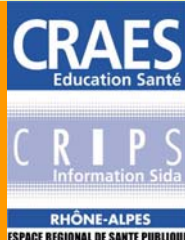


Les pratiques d'éducation pour la santé en milieu carcéral de la région Rhône-Alpes/Auvergne

Rapport d'enquête CRAES-CRIPS
juin 2006

Réalisation : Gwenaëlle Le Ponner
Mise en page : Aurélie Barison



CRAES-CRIPS
Collège Rhône-Alpes d'Éducation pour la Santé
Centre Régional d'Information et de Prévention du Sida
9 quai Jean Moulin 69001 Lyon

Avec le soutien financier de la Direction Régionale des Services Pénitentiaires, Région Rhône-Alpes/Auvergne et de la Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales de Rhône Alpes



Sommaire

Introduction	page 3
A – Méthodologie	page 5
B - Analyse des données recueillies	page 8
1 - Prise en compte de l'éducation pour la santé	page 8
2 - Implication des acteurs	page 15
3 - Actions d'éducation pour la santé réalisées en 2004 et en 2005	page 18
4 - Efficacité et limites des méthodologies d'intervention	page 25
Conclusion	page 30
Bibliographie	page 32

Introduction

La politique actuelle d'éducation pour la santé en milieu pénitentiaire est née de la loi du 18 janvier 1994 qui a profondément réformé l'organisation sanitaire des prisons françaises. En effet, si les pratiques d'information sanitaire existaient déjà à l'époque de la médecine pénitentiaire et qu'elles se sont renforcées avec la création en 1986 des Services médico-psychologiques régionaux (SMPR), c'est avec l'introduction de l'hôpital dans les prisons que vont se développer les actions de prévention et de promotion de la santé auprès des personnes détenues.

Issue des états des lieux sur l'état de santé détérioré de la population pénale (cf rapport CHODORGE du HCSP de janvier 1993), et sur une médecine pénitentiaire alors pas suffisamment opérante, cette législation a permis d'intégrer véritablement les soins médicaux et les mesures de protection de la santé comme un droit fondamental pour les personnes incarcérées. En effet, la faiblesse des moyens humains et financiers de la médecine pénitentiaire n'avait pas permis aux établissements de faire face aux importants besoins de santé des détenus et la qualité des soins en détention restait donc insuffisante par rapport à l'extérieur. Dès lors, les pouvoirs publics ont pris conscience de la nécessité de reconnaître la santé des personnes incarcérées comme un objectif de santé publique, en favorisant un meilleur accès aux soins en prison. De cette prise de conscience sont nées des propositions et des initiatives annonçant la réforme de la prise en charge de la santé des détenus en 1994.

L'objectif général de la loi du 18 janvier 1994 relative à la santé publique et à la protection sociale est donc d'assurer à la population carcérale une qualité et une continuité des soins semblables à celles offertes à la population générale et de réintégrer les détenus dans un dispositif de soins de droit commun. Dans ce cadre, la responsabilité de l'organisation et de la mise en œuvre des soins somatiques et psychiatriques a été transférée du service public pénitentiaire aux hôpitaux publics, et le bénéfice de la protection sociale a été étendu à l'ensemble des personnes incarcérées. La prise en charge sanitaire est donc désormais assurée dans les locaux de l'établissement par la présence d'une Unité de consultations et de soins ambulatoires (UCSA) rattachée au centre hospitalier de proximité, signataire d'un protocole avec l'administration pénitentiaire.

Un des autres points forts de la réforme consiste à aborder les soins dans toutes leurs dimensions, curatives, préventives et éducatives. Elle donne donc une place importante aux démarches d'éducation pour la santé, susceptibles de mener les personnes détenues à une meilleure prise en charge par elles-mêmes de leur santé. Dans les dispositions de la loi de 1994, il revient à l'établissement de santé de coordonner les actions de prévention et d'éducation pour la santé organisées dans l'établissement pénitentiaire, et d'élaborer un programme annuel avec l'ensemble des partenaires concernés au niveau local (l'UCSA, les équipes de santé mentale, le Service Pénitentiaire d'Insertion et de Probation SPIP, la direction de l'établissement pénitentiaire, les services de l'Etat, le Conseil Général, les autres collectivités, les organismes d'assurance maladie, les associations). Dans ce cadre, le but de l'éducation pour la santé est de mettre en place un projet global associant les personnes détenues, les professionnels sanitaires et sociaux, et les personnels pénitentiaires, afin de promouvoir la santé en prison. Pour la conception et la mise en œuvre de ce projet, un partenariat avec les associations et organismes de santé publique, permet de bénéficier d'un appui méthodologique dans le suivi et la réalisation des actions pour une meilleure qualité et une plus grande efficacité des interventions. Ce lien avec les réseaux d'acteurs du milieu libre permet aussi d'assurer d'éventuels relais pour une continuité de la prise en charge des personnes, après la sortie de prison.

Le guide méthodologique qui explicite la mise en application de la législation sur la prise en charge sanitaire des détenus précise d'ailleurs bien que ces actions de prévention ont la spécificité d'impliquer, aux côtés des personnels hospitaliers, d'autres partenaires internes (personnels du SPIP) ou externes au milieu pénitentiaire. Aussi, un comité de pilotage composé de représentants de l'UCSA, de l'équipe psychiatrique, de l'établissement pénitentiaire, du SPIP et de partenaires extérieurs peut être mis en place pour la définition d'un programme d'actions de prévention qui sera ensuite soumis à l'ARH pour avis, aux DDASS, DRASS et DRSP pour validation et demande de soutien financier. L'UCSA, en tant qu'acteur de santé est porteur de cette démarche de prévention au sein de l'établissement pénitentiaire. Mais l'éducation pour la santé relève également de la mission de réinsertion du SPIP qui est donc en la matière, le partenaire privilégié du personnel sanitaire comme le rappelle la circulaire relative aux missions du SPIP du 15 octobre 1999 : il fait remonter les besoins de la population carcérale à l'UCSA, il participe à la définition des actions de santé et à la recherche de leur financement, et favorise la construction de réseaux de partenaires locaux qui pourront intervenir directement auprès des détenus.

Comme le souligne le rapport d'évaluation de l'IGAS et de l'IGSJ de janvier 2001¹, cette réforme a permis d'incontestables progrès dans la prise en charge somatique des personnes incarcérées : en terme de moyens financiers, de locaux, de professionnalisation des équipes, de qualité des soins. Mais différents blocages persistent et freinent les améliorations attendues, notamment en ce qui concernent la coopération entre les différents acteurs sanitaires, sociaux et pénitentiaires, ainsi que l'hygiène et la santé publique. En effet, d'après les analyses de l'IGAS, les relations entre services médicaux et administration pénitentiaire se seraient construites dans la méfiance et parfois dans l'opposition, le travail en réseau entre les services de soins et le SPIP, entre le SMPR et l'UCSA se heurterait à des logiques de territoire, et la confrontation des logiques médicales et pénitentiaires générerait de nombreuses incompréhensions. Toutes ces difficultés de communication entre acteurs semblent être à l'origine de certaines défaillances dans la prise en charge des personnes détenues. En outre, le rapport pointe également la vétusté d'une proportion importante d'établissements qui avec la surpopulation carcérale constitue un facteur limitant majeur dans la mise en œuvre d'un programme cohérent de promotion de la santé. D'autres freins à la mise en place des actions d'éducation pour la santé sont évoqués tels que le manque de savoir-faire des acteurs en matière de prévention individuelle et collective, la faiblesse des outils d'information et de diagnostic sur la santé des détenus et surtout le manque de moyens. De manière générale, le bilan réalisé en 2001 en matière d'éducation pour la santé est mitigé : les actions seraient d'ampleur limitée, les UCSA n'assureraient que rarement leur rôle de coordination, les partenariats extérieurs ne seraient que peu développés, et l'évaluation presque inexistante.

Les acteurs de l'éducation pour la santé en milieu pénitentiaire de Rhône-Alpes/ Auvergne sont sans doute aussi confrontés à ces difficultés. Mais comment depuis la loi de 1994 se sont-ils appropriés cette réflexion sur la promotion de la santé en prison ? Quelles sont aujourd'hui leurs pratiques de prévention et d'éducation pour la santé ? Comment les différents partenaires (détenus, personnels sanitaires et sociaux, administration pénitentiaire...) sont-ils impliqués dans ces actions ? Le travail exposé ici a tenté de répondre à ces quelques interrogations.

¹ FATOME (.), VERNEREY (.), FROMENT (.), VALDES-BOULOUQUE (.), Ministère de la Justice. Inspection générale des services judiciaires. Paris. FRA, Ministère de l'Emploi et de la Solidarité - Inspection Générale des Affaires Sociales. Paris. FRA - L'organisation des soins aux détenus, 2001/06 : 146p., ann.

A - Méthodologie

La réalisation de cette enquête s'inscrit dans le cadre d'un programme plus large de mutualisation et de valorisation des actions d'éducation pour la santé en milieu pénitentiaire financé en 2005 par la DRASS Rhône-Alpes et la Direction Régionale des Services Pénitentiaires de la région Rhône-Alpes/Auvergne et porté par le CRAES-CRIPS en partenariat avec le groupe des actions d'éducation pour la santé (groupe AES) des Maisons d'arrêt de Lyon et de Villefranche.

Ce projet s'appuie sur le constat suivant : la mise en place des projets d'éducation pour la santé en milieu pénitentiaire est confrontée à plusieurs types de difficultés, de contraintes, et notamment

- les relations avec les autres services de la prison (établissement pénitentiaire, SPIP...) et la gestion partagée des moyens (locaux...);
- la croissance des besoins de soins qui peut limiter les investissements des personnels de l'UCSA dans des projets d'éducation pour la santé auprès des détenus;
- la multiplicité des intervenants extérieurs qui peut poser des problèmes de communication et rend difficile le développement d'une méthodologie d'intervention partagée promue.

Pendant un grand nombre de programmes existent, développés dans des contextes différents, spécifiques de chaque établissement, avec le constat d'un partage insuffisant des expériences et des outils.

Dans un contexte de régionalisation croissante des problématiques de santé dont la santé en prison doit être une composante reconnue, il est apparu intéressant de renforcer les liens méthodologiques et pratiques entre les acteurs en développant la mutualisation des expériences et des savoir-faire.

Les objectifs généraux de ce projet s'orientent donc autour de :

- la valorisation des actions de prévention et d'éducation pour la santé conduites dans les établissements pénitentiaires de la région pour renforcer la dynamique existante,
- l'accompagnement du développement de méthodologies pertinentes : en diffusant des programmes conduits particulièrement intéressants, comme les outils proposés au niveau national (guides...),
- le renforcement des échanges entre promoteurs de programmes pour accroître la qualité et la mutualisation des pratiques.

Les objectifs opérationnels de cette action ont été définis comme suit :

- *analyser les difficultés, les facilités, les ressources mobilisées dans le montage de projets d'éducation pour la santé, pour les acteurs de la région pénitentiaire;
- *recenser les actions et les outils en éducation pour la santé développés par les différents acteurs des établissements pénitentiaires de la région;
- *valoriser les résultats de cet état des lieux auprès des acteurs concernés, et proposer un outil concret (CD-Rom) de mutualisation au niveau régional.

Un premier comité de pilotage du projet associant le CRAES-CRIPS, des représentants du groupe AES des prisons de Lyon - Villefranche, la DRASS Rhône-Alpes, et la DRSP de Rhône-Alpes/Auvergne s'est réuni fin juillet 2005 afin de valider les objectifs et méthodes de travail proposés. Un groupe de travail (CRAES-CRIPS, groupe AES) a ensuite été mis en place en octobre 2005 pour valider le protocole d'enquête et la grille d'entretien que le CRAES-CRIPS avait produits.

