Université de la Rue

Référentiel des compétences des médecins et infirmières praticiennes spécialisées exerçant en contexte correctionnel

Les presses de
L'Université de la Rue

Scannez afin d'accéder à
la version en ligne du PDF



Contributions

Co-auteurs

Dre Valérie Jodoin, MD, CCMF (MU)
Médecin en milieu correctionnel, Dre Jodoin exerce comme médecin institutionnel au sein du Service correctionnel du Canada. Elle a également pratiqué en établissement de détention provinciale à Montréal et à Saint-Jérôme. À Montréal, elle a assumé les fonctions de cheffe de service et de co-gestionnaire des services carcéraux pour les détentions de la région. Elle agit également à titre de médecin-conseil pour le volet correctionnel de la Communauté de pratique médicale en dépendance (CPMD).

Dr Samuel Blain, MD
Médecin en milieu correctionnel, Dr Blain exerce comme chef de service de médecine générale - volet dépendance et inclusion sociale. Actuellement directeur général de l'Université de la Rue, il a été chef de département et directeur de santé publique par intérim à la direction de santé publique du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Mauricie-Centre-du-Québec. Il est professeur au campus Mauricie de la Faculté de médecine de l'Université de Montréal. Il est récipiendaire du Prix d'excellence 2020 du Collège québécois des médecins de famille - catégorie Contribution à la vie communautaire.

Carine Nassif-Gouin, LL.B., M. Sc., Ph.D(c)
Conceptrice et conseillère pédagogique agréée - spécialisée en andragogie, madame Nassif-Gouin est doctorante en sciences de l'éducation à l'Université du Québec à Montréal. Elle est membre du Centre interuniversitaire d'études et de recherches autochtones (CIERA) et du Collectif interdisciplinaire pour la recherche et le développement sur l'éducation et la formation tout au long de la vie (CIRDEF). Elle est responsable de la méthode et de l'adéquation avec l'expertise spécialisée.

Saja Farhat, M.A., Ph.D(c)
Doctorante en philosophie à l'Université de Montréal, madame Farhat est agente de recherche pour l'Université de la Rue. Elle est professionnelle de recherche en bio-éthique et membre du Comité plurifacultaire d'éthique de la recherche de l'Université Laval.

François-Xavier L.-Massé, M.A., M. trav. soc.(c)
Conseiller en prévention des dépendances, des surdoses et en réduction des risques pour la Direction de santé publique du CIUSSS MCQ, il est responsable de la documentation et de la recherche.

Experts consultés

Karoline Demers
Infirmière praticienne spécialisée (IPS), soins de première ligne, établissement de détention de Québec.

Valérie Gagnon
Infirmière praticienne spécialisée, soins en santé mentale, établissement de détention de Québec.

Audrey Meloche
Coordonnatrice des services en psychiatrie légale et soins et services en milieu carcéral, Santé Québec.

Claudia Maltais
Conseillère des services de santé et des services sociaux pour le milieu carcéral, Ministère de la santé et des services sociaux.

Soutien organisationnel

Université de la Rue (UdR)

Communauté de pratique médicale en dépendance du Québec (CPMD).

Équipe de production
Les Éditions La Galère et Coopérative de solidarité Les Affranchis

Philippe Malchelosse
Directeur général

Mathieu Marchand
Directeur de production

Claire Pazot
Designer graphique et éditoriale

Laurence Saint-Cyr Proulx
Réviseure linguistique

Dépôt légal
Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2025
Bibliothèque et Archives du Canada, 2025

ISBN :
978-2-9818903-9-9 (PDF)
978-2-9823231-4-8 (Imprimé)

Cet ouvrage est publié aux Éditions La Galère, à la collection *Les Presses de L'Université de la Rue*.

Droits d'auteur
Université de la Rue
461 Chemin des Caron
Yamachiche (Québec) G0X 3L0
info@universitedelarue.com

Les Éditions La Galère
141 rue du Lac-Bellerive
Saint-Élie-de-Caxton (Québec) G0X 2N0
editions@lesaffranchis.coop

Les droits de reproduction de ce document sont ouverts. Pour toute modification ou adaptation à des contextes spécifiques, il est nécessaire d'aviser les auteurs et l'éditeur. La diffusion et l'utilisation de ce document sont libres de droits, sous réserve du respect des lois et règlements en vigueur en matière de droits d'auteur.

Citer cette publication : Jodoin, V., Blain, S., Nassif-Gouin, C., Farhat, S. et L.-Massé,F.-X. (2025). *Référentiel des compétences des médecins et infirmières praticiennes spécialisées exerçant en contexte correctionnel*. Les Presses de l'Université de la Rue.

Le masculin est utilisé comme forme grammaticale générique, sans intention discriminatoire, afin d'éviter le recours au point médian et de préserver la fluidité de lecture.

Université de la Rue
LES ÉDITIONS LA GALÈRE
Les presses de L'Université de la Rue

Table des matières

8 Tableau de synthèse

10 Glossaire

13 Introduction

16 Mise en contexte

20 Préparation du personnel de santé et intervention en milieu correctionnel

22 Méthodologie du référentiel de compétences

24 Approche par compétences et typologie des savoirs

26 Référentiel de compétences en milieu correctionnel

27 Compétence 1 – Expertise médicale adaptée au milieu correctionnel

34 Compétence 2 – Communication médicale

36 Compétence 3 – Collaboration et coordination des soins

40 Compétence 4 – Leadership dans la gestion stratégique des soins

42 Compétence 5 – Prévention, promotion et éducation à la santé

46 Compétence 6 – Érudition

49 Compétence 7 – Professionnalisme et éthique

53 Compétence 8 – Sécurité des soins et gestion des risques

56 Conclusion

58 Bibliographie

Référentiel de compétences en milieu correctionnel

Compétences et sous-compétences

1. Expertise médicale adaptée au milieu correctionnel

1.1 Prendre en charge la dimension physique de la santé des personnes incarcérées

1.2 Prendre en charge en tenant compte de l'intersectionnalité de la population en milieu correctionnel

1.3 Prendre en charge de la dimension psychiatrique de la santé des personnes incarcérées

1.4 Prendre en charge des enjeux de dépendance

2. Communication médicale en milieu correctionnel

2.1 Favoriser la communication interpersonnelle en milieu correctionnel

3. Collaboration et coordination des soins en milieu correctionnel

3.1 Favoriser la coordination des soins afin d'assurer une prise en charge globale des personnes incarcérées

4. Leadership dans la gestion stratégique des soins

4.1 Exercer un leadership positif dans la gestion des soins

5. Prévention, promotion et éducation à la santé en milieu correctionnel

5.1 Participer à la prévention des maladies infectieuses

5.2 Participer à la réduction des méfaits

5.3 Participer à la promotion de la santé globale en milieu correctionnel

5.4 Participer à l'éducation à la santé

6. Érudition

6.1 Mettre à jour de manière continue ses compétences médicales en milieu correctionnel

6.2 Utiliser des technologies de l'information en milieu correctionnel

7. Professionnalisme et éthique en milieu correctionnel

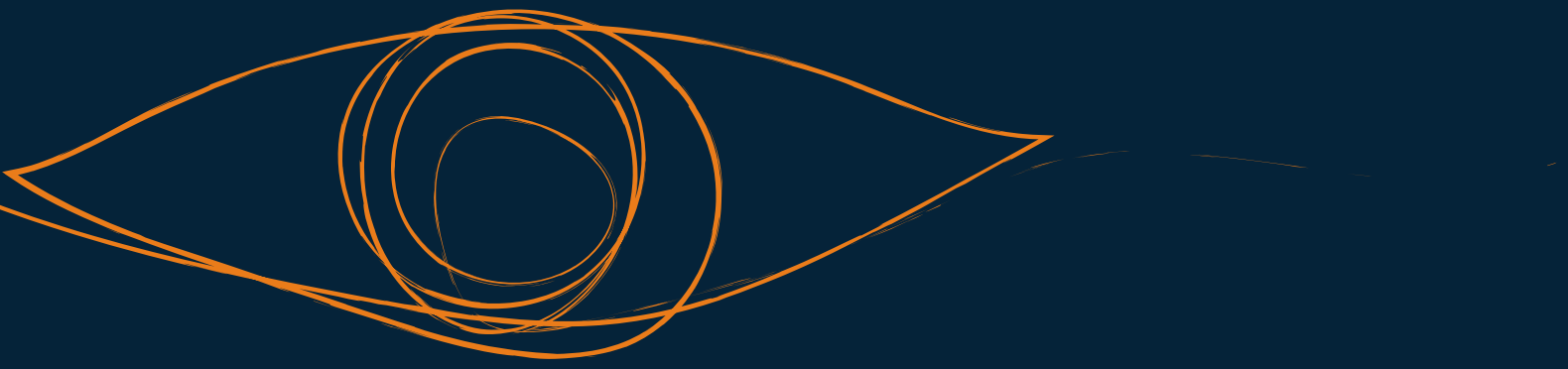
7.1 Respecter le droit à la santé des personnes incarcérées

7.2 Surmonter l'impact des biais implicites dans la pratique médicale

7.3 Reconnaître la pertinence et la sécurité culturelles en milieu correctionnel

8. Sécurité des soins et gestion des risques en milieu correctionnel

8.1 Participer à assurer la sécurité en milieu correctionnel



Glossaire

Approche globale vs approche holistique

- Approche globale : Perspective qui prend en compte l'ensemble des facteurs influençant un problème ou une situation, souvent utilisée en santé publique et en sciences sociales.

- Approche holistique : Vision plus large intégrant des dimensions physiques, psychologiques, sociales et spirituelles dans l'analyse et l'intervention. Fait souvent référence à l'approche préconisée chez plusieurs Premières Nations.

Autoévaluation vs réflexivité

- Autoévaluation : Capacité des médecins à déterminer leurs propres buts d'apprentissage et à trouver les ressources afin d'y parvenir (Davis et al., 2006, 1095).

- Réflexivité : Capacité de réfléchir délibérément à ses propres pratiques (Perrenoud, 2001) en vue de les améliorer (Tochon, 1993) (inspiré de Camus et al., 2013, 269-272.).

Biais cognitifs

Raccourcis systématiques de la pensée qui peuvent fausser le jugement influencé par des processus inconscients, souvent liés à l'expérience, aux stéréotypes et aux influences culturelles (inspiré de Tversky et al., 1974 ; de Kahneman et al., 1982 ; de Greenwald et al., 1995).

Humilité culturelle

Posture d'ouverture et de remise en question de ses propres biais et préjugés culturels, impliquant une reconnaissance du pouvoir différentiel et une volonté d'apprentissage continu. Elle vise à corriger les déséquilibres de pouvoir dans les dynamiques relationnelles avec les personnes et les communautés définies (inspiré de Tervalon et al., 1998).

Injustices structurelles

Processus sociaux qui exposent certains groupes à une menace constante de domination ou de privation, tout en offrant à d'autres des opportunités privilégiées pour développer leurs capacités. Ce type d'injustice morale ne résulte pas d'actes individuels ou de politiques étatiques spécifiques, mais découle des actions ordinaires de nombreux acteurs et institutions, opérant généralement dans les règles établies (adapté de Young et al., 2011).

Intersectionnalité

Cadre d'analyse qui permet d'identifier la manière dont les différentes formes d'oppression (sexe, race, classe, orientation sexuelle, etc.) s'entrecroisent pour créer des expériences uniques de discrimination ou de privilèges (adapté de Crenshaw, 1989).

Milieu correctionnel vs milieu carcéral

- Milieu correctionnel : Ensemble des institutions et programmes visant la gestion, la réhabilitation et la réinsertion des personnes judiciarisées, incluant les établissements de détention, la probation et les services communautaires

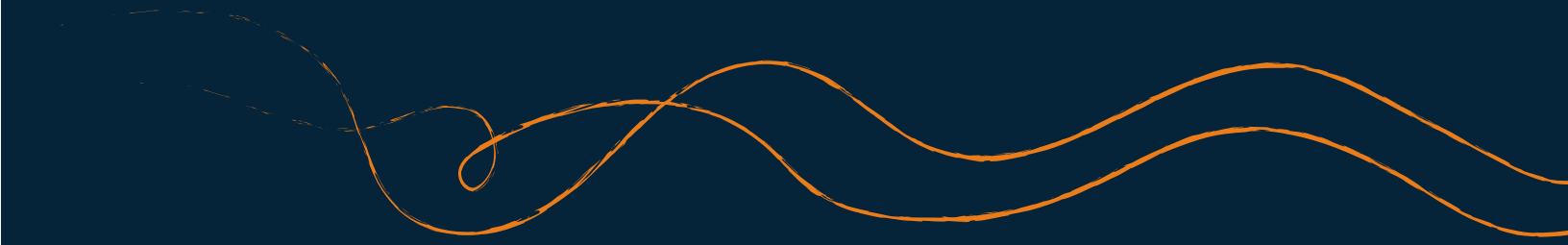
- Milieu carcéral : Désigne spécifiquement les établissements de détention où les personnes sont incarcérées après une condamnation.
(Garland, 2001).

