de la prison ?), en mettant au jour les points de vue des professionnels concernés, en l'occurrence toutes celles et ceux qui interviennent auprès des jeunes : surveillants, éducateurs, soignants, enseignants. La question de la sexualité s'impose à tous les professionnels mais tous ne se sentent pas forcément légitimes pour en parler.

Il en va de même des jeunes, qui ont facilement accepté de participer à l'enquête et de répondre à nos questions, mais avec des attentes et représentations diverses. L'entrée par la sexualité a été l'occasion d'interroger plus largement le fonctionnement des prisons, les jeunes et les professionnels ayant d'eux-mêmes abordé les problématiques de l'intimité, de l'hygiène ou encore en les reliant aux conditions matérielles de la détention. »

³⁴ Octobre 2017 rapport d'étude INJEPR-2017/06, Yaëlle Amsellem-Mainguy, Benoît Coquard, Arthur Vuattoux , commanditaire : Direction générale de la Santé (DGS)

3. L'analyse des drogues dans les eaux usées : outil d'estimation des consommations, application en milieu carcéral³⁵,

Devant l'absence de donnée objective aujourd'hui disponible en France pour évaluer la consommation de drogues des personnes détenues, la mise en place de prélèvements d'eaux usées réguliers a permis de détecter les molécules consommées dans les établissements français. L'étude a démontré la faisabilité et l'intérêt d'une telle observation, sous réserve de précautions techniques et méthodologiques.

L'étude s'est déroulée dans deux établissements de la région Île-de-France.

Le choix des molécules retenues pour l'étude s'est fait selon plusieurs critères déterminants, le plus important étant les données disponibles de prévalence de la consommation de drogues illicites, le second étant la pharmacocinétique et, plus précisément, les étapes de métabolisation et élimination. Leur connaissance permet l'identification des produits éliminés dans les urines (appelés métabolites) et susceptibles d'être ainsi retrouvés dans les réseaux d'assainissement.

Les résultats demandent à être interprétés avec délicatesse, compte-tenu de nombreuses difficultés méthodologiques. Ils mettent néanmoins en évidence une consommation de cannabis en établissements pénitentiaires que les auteurs ont qualifiée « d'endémique » comparée aux autres drogues illicites. Globalement et en considérant la dose moyenne de THC à 34 mg par prise, et malgré une importante variabilité, la consommation de cannabis par les personnes détenues des deux établissements pénitentiaires dans lesquels les prélèvements d'eaux usées ont été réalisés peut être estimée entre 0,5 et 3 joints par personne et par jour.

Concernant la cocaïne, les résultats correspondent à des quantités consommées estimées en cocaïne pure allant d'environ 27 mg à environ 367 mg par jour.

4. Les rapports de la Contrôleure générale des lieux de privation de liberté

Les informations dont dispose le Contrôle général des lieux de privation de liberté sont issues de ses observations, fondées d'une part sur des visites de terrain, d'autre part sur des courriers qui lui sont adressés (4 000 par an, dont 3 500 concernent les prisons). L'objectif de l'action du CGLPL n'est pas d'accroître les connaissances mais de garantir au mieux les droits fondamentaux des personnes concernées, au regard en particulier de la jurisprudence de la Cour européenne des Droits de l'Homme (CDEH) et du Comité européen pour la prévention de la torture et des peines ou traitements inhumains ou dégradants (CEPT), toutes deux instances émanant du Conseil de l'Europe.

Les rapports du CGLPL mettent ainsi l'accent sur des dysfonctionnements quant à l'effectivité de l'exercice des droits du point de vue des personnes concernées.

Concernant l'effectivité du droit à la santé en prison, le CGLPL relève deux sources de préoccupations : d'une part, l'accès aux soins, d'autre part, la confidentialité des traitements.