Il s'agissait donc de conduire **une enquête qualitative par entretiens téléphoniques auprès des acteurs engagés dans les projets d'éducation pour la santé des établissements pénitentiaires de la région Rhône-Alpes/ Auvergne** à plusieurs niveaux (UCSA, SMPR, SPIP, et Etablissement pénitentiaire).

Cette enquête avait pour objectif la réalisation d'un **état des lieux des pratiques d'éducation pour la santé menées sur les 20 établissements de la région pénitentiaire en 2004 et 2005 pour une connaissance accrue des acteurs engagés, des actions développées, des outils utilisés et des difficultés rencontrées dans le montage de ce type de projets**. Ce bilan permettrait ainsi de poser les bases d'une mutualisation des expériences.

La grille d'entretien a été construite en partenariat avec les professionnels concernés autour des éléments suivants :

- contexte de la prison
- enjeux sanitaires spécifiques à l'établissement
- intérêt et prise en compte de l'éducation pour la santé dans le contexte local
- priorités définies en terme de prévention santé
- type de professionnels impliqués
- formations des professionnels à l'éducation pour la santé
- identification et caractérisation des actions conduites, des outils utilisés
- construction et déroulement des projets
- impact sur les détenus et les professionnels
- difficultés rencontrées
- facteurs favorisant
- modalités du partenariat
- améliorations à apporter
- financements des projets

L'enquête a concerné seulement 18 établissements sur 20 dans la mesure où 3 sites ont déclaré ne développer aucune activité d'éducation pour la santé.

31 entretiens téléphoniques ont été réalisés sur la base de cette grille entre novembre 2005 et février 2006 auprès de :

- 17 acteurs des UCSA soit l'ensemble des services concernés par l'enquête (à noter que deux services sont missionnés chacun sur deux des sites interrogés, et un établissement parmi les enquêtés n'est rattaché à aucun service UCSA, ce qui explique pourquoi il n'y a que 17 UCSA pour 20 sites dans notre recensement) ;
- 2 acteurs des SMPR soit un professionnel par service concerné ;
- et 12 représentants des SPIP soit un par département (à noter que pour chaque interviewé, l'entretien a pu concerner plusieurs établissements sous la responsabilité du service).

Suite aux entretiens téléphoniques, un certain nombre de rapports d'activité et bilans des années 2004 et 2005 ont pu être transmis au CRAES-CRIPS afin de compléter le recensement des actions d'éducation pour la santé.

A la demande du groupe AES qui a suivi de près, lors de ses rencontres, le déroulement de l'enquête, les directeurs d'établissement ont également été interrogés par téléphone en mars-avril 2006, mais sur la base d'une grille plus adaptée à leur mission et qui abordait les points suivants : connaissance des actions développées sur leur établissement, implication et rôle de la direction dans ce domaine, implication des personnels de surveillance, existence d'une politique d'établissement en la matière. **18 directions** sur les 20 établissements ont pu être interviewées (un refus, et une direction indisponible).

L'analyse des données recueillies lors des entretiens et à travers les rapports d'activité a été réalisée entre mars et mai 2006. Le présent document en est une synthèse et propose des éléments d'analyse qualitative des pratiques d'éducation pour la santé dans la région pénitentiaire.

Ce recensement donnera également lieu à la création et la diffusion d'un CD-Rom comportant :

- une base de données des actions d'éducation pour la santé en milieu pénitentiaire développées sur la région en 2004 et 2005,
- une base documentaire,
- des adresses et des liens Internet sur les outils et les structures ressources.

B - Analyse des données recueillies

Les résultats de l'enquête sont présentés ici en fonction des indicateurs qui nous permettent d'avoir une photographie des pratiques d'éducation pour la santé développées sur les 20 sites pénitentiaires qui ont été ciblés par ce travail, en terme :

- d'intérêt porté à l'éducation pour la santé : connaissance des dispositifs, identification des problématiques sanitaires, formation des acteurs, définition des programmes d'éducation à la santé ;
- d'implication des différents types d'acteurs dans les étapes successives de la mise en œuvre des actions ;
- de contenu des actions réalisées en 2004 et 2005 : thèmes, porteurs, financeurs, partenaires, objectifs, types d'actions et outils... ;
- de difficultés ou de facilités dans la mise en place des actions.

1 - Prise en compte de l'éducation pour la santé

L'attention portée par les acteurs du milieu pénitentiaire aux pratiques d'éducation pour la santé peut s'apprécier à travers leur connaissance des dispositifs sanitaires spécifiques à la prison en terme de soin et de prévention, leur analyse des enjeux sanitaires du milieu carcéral, leur degré de formation en la matière, et leur participation à la définition des activités d'éducation pour la santé.

■ Connaissance des dispositifs d'éducation pour la santé en milieu pénitentiaire

La loi de 1994 qui a redéfini les modalités de prise en charge de la santé en milieu carcéral est connue de la totalité des professionnels des UCSA, SPIP et SMPR rencontrés. Le guide méthodologique santé/justice sur la prise en charge sanitaire des personnes détenues qui en découle est également bien identifié par ces acteurs : presque tous ont connaissance du guide (sauf un des personnels SPIP). Mais seulement 6 professionnels (3 SPIP, 3 UCSA/SMPR) déclarent s'appuyer sur cet outil pour mettre en œuvre leurs actions de prévention. Deux personnes précisent que ce guide leur apparaît « indigeste » (Mr X, SPIP) et « comportant des lacunes sur certains points » (Mr Y, UCSA).

Contrairement au guide méthodologique, l'ouvrage « Promotion de la santé et milieu pénitentiaire »² du CFES, plus spécifiquement orienté sur les actions d'éducation à la santé en prison est relativement peu connu des professionnels interviewés, surtout chez les personnels des SPIP : il est identifié par 10 personnes interrogées sur 19 pour les UCSA/SMPR, et seulement par 3 personnes pour les SPIP. A noter que sur ces 13 professionnels qui déclarent avoir connaissance du document, 5 précisent ne jamais l'avoir utilisé.

Concernant la note interministérielle (justice, santé, MILDT) du 9 août 2001 sur l'amélioration de la prise en charge des usagers de drogues en prison, les personnes interrogées des UCSA, SPIP et SMPR sont un peu moins bien informées, en particulier parmi les professionnels de santé : 12 professionnels des UCSA et SMPR sur 19 connaissent cette note et 5 d'entre eux mentionnent un travail partenarial réalisé ou engagé autour de ce document (protocole de prise en charge, actions de prévention...), alors que l'ensemble des personnels des SPIP (sauf un) en ont a minima entendu parler. D'après les entretiens, on peut estimer qu'au moins une dizaine d'établissements aurait déjà engagé un travail inter-institutionnel sur ce sujet avec les différents services de la prison et des partenaires extérieurs (magistrats, CSST...).

² GUIBOURGE (Florence) / dir., PALICOT (Anne-Marie) / dir., BRIXI (Omar) / dir., CHOUKROUN (Odile) / dir. - Promotion de la santé et milieu pénitentiaire - Vanves : CFES, 1997 : 171p - Coll. La santé en action

Les professionnels socio-sanitaires des prisons de la région semblent donc maîtriser les dispositifs globaux de prise en charge sanitaire des détenus à travers la connaissance qu'ils ont des dispositions de la loi de 1994 et du guide méthodologique. En revanche, l'un des principaux outils d'aide à l'action qui concernent plus précisément l'éducation pour la santé est moins bien repéré et utilisé par ces mêmes acteurs. La valorisation de cet outil représente donc un enjeu majeur.

■ Enjeux sanitaires identifiés par les acteurs

Les personnes interrogées parmi les UCSA, SPIP et SMPR ont identifié de nombreuses problématiques sanitaires concernant la population carcérale, qu'elles soient en lien ou non avec un contexte local particulier. Il semble donc que les questions de santé représentent une préoccupation importante pour l'ensemble de ces acteurs, et pas uniquement pour les professionnels sanitaires.

Pour plus de la moitié des acteurs de terrain interrogés (SPIP, UCSA, SMPR), il n'existe pas d'enjeu sanitaire spécifique à leur établissement : « *il n'y a pas de problème spécifique, pas plus qu'ailleurs : ce sont les mêmes populations avec les mêmes problématiques* » Mme V, SPIP, ; « *il n'y a pas d'enjeu spécifique à l'établissement mis à part qu'il s'agit d'une population carcérale* », Mr P, UCSA. Pour ce groupe de professionnels, les enjeux sanitaires ciblent plus généralement la population carcérale dans son ensemble et les principales problématiques rencontrées concernent selon eux :

- les pathologies psychiatriques « *en hausse comme partout* » (Mme V, SPIP), notamment suicide, décompensation psychique, troubles du comportement (citées 4 fois) : « *la prison est un lieu qui cumule tous les risques au niveau mental* » (Mr Z, SMPR) ;
- les conduites addictives (citées 6 fois), en particulier le tabagisme et l'alcoolisme avec une « *recrudescence des incarcérations liées à l'alcool* » (Mme F, SPIP).

Quelques autres problématiques de santé sont repérées mais dans une moindre mesure : les maladies infectieuses, la perte d'autonomie et la précarisation de l'état de santé, la somatisation du mal-être (problèmes de peau, de céphalées...), et les problèmes de vue liées aux conditions d'incarcération.

En revanche, certaines personnes interrogées (13 sur 31) ont souligné des problèmes spécifiques à leur établissement et notamment concernant :

- le manque d'hygiène des locaux lié à la vétusté des bâtiments, à la surpopulation carcérale, aux rats... élément fortement mis en lumière dans le rapport national de l'IGAS de juin 2001³ (cité 6 fois) ;
- le vieillissement de la population carcérale, du fait notamment des détenus incarcérés pour des questions de mœurs (cité 2 fois) ;
- les questions de violence liées aux conditions d'incarcération : surpopulation, vétusté des locaux, difficultés de la pratique sportive... (citées 2 fois) ;
- la situation de l'établissement en zone rurale avec des populations qui cumulent des problèmes d'isolement et de dépendance à l'alcool (cité 2 fois).

Qu'elles soient spécifiques aux établissements ou non, les difficultés soulevées par les professionnels rejoignent celles évoquées par les rapports nationaux concernant la population carcérale, et notamment par le rapport 2001 de l'IGAS⁴ qui pointe quatre évolutions majeures : montée importante de la poly toxicomanie, vieillissement de la population pénale, augmentation de la prévalence des hépatites B et C, proportion grandissante des difficultés psychologiques ou

³ FATOME (.), VERNEREY (.), FROMENT (.), VALDES-BOULOUQUE (.), Ministère de la Justice. Inspection générale des services judiciaires. Paris. FRA, Ministère de l'Emploi et de la Solidarité - Inspection Générale des Affaires Sociales. Paris. FRA, op cit

⁴ FATOME (.), VERNEREY (.), FROMENT (.), VALDES-BOULOUQUE (.), Ministère de la Justice. Inspection générale des services judiciaires. Paris. FRA, Ministère de l'Emploi et de la Solidarité - Inspection Générale des Affaires Sociales. Paris. FRA, op cit

psychiatriques et qui rappelle quelques constantes : précarité et faible accès aux soins, forte consommation d'alcool et de tabac, toxicomanie et phénomènes de violence, prévalence du VIH etc...

■ Formation des acteurs

Seulement 9 personnes formées à l'éducation pour la santé ont été recensées dans l'enquête : 3 infirmiers dans le cadre de la formation régionale « Enjeux de l'éducation pour la santé en milieu pénitentiaire » proposée depuis 2002 par la DRSP Rhône-Alpes/ Auvergne, un médecin généraliste dans le cadre d'un DU « Santé publique et communautaire », 5 professionnels (2 surveillants, 1 assistante sociale, 2 infirmiers) dans le cadre du dispositif national de formation - action proposée par le CFES, la DGS et l'Administration Pénitentiaire sur 10 sites pilotes en 1998.