Réduction des méfaits

Démarche de santé collective qui vise, non pas l'élimination de l'usage des psychotropes (ou d'autres comportements à risque ou « addictifs »), mais le développement, par les principaux intéressés, de moyens pour réduire les conséquences négatives liées à leurs comportements. Elle cherche également à atténuer les effets pervers de contrôle exercé sur ces comportements, tant pour les personnes elles-mêmes que pour leur entourage et la société, aux plans sanitaire, économique et social (inspiré de Brisson, 1997).

Traumatismes culturels

Conséquences d'une agression d'un groupe dominant contre la culture d'un groupe minoritaire, par la force, la menace ou des politiques oppressives, dans le but de nuire, de dévaloriser ou de détruire cette culture afin de servir les intérêts du groupe dominant. Ce traumatisme peut inclure des violences physiques (comme le génocide ou les crimes haineux), mais aussi des agressions non physiques (telles que la discrimination raciale ou l'internement). Il peut engendrer des effets durables sur la santé, transmis à travers les générations, même chez les personnes qui n'ont pas directement vécu la violence initiale: on parle alors de traumatisme culturel intergénérationnel (adapté de Subica et al., 2022).



Introduction

Les professionnels de la santé exerçant en milieu correctionnel doivent composer avec des enjeux particulièrement complexes. Ils sont confrontés à des défis singuliers, liés aux conditions spécifiques de détention, à la forte prévalence de problèmes de santé physique et mentale chez les personnes incarcérées, ainsi qu'aux impératifs du maintien de la sécurité institutionnelle. Or, tant la formation initiale que continue offrent encore peu d'outils véritablement adaptés à cette réalité. Ce constat met en lumière un potentiel de développement de dispositifs pédagogiques mieux arrimés au contexte correctionnel, en particulier ceux visant à renforcer les compétences des médecins et IPS travaillant dans ce milieu.

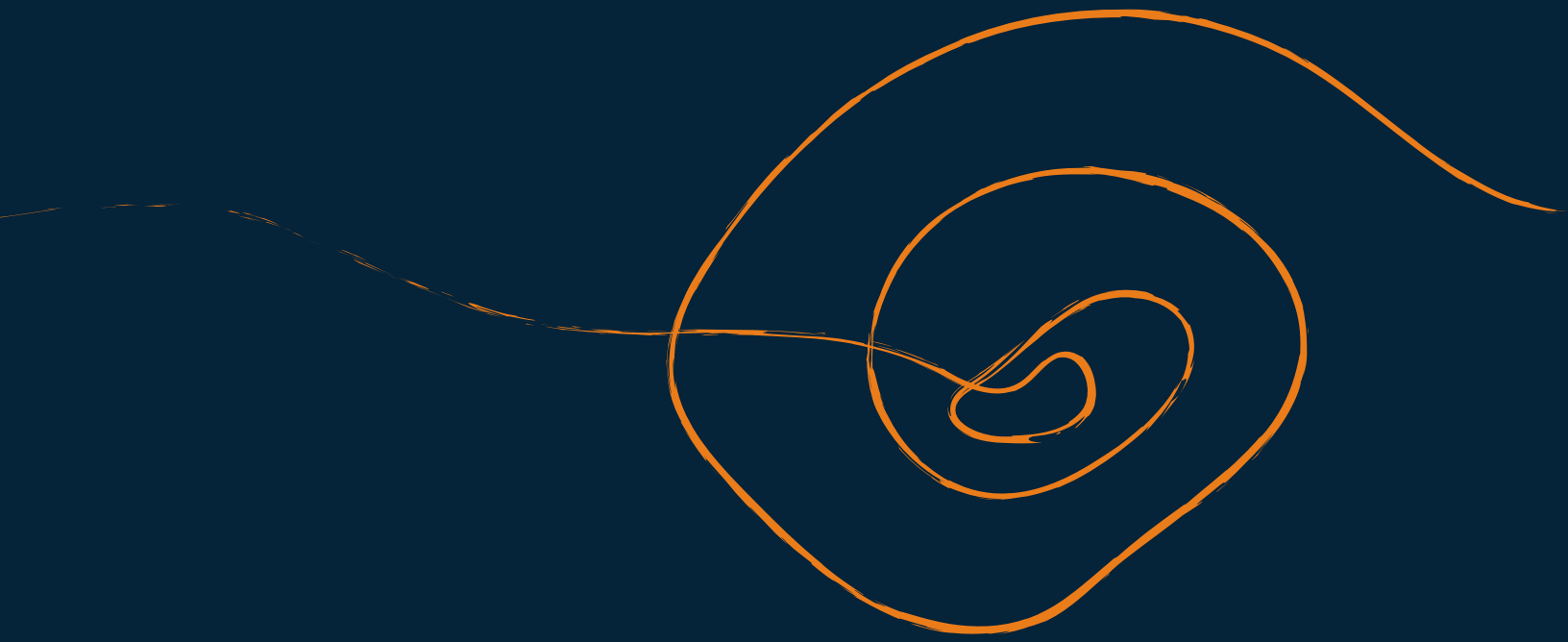
C'est dans cette perspective que le présent référentiel de compétences a été élaboré. Il vise à combler ce vide en proposant un cadre transversal structuré destiné à guider non seulement les médecins mais également toutes personnes professionnelles de la santé œuvrant au sein des établissements correctionnels du Québec. Ce référentiel répond ainsi à un besoin pressant d'harmonisation et d'adaptation des pratiques aux réalités particulières du milieu correctionnel, en intégrant de manière explicite les défis propres à cet environnement.

Issu d'une démarche rigoureuse de recherche et de concertation entre personnes expertes cliniques et pédagogiques, ce référentiel constitue un outil fondamental pour soutenir une cohérence entre les pratiques professionnelles et les besoins spécifiques de la population

incarcérée. En définissant des repères clairs pour l'acquisition, le développement et la maîtrise des compétences, il vise à promouvoir une prise en charge globale, juste et équitable de la santé des personnes privées de liberté.

Par ailleurs, ce référentiel se caractérise par une approche transversale mobilisant les dimensions du savoir, du savoir-faire et du savoir-être (Le Boterf, 1994 et 2011; Perrenoud, 1999; Tardif, 2006), indispensables à une intervention médicale adaptée au contexte correctionnel. Il accorde une attention particulière au respect des droits et de la dignité des patients, tout en couvrant les aspects tant physiques que psychiques de la santé, ainsi que les problématiques associées aux troubles de l'usage de substances psychoactives. De ce fait, ce référentiel valorise le développement de compétences transversales, notamment en communication, en leadership et en gestion de la sécurité, qui sont essentielles dans un tel contexte.

Enfin, inscrit dans une démarche pédagogique structurée et évolutive, ce référentiel encourage le développement d'une posture réflexive chez les médecins et IPS. Sa conception repose notamment sur les travaux de Paquette (2002) et de Tardif (2006) et s'ancre dans des principes éthiques et humanistes. Il vise ainsi à favoriser une prise en charge bienveillante, respectueuse des normes déontologiques et adaptée à la réalité complexe des personnes et des populations incarcérées au Québec.



Mise en contexte

Portrait du système correctionnel québécois et de ses défis en matière de santé

Le Québec administre 17 établissements de détention provinciaux pour les peines de moins de deux ans et la détention provisoire, tandis que les peines fédérales (deux ans et plus) relèvent du gouvernement canadien (Ministère de la Sécurité publique du Québec, 2025). À titre d'illustration, en 2022-2023, les établissements de détention du Québec ont enregistré 28 592 admissions, avec une moyenne quotidienne de 4 382 personnes incarcérées (Ministère de la Sécurité publique du Québec, 2023).

En 2021, plus de 50 % des personnes incarcérées étaient en détention provisoire, c'est-à-dire en attente de comparaître, ce qui entraîne une forte rotation et complexifie le suivi en santé (Protecteur du citoyen du Québec, 2021). Les personnes autochtones sont surreprésentées, soit environ 9,3 % des admissions carcérales provinciales au Québec, alors qu'elles ne constituent qu'un peu plus de 1 % de la population québécoise (Gouvernement du Québec, 2023; Wylde, 2024). De plus, les personnes incarcérées présentent souvent un passé de précarité, d'instabilité résidentielle et de traumas, ce qui accroît leur vulnérabilité en matière de santé (Watson et al., 2022; Harney et al., 2022).

Problématiques de santé physique et mentale en détention

Au Canada, plus de 40 % des hommes nouvellement incarcérés dans le système fédéral répondent aux critères diagnostiques d'un trouble de santé mentale autre qu'un trouble de la personnalité ou lié à l'usage de substances ce qui témoigne de leur forte surreprésentation en milieu correctionnel (Beaudette et al., 2016). À cela s'ajoute une prévalence élevée des troubles liés à la consommation, qui touchent environ 50 % des personnes incarcérées (Fazel et al., 2017 pour des données internationales).

Les données sur la mortalité indiquent également des taux de suicide nettement plus élevés chez les personnes détenues : ils sont de 3 à 8 fois plus élevés chez les hommes incarcérés que dans la population générale et généralement plus de 10 fois supérieurs chez les femmes (Mundt et al., 2024 pour des données internationales).

Au Québec, près d'une personne en situation d'itinérance visible sur dix est en établissement de détention et 22 % des personnes incarcérées dans les établissements de détentions provinciaux sont en situation d'itinérance (Lemieux et al., 2017; Hu et al., 2020; Roy et al., 2016 pour des données canadiennes). Les personnes incarcérées présentent des taux élevés de maladies infectieuses. Environ 3,4 % des personnes incarcérées québécoises sont atteintes du VIH et 18,5 % de l'hépatite C, contre des taux beaucoup plus faibles dans la population générale (Kronfli et al., 2021; Godin et al., 2021; Courtemanche et al., 2018). La tuberculose est également plus fréquente en milieu carcéral, avec une prévalence bien supérieure à celle de la population libre (Ferreira et al., 2022; Altice et al., 2016; Awofeso, 2010).

Obstacles à l'accès aux soins en milieu correctionnel

Malgré le principe d'équivalence de soins, qui énonce que les personnes incarcérées doivent recevoir des soins de qualité comparable à ceux offerts en communauté (Nations Unies, 2015), plusieurs facteurs limitent l'accès aux services médicaux en détention :

- **Enjeux de sécurité et de logistique :** les déplacements pour consultations externes sont restreints et les soins doivent souvent être dispensés dans des conditions sous-optimales (Protecteur du citoyen du Québec, 2020).

- **Fluidité des soins :** la forte rotation des personnes incarcérées, les transferts entre établissements et l'absence d'historique de dossier médical électronique intégré compliquent le suivi (RLRQ c G-1.021 - Loi sur la gouvernance du système de santé et des services sociaux).

- **Accès limité aux soins spécialisés :** les services en santé mentale et en réduction des méfaits restent insuffisamment développés (Plourde et al., 2023).

Sortie de prison et menace à la santé

Les premières semaines suivant la libération sont particulièrement critiques. Le risque de décès par surdose de drogue est jusqu'à 56 fois plus élevé chez les personnes ayant été incarcérées par rapport à la population générale (Butler et al., 2023; Groot et al., 2016; Kinner et al., 2021, McKendy et al., 2021). Globalement, les personnes ayant connu la prison ont une espérance de vie réduite, avec un taux de mortalité quatre fois plus élevé que la moyenne (Statistique Canada, 2022).

Au Québec, les personnes ayant été incarcérées font face à des obstacles majeurs à leur réinsertion : absence de logement stable, difficultés à retrouver un emploi et rupture des soins médicaux (Roy et al., 2016; Fahmy et al., 2018). Les démarches administratives pour rétablir une couverture santé et accéder aux services sociaux sont souvent longues et complexes, compromettant la continuité des traitements (RAMQ, 2022).