Elle relève en particulier :

- Le manque de moyens, locaux et équipements insuffisants des USMP, les difficultés budgétaires ;
- l'insuffisance des dotations en personnel médical ; en particulier, l'absence sur place de soins spécialisés et d'accompagnement (kinésithérapeutes, chirurgiens-dentistes, ...) ;
- l'inaccessibilité des soins d'urgence, la nuit ou le week-end ;
- de nombreux dysfonctionnements liés à la coexistence en milieu carcéral d'impératifs sécuritaires et d'accès à la santé :

³⁵ Note 2017-01 Saint-Denis, mars 2017. Thomas Néfau (OFDT), Olivier Sannier (Direction de l'administration pénitentiaire), Cécile Hubert, Sara Karolak et Yves Lévi (Laboratoire Santé publique - Environnement, CNRS UMR 8079, UPSUD)

- rendez-vous dans les USMP non honorés par les patients ou refusés à la dernière minute par l'administration, ralentissant l'accès aux traitements ;
- complexité et annulations fréquentes des extractions médicales, dues à la question des escortes et autres règles de sécurité et au manque de moyens ;
- accès aux chambres sécurisées de l'hôpital conditionnées par la présence effective des forces locales de sécurité et peu accessibles dans l'hôpital ;
- l'insuffisante confidentialité à l'hôpital, compte tenu notamment de la présence constante des surveillants aux côtés du détenu, y compris lors des accouchements ;
- cas particulier de l'hospitalisation des détenus souffrant d'une pathologie psychiatrique : isolement et contention de règle, sans fondement juridique; les UHSA ne peuvent garder les malades chroniques alors que l'univers carcéral leur est néfaste ; en cas de suspension de peine pour raison médicale, le problème de leur accueil et prise en charge en milieu libre n'est pas résolu ;
- L'échec des expériences de télé-médecine ;
- Une prise en compte insuffisante du vieillissement et de la perte d'autonomie en prison alors que la durée des peines tend à s'allonger.

5. L'OSSD (Observatoire des structures de santé des personnes détenues)

Les données recueillies par l'OSSD concernent les unités sanitaires en milieu pénitentiaire, les unités hospitalières sécurisées interrégionales (UHSI) et les UHSA. Si ce type d'information ne traduit en rien l'état de santé des détenus, il est néanmoins utile pour connaître indirectement les recours aux soins des détenus. Les productions de l'OSSD permettent en particulier d'établir des séries temporelles et des comparaisons entre sites pénitentiaires et entre régions.

La production des synthèses nationales par l'OSSD s'est poursuivie de 2009 à 2013. A partir de 2013, les difficultés méthodologiques auxquelles se heurtaient les remontées d'information (faible taux de remplissage, diversité des modes de recueil d'un établissement à l'autre), conduisant à des résultats globaux insuffisamment fiables, ont conduit à suspendre la production des synthèses nationales.

Cependant, le recueil d'information s'est poursuivi en 2014 et 2015 et les données brutes sont conservées par l'OSSD et accessibles.

La production de synthèses nationales devrait reprendre sous réserve que des améliorations qualitatives soient apportées au recueil et à la transmission des données par les US.

La restitution porte sur les variables suivantes :

USMP

- Effectifs des personnels médicaux et paramédicaux : nombre d'ETP (en distinguant selon les différents personnels médicaux et para médicaux, par spécialité) pourvus pour 1000 personnes détenues, par catégorie d'établissement pénitentiaire et par région.

- Activité: Nombre de consultations et d'entretiens par personne détenue, par catégorie d'établissement pénitentiaire et par région.

- Extractions : Nombre d'extractions réalisées et demandées pour des consultations et des examens spécialisés pour 1 000 détenus, par catégorie d'établissement pénitentiaire et par région ; nombre d'extractions réalisées et demandées en urgence pour 1 000 détenus, par catégorie d'établissement pénitentiaire et par région.

- Dépistage et traitements de substitution aux opiacés (TSO) : Nombre de tests de dépistage (VIH, VHC...) pour 1 000 détenus, par catégorie d'établissement pénitentiaire et par région.

- Équipement des unités

Hospitalisations des personnes détenues

- Hospitalisation en soins somatiques : Nombre d'hospitalisations en UHSI et en chambres sécurisées pour 1 000 détenus, par région et par catégorie d'établissement pénitentiaire
- Hospitalisation en soins psychiatriques : Nombre d'hospitalisations en UHSA et en établissements autorisés en psychiatrie

Résultats selon la dernière synthèse nationale disponible (2013)

En 2013, 169 USMP sur les 175 unités sanitaires ont répondu avec toutefois des retours incomplets et parfois peu cohérents.