Quelques professionnels ont aussi suivi des formations thématiques :

- un CIP a été formé sur les addictions ;
- une formation sur l'alcool est en cours de construction pour les personnels d'un SPIP ;
- une équipe UCSA suit régulièrement des séminaires thématiques ;
- une formation pluri-thématique pour des surveillants a eu lieu sur un site en 2002.

4 professionnels précisent qu'ils se sont formés « sur le tas » et 2 évoquent le fait que les infirmiers ont pu acquérir quelques notions durant leur formation initiale.

4 personnes interrogées notent que le besoin de formation existe pourtant. Seule une personne précise que cela ne lui semble pas indispensable.

Il est possible d'affirmer à partir de ces données que la grande majorité des acteurs de la région pénitentiaire n'est donc pas formée à l'éducation pour la santé. Ce constat confirme celui qui avait déjà été fait par le bilan de l'IGAS en 2001⁵ autour du manque de savoir-faire des acteurs en matière de prévention. Un dispositif de formation plus élargi et plus incitatif est donc à penser.

■ Modalités de définition des actions d'éducation pour la santé

Un des critères qui nous permet de mesurer l'intérêt porté à l'éducation pour la santé dans les prisons de la région concerne la façon dont sont déterminées les actions de prévention développées dans ces établissements : y a-t-il un référent identifié sur ces questions et qui coordonne l'ensemble des activités ? les objectifs et la programmation des actions sont-ils définis en concertation entre les différents acteurs impliqués ? l'administration pénitentiaire participe-t-elle à la définition d'une politique d'éducation pour la santé ? comment sont déterminées les priorités de santé ?

Identification de référents en éducation pour la santé

Il semblerait que **dans tous les établissements enquêtés** (soit 18 établissements en regroupant la maison d'arrêt et le centre de détention de Riom d'une part, et les maisons d'arrêt de Lyon-Perrache et de Lyon-Montluc d'autre part), **il existe au moins un référent pour les questions d'éducation à la santé : dans la plupart des cas, il s'agit d'un référent de l'UCSA** (sauf pour 3 établissements).

Pour 2 établissements, les acteurs interrogés mentionnent l'existence d'un référent dans un seul service (1 à l'UCSA et 1 à la direction car il n'y a pas d'UCSA).

7 établissements auraient un référent dans deux services différents (soit à l'UCSA et au SPIP, soit à l'UCSA et dans l'établissement pénitentiaire, soit au SPIP et dans l'établissement pénitentiaire).

Et pour les 9 autres établissements, les professionnels interviewés identifient un référent dans trois services différents (UCSA, SPIP, établissement pénitentiaire) dont 1 a en plus un quatrième référent au SMPR.

⁵ ibid

Pour les 15 référents UCSA, il s'agit : du personnel infirmier (6 cas), du médecin généraliste (3), d'un binôme médecin/infirmier (2), du personnel psychiatrique (2), ou de l'équipe UCSA (2).

Pour les 11 référents SPIP, il s'agit : d'un travailleur social CIP (4), d'un directeur adjoint (2), d'un référent départemental (2), ou de personnel SPIP non précisé (3).

Pour les 16 référents pénitentiaires, il s'agit essentiellement d'un membre de l'équipe de direction (chef d'établissement ou adjoint), sauf pour 3 établissements où il s'agit de surveillants.

Ces référents sont toujours bien repérés par les différents professionnels investis de près ou de loin sur les actions, même si le plus souvent ils ne sont pas désignés officiellement comme tel. Leur positionnement est souvent lié aux missions dévolues à leur service (UCSA et SPIP par exemple), et à un intérêt personnel pour ces questions.

Concertation pour la définition des actions d'éducation pour la santé

Avec la réforme de 1994, l'accès aux soins et à la prévention en milieu pénitentiaire supposent désormais une collaboration étroite entre les services pénitentiaires et hospitaliers dans le respect des règles du fonctionnement carcéral. Au niveau national, les analyses de l'IGAS⁶ révèlent que « cette large concertation est souvent bloquée par des logiques institutionnelles ou par la simple ignorance des modes de fonctionnement respectifs de chacun des acteurs ». Qu'en est-il pour les partenaires de la région Rhône-Alpes / Auvergne ?

D'après notre enquête, la concertation au sein des établissements entre les principaux acteurs participant à la définition des actions d'éducation pour la santé prend des formes différentes selon les situations :

- pour 4 établissements, elle s'incarne dans un comité de pilotage inter-institutionnel qui se réunit régulièrement tout au long de l'année (au moins une fois par trimestre) et qui a à la fois un rôle de définition, de suivi et d'évaluation des actions.
- pour 8 établissements, la concertation se concrétise par une ou deux rencontres par an au cours desquelles les professionnels font le bilan des actions de l'année écoulée et déterminent ensemble un programme d'activités pour l'année à venir.
- pour 3 établissements, il n'existe pas de dispositif de concertation spécifique aux actions d'éducation pour la santé ; les échanges entre services sur ce sujet s'intègrent aux réunions inter-institutionnelles qui ont lieu régulièrement pour évoquer toutes les problématiques concernant le fonctionnement de l'établissement. Les raisons qui expliquent selon les personnes interrogées l'absence dans leur établissement de dispositif de concertation spécifique aux actions de prévention sont : le manque de temps et de moyens humains, les freins et obstacles posés par l'administration pénitentiaire, le fait que seul l'UCSA investisse cette mission.
- pour 3 établissements, un dispositif de concertation s'est progressivement instauré autour d'une action en particulier, mais ne concerne pas les autres activités développées en matière d'éducation pour la santé.

Enfin, les deux tiers des établissements de la région (12 sur 18) ont mis en place des dispositifs de concertation spécifiques aux actions d'éducation pour la santé qui impliquent différents acteurs : l'UCSA, le SPIP et l'établissement pénitentiaire sont partie prenante dans tous les cas, les enseignants sont associés dans deux cas, les intervenants extérieurs aussi, et le SMPR est intégré à la concertation dans un seul établissement sur les deux concernés. **Les intervenants extérieurs et les enseignants ne participent que rarement à cette concertation. La collaboration avec ces acteurs est donc à renforcer.**

⁶ FATOME (.), VERNEREY (.), FROMENT (.), VALDES-BOULOUQUE (.), Ministère de la Justice. Inspection générale des services judiciaires. Paris. FRA, Ministère de l'Emploi et de la Solidarité - Inspection Générale des Affaires Sociales. Paris. FRA, op cit, p 31

De nombreux acteurs des SPIP, UCSA et SMPR (17 interviewés sur 31) ont évoqué les difficultés qu'ils ont pu rencontrer dans l'impulsion et la mise en place d'une dynamique de concertation au sein de la prison et qui peuvent être liées :

- au fait que certains professionnels n'intègrent pas l'éducation pour la santé dans leur mission, ne s'y impliquent pas et ne considèrent pas que cela soit une priorité (cité 6 fois) ;
- au manque de moyen humain dans les équipes concernées (turn-over des personnels, surcharge de travail), cité 4 fois ;
- au manque d'investissement des cadres dans la prise de décision concernant ces actions (cité 2 fois) ;
- aux conflits de personnes, et à la concurrence entre services (cité 2 fois) ;
- à la dispersion des sites qui ne facilite pas la communication entre services (cité 1 fois) ;

Contrairement à ce que le rapport national IGAS de juin 2001⁷ a pu souligner, **les difficultés de concertation pour le milieu pénitentiaire semblent plus souvent liées à un manque de priorisation des actions d'éducation pour la santé, et à un manque de moyens humains qu'à des logiques de territoire et d'indépendance entre services.**

Aussi, pour 7 établissements sur 18, les personnes interrogées ont spontanément une appréciation positive de la dynamique de concertation qui s'est instaurée progressivement au sein de leur institution.

Ainsi, des professionnels de l'UCSA à propos de l'établissement pénitentiaire déclarent :

- « on ne peut rien faire sans eux et on n'a aucun problème de collaboration avec eux. On se parle, on communique, il y a un vrai souci pour la santé. Mais pas de cloisonnement, et c'est pareil avec le SPIP. » (Mme R, UCSA)
- « il existe une bonne collaboration avec le gradé formateur mais il est parti. On n'a pas accès aux détenus sans les surveillants c'est eux la clé. » (Mr H, UCSA)
- « le dialogue avec la pénitentiaire est ouvert : ils sont partenaires par la force des choses. » (Mr T, UCSA)

D'autres précisent :

- « les référents sont connus pour chaque service, et les relations sont plutôt inter-individuelles entre référents. Il y a une bonne collaboration entre le SPIP et l'UCSA au niveau local. » (Mme J, UCSA)
- « un dialogue s'est instauré (...) chacun monte ses projets de son côté, mais il y a quand même un échange d'informations sur ce que font les uns et les autres dans des réunions inter-institutionnelles. » (Mr Y, UCSA)
- « le comité de pilotage santé est généralement bien suivi. Ce sont des réunions dynamiques et actives où les professionnels s'impliquent bien et sont force de proposition. » (Mme B, UCSA)

A noter que dans 2 établissements cette dynamique de concertation semble exister depuis longtemps (avant même la loi de 1994).

En outre, un des directeurs interviewés mentionne une initiative originale sur ce point : **afin d'améliorer la communication inter-institutionnelle autour de la santé, une journée de rencontre et d'échanges entre le SPIP, l'UCSA et les surveillants a été organisée pour mieux connaître les rôles et les missions de chacun.**

Participation de l'administration pénitentiaire à l'élaboration d'une politique d'éducation pour la santé

« L'adhésion de la direction de l'établissement pénitentiaire à l'action et son information permanente sur l'avancement du projet sont essentielles. La contribution de la direction au projet est alors un élément clé pour étudier ce qu'il est possible de faire. »⁸

⁷ FATOME (.), VERNEREY (.), FROMENT (.), VALDES-BOULOUQUE (.), Ministère de la Justice. Inspection générale des services judiciaires. Paris. FRA, Ministère de l'Emploi et de la Solidarité - Inspection Générale des Affaires Sociales. Paris. FRA, op cit

⁸ GUIBOURGE (Florence) / dir., PALICOT (Anne-Marie) / dir., BRIXI (Omar) / dir., CHOUKROUN (Odile) / dir. , op cit, p125

Pour connaître le positionnement des directions d'établissements en Rhône-Alpes/ Auvergne, il est apparu nécessaire de recueillir le point de vue des directeurs d'établissement ou de leurs adjoints afin de pouvoir le confronter avec celui des professionnels socio-sanitaires. **Et dans l'ensemble, on constate que l'établissement pénitentiaire n'impulse que rarement cette politique d'éducation pour la santé parce qu'elle considère généralement que cela n'est pas son rôle, mais plutôt celui de l'UCSA, conformément aux textes de référence.** En effet, il semble que dans seulement deux cas (sur 17 directions interrogées), la direction soit à l'initiative d'une politique d'établissement, notamment en matière d'hygiène et de prévention des épidémies. En revanche, pour les autres établissements de la région, soit la direction ne s'implique pas du tout dans la définition des actions de prévention (3 établissements concernés), soit elle se positionne en tant que force de proposition émettant des avis et orientations sur la santé qu'elle met en débat la plupart du temps avec les professionnels de l'UCSA et du SPIP (12 établissements concernés).

En outre, **l'ensemble des directions interviewées affirment au moins avoir connaissance des actions qui se mettent en place sur leur établissement**, notamment par le biais des dossiers de financement qu'elles sont chargées de transmettre à la DRSP (cité 13 fois), ou dans le cadre de rencontres inter-institutionnelles spécifiques aux actions d'éducation pour la santé auxquelles elles participent (cité 15 fois).

Par exemple, voici comment des directeurs interrogés prennent position sur cette question :

- « *l'UCSA est maître d'œuvre, il impulse les actions d'éducation pour la santé. L'éducation pour la santé n'est pas une politique de l'établissement. L'administration pénitentiaire a juste un rôle de validation ou d'adhésion* » (Mr F).