En somme, la population carcérale québécoise est confrontée à des défis majeurs en santé, avec des taux élevés de maladies infectieuses, de troubles psychiatriques et de dépendances aux substances psychoactives. Les obstacles systémiques (contraintes sécuritaires, accès limité aux soins spécialisés, discontinuité des services) compromettent la capacité d'intervention des professionnels de la santé en prison. La transition vers la communauté constitue une période critique, où un suivi adapté est nécessaire pour éviter les rechutes et la récidive. Compte tenu des obstacles systémiques présents dans le système correctionnel québécois, il revient très souvent au personnel de la santé d'identifier, adapter, voire créer, des outils et des ressources nécessaires à l'exercice de leurs fonctions.

En somme, les personnes incarcérées au Québec font face à d'importants enjeux systémiques, notamment une forte prévalence de maladies infectieuses, de troubles psychiatriques et de dépendances. Les contraintes sécuritaires, l'accès restreint aux soins spécialisés et la discontinuité des services limitent considérablement la conscience et la façon d'agir du personnel de la santé en milieu correctionnel. Dans ce contexte, il revient fréquemment au personnel de la santé de mobiliser toutes les ressources internes et externes nécessaires à la continuité des soins.



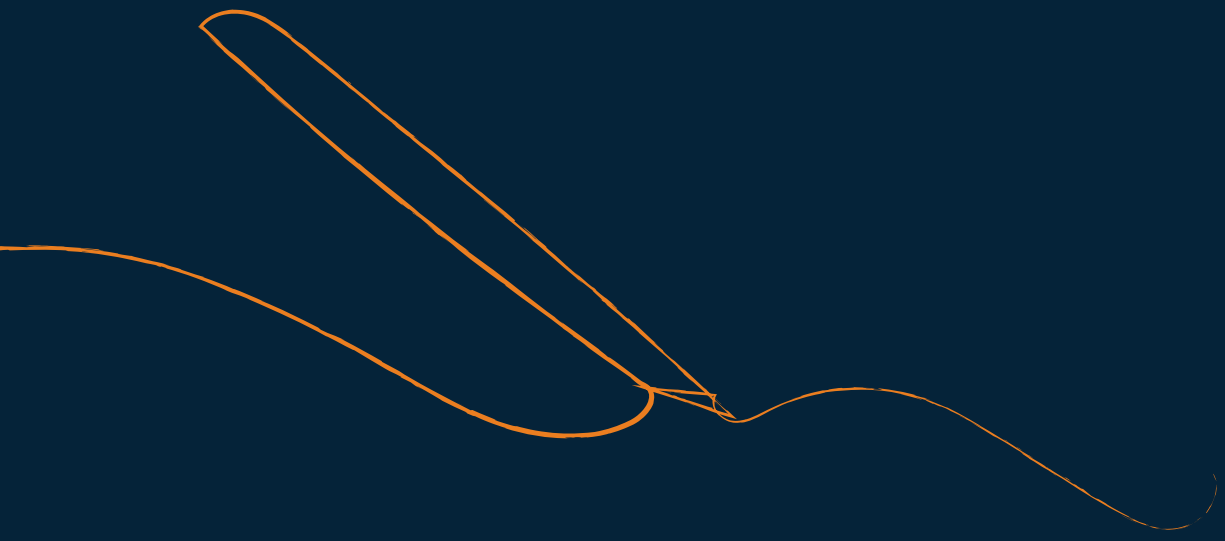
Préparation du personnel de santé et intervention en milieu correctionnel

Le personnel de la santé appelé à intervenir en contexte correctionnel est souvent peu préparé aux réalités spécifiques de ce milieu. Cette situation engendre une pression importante qui nécessite d'adapter les pratiques dans un cadre institutionnel rigide et peu pensé pour les soins.

D'un côté, les institutions ont l'obligation de garantir un cadre propice à l'application des droits fondamentaux. Cette obligation implique non seulement la mise à disposition de ressources adéquates, telles que des infrastructures médicales et du personnel compétent, mais aussi le développement de référentiels de compétences et de programmes de formation adaptés aux spécificités du contexte correctionnel. Ces outils permettent de renforcer les capacités des professionnels et d'assurer que les soins prodigués respectent les standards d'équité applicables en contexte québécois.

De leur côté, les professionnels de la santé ont la responsabilité de mettre en œuvre des pratiques éthiques et adaptées fondées sur l'équité, la confidentialité, la reconnaissance des déterminants sociaux de la santé et la réduction des préjugés. Le développement de compétences transversales et spécifiques s'impose ainsi comme une condition essentielle pour encadrer, outiller et valoriser l'intervention en contexte correctionnel.

Le référentiel ci-dessous est rédigé en vue de mettre en lumière les savoirs, les savoir-faire et les savoir-être requis pour assurer des soins éthiques, sécurisants et culturellement sensibles. Ainsi, le déploiement de ce référentiel de compétences en milieu correctionnel constitue un levier stratégique pour rehausser la qualité des soins, professionnaliser les pratiques, et garantir une approche cohérente avec les standards québécois en matière de santé publique et de justice sociale. En plus de soutenir l'action clinique, il participe à la transformation des institutions, en contribuant à corriger les inégalités systémiques en matière d'accès aux soins pour les personnes incarcérées.



Méthodologie du référentiel de compétences

La démarche méthodologique retenue pour l'élaboration de ce référentiel repose sur une séquence de quatre étapes décrites ci-dessous. Celles-ci visent à assurer une rédaction rigoureuse, contextualisée et scientifiquement fondée de compétences essentielles à trois niveaux (compétences, sous-compétences et éléments de compétence).

1- Une approche fondée sur l'inférence hypothético-inductive

Une équipe canadienne composée de praticiens et de chercheurs a adopté une approche hypothético-inductive, fondée sur l'inférence à partir de l'expérience de terrain en milieu correctionnel. Cette approche a permis de dégager, à partir de situations cliniques concrètes, les besoins spécifiques liés à la pratique médicale en milieu correctionnel.

2- Construction d'un référentiel basé sur un cadre existant reconnu internationalement

L'élaboration du référentiel s'est appuyée sur le cadre CanMEDS, conçu par le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada et largement reconnu à l'échelle internationale. Ce modèle a permis d'organiser le référentiel en distinguant les compétences spécifiques à la pratique médicale des compétences dites transversales, qui peuvent être développées par l'ensemble des professionnels de la santé. De ce fait, il met notamment l'accent sur l'adaptation de la communication, la collaboration interdisciplinaire ainsi que le respect de l'éthique et de l'équité dans les soins.

3- Référentiel complété par une revue de littérature exploratoire

Afin de bonifier la pertinence et la portée du référentiel, une revue de littérature exploratoire, de type scoping review, a été menée. Bien que non exhaustive, cette analyse a permis d'identifier les principaux enjeux, certaines pratiques spécifiques et plusieurs lacunes en matière de médecine correctionnelle.

La recherche documentaire a été effectuée à l'automne 2024 dans les bases de données MEDLINE (via OVID) et PubMed. Plusieurs mots-clés ont été retenus, en français et en anglais, incluant notamment :

- docteur, médecin, medic, généraliste, GP ;
- compétence, compétence essentielle, formation médicale, attitude, responsabilité ;
- prison, incarcération, pénitencier, détention, milieu fermé ;
- santé correctionnelle, médecine correctionnelle, médecine pénitentiaire, santé en détention.

Seuls les articles publiés entre 2006 et 2024 ont été colligés. Sur un total de 904 publications initialement identifiées, 52 ont été jugées pertinentes à l'aide de critères d'inclusion et d'exclusion prédéfinis. Les publications retenues se distinguent par leur apport relatif aux caractéristiques de la pratique médicale en milieu correctionnel.

4- Utilisation de l'intelligence artificielle comme soutien à l'analyse

Plusieurs agents conversationnels basés sur l'intelligence artificielle ont été mobilisés afin de bonifier le processus d'analyse. Ces outils ont permis d'identifier des informations supplémentaires et de soutenir l'extraction des compétences pertinentes à partir du corpus de textes retenus.



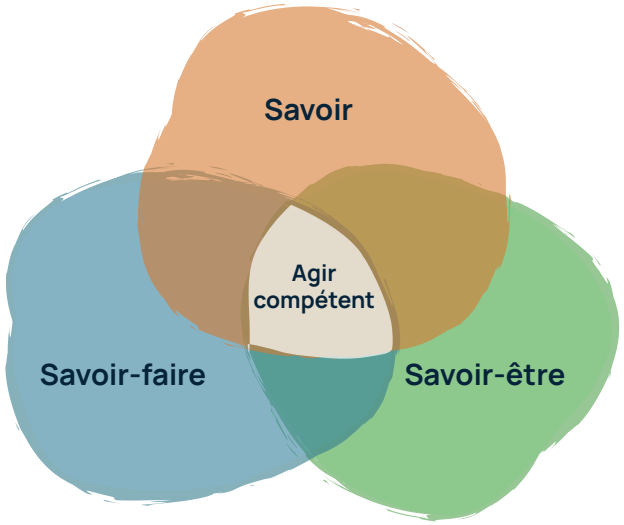
Approche par compétences et typologie des savoirs

Le référentiel s'inscrit dans une approche par compétences, c'est-à-dire une orientation pédagogique centrée sur le développement de la capacité à agir de façon adaptée à chaque situation professionnelle complexe. Dans ce cadre, une compétence se définit comme un savoir-agir mobilisant de manière intégrée un ensemble de ressources variées – connaissances, habiletés pratiques et attitudes – afin de résoudre des problèmes ou de réaliser des tâches dans un contexte donné (Tardif, 2006). Cette approche privilégie l'identification d'éléments de compétence qui s'enracinent dans la pratique et qui sont mesurables. Elle assure ainsi une cohérence entre la formation dispensée et les exigences du terrain, notamment en milieu correctionnel où les situations cliniques et éthiques deviennent rapidement complexes. Concrètement, les énoncés du référentiel sont formulés par des verbes d'action (par exemple : décrire une pathologie, diagnostiquer un trouble, traiter une condition médicale donnée), reflétant une gradation dans la complexité des habiletés à maîtriser – conformément à la progression décrite par la taxonomie de Bloom (Anderson et al., 2001). On passe ainsi de la simple acquisition de connaissances à leur application pratique puis à leur maîtrise experte, favorisant une montée en compétence mesurable et structurée.

Par ailleurs, la typologie classique des savoirs structure explicitement le contenu du référentiel. Le savoir renvoie aux connaissances théoriques (scientifiques, cliniques, éthiques) que le professionnel doit maîtriser; le savoir-faire correspond aux habiletés pratiques et techniques nécessaires pour exercer ses fonctions efficacement en milieu correctionnel; le savoir-être recouvre les attitudes, dispositions éthiques et qualités relationnelles attendues dans l'exercice de la médecine dans ce milieu. Chacune de ces dimensions est prise en compte afin de former des praticiens capables non seulement de *savoir* (par exemple, connaître les protocoles de soins et les enjeux de santé mentale), de *savoir-faire* (appliquer ces connaissances à travers des interventions cliniques appropriées et des décisions éclairées), mais aussi de *savoir-être* (adopter une posture professionnelle empreinte d'éthique, d'empathie, de respect et de maîtrise de soi face aux situations stressantes ou aux dilemmes propres au milieu correctionnel).

Ces trois dimensions du savoir sont étroitement liées aux notions de pouvoirs et de devoirs du médecin et de l'IPS en contexte correctionnel. En effet, les savoir-agir conditionnent l'exercice efficace des pouvoirs conférés au médecin – c'est-à-dire sa capacité d'agir et de prendre des décisions cliniques dans un environnement contraint. Maîtriser les savoir-agir, c'est être en mesure d'utiliser ses prérogatives (par exemple, diagnostiquer une condition clinique, prescrire un traitement, intervenir en urgence) de manière adaptée à chaque situation.

De leur côté, les compétences développées éclairent les devoirs du praticien en lui fournissant la base scientifique, clinique, éthique et réglementaire nécessaire pour remplir ses obligations professionnelles : obligation de prodiguer des soins de qualité, de respecter le secret professionnel, de favoriser le respect des droits fondamentaux des personnes incarcérées, etc. À ce titre, le développement des savoir-être permet que l'utilisation de ces pouvoirs puisse s'aligner sur les devoirs éthiques de la profession. Autrement dit, les attitudes professionnelles – comme le respect de la dignité humaine, la communication non stigmatisante et non oppressive, la conscience de ses biais et la collaboration avec le personnel correctionnel – assurent que le médecin exerce son rôle avec intégrité et humanisme. Ainsi, la typologie des savoirs sert de guide pour arrimer les compétences médicales aux responsabilités (devoirs) et capacité d'agir (pouvoirs) inhérentes à la pratique en milieu correctionnel.