La synthèse nationale montre :

Les effectifs :

- L'augmentation globale des effectifs de 12 %, entre 2009 et 2013, avec une très grande diversité selon les catégories : une hausse très forte pour les infirmiers en psychiatrie et les psychologues, tandis que le nombre de chirurgiens-dentistes n'a pas évolué ; une forte diminution du nombre de médecins spécialistes et une forte augmentation de kinésithérapeutes apparaissent mais « sont à prendre avec du recul, dans la mesure où les échantillons sont peu robustes ».
- Une grande diversité selon les régions, avec des écarts variables selon les professionnels et les régions.
- Des écarts entre régions beaucoup plus importants pour trois catégories de professionnels : les infirmiers intervenant en psychiatrie (écart de 1 à 5) alors qu'il est réduit pour les infirmiers intervenant en soins somatiques (1 à 1,85) ; les médecins spécialistes (1 à 7) ; les kinésithérapeutes (1 à 10)

Activité :

- une évolution positive du nombre de consultations entre 2009 et 2013, à l'exception notable des consultations de médecine spécialisée.
- Stabilité de la part représentée par chaque spécialité (MG, médecine spécialisée, odontologie et psychiatrie).
- Extractions : Le taux de réalisation est variable selon les catégories d'établissements : plus élevé dans les maisons centrales, relativement faible dans les centres pénitentiaires. Si la majorité des demandes sont satisfaites, des écarts très élevés de demande selon les régions.
- Hospitalisations : une grande variabilité entre les régions concernant les hospitalisations somatiques des personnes détenues.

In fine, en 2017, l'état des connaissances sur la santé des personnes placées sous main de justice demeure ancien et incomplet, et essentiellement quantitatif. L'état des lieux auquel nous avons procédé a montré que des informations nouvelles apparaissaient, notamment sur des thématiques prioritaires (santé mentale, suicide, addictions). Elles ne concernent que les personnes détenues et portent sur des échantillons limités et/ou une problématique spécifique, ne permettant pas de généralisation. Des questions clés, soulevées par les professionnels, comme la santé bucco-dentaire ou la perte d'autonomie chez les détenus, ou encore l'effet délétère sur la santé mentale du passage en détention, ne sont pas documentées. L'enquête menée en Picardie sur la santé des entrants est actuellement la seule à fournir des informations multidimensionnelles détaillées, permettant une évaluation *a priori* des besoins et de leur évolution ; elle reste cependant aujourd'hui limitée par sa dimension territoriale et la faiblesse de son échantillon.

Notre état des lieux reposait sur deux sources d'information, accessibles pour nous dans le délai imparti : le site de Santé publique France (dossier : la santé en milieu pénitentiaire) ; les études et enquêtes évoquées par les experts du groupe de travail et les personnalités auditionnées durant le cours des travaux du HCSP. Pour cette dernière catégorie, le bilan présenté souffre donc d'un certain empirisme. Il est plus que probable, malgré tout, qu'il existe d'autres études que celles que nous avons rencontrées, au niveau des régions ou de certains sites pénitentiaires. Ces études de terrain, quantitatives ou qualitatives, sont certainement porteuses d'informations utiles dont il serait intéressant de disposer, en l'attente de la construction du système complet de surveillance et d'information sur la santé prévu par l'axe 1 de la stratégie.

La stratégie a prévu à juste titre dans son axe 1 l'amélioration des connaissances afin de mieux déterminer les besoins en matière de santé des personnes placées sous main de justice avec trois objectifs prioritaires :

- Mettre en place par étapes, sur 5 ans, une surveillance épidémiologiques et des études portant sur la santé somatique et mentale des personnes placées sous main de justice, ne négligeant pas les personnes sous écrou en milieu ouvert et les jeunes sous PJJ ;
- Recueillir systématiquement les éléments de contexte épidémiologique pour chaque décès intervenu en détention ;
- L'actualisation de l'Observatoire des structures de santé des personnes détenues.