- « *la direction est concertée mais elle ne se prononce pas sur l'opportunité de telle ou telle action sauf si une action s'est mal passée ; mais elle n'a pas de légitimité à se prononcer sur le contenu des projets* » (Mr I).

Et cette opinion semble partagée par l'ensemble des directions enquêtées (sauf une qui se positionne véritablement en maître d'œuvre).

Trois professionnels de terrain vont aussi dans ce sens : « *les chefs d'établissement sont en attente de propositions de la part de l'UCSA plus que moteur. Ils sont quand même attentifs au contenu des actions et à leur adéquation avec les besoins de la population* » (Mr G, SPIP) ; « *l'établissement pénitentiaire laisse le champ libre à l'UCSA, il n'impulse pas mais il n'empêche pas* » (Mr H, UCSA).

Seuls deux établissements mentionnent une implication forte de la direction dans la définition et la mise en œuvre des actions de prévention.

Cependant deux professionnels sociaux évoquent leur souhait d'un investissement plus important de la direction au niveau local : « *la direction se cantonne à un rôle de tiroir-caisse* » (Mr E, SPIP) ; « *elle se défausse et ne s'implique pas* » (Mme C, SPIP). Cet engagement de l'établissement pénitentiaire est pourtant une condition sine qua none pour le développement et le renforcement des démarches d'éducation et de promotion de la santé.

A noter que sur un établissement, l'investissement de l'administration pénitentiaire va jusqu'à la valorisation de la participation des détenus aux actions proposées dans le cadre de l'aménagement des peines.

Sans aller jusqu'à l'impulsion d'une véritable politique, la majorité des directions d'établissement participe, soit par des propositions, soit par une validation, à la consolidation d'un programme d'éducation pour la santé dans leur établissement.

Définition des priorités

La définition des actions à mener en matière d'éducation pour la santé devrait s'appuyer idéalement sur la réalisation d'une enquête, d'un diagnostic des besoins et attentes des détenus ressentis localement, comme le propose le guide méthodologique⁹ : en effet, cette première étape dans la construction d'un projet permet d'une part d'apporter des éléments de connaissance qui peuvent modifier les représentations des professionnels par rapport à un problème de santé, et d'autre part d'instaurer une dynamique de valorisation et d'implication de la population carcérale.

Mais dans notre recensement, uniquement 7 établissements sur 18 se sont engagés dans cette voie du diagnostic. La plupart de ces enquêtes sont réalisées de façon ponctuelle (à intervalle pluriannuel) sauf pour un établissement qui effectue un recensement des besoins chaque année. Ces résultats rejoignent ceux de l'IGAS de juin 2001¹⁰. L'investissement que nécessitent ces démarches de diagnostic, le manque d'outils et de formation des professionnels, le manque de moyens humains et financiers, les contraintes du fonctionnement carcéral (évoquées par trois personnes sur cet aspect-là) peuvent être à l'origine de ce constat.

Il est intéressant de noter que d'après une des personnes interrogées, cette analyse des besoins locaux aboutit parfois à des actions adaptées aux réalités locales mais qui ne peuvent pas entrer dans le cadre des priorités nationales et qui ne sont donc pas faciles à faire financer.

Au-delà de la méthodologie d'enquête, la définition des actions se fait à partir d'un certain nombre d'éléments et principalement à partir des observations et constats des professionnels (cités 13 fois), des directives nationales et régionales et du guide méthodologique (cités 11 fois), des opportunités et des disponibilités des intervenants (cités 7 fois) ; mais aussi en fonction de la demande des détenus exprimée dans l'évaluation des actions (citée 3 fois), des événements nationaux (journées mondiales sans tabac, du sida... cités 2 fois), des caractéristiques de la population carcérale (cités 1 fois) et de l'adaptation d'actions réalisées dans un autre établissement (citée 1 fois).

Le choix de la programmation des activités se fait dans la plupart des cas par l'ensemble des partenaires institutionnels en concertation (pour 10 établissements) mais aussi par l'UCSA uniquement (pour 3 établissements), par chacune des équipes sans concertation (pour 2 établissements), par un cadre UCSA (pour 2 établissements), en collaboration avec un partenaire extérieur (pour un établissement). Ce choix des priorités est une phase importante qui permet de renforcer la dynamique de concertation quand elle existe, et de décider ensemble des problématiques retenues parmi les différentes perceptions des partenaires impliqués. Elle intervient en préalable de la définition des objectifs qui permet de clarifier le projet d'éducation pour la santé de l'établissement.

Concernant cette étape de la méthodologie de projet, on constate que **dans l'ensemble des prisons enquêtées, les objectifs et la programmation de la politique d'éducation à la santé ne sont pas formalisés de façon globale pour l'établissement** : ils sont plus souvent définis au niveau de chacune des actions mises en place, sans que soit travaillée la cohérence d'ensemble. Seule pour la moitié des institutions (10 sur 18), les personnes interrogées évoquent un certain nombre d'objectifs généraux mais à partir de leurs propres représentations et non pas en référence à une politique globale pré-établie.

⁹ Ministère de la Santé et de la Protection Sociale. Paris. FRA, Ministère de la Justice. Paris. FRA - Guide méthodologique relatif à la prise en charge sanitaire des personnes détenues, 2004/09 : 131p., ann.

¹⁰ FATOME (.), VERNEREY (.), FROMENT (.), VALDES-BOULOUQUE (.), Ministère de la Justice. Inspection générale des services judiciaires. Paris. FRA, Ministère de l'Emploi et de la Solidarité - Inspection Générale des Affaires Sociales. Paris. FRA, op cit

Pour deux d'entre elles, il s'agit plutôt d'objectifs thématiques ou populationnels. Pour les autres, il s'agit en majorité :

- de transmettre des connaissances sur les risques de certains comportements, une information claire et précise comprise par tous (cité 5 fois) ;
- de donner aux détenus les moyens de changer de comportement, de se protéger (contre le mal-être notamment), de faire le bon choix (cité 4 fois) ;
- de toucher le plus de détenus possible (cité 3 fois).

Quelques professionnels parlent aussi « d'éduquer » ces personnes précarisées, de les « rassurer », de répondre à leurs attentes ou de faire changer leurs mentalités.

Soulignons que pour deux établissements, les professionnels situent aussi les objectifs d'éducation pour la santé au niveau des activités culturelles et sportives dans lesquelles un volet santé est intégré telles que : l'intervention d'un diététicien dans la création d'un potager ou dans la formation des détenus aux métiers de bouche ; une réflexion autour de la santé incluse dans un groupe de lutte contre l'illettrisme etc... Cette approche « promotion de la santé » qui vise un objectif de réinsertion entre donc très progressivement dans la culture du milieu carcéral.

Enfin, pour deux des acteurs interrogés, les actions d'éducation pour la santé servent parfois à pallier certains manques de l'administration pénitentiaire, en terme de fourniture de matériel d'hygiène.

Il apparaît donc que **les pratiques** qui déterminent les priorités de santé, et qui définissent les objectifs de la politique d'éducation pour la santé **sont certes en progression** depuis quelques années dans les établissements pénitentiaires, notamment au niveau de la concertation des acteurs, **mais sont encore à améliorer du point de vue méthodologique** en terme de :

- réalisation d'un diagnostic des besoins auprès de la population carcérale,
- clarification des objectifs,
- et formalisation concertée d'un programme annuel d'éducation pour la santé à partir de plusieurs types d'action articulées en cohérence (entre elles, et avec des objectifs généraux pré-établis).

Cette première partie visait à prendre la mesure de l'intérêt porté par les acteurs du milieu pénitentiaire aux questions d'éducation pour la santé. Ce début d'analyse nous a permis de constater que ces problématiques étaient bien prises en compte par l'ensemble des sites enquêtés dans lesquels les différents acteurs (UCSA, SPIP, établissement pénitentiaire) ont une bonne connaissance des dispositifs de prise en charge sanitaire, sont sensibilisés aux problématiques de santé qu'ils rencontrent au sein de la population carcérale, et sont impliqués dans la définition d'actions de prévention. Quelques améliorations sont néanmoins possibles en terme de formation des professionnels, de renforcement de la concertation, et d'élaboration d'une politique cohérente et adaptée en matière d'éducation pour la santé.

2 - Implication des acteurs

L'analyse des pratiques d'éducation pour la santé développées dans les prisons de la région doit considérer aussi l'implication et le rôle des principaux acteurs concernés, soit essentiellement les UCSA, les SPIP, l'établissement pénitentiaire, sans oublier les intervenants extérieurs.

Elaboration du contenu des actions

Dans la grande majorité des cas, ce sont les personnels de l'UCSA et/ou les intervenants extérieurs qui s'investissent dans l'élaboration du contenu des actions qui seront proposées aux détenus (pour 14 établissements sur 18). Le SPIP est concerné dans une moindre mesure (5 établissements sur 18). En revanche, la participation de la direction pénitentiaire dans cette phase de la programmation des actions est rare (1 établissement seulement). A noter que pour les SMPR, un sur les deux SMPR de la région est partie prenante dans la définition du contenu des actions.

Cette élaboration se fait en collaboration entre les différents acteurs impliqués (UCSA et partenaires extérieurs essentiellement) pour 7 établissements, sans collaboration pour 6 établissements, et pour les autres établissements, elle est réalisée uniquement par les intervenants partenaires (3 établissements) ou par l'UCSA (1 établissement). A noter que pour un établissement, les modalités de définition du contenu des projets diffèrent selon les actions.

Coordination de la mise en œuvre des actions

Cette question de la coordination est importante pour saisir les degrés d'implication des différents services concernés, mais elle n'a pas été évidente à interroger car les rôles dans ce domaine ne sont pas toujours clairement établis et définis pour chacun des acteurs de la prison. Cette situation se traduit par une confusion à propos des missions de chacun, confusion alimentée par le flou de certains textes : la circulaire de 1999 sur les compétences du SPIP mentionne un rôle de coordination des actions d'éducation pour la santé, alors que la loi de 1994 et ses guides d'application 2004 et 2005 attribuent cette coordination à l'UCSA. En pratique, comment cela se passe ?

Le coordonnateur de la mise en œuvre des actions d'éducation pour la santé au sein de l'établissement semble souvent se situer du côté de l'UCSA (pour 12 établissements). Parfois il apparaît plutôt que cela soit une co-animation entre SPIP et UCSA (3 établissements). Et dans deux cas, c'est la direction pénitentiaire qui se positionne plus fortement en maître d'œuvre. Pour un établissement, il s'agit clairement d'une co-animation UCSA/SMPR.

Rôle des acteurs impliqués dans la mise en œuvre des actions (tableau 1)

Il apparaît important de noter que **tous les services UCSA interrogés jouent un rôle dans la réalisation des actions** surtout au niveau de la recherche d'intervenants, du recrutement des détenus, de l'animation des interventions et de la production des bilans. Il en est **de même pour l'établissement pénitentiaire qui assure plutôt les missions logistiques et budgétaires**. En revanche, tous les SPIP interrogés ne sont pas partie prenante de la mise en œuvre des actions : sur 3 établissements ils ont uniquement un rôle de validation ou de présence au comité de pilotage mais ne s'investissent pas dans la mise en place des activités.