Référentiel de compétences en milieu correctionnel

Compétence 1

Expertise médicale adaptée au milieu correctionnel

En milieu correctionnel, les professionnels de santé font face à une morbidité nettement supérieure à celle de la population générale, avec des taux supérieurs à la population générale de maladies infectieuses (VIH, hépatites, tuberculose, etc.), de maladies chroniques, de pathologies psychiatriques et de troubles liés à l'usage de substances psychoactives. Face à ce profil de patients aux besoins complexes, le clinicien œuvrant en milieu correctionnel doit maîtriser un large éventail de connaissances cliniques. Il doit également être prêt à gérer des situations d'urgence (traumatismes, surdoses, suicides, etc.) en appliquant des protocoles adaptés au contexte correctionnel pour poser précocement un diagnostic, soigner le patient et organiser un transfert hospitalier si nécessaire. Par ailleurs, la prise en charge psychiatrique fait partie intégrante de cette expertise.
Le médecin doit donc savoir dépister et traiter les pathologies psychiatriques courantes, tout en tenant compte des contraintes institutionnelles propres à la détention.

1.1 Prendre en charge de la dimension physique de la santé des personnes incarcérées

Pathologies courantes: Décrire les maladies courantes en milieu correctionnel telles les infections et les affections traumatiques.

Pathologies chroniques : Décrire les maladies chroniques vécues par les personnes incarcérées.

Protocoles d'urgence : Définir les protocoles de prise en charge des urgences médicales.

Syndromes gériatriques : Décrire les syndromes gériatriques courants en milieu correctionnel.

Santé dentaire : Décrire les problématiques de santé dentaire.

Diagnostic des maladies courantes : Diagnostiquer les maladies courantes dans un environnement correctionnel.

Traitement des maladies courantes : Traiter les maladies courantes dans un environnement correctionnel.

Maladies cardiovasculaires et métaboliques : Identifier précocement les maladies cardiovasculaires et métaboliques et proposer un traitement en temps opportun tout en assurant une surveillance à long terme et en réévaluant de façon continue la pertinence des traitements proposés.

Maladies cardiovasculaires et métaboliques : Proposer un traitement en temps opportun tout en assurant une surveillance à long terme et en réévaluant de façon continue la pertinence des traitements proposés.

Maladies chroniques respiratoires : Intégrer la gestion des maladies pulmonaires obstructives chroniques (MPOC) et de l'asthme dans la prise en charge des maladies chroniques, en tenant compte des conditions fréquentes de mauvaise qualité de l'air.

● Savoir ● Savoir-faire ● Savoir-être

Gestion des urgences : Prendre en charge les urgences médicales par une intervention précoce, la pose d'un diagnostic, la stabilisation et le transfert au besoin.

Tuberculose : Identifier les méthodes de dépistage, de prévention et de traitement de la tuberculose, y compris des souches résistantes.

Prise en charge des grossesses : Assurer une prise en charge globale incluant la santé mentale, la nutrition, le soutien émotionnel et la gestion des enjeux de dépendance pour viser à minimiser les effets délétères que l'incarcération peut entraîner sur les issues de la grossesse.

Diagnostic dentaire : Identifier précocement les affections dentaires nécessitant une intervention urgente.

Prise en charge dentaire : Assurer une prise en charge des problèmes de santé dentaire et une référence en médecine dentaire lorsque nécessaire.

Gestion de la grève de la faim : Assurer une surveillance médicale rigoureuse et adaptée à l'état de santé de la personne en grève de la faim, incluant l'évaluation des critères de dégradation nécessitant une intervention d'urgence ou un transfert en milieu hospitalier.

Continuum de soins des maladies chroniques : Assurer un suivi coordonné pour les personnes incarcérées atteintes de maladies chroniques pendant leur incarcération et après leur libération, afin de prévenir les interruptions de traitement.

Calme : Adopter une attitude calme pour favoriser une prise de décision clinique réfléchie et un accompagnement serein des personnes incarcérées dans toutes les situations, y compris les urgences et les traumas.

1.2 Prendre en charge en tenant compte de l'intersectionnalité de la population en milieu correctionnel

Intersectionnalité : Identifier les enjeux d'intersectionnalité chez les personnes incarcérées.

Santé des femmes : Décrire les besoins spécifiques des femmes incarcérées en matière de santé physique, mentale et psychosociale, tels que définis par le corpus des normes nationales et internationales.

Santé des Autochtones : Décrire les problématiques courantes de la santé des personnes autochtones en milieu correctionnel.

Santé des 2ELGBTQ+ : Décrire les problématiques courantes de la santé des personnes 2ELGBTQ+ en milieu correctionnel.

Évaluation holistique : Réaliser une évaluation de la santé physique en considérant les dimensions psychologique et sociale de la personne.

Soins sensibles aux diversités de genre : Adapter les interventions cliniques et psychosociales en tenant compte des spécificités liées au genre.

Soins sensibles aux traumatismes : Adapter les interventions cliniques et psychosociales en tenant compte des spécificités liées aux traumatismes vécus.

Soins sensibles aux injustices structurelles : Adapter les interventions cliniques et psychosociales en tenant compte des spécificités liées aux injustices structurelles.

Empathie : Faire preuve d'empathie dans la prise en charge médicale des personnes incarcérées, en tenant compte de leur vulnérabilité aux déterminants sociaux de la santé.

● Savoir ● Savoir-faire ● Savoir-être

1.3 Prendre en charge de la dimension psychiatrique de la santé des personnes incarcérées

Santé mentale en milieu correctionnel : Identifier les principaux troubles psychiatriques chez les populations incarcérées, ainsi que les facteurs de risque associés.

Facteurs de risque suicidaire et de violence : Identifier les facteurs de risque suicidaire, hétéroagressif et homicidaire.

Parcours médico-légal psychiatrique : Décrire le parcours médico-légal en lien avec les troubles psychiatriques.

Impact des conditions de détention sur la santé mentale : Identifier les facteurs influençant la santé mentale en milieu correctionnel, amplifiés par des conditions de détention telles que l'isolement, le surpeuplement et les conflits relationnels.

Évaluations psychiatriques : Réaliser des évaluations psychiatriques approfondies.

Diagnostic des maladies psychiatriques : Diagnostiquer les maladies psychiatriques (dépression, trouble anxieux, trouble de la personnalité, trouble psychotique, trouble de l'humeur, ESPT, TDAH, insomnie, etc.).

Traitement des maladies psychiatriques : Traiter les maladies psychiatriques les plus courantes en tenant compte des contraintes institutionnelles (dépression, TDAH, anxiété, trouble de la personnalité, trouble psychotique, état de stress post-traumatique, insomnie, etc.)

Dépistage des pathologies psychiatriques : Appliquer des protocoles de dépistage systématique des pathologies psychiatriques chez les personnes incarcérées.

Empathie pour les personnes incarcérées vulnérables : Démontrer en tout temps une attitude empathique et non stigmatisante envers les personnes incarcérées pour améliorer la relation thérapeutique et la qualité des soins.

Empathie dans la gestion des troubles psychiatriques : Démontrer en tout temps une attitude empathique envers les personnes incarcérées souffrant de troubles psychiatriques pour améliorer la relation thérapeutique et leur accès aux soins.

● Savoir ● Savoir-faire ● Savoir-être

1.4 Prendre en charge des enjeux de dépendance

Troubles liés à l'usage de substances psychoactives : Décrire les troubles et risques liés à l'usage de substances psychoactives en milieu correctionnel.

Protocoles de sevrage : Identifier les traitements adéquats de soutien au sevrage des substances psychoactives et de substitution aux opiacés.

Toxidromes : Nommer les différents toxidromes.

Programmes de réduction des méfaits : Identifier les modalités des programmes de réduction des méfaits à l'attention des personnes incarcérées.

Attitudes des professionnels envers les traitements pour les opioïdes : Expliciter l'impact des attitudes des personnes soignantes sur l'accès aux traitements pour les troubles liés aux opioïdes.

Troubles liés à l'usage de substances psychoactives : Diagnostiquer les troubles liés à l'usage de substances psychoactives.

Comorbidités : Évaluer les comorbidités associées à l'usage de substances.

Traitement de sevrage : Prescrire les traitements nécessaires à la prise en charge des risques de sevrage (gabaergique et opiacé) en assurant un suivi adéquat et sécuritaire des symptômes à l'aide d'outils d'évaluation clinique tels le COWS et le CIWA.

● Savoir ● Savoir-faire ● Savoir-être

Traitements de substitution : Prescrire les traitements de substitution des opiacés (méthadone, buprénorphine, Kadian) tout en assurant un suivi régulier des effets secondaires et de l'efficacité.

Intoxications aiguës : Prescrire le traitement et la surveillance appropriés en cas d'intoxication aiguë et assurer le transfert en centre hospitalier lorsque requis.

Prévention des risques post-libération : Mettre en place, en collaboration avec les équipes de santé publique, des mesures pour minimiser les risques liés à la perte de tolérance aux substances à la sortie de détention, incluant des suivis post-libération et la prévention des surdoses.

Climat sécurisant : Participer activement au maintien d'un climat sécurisant.

Autonomisation : Veiller à ne pas infantiliser les personnes incarcérées et plutôt promouvoir leur autonomisation.

Compétence 2

Communication médicale en milieu correctionnel

Communiquer avec les patients incarcérés est un défi aussi crucial que délicat. Ces personnes ont souvent vécu des expériences peu satisfaisantes avec le réseau de la santé, des traumatismes divers ou de la marginalisation, ce qui peut éroder leur confiance envers les professionnels de santé. La crainte d'être jugé ou stigmatisé constitue un obstacle réel à l'échange ouvert. Il incombe donc au personnel soignant d'instaurer un climat d'écoute respectueux et de sécurité psychologique pour surmonter ces barrières spécifiques à la communication avec les personnes incarcérées. Une attitude empathique et authentique, fondée sur l'écoute active, aide à créer un lien de confiance et à engager le patient dans ses soins. La communication doit être adaptée au contexte potentiellement tendu de la détention. Le médecin peut être confronté à une gamme variée de situations pendant la consultation. Il doit alors faire preuve d'une maîtrise de soi exemplaire et adopter en toutes circonstances une attitude calme, respectueuse et non violente face à tout type de comportement. Savoir désamorcer les déclencheurs émotionnels liés aux traumatismes – par exemple en évitant certains mots, tonalités ou gestes susceptibles de raviver un vécu douloureux – fait partie intégrante de cette compétence communicationnelle.

En parallèle, une sensibilisation culturelle est indispensable : reconnaître et intégrer les réalités culturelles des patients (notamment celles des personnes issues des nations autochtones surreprésentées en détention) permet d'ajuster son discours et d'éviter toute forme d'oppression ou de stigmatisation. Une telle approche de sécurisation et de pertinence culturelles, combinée à la bienveillance, favorise non seulement une relation soignant-soigné plus sereine sur le moment, mais contribue également à la réinsertion du patient en renforçant sa confiance et son engagement dans le suivi des soins après sa libération. La qualité de cette communication jette ainsi les bases d'une collaboration fructueuse avec l'ensemble des acteurs gravitant autour des patients incarcérés.

2.1 Favoriser la communication interperson-nelle en milieu correctionnel

Communication bienveillante : Décrire les règles de base d'une communication bienveillante (verbales et non verbales).

Gestion émotionnelle : Décrire les techniques de gestion émotionnelle permettant d'intervenir dans des situations confrontantes.

Éléments déclencheurs : Décrire les éléments déclencheurs potentiels des vécus traumatiques.

Situations de harcèlement et de violence : Décrire les situations de harcèlement, d'intimidation et de violence physique et psychologique en contexte correctionnel.

Importance de la communication avec les personnes incarcérées : Décrire les barrières spécifiques à la communication avec les personnes incarcérées, qui peuvent influencer leur confiance et leur engagement dans les soins.

Communication post-libération : Expliciter l'impact de la communication empathique sur la réinsertion, l'inclusion sociale et la continuité des soins après la libération.