Il s'agit d'un chantier de grande ampleur qui ne produira de résultats que d'ici quelques années, compte tenu notamment de la faiblesse des moyens disponibles, en particulier à Santé publique France. Dans l'attente, il serait utile pour l'équipe projet chargée de la mise en œuvre de la stratégie de procéder dans un premier temps, pour chaque axe, au recensement et à l'analyse des études éparses (monographies, études régionales, études de terrain ...) propres à éclairer la situation.

Cette approche pragmatique lui permettrait sans doute, sur de nombreux aspects, de disposer assez rapidement d'informations de référence et ainsi de mesurer *a minima*, dès les premières années du déploiement de la stratégie, l'impact des actions entreprises.

Annexe 5 : Expériences étrangères concernant la santé des personnes sous main de justice : Belgique, Angleterre

Belgique

En Belgique, c'est le ministre de la Justice qui est responsable des soins aux détenus. Un groupe de pilotage conjoint Santé-Justice a été mis en place pour préparer le transfert des compétences vers le ministre de la Santé publique, dans un contexte de complexité organisationnelle et de surpopulation carcérale. À la suite de la sixième réforme de l'État en 2012, diverses compétences en matière de soins de santé ont été transférées des autorités fédérales vers les régions et les communautés. De multiples intervenants sont désormais impliqués dans les soins en milieu pénitentiaire, avec une absence de communication et de coordination entre eux, et parfois des redondances.

Le principal problème auquel doit faire face le système pénitentiaire belge en ce qui concerne la santé des détenus est la surpopulation chronique, avec ses conséquences en terme de stress et de maladies transmissibles.

En outre, en Belgique, et en particulier dans la région néerlandophone du nord du pays, les services de soins psychiatriques consacrés aux personnes condamnées sont insuffisants.

Compte-tenu l'absence de possibilité de traitement en milieu ouvert, les personnes condamnées ayant des troubles psychiques sont incarcérées (10 % de la population carcérale). Une amélioration de la situation a été observée ces dernières années grâce à la mise en place d'équipes de soins (psychologues, psychiatres, assistants sociaux et infirmiers psychiatriques), mais les conditions restent précaires.

L'étude de la CAAP (2015) a établi que :

- Les acteurs sociaux et médicaux sont en nombre insuffisant sur le terrain par rapport au nombre des détenus concernés ;
- L'accès des détenus à la formation est défaillant : 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 ;
- Les services d'aide psychosociale destinés aux détenus sont insuffisants ;
- Les services de promotion de la santé sont sous-dotés : 8,25 ETP d'acteurs de santé pour 5 795 détenus des centres pénitentiaires de Wallonie ;
- 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.

Sur 17 établissements pénitentiaires, 14 ont un service de promotion santé et prévention, 9 des services d'aide aux toxicomanes, 9 des services d'aide aux alcooliques, 4 des services de psychiatrie/santé mentale.

Les acteurs sociaux des centres pénitentiaires souffrent d'un manque d'information, de locaux et d'accessibilité aux bâtiments et d'une absence de cadre cohérent d'objectifs et de coordination.

L'étude du KCE de 2015 met en évidence un mauvais état de santé des détenus attesté par une consommation de médicaments importante, en particulier pour les psychotropes, un nombre élevé de consultations, un manque de ressources financières et humaines, de coordination, de continuité des soins, de communication, de formation et une fragmentation des compétences entre les différents niveaux de responsabilité (La performance du système de santé Belge - Rapport 2015). Il n'y a pas de consultation systématique à l'entrée en détention. Les détenus ne bénéficient pas de couverture sociale pendant la détention, avec un risque de rupture de soins à la sortie.

La Belgique est régulièrement interpellée par des instances internationales de protection des droits de l'homme en raison de la surpopulation carcérale et des problèmes d'infrastructure dans les prisons, des conditions de vie inhumaines dans certains établissements, des difficultés de réinsertion des détenus, d'un environnement de travail dangereux pour le personnel de

surveillance et de soutien, de l'impossibilité de mettre place une politique de différenciation des peines, du manque d'infrastructures adaptées en milieu ouvert pour les soins et l'accompagnement des malades mentaux condamnés. La Cour Européenne des Droits de l'Homme a plusieurs fois condamné la Belgique du fait de l'internement de malades psychiatriques sans possibilités de soins adaptés. Le Gouvernement a prévu que les personnes détenues soient accueillies dans des infrastructures adaptées et qu'elles reçoivent des soins adaptés au cours de leur détention.