Tableau 1 - Implication des acteurs en fonction des activités
(en nombre d'établissements concernés)

	UCSA	Etablissement pénitentiaire	SPIP	SMPR	Ne Sais Pas
Organisation logistique (gestion du planning, obtention des devis, réservation des locaux, du matériel...)	11	14	7	2	
Contact des intervenants	15	2	7	2	
Recrutement/ information des détenus	12	9	6	1	2
Suivi budgétaire et financier		16			3
Finalisation des bilans	16	2	5	2	2

Il est intéressant de constater que **l'animation ou la co-animation des interventions est souvent assurée par des acteurs internes à la prison** (pour 16 établissements sur 18) : dans la plupart des cas, il s'agit de professionnels des UCSA et dans une moindre mesure de travailleurs sociaux du SPIP, sauf pour 4 établissements où ce sont aussi des membres de l'établissement pénitentiaire qui interviennent (1 chef d'établissement, 1 surveillant gradé, 2 moniteurs de sport). Au-delà de l'animation de certaines actions, quelques professionnels de la prison essaient d'être présents pendant les interventions (2 équipes UCSA, et 1 chef d'établissement).

Face à cette majorité, il existe au contraire des établissements qui font plus souvent appel à des intervenants extérieurs. L'un d'entre eux justifie ce choix de la façon suivante : « on évite que les professionnels de la prison soient aussi intervenants pour les AES afin de contourner le risque de confusion des rôles entre le soignant dans le cadre d'une consultation individuelle et l'animateur de prévention dans le cadre d'un groupe de détenus » (Mr O, SMPR). A noter que seulement 3 établissements ne font appel qu'à des intervenants extérieurs pour animer leurs actions. Mais tous les établissements font appel à au moins un intervenant extérieur pour une de leurs actions.

Type de professionnels impliqués dans la mise en œuvre des actions

Au niveau des UCSA, les professionnels mobilisés pour la réalisation des activités d'éducation pour la santé sont plus souvent des infirmiers (cités 15 fois), et des médecins (cités 9 fois). Il s'agit aussi dans une moindre mesure de dentistes (cités 4 fois), de psychiatres et/ou psychologues (cités 4 fois), et de référents toxicomanie (cités 3 fois).

Pour les SPIP, la mise en œuvre des actions est essentiellement assurée par des travailleurs sociaux au niveau local (cités 13 fois) et par les responsables de services (DSPIP ou adjoint, cités 8 fois). A noter que pour deux établissements, un référent départemental est impliqué sur le montage des projets et la recherche de financement.

Du côté de l'établissement pénitentiaire, ce sont d'une part les membres de la direction (chef d'établissement ou adjoint cités 12 fois) **qui s'investissent** pour la validation des projets et leur suivi budgétaire, **et d'autre part les surveillants** (uniquement moniteurs de sport et surveillants UCSA cités 9 fois) pour la partie logistique ou beaucoup plus rarement pour une intervention ponctuelle. **Mais globalement, les surveillants ne sont pas impliqués directement dans les interventions.** Un des professionnels enquêtés précisent d'ailleurs que de son point de vue la non-implication des surveillants dans les groupes d'éducation pour la santé est à la fois « quelque chose de positif car cela garantit la confidentialité de la parole des détenus qui se sentent libre de s'exprimer en dehors du contrôle pénitentiaire. Mais c'est aussi quelque chose de négatif car les surveillants ne peuvent pas jouer leur rôle d'exemplarité auprès des détenus » (Mme M, UCSA). En revanche, l'expérience de l'intervention d'un surveillant gradé dans une action de prévention fait dire à un autre professionnel que dans ce contexte les surveillants « jouent bien leur rôle de surveillance, mais dans un autre cadre où l'on informe et l'on dialogue, dans un lieu où la parole des détenus est écouté, entendu et où on leur répond ; il s'agit pour les détenus et les surveillants d'un espace de dialogue autre que celui de la détention » (Mr O, SMPR).

Cela étant, d'après la moitié des directions interrogées, les personnels de surveillance participent quand même indirectement au fonctionnement des activités dans le cadre de leur mission de repérage / orientation (rôle d'incitation et de motivation), et d'encadrement (accompagnement des détenus aux groupes).

Voici quelques remarques complémentaires concernant l'implication des professionnels dans la réalisation des actions :

- les services scolaires ne sont presque jamais cités dans la mise en œuvre des actions sauf 1 fois pour leur collaboration ponctuelle dans la sélection des détenus ; un professionnel enquêté précise même que les équipes soignantes auraient refusé la participation d'un instituteur intéressé aux groupes d'éducation pour la santé afin de rester dans le cadre du secret médical.
- les difficultés d'investissement des SPIP sont citées 5 fois (surcharge de travail, priorité de l'aménagement des peines...) ;
- le manque de temps des équipes UCSA avec la priorité du soin est évoqué 4 fois (jusqu'à même dans un cas l'impossibilité de réaliser les actions de prévention prévues et l'obligation de reverser les financements demandés à la DRSP) ;
- la suppression d'un agent de justice fortement impliqué sur l'éducation pour la santé est mentionnée pour 4 établissements avec des conséquences importantes en terme de gestion des actions et qui se traduisent généralement par une diminution de l'activité ;
- le manque de compétence et le manque d'intérêt des infirmiers UCSA sont évoqués chacun une fois ;

- l'existence dans l'équipe d'une infirmière spécifiquement dédiée à la prévention est mentionnée sur un établissement : c'est une situation unique dans la région.

Concernant la mise en œuvre des actions d'éducation pour la santé, les UCSA et les partenaires extérieurs apparaissent comme des acteurs importants surtout au niveau de la définition du contenu des actions, et de l'animation des interventions. Les établissements pénitentiaires sont présents plutôt sur les phases d'organisation logistique et de suivi budgétaire. Et les SPIP s'investissent également sur les différentes étapes de réalisation, mais dans une moindre mesure. Il serait intéressant de **développer davantage l'implication des différents acteurs du milieu carcéral** (notamment pour les surveillants, les professionnels socio-éducatifs et les enseignants) en promouvant une stratégie concertée de mise en œuvre des actions. Dans cette stratégie, « chacun se sent concerné et utile à l'avancement de l'action, s'il sait qu'il occupe une place qui lui est propre. Pour ce faire, au moment de la répartition des tâches, devront être prises en compte la fonction et les compétences spécifiques de chaque partenaire. »¹¹

3 - Actions d'éducation pour la santé réalisées en 2004 et 2005

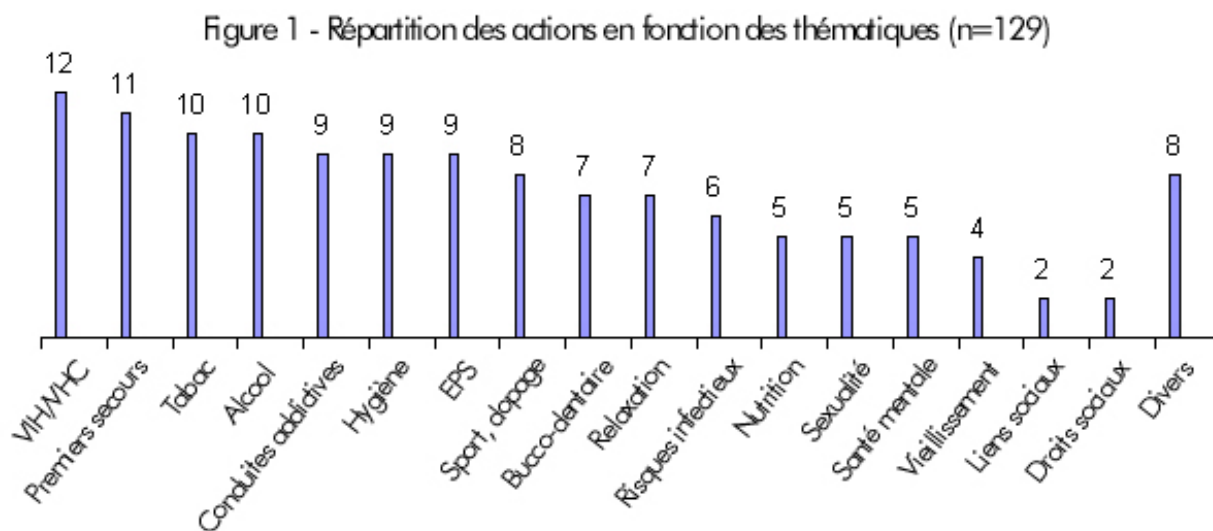
Cette troisième partie présente l'ensemble des actions de prévention qui ont été mises en place en 2004 et 2005 dans les 18 établissements pénitentiaires enquêtés à partir d'un certain nombre de critères : thèmes abordés, porteurs de projet, financeurs, partenaires, populations touchées, objectifs, types d'action, intervenants, outils utilisés, suivi des groupes et modalités d'évaluation.

Au total, 87 actions ont eu lieu en 2004 et 107 en 2005. **129 actions** différentes ont été recensées sur 2004-2005 dont 66 ont été réalisées à la fois en 2004 et en 2005. Ces résultats peuvent être mis en parallèle avec un premier recensement que le CRAES-CRIPS avait réalisé en 1996 et qui concernait aussi les actions de prévention développées par les établissements pénitentiaires de la région : moins d'une cinquantaine d'interventions en 1996 et seulement une trentaine d'actions en 1994 avaient été repérées dans le cadre de cet état des lieux. Au regard de ces chiffres, il est possible d'affirmer que les actions d'éducation pour la santé en Rhône-Alpes/ Auvergne se sont considérablement développées depuis la réforme.

Concernant le suivi des actions identifiées, **59% d'entre elles sont effectuées de façon ponctuelle et ne sont pas suivies dans la durée.** Les autres interventions sont renouvelées plusieurs fois par an (de 2 fois par an jusqu'à une fois par semaine). Pourtant, cette inscription dans la durée apparaît souvent indispensable car il faut du temps pour susciter la confiance dans un climat de méfiance et pour écouter, faire émerger et modifier les représentations de la santé et de la maladie. Il y a donc peut-être ici une **marge de progrès possible pour augmenter le nombre d'actions inscrites dans le temps**, à condition bien sûr de pouvoir trouver les moyens humains nécessaires.

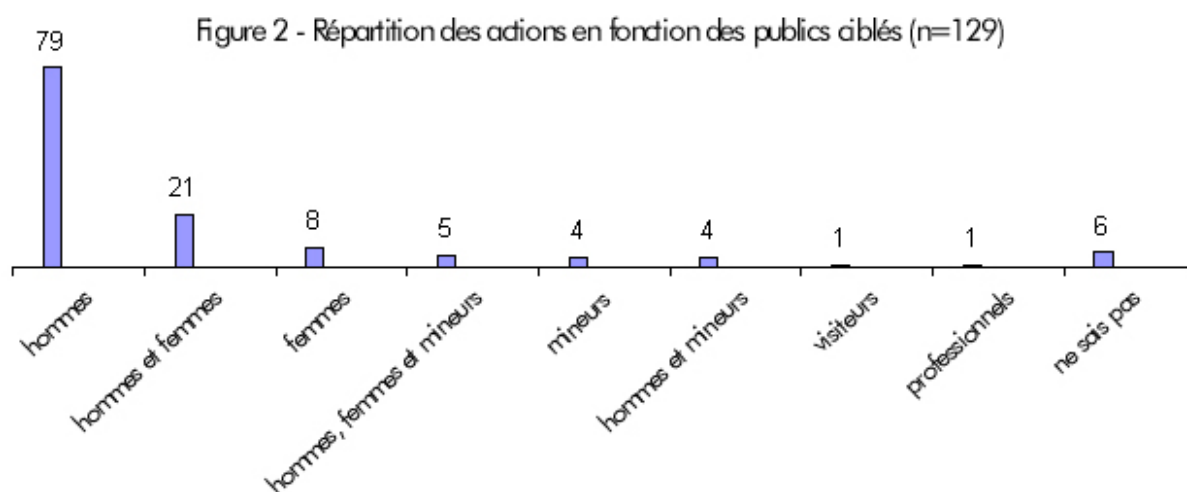
¹¹ GUIBOURGE (Florence) / dir., PALICOT (Anne-Marie) / dir., BRIXI (Omar) / dir., CHOUKROUN (Odile) / dir., op cit, p 123

Les thématiques abordées dans les différentes actions recensées sont très variées. Les premiers thèmes investis concernent la prévention du sida et des hépatites, les formations aux premiers secours, et la consommation de produits psycho-actifs (figure 1).