Communication interprofessionnelle : Expliciter l'importance de la communication entre le personnel soignant, les équipes multidisciplinaires et les autorités judiciaires pour garantir des soins de qualité.

Impact des biais dans la communication : Identifier les effets des biais implicites et d'une communication insuffisante sur la relation thérapeutique.

Ajustement de la communication : Ajuster sa communication pour ne pas entretenir les déclencheurs et savoir les désamorcer.

Gestion des situations de harcèlement : Intervenir, lorsque nécessaire, en situation de harcèlement, d'intimidation et de violence physique ou sexuelle.

● Savoir ● Savoir-faire ● Savoir-être

Écoute active et empathie : Faire preuve d'écoute active et d'empathie dans les interactions avec les personnes incarcérées, en particulier pour des populations souvent marginalisées.

Engagement dans la relation médecin-patient : Démontrer un engagement sincère dans la communication visant la création d'un lien de confiance avec les personnes incarcérées.

Maîtrise de soi et ouverture : Adopter une posture d'ouverture et de maîtrise de soi en tout temps pour favoriser des interactions constructives.

Attitude pacifique et non violente : Maintenir une attitude respectueuse, pacifique et non violente face aux émotions et aux situations confrontantes.

Bienveillance dans les soins : Faire preuve d'une communication bienveillante lors des soins prodigués à toutes les personnes incarcérées, y compris celles issues des nations autochtones.

Lutte contre l'oppression et la stigmatisation : Promouvoir une attitude non oppressive et non stigmatisante.

Reconnaissance des savoirs culturels : Reconnaître les savoirs culturels spécifiques, notamment ceux des nations autochtones, dans les soins prodigués aux personnes incarcérées.

Sensibilisation aux biais dans la communication : Adapter sa communication en prenant conscience des biais implicites.

● Savoir ● Savoir-faire ● Savoir-être

Compétence 3

Collaboration et coordination des soins en milieu correctionnel

La pratique médicale en milieu correctionnel repose sur une collaboration multidisciplinaire et intersectorielle. Le médecin y travaille de concert avec une pluralité d'intervenants pour assurer une prise en charge globale de ses patients incarcérés. À l'intérieur des murs, cela implique de collaborer étroitement avec l'équipe infirmière, les intervenants en santé mentale, mais aussi avec les agents correctionnels et les intervenants psychosociaux de l'établissement. Chacun de ces partenaires ayant des priorités distinctes — qu'il s'agisse de la sécurité, de la réadaptation ou de la santé — le principal défi consiste à coordonner leurs efforts afin de répondre adéquatement aux besoins médicaux des patients, tout en assurant le maintien du bon fonctionnement sécuritaire de l'institution. Le référentiel souligne l'importance de l'interdisciplinarité pour offrir des soins complets et équitables aux personnes incarcérées. Par exemple, une coordination efficace entre les personnes soignantes et le personnel en milieu correctionnel est essentielle lors d'un transfert de patient vers l'hôpital ou pour la mise en place de traitements spécialisés au sein de l'établissement de détention.

En dehors des murs de l'établissement de détention, la collaboration doit se poursuivre afin d'assurer la continuité des soins lors de la libération. La majorité des patients incarcérés présentent des problèmes de santé au long cours – maladies chroniques, pathologies psychiatriques ou trouble d'usage des substances psychoactives – qui nécessitent un suivi après leur sortie. Faute de relais médical adéquat, on observe un risque accru de rupture de traitement, d'aggravation de l'état de santé dans les semaines suivant la remise en liberté . De plus, les données suggèrent qu'un mauvais état de santé et l'absence de suivi post-carcéral sont associés à des taux de rechute plus élevés (Jones et al., 2021; Palis et al., 2022). Conscient de ces enjeux, le référentiel insiste sur le fait que la continuité des soins après la détention est cruciale pour améliorer la santé globale du patient ayant été incarcéré et réduire le risque de récidive, tout en facilitant sa réintégration sociale. Rappelons que l'expérience carcérale est stigmatisante et que les personnes ayant un vécu correctionnel ont plus de difficulté à obtenir un suivi de la part d'un professionnel de la santé (Harney et al., 2022; Fahmy et al., 2018). Il est donc recommandé qu'en pratique, le médecin ou l'IPS en milieu correctionnel, en collaboration avec son équipe, anticipe et organise activement la transition : établir un plan de sortie en lien avec les ressources communautaires, orienter le patient vers les programmes externes appropriés (traitement des dépendances, suivi des maladies chroniques ou de la santé mentale, etc.) et transmettre les informations médicales essentielles aux intervenants extramuros. Le développement de partenariats formels avec les établissements du réseau de santé et de services sociaux (hôpitaux, cliniques externes, organismes communautaires) vient renforcer cette coordination, en sécurisant le parcours de soins du patient pour éviter qu'il ne « tombe entre les mailles du filet » lors de sa remise en liberté.

Finalement, c'est en conjuguant une expertise clinique pointue, une communication empathique et une collaboration active que le médecin en milieu correctionnel peut offrir des soins continus, équitables et respectueux de la dignité des personnes incarcérées.

3.1 Favoriser la coordination des soins afin d'assurer une prise en charge globale des personnes incarcérées

Modalité de collaboration : Identifier les modalités de collaboration entre les services de santé, de sécurité et les services sociaux pour une prise en charge complète et coordonnée.

Réseau local de services : Identifier le réseau local de services, incluant les partenaires intersectoriels et les organismes communautaires.

Programmes et services disponibles : Nommer les différents services et programmes internes et externes ainsi que leurs rôles et responsabilités.

Services post-libération : Nommer les services disponibles à la sortie de détention (centres de traitement des dépendances, suivi post-détention).

Collaboration interprofessionnelle et intersectorielle : Expliciter l'importance de la collaboration entre les différents professionnels de la santé et les services sociaux pour offrir des soins et services complets et équitables aux personnes incarcérées.

Continuité des soins après la libération : Expliciter en quoi la continuité des soins est cruciale pour améliorer la santé globale des personnes incarcérées, réduire les récidives et favoriser leur réintégration dans la société.

Partenariats : Favoriser des partenariats pertinents et innovants.

Vision globale du réseau des soins : Adopter une vision globale du réseau des soins pour mieux comprendre les dynamiques entre les acteurs des soins de santé, des services sociaux et du milieu correctionnel.

Collaboration interprofessionnelle et intersectorielle : Promouvoir la collaboration entre les acteurs des soins de santé, des services sociaux et du milieu correctionnel pour une prise en charge complète des personnes incarcérées, en incluant des équipes pluridisciplinaires.

● Savoir ● Savoir-faire ● Savoir-être

Coordination des soins avec des médecins spécialistes : Mettre en place une coordination des soins avec des spécialistes médicaux externes et des équipes traitantes pour assurer la continuité des soins et des services pendant et après la détention.

Coordination des soins post-libération : Coordonner les soins entre les professionnels de santé en milieu correctionnel et les services communautaires pour faciliter la réinsertion des personnes incarcérées.

Plans de sortie : Élaborer des plans de sortie en partenariat avec des organismes communautaires pour assurer le suivi des soins post-libération, en particulier pour les patients atteints de maladies chroniques ou souffrant de troubles de santé mentale.

Utilisation des approches complémentaires et de la santé intégrative : Utiliser des approches complémentaires et intégratives en prenant en compte les aspects physiques, psychologiques et sociaux des personnes incarcérées, dans une optique de collaboration interdisciplinaire.

Climat de confiance : Préserver un climat de confiance dans le cadre de la coordination des soins, en favorisant un environnement propice à la collaboration interdisciplinaire.

Ouverture à la collaboration : Faire preuve d'ouverture et d'engagement dans la collaboration avec les acteurs des soins de santé, des services sociaux et du milieu correctionnel pour assurer une coordination optimale des soins.

Engagement dans la réinsertion : Maintenir une attitude ouverte et proactive avec les acteurs communautaires et institutionnels pour faciliter l'inclusion des personnes incarcérées dans la société.

Compétence 4

Leadership dans la gestion stratégique des soins

Les professionnels de la santé en milieu correctionnel doivent exercer un leadership positif pour concilier l'exigence d'offrir des soins de qualité avec les contraintes du contexte correctionnel. Un tel leadership implique de naviguer entre les impératifs de sécurité de l'institution et les principes éthiques de la pratique médicale, en veillant au respect de la confidentialité et de l'autonomie des patients incarcérés. Le médecin leader adopte une approche de cogestion avec l'administration correctionnelle afin d'améliorer l'accès aux soins tout en maintenant la sécurité et favorise une culture d'amélioration continue des processus de soins. Par ailleurs, il se montre attentif au bien-être de l'équipe soignante et à son propre bien-être en identifiant et en prévenant l'épuisement professionnel et la fatigue de compassion, problèmes fréquents en milieu correctionnel du fait du stress et de la charge émotionnelle accrue . Ce leadership constructif et bienveillant crée un climat propice à des soins efficaces et éthiques, et prépare le terrain pour les autres compétences à déployer en milieu correctionnel.

4.1 Exercer un leadership positif dans la gestion des soins

Leadership constructif et bienveillant : Décrire ce qu'est un leader constructif et bienveillant en milieu correctionnel, capable de concilier l'exigence de soins avec les réalités institutionnelles.

Leadership éthique : Décrire les enjeux spécifiques aux exigences institutionnelles de sécurité et la pratique médicale éthique, tout en respectant la confidentialité et l'autonomie des patients.

Reconnaissance des signes d'épuisement professionnel : Reconnaître les signes d'épuisement professionnel, en prenant en compte la menace de la perte de compassion et le fardeau accru des plaintes professionnelles plus fréquentes en milieu correctionnel.

Amélioration continue des processus : Favoriser la mise en place de nouveaux processus pour améliorer les soins et l'efficacité opérationnelle dans une dynamique de cogestion correctionnel-santé.

Approche de cogestion : Participer à la mise en place de mécanismes de cogestion entre le milieu correctionnel et le milieu de la santé pour améliorer l'accès aux soins, tout en respectant les impératifs de sécurité.

Résistances au changement : Gérer les résistances au changement dans l'introduction des réformes et des innovations pour améliorer les soins dans un contexte institutionnel contraignant.

Mettre en place des stratégies pour prévenir l'épuisement professionnel : Mettre en œuvre des stratégies adaptées pour prévenir l'épuisement professionnel.

Modèle de leadership équitable : Être un exemple en traitant toute personne incarcérée avec équité et respect de la dignité.

Leadership partagé : Adopter un leadership partagé avec l'ensemble des acteurs pertinents pour la santé des personnes incarcérées.

● Savoir ● Savoir-faire ● Savoir-être

Compétence 5

Prévention, promotion et éducation à la santé en milieu correctionnel

Le médecin et l'IPS participent activement à la prévention et au contrôle des maladies infectieuses très prévalentes en détention (VIH, hépatites, tuberculose, COVID-19, etc.). Le clinicien veille aussi à offrir systématiquement le dépistage et le traitement des maladies transmissibles et à assurer un accès rapide et équitable aux vaccinations recommandées pour toutes les personnes incarcérées (par exemple, les vaccins contre la grippe, l'hépatite B, la COVID-19 ou encore le tétanos). En plus de ces mesures préventives, la promotion de la santé inclut l'éducation sanitaire des personnes incarcérées. Il s'agit d'améliorer la littératie en santé de cette population – souvent moins informée ou plus méfiante à l'égard du système de soins – en diffusant des informations compréhensibles sur la prévention des maladies infectieuses, la santé mentale, les dépendances et les habitudes de vie saines. Les professionnels de la santé en milieu correctionnel adoptent une posture d'agent de changement en encourageant les personnes incarcérées à devenir acteurs de leur propre santé, tout en impliquant les autres intervenants du milieu (agents des services correctionnels, travailleurs sociaux, infirmières) dans des initiatives de promotion de la santé. En outre, l'amélioration des conditions d'hygiène (accès à l'eau potable et au matériel d'hygiène corporelle, propreté de l'environnement) fait partie des initiatives favorisant la prévention et le contrôle des infections liées à un milieu confiné.

En somme, cette compétence de promotion de la santé permet de prévenir les problèmes médicaux en amont et d'atténuer l'impact des déterminants de la santé en détention, contribuant ainsi à améliorer la santé globale en milieu correctionnel et, par extension, celle de la communauté une fois les personnes libérées.