Un « Masterplan » conjoint Santé Publique-Justice-Sécurité intérieure approuvé en novembre 2016 en Conseil des ministres prévoit de réduire la surpopulation carcérale, de rénover l'infrastructure pénitentiaire, de la rendre mieux adaptée à la réinsertion des détenus, avec des maisons de transition, d'offrir des alternatives à l'application des peines classique et de réduire durablement la population carcérale en dessous de 10 000 personnes. Chaque peine d'emprisonnement prononcée doit pouvoir être effectivement exécutée ; dans le même temps, chaque personne internée (malade psychiatrique) doit pouvoir recevoir une place adaptée et sûre hors de prison. Pour tous les personnes détenues, une infrastructure adaptée sera mise en place, permettant des soins personnalisés et un accompagnement conformes à la dignité humaine. Ce Masterplan développe une approche globale, avec une modernisation et une extension de la capacité pénitentiaire existante par réinsertion et différenciation des sanctions, en limitant la surpopulation pour les personnes incarcérées.

La construction de nouveaux établissements est prévue via une association de moyens publics et privés, les rénovations incombant aux seuls financements publics.

Les mesures en faveur de soins adaptés sont les suivantes : 860 places supplémentaires sont créées pour les personnes détenues qui bénéficient de soins de la part d'équipes mobiles afin de faciliter la transition vers le le dispositif de soins de droit commun. La transition vers des infrastructures d'accueil et la réinsertion sociale est organisée. À terme, la mise en place d'un dispositif de soins psychiatrique complet, permettant de présenter aux personnes détenues un parcours de soins individuel faisant intervenir tous les acteurs concernés. L'objectif final est d'éviter toute incarcération des personnes ayant des troubles psychiatriques en milieu pénitentiaire.

Les maisons de transition représentent un dispositif d'accompagnement à la sortie pour un total de 100 places au sein de 2 établissements. Il s'agit de projets de petite taille, avec un niveau de sécurité moindre, pour des personnes détenues, qui sont sélectionnées, et qui peuvent passer la fin de la peine dans ces maisons, où ils bénéficient d'une assistance et d'un accompagnement soutenus visant à faciliter leur réinsertion.

Références

KCE. Centre fédéral d'expertise des soins de santé « Soins de santé dans les prisons belges Situation actuelle et scénarios pour le futur » 2017

Disponible sur (<https://kce.fgov.be/fr/soins-de-sant%C3%A9-dans-les-prisons-belges>)

Les réformes de la santé des personnes sous main de justice en Belgique. Sources : rapport annuel de la Direction Générale des Etablissements pénitentiaires (EPI), 2016, pp 28-29 ; OMS Europe

Angleterre

Le Plan stratégique 2016-2020 pour les soins de santé dans le système pénitentiaire

Ce plan définit les orientations du *National Health Service* (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.

Ce plan stratégique a été défini en collaboration avec les services compétents de la santé et de la justice, les utilisateurs des services de santé, les médecins et établissements de soins, le tiers secteur privé, les services de probation et l'agence sanitaire *Public Health England* (PHE).

La population des personnes sous main de justice est globalement plus malade et accède moins aux programmes de prévention. Elle est aussi plus touchée par les addictions. L'usage de drogues est estimé comme responsable de plus d'un tiers de la criminalité. Des traitements appropriés pourraient réduire cette criminalité de 50 %. Environ 15 % des jeunes en détention ont au moins une addiction et 37 % pour les récidivistes.

Ces problèmes de santé sont liés à des conditions sociales difficiles : instabilité, pauvreté, faible niveau d'éducation, problèmes psychologiques et antécédents de soins importants. Il s'agit donc d'un groupe social particulièrement vulnérable.