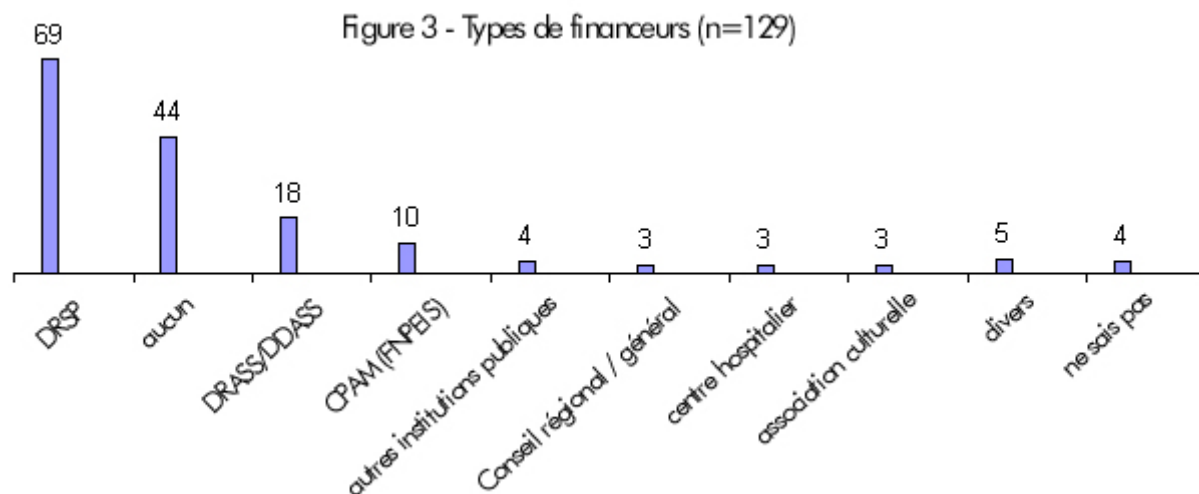


Les actions mises en place ciblent principalement les détenus hommes puisque 61 % des actions seraient destinées uniquement à ce public, ce qui apparaît logique compte tenu de la structuration de la population carcérale avec seulement 4% de femmes (figure 2).

A noter que 16% des actions sont repérées comme étant à destination des détenus hommes et femmes dans des établissements qui accueillent ces deux populations.

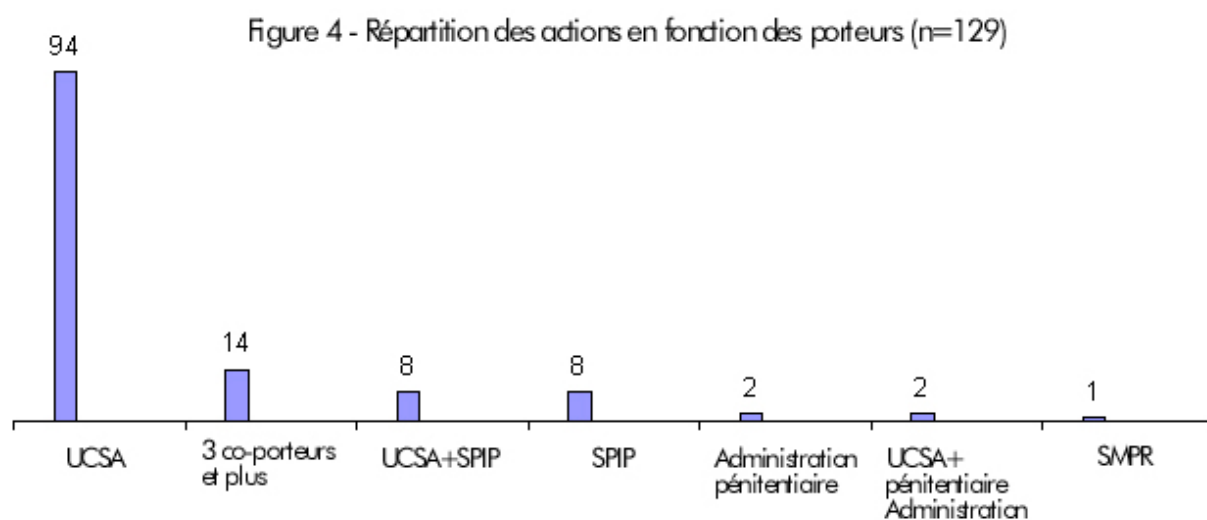


Le premier financeur des actions d'éducation pour la santé en prison sur 2004 et 2005 est la DRSP qui participerait au financement de 53 % des projets (figure 3). Il semble que 34 % des actions ne bénéficient d'aucun financement et sont réalisées avec les moyens humains et financiers des équipes en interne (généralement les équipes UCSA) ou plus rarement grâce à l'intervention de bénévoles. Il est intéressant de préciser que **seulement 25 actions sur 129 (soit 19%) apparaissent ici comme étant cofinancées** par plusieurs organismes. Pourtant, le financement de ces actions peut être assuré par plusieurs types de sources : en effet, au-delà de la DRSP, les DRASS/DDASS, l'assurance maladie ou les collectivités territoriales peuvent débloquent des crédits déconcentrés pour l'éducation à la santé.

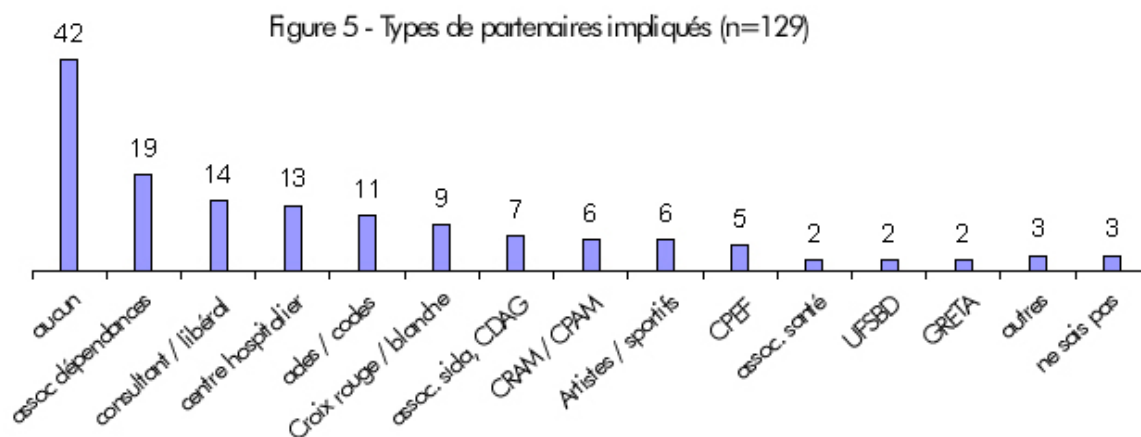


Total supérieur à 129 en raisons de réponses multiples

Une grande majorité des projets semblent être portés par les UCSA soit 73 % (figure 4). Pour quelques actions il est parfois mentionné une collaboration de plusieurs institutions dans la coordination du projet, collaboration qui concerne : UCSA et Etablissement pénitentiaire (1 % des actions), UCSA et SPIP (6%), ou 3 co-porteurs et plus parmi différents types d'acteurs (UCSA, SPIP, SMPR, Etablissement pénitentiaire, service scolaire, partenaire extérieur...) pour 11% des cas.



Le type de partenaires impliqués semble très variable selon les actions, leurs thématiques et leurs objectifs (figure 5). Les premiers partenaires mobilisés seraient les associations de prévention des dépendances aux toxicomanies, à l'alcool et au tabac (CSST, ANPAA essentiellement) : ce résultat est à mettre en lien avec les thématiques investies par les actions de prévention. Il est important de souligner que **32 % des projets n'impliqueraient aucun partenariat extérieur** à la prison avec une mobilisation des ressources humaines en interne. Mais contrairement aux conclusions du rapport de l'IGAS¹², les partenariats extérieurs en matière de prévention sont fortement développés en région.



Total supérieur à 129 en raisons de réponses multiples

Les objectifs les plus couramment mobilisés dans les actions d'éducation à la santé recensées font référence à (tableau 2) :

- la transmission de connaissances (pour 55% des actions) ;
- l'accompagnement et la valorisation des comportements de prévention (25 %) ;
- l'acquisition de nouveaux comportements (22%) ;
- l'insertion sociale (12%).

Il est important de souligner le fait que les pratiques d'éducation pour la santé au niveau de la région ne sont donc aujourd'hui plus uniquement centrées sur des apports d'information (dimension du savoir), mais qu'elles prennent de plus en plus en compte les deux autres leviers d'actions possibles dans ce domaine, c'est-à-dire une action sur le savoir-faire (acquisition de compétences) et une action sur le savoir-être (valorisation et responsabilisation des personnes, échanges et communication entre détenus). Cependant, il reste encore un équilibre à trouver dans l'investissement de ces trois dimensions pour une qualité et une efficacité accrue des actions d'éducation pour la santé en prison : en effet **la dimension des connaissances est encore sur-représentée dans les actions recensées par rapport à celle de l'insertion et de la valorisation des détenus**. Or, dans la mise en œuvre d'une politique d'éducation pour la santé en milieu pénitentiaire, il s'agit avant tout « de viser à ce que la santé soit reconnue comme une ressource pour assumer la détention et surtout la réinsertion »¹³.

¹² FATOME (.), VERNEREY (.), FROMENT (.), VALDES-BOULOUQUE (.), Ministère de la Justice. Inspection générale des services judiciaires. Paris. FRA, Ministère de l'Emploi et de la Solidarité - Inspection Générale des Affaires Sociales. Paris. FRA, op cit

¹³ GUIBOURGE (Florence) / dir., PALICOT (Anne-Marie) / dir., BRIXI (Omar) / dir., CHOUKROUN (Odile) / dir., op cit, p 107

Tableau 2 – Types d'objectifs proposés (n=129)

Objectifs proposés	Nombre d'actions concernées
Informier/ Faire prendre conscience/ Sensibiliser/ Faire connaître/ Expliquer/ Faire comprendre	71
Accompagner/ Aider/ Soutenir/ Valoriser/ Responsabiliser / Encourager/ Inciter/ Dynamiser/ Mobiliser/ Favoriser une démarche de soin/ Développer	32
Acquérir de nouveaux comportements/ Apprendre/ Mettre en application/ Former/ Initier	29
Favoriser des échanges/ Créer des liens/ Sortir de l'isolement	15
Travailler sur les représentations/ Questionner	9
Prévenir/ Lutter contre	9
Produire/Travailler sur un thème/ Favoriser l'expression	4
Promouvoir des valeurs	3
Maintenir l'autonomie	3
Divers (dépister, recenser des besoins, impliquer des relais)	3

Total (178) supérieur à 129 en raisons de réponses multiples

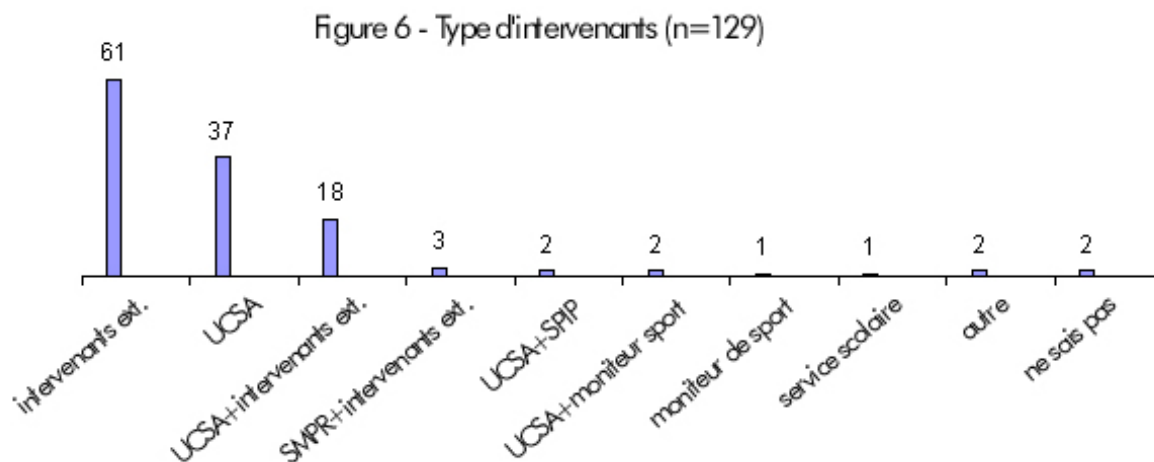
A travers les données recueillies (tableau 3), il apparaît que **la majorité des actions (63%) prene la forme de séances d'information groupales ou de groupes de parole**. Des ateliers pratiques ou des formations sont parfois mis en place, mais dans une moindre mesure (respectivement pour 15% et 12 % des actions). Il est important de rappeler que les interventions éducatives doivent non seulement jouer sur la prise de parole et l'expression des personnes détenues, mais aussi sur leur rapport au corps à partir d'atelier pratique (relaxation, expression corporelle...) ou de formations aux premiers secours, et sur leurs capacités d'actions à partir de productions créatives (atelier d'écriture, théâtre forum, création audiovisuelle) et d'actions collectives (organisation d'un forum santé, mise en place d'une exposition). Ces deux derniers types d'activités mériteraient sans doute d'être renforcés.