5.1 Participer à la prévention des maladies infectieuses

Conditions environnementales : Savoir caractériser les conditions environnementales minimales, telles qu'un accès à l'eau potable et à des normes d'hygiène conformes au corpus de normes nationales et internationales, afin de pouvoir agir avec efficacité contre la propagation des maladies infectieuses liées à des conditions d'hygiène insuffisantes.

Prévention des pathologies infectieuses : Identifier les populations à haute prévalence de maladies infectieuses à risque de contagion.

Caractéristiques des outils de dépistage : Expliciter les avantages et limitations des outils de dépistage des maladies infectieuses.

Supervision du dépistage : Favoriser une offre de dépistage systématique et de traitement des ITSS, VIH et Hépatite C, en garantissant un suivi approprié et respectueux.

Améliorer l'accès à la vaccination : Favoriser un accès rapide et équitable aux vaccins essentiels pour toutes les personnes incarcérées, y compris ceux contre la COVID-19, la grippe, l'hépatite B et d'autres maladies évitables telles que la rougeole, les oreillons, la rubéole, la coqueluche, le tétanos et le VPH.

Confidentialité et respect des droits des patients : Respecter la confidentialité des dossiers médicaux des personnes incarcérées ayant reçu un diagnostic de maladie infectieuse, tout en assurant une prise en charge humaniste.

● Savoir ● Savoir-faire ● Savoir-être

5.2 Participer à la réduction des méfaits

Définition de la réduction des méfaits : Définir ce qu'est la réduction des méfaits en milieu correctionnel.

Programmes de réduction des méfaits : Décrire les programmes de réduction des méfaits, incluant ceux liés à la prévention des infections, des surdoses et au traitement des dépendances.

Mise en œuvre de programmes de réduction des méfaits : Participer activement à la mise en œuvre de programmes de réduction des méfaits en collaboration avec l'ensemble des acteurs des services de santé et du milieu correctionnel.

Matériel de prévention : Favoriser la disponibilité de trousse de Naloxone, de matériel de prévention des ITSS incluant le matériel d'inhalation et d'injection, lorsque disponible.

Confidentialité : Respecter la confidentialité des personnes incarcérées participant aux programmes de réduction des méfaits.

Approche non jugeante : Maintenir une relation médecin-patient basée sur une approche sans jugement, favorisant la confiance et la collaboration.

5.3 Participer à la promotion de la santé globale en milieu correctionnel

Déterminants sociaux de la santé : Expliciter les liens entre les inégalités sociales, les troubles psychiatriques, les enjeux de dépendance et l'incarcération, ainsi que leur impact sur la santé des personnes incarcérées.

Promotion d'une alimentation saine et de l'activité physique : Promouvoir des choix alimentaires adaptés et encourager l'activité physique comme outil de prévention.

Amélioration de l'environnement physique en milieu correctionnel : Conseiller les autorités correctionnelles et sanitaires dans l'élaboration de stratégies pour améliorer l'environnement physique en prison (amélioration des installations sportives, accès à des espaces verts) afin de soutenir la santé physique et mentale des personnes incarcérées.

Sensibilité aux déterminants de la santé : Faire preuve de sensibilité aux déterminants sociaux de la santé et d'engagement envers l'équité.

● Savoir ● Savoir-faire ● Savoir-être

5.4 Participer à l'éducation à la santé

Littératie en santé : Définir ce qu'on entend par « Littératie en santé » dans le cadre du milieu correctionnel.

Niveaux de littératie en santé : Distinguer les différents niveaux de littératie des personnes incarcérées.

Diffusion de l'information sur les pathologies infectieuses : Participer activement à la diffusion de l'information pertinente sur la prévention des maladies infectieuses.

Diffusion de l'information sur la santé mentale et la dépendance : Soutenir le renforcement de compétences des différents acteurs du milieu correctionnel dans l'intervention auprès des personnes aux prises avec des enjeux de santé mentale et de dépendance.

Améliorer la littératie vaccinale : Faire preuve de transparence dans la diffusion de l'information à l'attention des personnes incarcérées et des acteurs des services de soins, afin d'augmenter la compréhension de l'importance des vaccins, ce qui permettra de réduire l'hésitation à la vaccination et d'augmenter le taux de couverture vaccinale.

Agentivité : Adopter une attitude favorisant la capacité d'autodétermination des personnes incarcérées face à leur santé.

● Savoir ● Savoir-faire ● Savoir-être

Compétence 6

Érudition

La pratique médicale en milieu correctionnel requiert une mise à jour constante de ses compétences pour s'adapter à un contexte en évolution et à des besoins spécifiques. En effet, les médecins et les IPS en détention font face à des défis particuliers – prévalence élevée de pathologies psychiatriques, de maladies infectieuses, d'enjeux éthiques complexes – qui exigent de se tenir informés des avancées scientifiques et des recommandations cliniques les plus récentes. Le référentiel insiste sur l'importance d'une veille active dans les domaines d'expertise qu'implique la pratique en milieu correctionnel et du partage des nouvelles connaissances avec ses collègues, afin de favoriser une amélioration continue des pratiques. Dans cette optique, le professionnel doit être capable d'identifier ses besoins de formation spécifique et de recourir aux ressources disponibles pour y répondre (mentorat par des collègues expérimentés, programmes de formation continue adaptés au milieu correctionnel). Outre la formation de soi-même, la compétence d'érudition inclut la contribution au savoir collectif : le professionnel est encouragé à diffuser les bonnes pratiques, à participer à des projets de recherche clinique ou en santé publique en milieu correctionnel et à faire preuve d'humilité réflexive en apprenant de ses erreurs. En adoptant une attitude ouverte à la critique constructive et en tirant les leçons des incidents survenus (par exemple, analyses de morbidité-mortalité après un événement indésirable), le clinicien améliore la qualité des soins et renforce sa pratique. Cette érudition, ancrée dans la curiosité intellectuelle et la remise en question, permet d'assurer des soins fondés sur les données probantes et adaptés aux réalités du milieu correctionnel.

6.1 Mettre à jour de manière continue ses compétences médicales en milieu correctionnel

Besoins en développement des compétences : Identifier les besoins en termes de développement de compétences pour s'adapter aux réalités du milieu correctionnel.

Programmes de formation continue : Identifier les programmes de formation continue ayant pour objectif de favoriser l'adaptation aux réalités du milieu correctionnel.

Personnes-ressources : Identifier les personnes-ressources pour s'adapter rapidement aux réalités du milieu correctionnel.

Système de santé correctionnel : Identifier les besoins spécifiques des populations incarcérées, les dilemmes éthiques et les défis liés à la gestion des soins en prison.

Veille active : Assurer une veille active sur les nouveautés dans le domaine de la santé en milieu correctionnel.

Diffusion des connaissances : Participer à la diffusion des informations et bonnes pratiques pour assurer une amélioration continue des soins au sein de l'établissement correctionnel.

Formation continue en soins correctionnels : Participer proactivement aux programmes d'enseignement pour assurer une relève compétente en milieu correctionnel et la formation des pairs.

Tolérance à l'incertitude : Prendre des décisions cliniques malgré un accès souvent limité à tous les éléments nécessaires à l'évaluation clinique.

Apprentissage par l'erreur : Intégrer les apprentissages issus d'incidents et d'accidents survenus lors de la prestation de soins en adoptant une attitude humble, réflexive et ouverte à la critique constructive pour améliorer la qualité des soins et la relation avec les patients.

Humilité et curiosité intellectuelle : Faire preuve d'humilité et de curiosité intellectuelle pour s'adapter aux exigences particulières du milieu correctionnel.

Sensibilité éthique et humaniste : Renforcer une sensibilité aux défis éthiques propres aux soins en milieu correctionnel et promouvoir une approche humaniste centrée sur la dignité des personnes incarcérées.

● Savoir ● Savoir-faire ● Savoir-être

6.2 Utiliser des technologies de l'information en milieu correctionnel

Utilisation d'outils numériques : Savoir justifier l'importance de l'utilisation et de la disponibilité de systèmes d'information sur la vaccination pour suivre le statut vaccinal des personnes incarcérées et améliorer la gestion des programmes de vaccination en milieu correctionnel.

Utilisation des systèmes de gestion des dossiers médicaux électroniques : Utiliser des systèmes de gestion des dossiers médicaux électroniques sécurisés pour garantir la confidentialité et la protection des informations des patients incarcérés.

Utilisation de la télémédecine : Soutenir l'intégration de technologies visant à faciliter l'accès à la télémédecine et à améliorer la planification des suivis.

Formation à l'utilisation sécuritaire des technologies de l'information : Participer à la formation des professionnels de santé sur l'utilisation sécuritaire des technologies de l'information pour le partage des données médicales, judiciaires et sociales.

Intégrité et vigilance : Faire preuve d'intégrité et de vigilance dans le traitement de données numériques sensibles.

Posture critique : Adopter une posture critique face à l'utilisation des technologies pour préserver la dignité et les droits des patients.

Respect des protocoles : Respecter rigoureusement les protocoles de sécurité liés aux outils numériques.

● Savoir ● Savoir-faire ● Savoir-être

Compétence 7

Professionnalisme et éthique en milieu correctionnel

Le milieu correctionnel confronte les personnes soignantes à des dilemmes éthiques intenses, où il faut sans cesse équilibrer le respect des droits des patients avec les contraintes propres à l'univers carcéral. Les professionnels de la santé ont la responsabilité de garantir un accès à des soins de qualité, au minimum équivalents à ceux offerts dans la communauté, tout en respectant les normes éthiques et les droits fondamentaux des personnes incarcérées.

Cela implique la maîtrise des principes éthiques propres à la médecine en milieu fermé, notamment la confidentialité, le consentement libre et éclairé et la prévention des pratiques discriminatoires. Le quotidien des personnes soignantes en détention est marqué par des tensions entre exigences sécuritaires (fouilles, menottage, surveillance des consultations) et impératifs déontologiques (secret médical, respect de l'autonomie). Un professionnel éthique doit savoir protéger, autant que possible, la confidentialité des informations de santé et s'assurer que toute intervention repose sur un consentement réellement libre.

Agir avec professionnalisme dans ce contexte, c'est aussi traiter chaque patient avec dignité, indépendamment de son statut judiciaire. Cela suppose une attitude empathique et neutre, ainsi qu'une vigilance face aux biais implicites qui peuvent nuire à la qualité des soins et renforcer les inégalités. Ces biais, lorsqu'ils ne sont pas reconnus, risquent d'exacerber les disparités de santé déjà présentes chez les personnes incarcérées.

Le rôle de la personne soignante dépasse ainsi parfois le cadre clinique : il peut être amené à défendre les droits des patients, notamment dans des situations où des mesures comme l'isolement cellulaire posent des risques pour la santé. Il contribue aussi activement à des conditions de détention respectueuses de la santé et à la réduction des inégalités en facilitant la continuité des soins – avant, pendant et après l'incarcération. Le retour en communauté ne devrait jamais rimer avec rupture de suivi médical.

7.1 Respecter le droit à la santé des personnes incarcérées

Normes nationales et internationales : Décrire les normes nationales et internationales applicables en lien avec le droit des personnes incarcérées.

Règles éthiques médicales en milieu correctionnel : Décrire les règles éthiques médicales applicables en milieu correctionnel, en tenant compte des contraintes institutionnelles et des biais implicites qui peuvent affecter les décisions cliniques.

Dilemmes éthiques : Définir ce qu'est un dilemme éthique en milieu correctionnel, en comprenant les tensions entre les impératifs du parcours sentenciel et les impératifs éthiques des personnes soignantes, notamment en matière de confidentialité, d'autonomie des patients et de respect des droits.

Confidentialité : Identifier les règles de confidentialité dans la relation thérapeutique.

Consentement éclairé : Identifier les éléments constitutifs d'un consentement éclairé en valorisant l'autodétermination des personnes incarcérées face à leur santé.

Connaissance des biais implicites et des disparités de soins : Expliciter comment les biais cognitifs influencent les décisions cliniques et exacerbent les inégalités dans la prise en charge des détenus.

Confidentialité en milieu correctionnel : Maximiser l'application de la confidentialité des soins dans un environnement où l'espace pour la vie privée est limité, tout en respectant les droits des personnes incarcérées.

Identification des enjeux pour la population 2ELGBTQ+ : Décrire les enjeux structuraux pour assurer des soins inclusifs et équitables.

Normes nationales et internationales : Promouvoir l'intégration des normes nationales et internationales auprès des acteurs du milieu correctionnel.