Le système de soins est conçu pour traiter chaque problème de santé successivement ou séparément. Il n'est pas adapté à la prise en charge globale de personnes ayant des problèmes de santé multiples. Ce type de prise en charge lourd et complexe n'est pas toujours attractif pour les professionnels.

Une prise en charge plus adaptée sera bénéfique pour les personnes détenues elles-mêmes mais aussi leurs familles et leurs aidants. En contribuant à réduire la criminalité et les récidives, elle sera bénéfique pour la société dans son ensemble. Cette amélioration s'appuiera sur des partenariats, notamment en santé mentale et pour les addictions,

On observe 46 % de récidives dans l'année qui suit la sortie ; 74 % de peines sont inférieures à 12 mois, soit 6 mois effectifs en prison ; pour les mineurs et les jeunes : les séjours effectifs dépassent à peine 2 mois.

La continuité de la prise en charge est indispensable pendant toute la durée de la détention et après la sortie. Une prise en charge convenable de cette population aura un impact favorable sur sa santé, ses conditions de vie. En outre la réduction des inégalités sociales de santé entre les personnes placées sous main de justice et la population générale est souhaitée grâce à un soutien et une coopération accrues des services de santé et des services sociaux, en réduisant le nombre de personnes incarcérées en raison de problèmes de santé non traités et en assurant la continuité de la prise en charge après la sortie de détention de façon à réduire les récidives. Ceci doit permettre de réduire la délinquance et donc de rendre plus sûre la vie en société.

Ainsi sept priorités ont été définies afin d'améliorer la qualité des soins et de réduire les inégalités sociales.

Le tableau qui suit compare les priorités de la stratégie du NHS et celles de la stratégie de santé des personnes placées sous main de justice en France.

NHS	Stratégie française
Améliorer la santé des plus vulnérables et réduire les inégalités de santé	Mieux connaître l'état de santé et déterminer les besoins
Améliorer radicalement les interventions précoces	Développer la promotion de la santé des personnes placées sous main de justice tout au long de leur parcours de santé
Ecouter davantage les personnes parlant au nom de leur expérience vécue et encourager leur implication active	Améliorer l'accès aux soins des PPSMJ détenues
Encourager les soins de suite et l'évolution vers un parcours de guérison ;	Organiser la continuité de la prise en charge lors des sorties de détention et des levées de mesures de justice
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	Favoriser la coopération des acteurs impliqués dans la mise en œuvre de la stratégie de santé des PPSMJ
Promouvoir une meilleure intégration des services grâce à des partenariats, des collaborations et prestation des soins	

Les services de liaison et d'orientation appartiennent au NHS et interviennent lors des arrestations pour identifier les personnes les plus vulnérables, notamment du fait de pathologies mentales, afin de les orienter vers des centres de soins, la détention ou une prise en charge en milieu ouvert.

Les soins sont centrés sur la personne. Des plans de soins doivent être établis dans tous les lieux de soins, afin de prendre en compte les aspirations de la personne, et de protéger celles qui sont à risque de judiciarisation, éviter la stigmatisation, protéger leur dignité et identifier un médecin traitant. Les plans de soins établis dans la communauté doivent être pris en compte dans les lieux de détention de façon à éviter les ruptures de soin entre la ville et la détention.

Le NHS s'engage à développer un nouveau protocole pour la santé mentale dans les lieux de détention et les lieux de sécurité, et à développer un cadre de soins intégré pour la santé mentale destiné aux enfants et aux jeunes en milieu fermé.

Cette nouvelle stratégie concerne les services de santé en prison et dans les 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 tribunaux, les centres pour les auteurs d'infractions à caractère sexuel, les services de santé publique.

En termes de gouvernance, il y a des instances compétentes pour chaque domaine avec un groupe de surveillance national Santé-Justice qui rend compte au Comité responsable du NHS, en charge de la supervision des services Santé-Justice et de proposer des normes de qualité en lien avec les services régionaux et locaux. Quatre leviers doivent permettre la mise en œuvre et la pérennité de la stratégie :

- a) le système d'information santé-justice ;
- b) l'élaboration d'un programme-cadre général de mise en œuvre, commun santé-justice ;
- c) l'amélioration de la qualité des données ;
- d) un programme-cadre national d'assurance qualité et d'amélioration de la qualité des soins.