Tableau 3 – Types d'actions réalisées (n=129)

Modalités d'intervention	Nombre d'actions concernées
Séances d'information en petits groupes/ Groupes de parole	82
Ateliers pratiques (sport, relaxation, mémoire, art thérapie, socio-esthétique)	20
Formations	15
Diffusion d'informations (exposition, canal interne, journal...)	9
Consultations individuelles/ Entretiens individuels	7
Journées d'échanges/ Conférences/ Spectacles	6
Stands d'information, Portes ouvertes	6
Diffusion de matériel sanitaire	4
Mise en place de menus équilibrés	2

Total (151) supérieur à 129 en raisons de réponses multiples

Pour près de la moitié des actions recensées (48 %), les intervenants seraient des partenaires extérieurs, dans 29 % des cas il s'agirait de professionnels des UCSA, et pour 14 % des interventions, il y aurait une co-animation UCSA/Intervenants extérieurs (figure 6). **Les professionnels des UCSA et les partenaires extérieurs sont donc en première ligne sur l'animation des interventions**, comme nous l'avons déjà souligné précédemment.



La palette des outils utilisés dans les actions de prévention est assez large ici, même si les outils de parole et d'expression mobilisés dans 63% des actions dominent (tableau 4). D'autres moyens sont explorés comme la documentation (21%), les exercices pratiques (15%), les cassettes vidéo (13%) ou encore les outils de formation (12%). Mais il serait peut-être intéressant de favoriser davantage l'utilisation des matériels pédagogiques qui apparaissent comme les moins mobilisés ici, afin de diversifier l'offre proposée aux détenus dans le sens d'une meilleure adaptation à leurs attentes en terme d'interactivité, de moments ludiques etc... Il faut souligner le fait que **seuls trois outils conçus localement et spécifiquement pour les personnes détenues ont été recensés** dans cette enquête régionale. Ce résultat va dans le sens des préconisations du guide méthodologique qui propose « d'adapter des documents existants plutôt que de créer des documents spécifiques au milieu carcéral »¹⁴.

Tableau 4 – Outils pédagogiques utilisés (n=129)

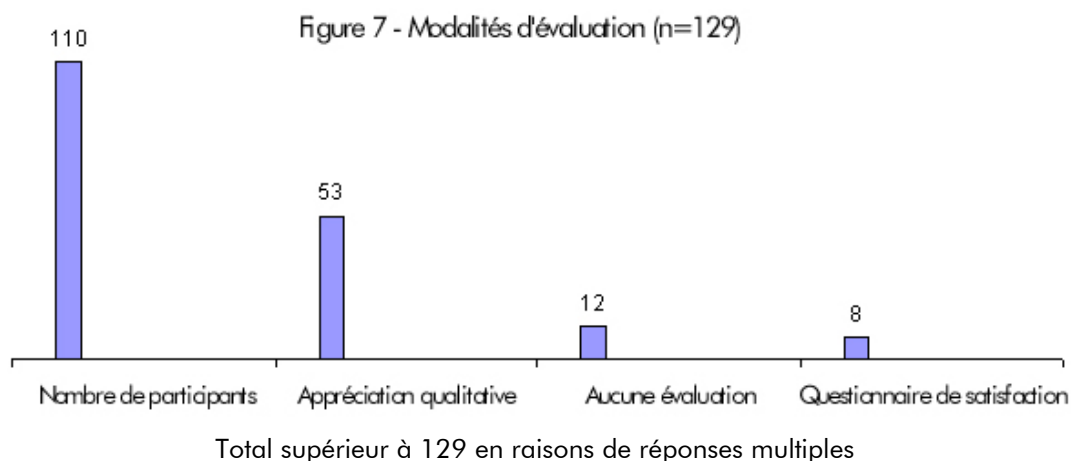
Outils pédagogiques utilisés	Nombre d'actions concernées
Echanges/ Dialogue/ Débat/ Conseils/ Informations	82
Diffusion de documentation, brochures, lettres d'information	27
Exercices pratiques, mises en situation	19
Cassettes vidéo	17
Outils de formation (théorie et pratique)	15
Expositions, affichage	11
Tests, questionnaires, brainstorming	11
Entretiens individuels, écoute, conseils, dépistage	10
Production (écrite, vidéo, culinaire...)	10
Diffusion de matériels	8
Photo langage, jeux	5
Spectacle	2
Démonstration de matériels	2
Repas	2

Total (221) supérieur à 129 en raisons de réponses multiples

¹⁴ Ministère de la Santé et de la Protection Sociale. Paris. FRA, Ministère de la Justice. Paris. FRA, op cit, p36

En ce qui concerne le suivi des activités d'éducation pour la santé, **la majorité des groupes de détenus constitués dans ce cadre (soit pour 61% des actions) sont des groupes ponctuels ouverts aux détenus volontaires et qui ne se réunissent qu'une seule fois.** Les autres actions proposeraient plus souvent des groupes fermés de détenus (parfois sélectionnés) et qui s'engagent généralement pour plusieurs séances d'activités. **La pertinence des actions inscrites dans le suivi et la durée n'est plus à démontrer aujourd'hui : il serait donc intéressant de renforcer ce type d'interventions** au sein des établissements pénitentiaires, malgré les difficultés que cela implique en terme de moyens pour les professionnels, de participation des détenus, et d'adaptation au fonctionnement carcéral.

Enfin, **les modalités d'évaluation (figure 7) s'orientent plus souvent sur un résultat quantitatif à partir de la mesure du nombre de détenus participants (dans 85% des cas) que sur une appréciation qualitative de l'intervention (pour 41 % des cas)** qui lorsqu'elle existe est généralement assez succincte. Cela étant, on constate que les méthodologies d'évaluation sont souvent peu maîtrisées par les professionnels qui portent ces actions, et que par conséquent les bilans et rapports d'évaluation, à la fois par **manque de compétences**, mais aussi par **manque de moyens** sont souvent peu approfondis et peu rigoureux du point de vue de la méthode. Il y a certainement des améliorations à apporter à ce niveau là, comme dans de nombreux autres secteurs de l'action publique, notamment en formant les acteurs concernés et en favorisant une augmentation des moyens spécifiquement dédiés à cette phase des projets.



Les actions d'éducation pour la santé ont beaucoup été développées ces dernières années par les professionnels du milieu pénitentiaire de la région Rhône-Alpes/ Auvergne, même si ces actions peuvent encore gagnées en qualité en favorisant :

- des actions inscrites dans la durée ;
- des activités agissant sur la valorisation des ressources du détenu ;
- des ateliers pratiques et de création ;
- des outils d'expression ludiques et interactifs qui proposent une mise en situation ;
- une évaluation rigoureuse des projets.

4 - Efficacité et limites des méthodologies d'intervention

Au-delà du descriptif des actions qui ont pu être mises en place dans les institutions de la région, ce recensement a permis de mettre en lumière les obstacles rencontrés et les ressources mobilisées dans la mise en œuvre des projets d'éducation pour la santé, en terme de participation des détenus, de partenariat interne et externe, de moyens etc...

■ Facteurs limitant

Après le **manque de locaux** (cité 22 fois), il est apparu dans notre enquête qu'un des principaux freins à l'efficacité des actions de prévention développées dans un contexte pénitentiaire était celui de la **participation insuffisante des détenus** (cité 14 fois). Or, la démarche d'éducation pour la santé ne peut se limiter à la diffusion de conseils et d'informations. Elle implique une participation active du détenu, un échange avec les intervenants fondé sur l'écoute, le dialogue et l'interactivité, « même s'il est paradoxal de se recommander, en détention, d'une approche (...) mettant au premier plan la participation libre des personnes de la communauté aux affaires qui les concernent. »¹⁵

Participation des détenus

En effet, la difficulté majeure de ces démarches est de parvenir à susciter un investissement personnel du détenu et une prise de conscience de l'intérêt de ces actions pour faciliter l'insertion. Cela se traduit notamment par un manque d'implication des détenus dans les phases d'élaboration des projets, comme le montrent les résultats suivants.

Dans la majorité des cas, les actions d'éducation pour la santé ne semblent pas mises en place à l'initiative ou à la demande des détenus. Pour deux professionnels, les détenus seraient assez attentistes par rapport aux actions et il y aurait peu de demande. Et seules trois actions montées à l'initiative ou à la demande de détenus ont donc été mentionnées dans l'enquête (une action sida, une formation aux premiers secours et une information sur le don d'organes). Cela étant, pour une personne interviewée, si la demande n'existe pas en amont, « elle émerge au moment de l'intervention : on part d'une thématique de base puis les questions des détenus orientent les débats sur telle ou telle dimension particulière. Les détenus participent donc en quelque sorte à la construction de l'action, mais quand ils sont déjà dans la salle » (Mme M, UCSA).

En ce qui concerne la participation des détenus à la construction des actions, la majorité des personnes interrogées (19 sur 31) déclarent que ces derniers ne sont pas impliqués dans l'élaboration des projets. Cette démarche de co-construction reste donc difficile, mais pas impossible puisque pour une dizaine de personnes interviewées, il y a eu une association effective des détenus soit pour certaines actions, soit pendant l'intervention elle-même, soit pour la valorisation des actions, soit à partir des évaluations précédentes.

Certains enquêtés évoquent ainsi les ressources possibles pour favoriser l'implication des détenus dans la construction des projets :

- notamment en tenant compte du diagnostic des besoins et des évaluations réalisés auprès de la population carcérale (cité 4 fois) ;
- en favorisant des outils de démarche participative pendant l'intervention elle-même (cité 2 fois) ;
- en associant les détenus de la vidéo et du journal pour la communication des informations et la valorisation des actions (cité 2 fois).
- en privilégiant l'écoute des besoins sur les lieux de consultations (cité 1 fois).