Mise en œuvre de solutions pour la population 2ELGBTQ+ : Composer avec les enjeux structuraux en vue d'assurer des soins exempts de rapport d'oppression, de stigmatisation et de racisme.

Gestion des soins en isolement médical : Assurer qu'un isolement cellulaire appliqué pour raison médicale soit toujours utilisé d'une manière qui ne contrevient pas aux droits fondamentaux de la personne incarcérée.

● Savoir ● Savoir-faire ● Savoir-être

Intégrité et bienveillance : Faire preuve d'intégrité et d'un sens des responsabilités dans la gestion des soins pour les personnes incarcérées, tout en adoptant une attitude bienveillante, empathique et non stigmatisante.

Se positionner en défenseur des droits et de l'accès aux soins : Assurer la défense des droits des personnes incarcérées en favorisant un accès équitable aux soins médicaux, tout en adoptant une approche éthique et individualisée.

Engagement envers la justice et l'inclusion sociale : S'engager activement à réduire les inégalités en matière de santé au sein des populations incarcérées, en promouvant des soins équitables et en soutenant l'inclusion sociale et la continuité des soins avant, pendant et après l'incarcération.

Respect de l'autonomie des patients : Assurer une prise en charge de toutes les personnes incarcérées, indépendamment de leur passé et de leur statut, tout en respectant leur autonomie.

7.2 Surmonter l'impact des biais implicites dans la pratique médicale

Identification des biais : Définir ce que sont les biais implicites et les biais conscients.

Reconnaissance des biais : Nommer les principaux biais communs à la profession médicale en milieu correctionnel.

Terminologie anti-préjugé et antidiscrimination : Distinguer les termes chargés de préjugés, de stéréotypes et de clichés à l'aide d'exemples issus du milieu médical en contexte correctionnel.

Reconnaissance d'éléments discriminants : Nommer des stratégies pour lutter contre les préjugés, stéréotypes et clichés présents au sein de la profession médicale en milieu correctionnel, en évitant de les reproduire.

Réflexivité sur sa pratique : Pratiquer systématiquement l'analyse réflexive sur sa pratique médicale.

Modèle de rôle et de formation : Participer activement à l'adoption de pratiques non stigmatisantes au sein des équipes de soins.

Prise de décision collaborative : Impliquer les personnes incarcérées dans la prise en charge et l'autonomie des soins afin de diversifier les perspectives et réduire les biais.

● Savoir ● Savoir-faire ● Savoir-être

Être conscient des biais courants : Prendre les mesures nécessaires pour reconnaître les biais courants dans la profession médicale en milieu correctionnel, tels que le biais de confirmation ou l'heuristique de disponibilité, ainsi que les biais systémiques.

Être conscient de ses biais : Démontrer la capacité d'introspection nécessaire pour prendre conscience de ses propres biais, en les nommant et en prenant les mesures nécessaires pour les reconnaître, les remettre en question et en atténuer les effets dans sa pratique professionnelle.

7.3 Reconnaître la pertinence et la sécurité culturelles en milieu correctionnel

Mise en cohérence avec la culture autochtone des plans de soins : Concevoir des plans de soins qui intègrent la pertinence et la sécurité culturelle des peuples autochtones.

Traumatismes culturels intergénérationnels : Intervenir en tenant compte de l'enracinement des traumatismes culturels intergénérationnels dans les enjeux de santé vécus par les personnes incarcérées autochtones, ainsi que par d'autres groupes marginalisés.

Plans de soins adaptés aux réalités autochtones : Adapter les plans de soins aux réalités des personnes, des familles et des communautés autochtones sans préjugés.

Sensibilité culturelle : Faire preuve de sensibilité culturelle, en reconnaissant, respectant et valorisant les langues, les traditions et les philosophies des peuples autochtones.

Humilité culturelle : Faire preuve d'humilité culturelle, en reconnaissant ses propres limites et biais potentiels, tout en s'engageant dans un apprentissage continu.

Pertinence culturelle des interventions : Être proactif dans les soins culturellement pertinents en tenant compte de la complexité des expériences individuelles et collectives liées aux traumatismes.

● Savoir ● Savoir-faire ● Savoir-être

Compétence 8

Sécurité des soins et gestion des risques en milieu correctionnel

La sécurité des soins en milieu correctionnel repose sur une gestion rigoureuse des risques afin de protéger à la fois les patients, les professionnels de santé et l'institution dans son ensemble. Le contexte carcéral expose à des situations à haut risque – agressions, automutilations, surdoses, crises suicidaires – qui doivent être anticipées et prises en charge de manière rapide et appropriée.

D'ailleurs, le professionnel de santé doit bien connaître les protocoles de sécurité propres à l'univers correctionnel, en particulier ceux encadrant les urgences médicales ou les menaces à la sécurité. Cette connaissance permet d'intégrer efficacement l'intervention clinique à la réponse sécuritaire globale. Une vigilance constante est de mise : détecter les signes de détresse ou de violence imminente chez les patients, et intervenir de manière précoce pour désamorcer les situations avant qu'elles ne dégénèrent. Par exemple, face à un patient agité ou en crise, un clinicien formé aux techniques de désescalade saura adopter une posture calme, empathique et contenante, afin d'apaiser la situation et d'éviter tout recours à la force. La prévention du suicide en détention, qui demeure une cause majeure de mortalité, constitue une priorité. Elle repose sur un repérage attentif des idées suicidaires, une communication fluide avec l'équipe interdisciplinaire, et la mise en place de mesures de protection ajustées.
La sécurisation des soins inclut également la vigilance médicamenteuse. En milieu correctionnel, certains traitements – en particulier les psychotropes ou analgésiques – peuvent être détournés à des fins non médicales. Le professionnel doit évaluer les risques de mésusage et privilégier, lorsque possible, des alternatives thérapeutiques plus sûres. En cas de mésusage avéré ou répété, une réévaluation du traitement s'impose, accompagnée d'un dialogue transparent avec le patient et d'une documentation soignée de la situation.

La collaboration avec le pharmacien de l'établissement constitue un levier essentiel pour sécuriser la chaîne du médicament. Un suivi conjoint des prescriptions, y compris celles émanant de professionnels externes n'ayant pas accès au dossier médical complet, permet de prévenir les interactions indésirables et les erreurs de traitement.

De manière plus globale, la gestion des risques s'appuie sur une culture de la sécurité partagée. Le clinicien y contribue en respectant strictement les protocoles établis (pour les urgences, les épidémies, les isolements, etc.), en signalant tout incident ou accident, et en s'impliquant dans les retours d'expérience qui permettent d'apprendre des erreurs. Cette posture allie rigueur et bienveillance : les mesures de sécurité ne doivent jamais devenir punitives, mais être intégrées à une approche de soins respectueuse de la personne.

8.1 Participer à assurer la sécurité en milieu correctionnel

Procédures de sécurité en milieu correctionnel : Décrire les procédures de sécurité spécifiques à l'environnement correctionnel, y compris dans un contexte d'urgence.

Outils de gestion du stress et prévention de la violence : Décrire les outils d'aide à la gestion du stress et à la prévention de la violence.

Mésusage des médicaments et alternatives : Nommer les risques de mésusage d'une médication prescrite et les alternatives pharmacologiques ou non pharmacologiques à privilégier.

Procédures en cas de mésusage répété : Décrire la procédure en cas de mésusage répété d'un médicament prescrit dont la mauvaise utilisation peut représenter un risque pour la santé.

Désamorcer les situations à risque : Participer activement à la désescalade des situations à risque, en identifiant rapidement les signes précurseurs.

Suivi rigoureux des prescriptions externes : Assurer un suivi rigoureux des prescriptions provenant de médecins externes qui n'ont pas accès aux informations médicales complètes des personnes incarcérées, afin de minimiser les risques d'erreurs potentielles et d'assurer la sécurité des traitements.

Gestion des risques liés à la polypharmacie : Minimiser les risques associés à la polypharmacie en milieu correctionnel, incluant la prévention des interactions médicamenteuses, la gestion des complications potentielles et l'évaluation continue de la pertinence des traitements.

Distribution sécuritaire des médicaments : Soutenir la mise en place de la prescription, de l'administration et de la distribution sécuritaire des médicaments.

Mésusage : Mettre en œuvre efficacement les procédures en cas de mésusage répété, y compris la communication avec le patient et les autres professionnels de santé, la révision des prescriptions et la documentation.

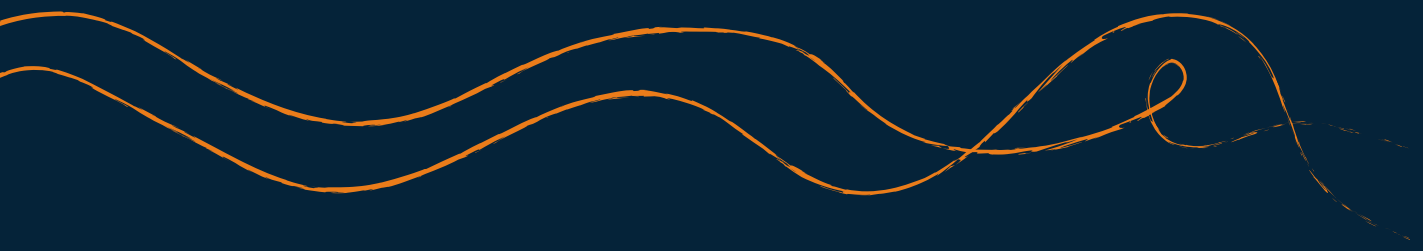
● Savoir ● Savoir-faire ● Savoir-être

Collaboration avec les pharmaciens : Démontrer de manière continue un travail collaboratif étroit avec les pharmaciens dans le suivi et l'ajustement de prescriptions pour garantir une prise en charge sécuritaire et efficace, tout en minimisant les risques de surmédication et d'effets indésirables.

Vigilance constante : Faire preuve d'une vigilance constante sur les risques de sécurité, en surveillant les signes de situations à risque et en prenant les mesures appropriées pour éviter les incidents.

Maintien du calme en situation de violence : Maintenir une attitude calme et apaisante lors de situations de violence potentielle, afin de favoriser la désescalade.

Rigueur et bienveillance dans l'application des procédures : Faire preuve de rigueur dans l'application des procédures liées au mésusage répété des médicaments prescrits, tout en restant bienveillant et respectueux dans l'accompagnement des patients.



Conclusion

L'incarcération au Québec touche une population dont la santé est fragilisée par des déterminants sociaux, économiques et systémiques. La surreprésentation notamment des Autochtones, des personnes racisées et des personnes issues de milieux défavorisés illustre les inégalités structurelles. Le milieu correctionnel, loin d'être un environnement thérapeutique, tend à exacerber les problèmes de santé mentale et physique. Une approche plus centrée sur la réinsertion et la continuité des soins, tant en détention qu'après la libération, est essentielle pour réduire les impacts négatifs de l'incarcération et favoriser l'inclusion sociale de cette population dans la société.

Ce référentiel de compétences établit les bases d'une pratique médicale adaptée au milieu correctionnel en identifiant les compétences clés requises. Une prochaine étape consisterait à définir avec précision, pour chaque compétence et pour chaque niveau d'atteinte, les comportements professionnels observables qui témoignent de leur maîtrise.

Afin de poursuivre ces travaux dans une optique de développement professionnel continu, l'élaboration d'un outil d'autoévaluation permettrait de soutenir une approche réflexive de l'acquisition de ces compétences. Cette autoévaluation guidée favoriserait une prise de conscience accrue de leurs forces et de leurs besoins d'amélioration, et encouragerait une démarche de formation continue plus ciblée et structurée.

En définitive, ce référentiel de compétences constitue un outil essentiel tant pour l'accompagnement des médecins et des IPS en formation initiale que pour leur développement professionnel continu. En structurant les apprentissages et en soutenant une pratique adaptée aux réalités du milieu correctionnel, il constitue un outil pertinent à l'amélioration de la qualité des soins dispensés en détention. Son objectif ultime est de promouvoir la santé et la dignité des personnes incarcérées, tout en favorisant leur réinsertion sociale après leur libération.