Le programme sera fondé sur des données scientifiques et prendra en compte les leçons tirées des évolutions observées, de la fréquence du suicide en détention, et des informations issues des rapports d'incident clinique et des plaintes.

Le livre blanc sur la sécurité et la réforme des prisons

Cette approche nouvelle résulte du constat que les services de santé en détention dépendent de l'organisation pénitentiaire et notamment de la présence de personnels adaptés. Le NHS et les directeurs des établissements pénitentiaires doivent désormais collaborer pour répondre aux besoins de santé des personnes détenues, en prenant en compte simultanément les services de santé et l'environnement interne de la prison (« whole prison approach »).

Cette nouvelle approche a impliqué PHE, le ministère de la Justice, le service de probation et NHS England (NHS-E) dans le développement d'un ensemble d'indicateurs permettant de mesurer l'impact des changements.

Les principes de la réforme consistent à donner davantage d'autonomie aux directeurs des établissements pénitentiaires avec un objectif de réinsertion des prisonniers placés au centre du régime carcéral. Les directeurs se voient attribuer un rôle accru sur l'éducation, le travail, les liens familiaux, les programmes de réinsertion des délinquants, la santé. Ils disposent désormais d'une influence accrue, en partenariat avec NHS-E, sur l'offre de soins dans leur établissement, afin d'endiguer la déconnexion croissante entre les soins et la sécurité en prison.

Le Livre blanc adopte une approche globale de la prison, telle que préconisée par l'OMS ; la prison est considérée comme un lieu de vie. Il met les principes de santé publique au cœur de la réforme.

Simultanément, la réforme s'appuie sur la construction d'une base de données robuste pour suivre les changements dans l'offre de soins, les résultats de santé et de réinsertion des détenus. Elle prend en compte les déterminants de la santé au sens large (ex : éducation, compétences psychosociales, ...) ainsi que la promotion de la santé, l'éducation pour la santé, l'éducation thérapeutique et la prévention. Elle concerne aussi bien la santé et le bien-être du personnel, des visiteurs, des familles et de l'environnement social immédiat. Elle prend en compte l'ensemble de la trajectoire du délinquant, en lien avec les services de probation.

Selon cette approche, les prisons sont conçues comme partie intégrante des services de santé locaux qui devraient avoir pour rôle de répondre aux besoins de santé des détenus après la sortie. Dans ce but, il est essentiel que les directeurs de prison s'impliquent dans l'organisation des soins de santé de ville autour de la prison.

Un référentiel des méthodes dont l'efficacité en prison a été démontrée est proposé aux directeurs.

Les services de santé en détention doivent être adaptés aux besoins de la population, en conformité avec les recommandations émises en particulier par *The National Institute for Health and Care Excellence* (NICE, équivalent de la HAS). PHE a mis au point un tableau de bord des indicateurs de santé en détention permettant de suivre les améliorations de l'offre de soin et de l'état de santé. Une équipe permanente mixte justice-santé est chargée d'analyser les données de santé et de les interpréter aux différents niveaux (local, régional, national).

Les directeurs seront évalués de façon annuelle sur la base d'indicateurs de performance en cours d'élaboration. Ils incluront des indicateurs spécifiques destinés à mesurer les améliorations de la santé des détenus avec, dans un premier temps, la prévalence de la consommation de drogues et, dans un second temps, d'autres mesures de la santé somatique et mentale.

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.

Références

NHS England « Strategic direction for health services in the Justice system: 2016-2020 Care not custody Care in custody Care after custody » octobre 2016

Disponible sur <https://www.england.nhs.uk/wp-content/uploads/2016/10/hlth-justice-directions-v11.pdf>

Ministère de la Justice

https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/565012/cm-9350-prison-safety-and-reform-_print_.pdf

La prise en charge de la santé des personnes placées sous main de justice en Angleterre et en Irlande sources : La Stratégie du NHS E, le livre blanc sur la sécurité et la réforme des prisons et la stratégie de PHE.