Bibliographie

Altice, F. L., Azbel, L., Stone, J., Brooks-Pollock, E., Smyrnov, P., Dvoriak, S., Taxman, F. S., El-Bassel, N., Martin, N. K., Booth, R., Stover, H., Dolan, K., & Vickerman, P. (2016). The perfect storm: Incarceration and the high-risk environment perpetuating transmission of HIV, hepatitis C virus, and tuberculosis in Eastern Europe and Central Asia. *The Lancet,* 388(10050), 1228–1248.https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)30856-X

Anderson, L. W., & Krathwohl, D. R. (2001). *A taxonomy for learning, teaching and assessing: A revision of Bloom's taxonomy of educational objectives.* Longman.

Aperçu du milieu carcéral au Québec. (2025). *Gouvernement du Québec.* https://www.quebec.ca/securite-situations-urgence/services-correctionnels/milieu-carceral/apercu

Awofeso, N. (2010). Prisons as social determinants of hepatitis C virus and tuberculosis infections. *Public Health Reports*, 125(Suppl 4), 25-33. https://doi.org/10.1177/00333549101250S406

Beaudette, J. N., & Stewart, L. A. (2016). National prevalence of mental disorders among incoming Canadian male offenders. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 61(10), 624-632. https://doi.org/10.1177/0706743716639929

Brisson, P. (1997). *L'approche de réduction des méfaits : Sources, situation, pratiques.* Comité permanent de lutte à la toxicomanie. https://www.cqld.ca/app/uploads/2016/12/approche-reduction-mefaits-sources-situation-pratiques_dec-1997.pdf

Butler, A., Croxford, R., Bodkin, C., Akbari, H., Bayoumi, A., Bondy, S., Guenter, D., McLeod, K., Gomes, T., Kanagalingam, T., Kiefer, L., Orkin, A., Owusu-Bempah, A., Regenstreif, L., & Kouyoumdjian, F. (2023). Burden of opioid toxicity death in the fentanyl-dominant era for people who experience incarceration in Ontario, Canada, 2015–2020: A whole population retrospective cohort study. *BMJ Open,* 13(5), e071867. https://doi.org/10.1136/bmjopen-2023-071867

Carnus, M.-F., & Mias, C. (2013). Réflexivité. Dans *Dictionnaire des concepts de la professionnalisation* (p. 269–272). De Boeck.

Courtemanche, Y., Poulin, C., Serhir, B., & Alary, M. (2018). HIV and hepatitis C virus infections in Quebec's provincial detention centres: Comparing prevalence and related risky behaviours between 2003 and 2014–2015. *Canadian Journal of Public Health,* 109(3), 353–361. https://doi.org/10.17269/s41997-018-0047-4

Crenshaw, K. (1989). Demarginalizing the intersection of race and sex: A Black feminist critique of antidiscrimination doctrine, feminist theory and antiracist politics. *University of Chicago Legal Forum*, 1989(1), 139–167.

Davis, D. A., Mazmanian, P. E., Fordis, M., Van Harrison, R., Thorpe, K. E., & Perrier, L. (2006). Accuracy of physician self-assessment compared with observed measures of competence: A systematic review. *JAMA*, 296(9), 1094–1102. https://doi.org/10.1001/jama.296.9.1094

Éditions Hannenorak — Une maison d'édition autochtone dédiée à la littérature des Premières Nations. (2024). *Éditions Hannenorak*. https://editions.hannenorak.com/

Fahmy, N., Kouyoumdjian, F. G., Berkowitz, J., Fahmy, S., Neves, C. M., Hwang, S. W., & Martin, R. E. (2018). Access to primary care for persons recently released from prison. *The Annals of Family Medicine,* 16(6), 549–551. https://doi.org/10.1370/afm.2314

Fazel, S., Yoon, I. A., & Hayes, A. J. (2017). Substance use disorders in prisoners: An updated systematic review and meta-regression analysis in recently incarcerated men and women. *Addiction,* 112(10), 1725–1739. https://doi.org/10.1111/add.13877

Ferreira, M. R. L., Andrade, R. L. de P., Bossonario, P. A., Fiorati, R. C., Arcêncio, R. A., Rezende, C. E. M. de, Orfão, N. H., & Monroe, A. A. (2022). Social determinants of health and unfavourable outcome of tuberculosis treatment in the prison system. *Ciência & Saúde Coletiva,* 27(12), 4451–4459. https://doi.org/10.1590/1413-812320222712.08632022en

Garland, D. (2001). *The culture of control: Crime and social order in contemporary society.* Oxford University Press.

Godin, A., Kronfli, N., Cox, J., Alary, M., & Maheu-Giroux, M. (2021). The role of prison-based interventions for hepatitis C virus (HCV) micro-elimination among people who inject drugs in Montreal, Canada. *International Journal of Drug Policy*, 88, 102738. https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2020.102738

Gouvernement du Québec. (2023). *Statistiques correctionnelles du Québec 2022–2023*. https://www.quebec.ca/gouvernement/ministeres-organismes/securite-publique/publications/statistiques-correctionnelles/statistiques-correctionnelles-2022-2023

Gouvernement du Québec. (2024). *Statistiques et travaux de recherche en matière correctionnelle du Québec 2023–2024*. https://www.quebec.ca/1correctionnelles/statistiques-correctionnelles-quebec-2023-2024

Greenwald, A. G., & Banaji, M. R. (1995). Implicit social cognition: Attitudes, self-esteem, and stereotypes. *Psychological Review, 102*(1), 4–27. https://doi.org/10.1037/0033-295X.102.1.4

Groot, E., Kouyoumdjian, F. G., Kiefer, L., Madadi, P., Gross, J., Prevost, B., Jhirad, R., Huyer, D., Snowdon, V., & Persaud, N. (2016). Drug toxicity deaths after release from incarceration in Ontario, 2006–2013: Review of coroner's cases. *PLOS ONE, 11(7)*, e0157512. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0157512

Harney, B. L., Korchinski, M., Young, P., Scow, M., Jack, K., Linsley, P., Bodkin, C., Brothers, T. D., Curtis, M., Higgs, P., Mead, T. S., Hart, A., Kilroy, D., Bonn, M., & Bartlett, S. R. (2022). It is time for us all to embrace person-centred language for people in prison and people who were formerly in prison. *International Journal of Drug Policy,* 99, 103455. https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2021.103455

Hu, C., Jurgutis, J., Edwards, D., O'Shea, T., Regenstreif, L., Bodkin, C., Amster, E., & Kouyoumdjian, F. G. (2020). "When you first walk out the gates… where do [you] go?": Barriers and opportunities to achieving continuity of health care at the time of release from a provincial jail in Ontario. *PLOS ONE, 15*(4), e0231211. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0231211

Jones, R. M., Manetsch, M., Gerritsen, C., & Simpson, A. I. F. (2021). Patterns and predictors of reincarceration among prisoners with serious mental illness: A cohort study. *The Canadian Journal of Psychiatry, 66*(6), 560–568. https://doi.org/10.1177/0706743720970829

Kahneman, D., Slovic, P., & Tversky, A. (1982). *Judgement under uncertainty: Heuristic and biases*. Cambridge University Press.

Kinner, S. A., Gan, W., & Slaunwhite, A. (2021). Fatal overdoses after release from prison in British Columbia: A retrospective data linkage study. *CMAJ Open*, 9(3), E907–E914. https://doi.org/10.9778/cmajo.20200243

Kronfli, N., Dussault, C., Bartlett, S., Fuchs, D., Kaita, K., Harland, K., Martin, B., Whitten-Nagle, C., & Cox, J. (2021). Disparities in hepatitis C care across Canadian provincial prisons: Implications for hepatitis C micro-elimination. *Canadian Liver Journal, 4*(3), 292–310. https://doi.org/10.3138/canlivj-2020-0035

Le Boterf, G. (1994). *De la compétence: Essai sur un attracteur étrange.* Les Éditions d'organisation.

Le Boterf, G. (2011). Apprendre à agir et à interagir en professionnel compétent et responsable. *Éducation permanente, 188*(3), 97–112.

Lemieux, A. J., Roy, L., Martin, M. S., Latimer, E. A., & Crocker, A. G. (2017). Justice involvement among homeless individuals with mental illnesses: Are self-report and administrative measures comparable? *Evaluation and Program Planning, 61,* 86–95. https://doi.org/10.1016/j.evalprogplan.2016.12.007

McKendy, L., Biro, S. M., Miron, M., & Keown, L. A. (2021). Understanding overdose incidents in Canadian federal custody. International *Journal of Drug Policy, 92*, 103131. https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2021.103131

Mundt, A. P., Cifuentes-Gramajo, P. A., Baranyi, G., & Fazel, S. (2024). Worldwide incidence of suicides in prison: A systematic review with meta-regression analyses. *The Lancet Psychiatry, 11*(7), 536–544. https://doi.org/10.1016/S2215-0366(24)00134-2

Palis, H., Hu, K., Rioux, W., Korchinski, M., Young, P., Greiner, L., Nicholls, T., & Slaunwhite, A. (2022). Association of mental health services access and reincarceration among adults released from prison in British Columbia, Canada. *JAMA Network Open, 5*(12), e2247146. https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2022.47146

Perrenoud, P. (1999). Construire des compétences, tout un programme! *Vie pédagogique, 112*(septembre–octobre), 16–20.

Perrenoud, P. (2001, janvier). Mettre la pratique réflexive au centre du projet de formation ? *Cahiers pédagogiques, 390,* 42–45.

Plourde, C., Brochu, S., White, N. D., & Couvrette, A. (2023). La réduction des méfaits en contexte carcéral québécois et canadien: Tour d'horizon des pratiques connues. *Revue de psychoéducation, 34*(2), 287–300. https://doi.org/10.7202/1097675ar

RLRQ c. G-1.021 – L*oi sur la gouvernance du système de santé et des services sociaux*, chapitre G-1.021. (2025). https://www.legisquebec.gouv.qc.ca/fr/document/lc/G-1.021

Roy, L., Crocker, A. G., Nicholls, T. L., Latimer, E., Gozdzik, A., O'Campo, P., & Rae, J. (2016). Profiles of criminal justice system involvement of mentally ill homeless adults. *International Journal of Law and Psychiatry, 45,* 75–88. https://doi.org/10.1016/j.ijlp.2016.02.013

Subica, A. M., & Link, B. G. (2022). Cultural trauma as a fundamental cause of health disparities. *Social Science & Medicine, 292,* 114574. https://doi.org/10.1016/j.1
Tardif, J. (2006). *L'évaluation des compétences: Documenter le parcours de développement*. Chenelière Éducation.

Tervalon, M., & Murray-García, J. (1998). Cultural humility versus cultural competence: A critical distinction in defining physician training outcomes in multicultural education. *Journal of Health Care for the Poor and Underserved, 9*(2), 117–125.

Tversky, A., & Kahneman, D. (1974). Judgement under uncertainty: Heuristics and biases. *Management Science, 185*, 1124–1131.

United Nations General Assembly. (2015, December 17). *United Nations Standard Minimum Rules for the Treatment of Prisoners (the Nelson Mandela Rules)* (A/RES/70/175, Annex). United Nations Office on Drugs and Crime. https://www.unodc.org/documents/justice-and-prison-reform/Nelson_Mandela_Rules-E-ebook.pdf

Watson, T. M., Benassi, P. V., Agic, B., Maharaj, A., & Sockalingam, S. (2022). Addressing the complex substance use and mental health needs of people leaving prison: Insights from developing a national inventory of services in Canada. *International Journal of Drug Policy, 100,* 103523. https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2021.103523

Young, I. M., & Nussbaum, M. (2011). Responsibility for justice. Oxford University Press. https://doi.org/10.1093/acprof:oso/9780195392388.003.0002

Ce référentiel de compétences propose des repères concrets mis en cohérence avec les réalités du milieu correctionnel, où les enjeux cliniques, éthiques et relationnels peuvent s'entrecroiser au quotidien. Il s'inscrit dans une démarche consultative et partenariale, mobilisant à la fois des personnes du terrain, des gestionnaires, des acteurs communautaires et universitaires.

En plus de viser l'amélioration de la qualité des soins, ce référentiel tend vers la valorisation de la santé, du bien-être et des conditions de vie des personnes en milieu correctionnel. Il repose sur des principes éthiques fondamentaux, la reconnaissance des droits des personnes incarcérées ainsi que sur le développement de compétences professionnelles en contexte correctionnel.

Enfin, il traduit un engagement éthique de l'Université de la Rue et de ses partenaires à coconstruire des pratiques plus justes, respectueuses et socialement responsables, en harmonie avec une vision humaniste et transformatoire de la santé en milieu correctionnel.

ISBN: 978-2-98189-039-9