¹⁵ GUIBOURGE (Florence) / dir., PALICOT (Anne-Marie) / dir., BRIXI (Omar) / dir., CHOUKROUN (Odile) / dir., op cit, p 59

Néanmoins, quelques facteurs qui freinent cette dimension participative ont pu être identifiés :

- avec le turn-over, d'une part un projet à l'initiative de détenus risquerait de ne pas aboutir et d'autre part, il paraît difficile de mobiliser des détenus pour la mise en place d'une action dont ils risquent de ne pas être bénéficiaires (cité 4 fois) ;
- l'établissement pénitentiaire et les contraintes sécuritaires feraient parfois obstacle sur cette dimension participative : « *l'administration pénitentiaire voit la collaboration avec les détenus d'un mauvais œil : cela ne fait pas encore partie de sa culture professionnelle* » (Mme W, SPIP) ; « *on n'est pas encore dans la révolution culturelle de la prison, mais notre prochain combat c'est la participation démocratique du détenu* » (Mr A, UCSA), cité 3 fois ;
- les professionnels chargés de mettre en place ce type d'actions manqueraient de temps pour s'engager sur cette voie (cité 1 fois).

Malgré ces limites, il est intéressant de noter que cette participation apparaît possible, voire souhaitable pour certains : « *ce serait bien de le faire et c'est possible* » (Mr L, UCSA) ; « *la dimension de la participation est à réfléchir car elle est souhaitable* » (Mme F, SPIP).

Au delà des difficultés d'implication des détenus dans la préparation des actions, plus de la moitié des personnes interrogées (18 sur 31) regrette quand même le fait que **la participation des détenus aux activités proposées par les professionnels soit généralement beaucoup moins importante que celle qui est attendue.**

Ces difficultés de présence seraient liées d'abord :

- à un problème de motivation : baisse de motivation des détenus entre le moment de l'inscription et la réalisation de l'action à cause des délais trop longs, manque d'intérêt pour la prévention, difficultés à se lever le matin pour les activités, détenus non disponibles psychologiquement pour ces actions... (cité 9 fois) ;
- à la concurrence d'autres temps privilégiés en prison tels que les parloirs, les promenades, et autres activités (cité 9 fois).

Elles semblent aussi être le fait mais dans une moindre mesure :

- du turn-over sur les maisons d'arrêt (avec notamment les libérations impossibles à anticiper), cité 4 fois ;
- du manque de disponibilité des détenus qui travaillent (cité 3 fois) : « *la vraie difficulté c'est de jongler avec le travail des détenus. D'un côté on a la pression des établissements pour que les détenus travaillent et de l'autre, les missions des SPIP et des UCSA sont de proposer une ouverture et des activités aux détenus. Notre politique au SPIP est de dire que la prison, ce n'est pas que le travail, et que les détenus ont droit d'accéder à une ouverture sur la culture, la santé... comme à l'extérieur. Et c'est difficile de s'accorder là-dessus, de trouver un équilibre car les AES doivent se faire sur les heures d'ouverture de la prison qui sont aussi des heures de travail pour les détenus. Comment rendre compatible ces deux aspects ? A l'extérieur, les personnes peuvent concilier les deux dimensions : travail et activités extra professionnelles. En prison c'est difficile et ce n'est pas juste pour les détenus* », Mme W, SPIP ;
- d'un thème qui provoque des craintes ou des réticences comme les toxicomanies ou l'alcool (peur du regard des co-détenus, déni de sa problématique personnelle...), cité 1 fois.

Face à ces obstacles, deux professionnels enquêtés apparaissent plutôt pessimistes sur les solutions possibles parce que d'une part « *on ne connaît pas vraiment la cause du désengagement des détenus (en dehors du transfert ou de la libération)* » (Mr O, SMPR) et d'autre part « *on ne peut rien faire face à ces difficultés car on ne peut pas changer le fonctionnement carcéral* » (Mme U, SPIP).

A contrario, seuls 11 professionnels ne mentionnent aucune difficulté au niveau de l'implication des détenus dans les groupes de prévention qui leur sont proposés. En effet, un certain nombre de facteurs faciliterait la participation des détenus aux actions d'éducation pour la santé et notamment :

- le développement par les acteurs de stratégies permettant de contourner les obstacles liés au fonctionnement carcéral : anticipation des extractions, des transferts et des libérations, gestion du planning en fonction des diverses activités (parloirs, promenades, sport...), demande écrite d'engagement du détenu, mise en place d'une liste d'attente en cas de désistement, démultiplication des groupes pour toucher plus de monde et ne pas mélanger certains détenus,

- répétition de l'action plusieurs fois dans l'année, et enfin mise en place de stands ouverts à tous, (cité 11 fois) ;
- le fait que les détenus soient « friands » de ce type d'actions, qu'ils soient dans une logique consumériste de services comme à l'extérieur et que le bouche à oreille fonctionne bien entre eux quand une action leur a plu (cité 4 fois) ;
 - l'importance d'un travail de fond sur les moyens communication et d'information aux détenus (cité 4 fois) ;
 - la petite taille de l'établissement qui implique moins de contraintes sécuritaires et donc plus de facilité à gérer les groupes, et à motiver les détenus par un passage dans chaque cellule (cité 1 fois) ;
 - le suivi individuel des détenus inscrits ou participant aux actions par les intervenants (relances, travail de motivation...), cité 1 fois ;
 - le fait que peu de détenus travaillent ou soient en formation, et qu'ils aient donc plus de disponibilité (cité 1 fois) ;
 - la forme de l'action à savoir plutôt un échange en petit groupe qu'un grand rassemblement sous forme de conférence (cité 1 fois).

En outre, trois personnes interrogées précisent qu'au-delà de la présence aux actions, les détenus sont très respectueux des interventions qui leur sont proposées, d'une grande qualité d'écoute auprès des intervenants, mais aussi très intéressés et très actifs dans les groupes.

Concernant le **rôle des surveillants dans l'accompagnement des détenus** aux groupes d'éducation pour la santé, seuls 19 professionnels interviewés se sont prononcés et pour beaucoup d'entre eux **cette question pose quelques difficultés** soit parce qu'il existe des blocages au niveau de ces professionnels (incompréhension, éducation pour la santé considérée comme non prioritaire, scepticisme sur les apports des AES, culture de la non communication en détention, passivité/manque d'intérêt, ...cités 9 fois), soit parce qu'il y a un manque de personnel et que la charge de travail est déjà trop importante pour eux (cité 2 fois). Ces obstacles avaient déjà été soulignés dans le rapport de l'IGAS en juin 2001¹⁶. En revanche, pour 8 personnes interrogées, les surveillants semblent être des partenaires efficaces dans l'inscription et l'appel des détenus ce qui favorise une bonne participation aux activités.

Il est intéressant de souligner l'analyse d'un des professionnels enquêtés sur cette question de la collaboration du personnel de surveillance qui peut nous aider à mieux comprendre cette problématique : « *C'est difficile parfois de faire accepter les nouveaux projets aux surveillants car plus il y a d'intervenants extérieurs aux surveillants, plus ils ont l'impression que le lien social qu'ils ont avec les détenus s'effrite ; les surveillants peuvent donc se sentir déposséder de ces relations et devenir uniquement des porteurs de clé. L'idéal serait de pouvoir impliquer les surveillants dans nos actions car, en plus, certains en ont envie. Mais le problème c'est le manque de temps, les surcharges de travail et l'organisation de la pénitencière* » (Mr L, UCSA).

Pour conclure sur ce thème, après le manque de locaux, les difficultés de participation et de motivation des détenus reste quand même un des obstacles les plus souvent évoqués dans cette enquête ainsi que dans l'analyse de l'IGAS, avec les questions de turn-over, le problème des détenus qui travaillent, et la concurrence d'autres activités. A tout cela s'ajoute la difficulté de valoriser les actions auprès des détenus dans un contexte déjà saturée par l'information collective, et où les questions d'illettrisme et de langues étrangères complexifient la communication.

Autres limites

De nombreux autres éléments pouvant freiner la mise en place des actions d'éducation pour la santé dans un contexte pénitentiaire ont été évoqués.

¹⁶ FATOME (.), VERNEREY (.), FROMENT (.), VALDES-BOULOUQUE (.), Ministère de la Justice. Inspection générale des services judiciaires. Paris. FRA, Ministère de l'Emploi et de la Solidarité - Inspection Générale des Affaires Sociales. Paris. FRA, op cit

Ainsi, **le manque de temps et de moyens humains** cité 12 fois (avec la priorité des soins pour les UCSA notamment, et le départ des agents de justice évoqué pour 4 établissements...) empêcherait les acteurs d'entrer dans un cadre méthodologique rigoureux, ce qui d'après certains donnerait lieu à des actions ponctuelles, informatives, et peu innovantes. De leur point de vue, les AES reposent trop souvent sur des personnes qui portent seules cette mission et pas assez sur des équipes dans lesquelles chaque professionnel se sent investi.

En outre, **les impératifs de sécurité et la lourdeur du fonctionnement carcéral** qui se traduisent notamment par une sélection et une limitation des détenus pouvant participer aux groupes de prévention, par des procédures complexes d'autorisation d'entrée pour les intervenants extérieurs, par des parcours décisionnels très hiérarchisés... apparaissent parfois comme une difficulté supplémentaire dans l'organisation des activités (cité 11 fois).

Il est également fait mention **des soucis quelquefois rencontrés avec les intervenants extérieurs** (citées 9 fois) : indisponibilité des partenaires, refus d'intervention à cause de la participation incertaine des détenus, éloignement géographique de l'institution qui rend difficile l'accès aux ressources, crainte de la pénitencière d'être envahie par l'extérieur, méconnaissance du fonctionnement carcéral par les intervenants, manque de connaissance des structures ressources référencées, problème de concurrence avec les personnels UCSA, difficulté à trouver des intervenants en fonction des thèmes...

Par ailleurs, certains professionnels interrogés semblent aussi être **gênés par la dimension administrative de la gestion des projets** en évoquant le caractère chronophage de la recherche de financement, la lourdeur des procédures, le manque de financement, et les difficultés à trouver des cofinancements (cités 7 fois). Quelques-uns soulignent même leur manque de professionnalisme en la matière.

Enfin, **les flux de la population carcérale** constitueraient aussi un obstacle à la mise en place des actions de prévention (cités 6 fois) pour plusieurs raisons : en effet, dans ce contexte, il est difficile de proposer aux détenus des actions suivies dans la durée pourtant plus pertinentes que des interventions ponctuelles ; de plus le turn-over fait obstacle au bouche à oreille entre détenus qui pourrait pourtant favoriser leur présence aux activités ; et puis il rend difficile l'adaptation de l'offre aux attentes des détenus car au moment de l'intervention, on n'a plus à faire à ceux qui auraient été concernés par un éventuel diagnostic.

Les acteurs interrogés ont mis en lumière d'autres types de difficultés :

- les freins de l'administration pénitentiaire (direction ou surveillant) sur certains thèmes, sur la concertation des acteurs, ou sur les actions d'éducation pour la santé en général (cités 6 fois) ; ces constats rejoignent ceux qui ont pu déjà être faits sur le manque de légitimité de ce type d'actions concernant leur apport potentiel dans le parcours d'aide à la réinsertion des personnes détenues.
- le manque de compétence et de formation des acteurs (pour le montage des projets notamment), et le manque de soutien méthodologique par des spécialistes de l'éducation pour la santé (cité 5 fois) ;
- la carence d'outils attractifs et interactifs, et de moyens matériels pour animer les interventions (cité 4 fois) ;
- les rapports de force entre services, les difficultés de collaboration (cités 2 fois) ;
- les difficultés à recenser les besoins des détenus (citées 2 fois) ;
- le défaut de reconnaissance de la part de l'administration pénitentiaire des efforts réalisés par les détenus pour participer aux actions dans le cadre de l'aménagement de leur peine (cité 1 fois) ;
- l'implication insuffisante des travailleurs sociaux qui ne se sentiraient pas concernés et n'intégreraient pas l'éducation pour la santé dans leurs missions (cité 1 fois) ;
- le manque de liens, d'échanges avec d'autres établissements pénitentiaires (cité 1 fois).

Comme le conclut un des professionnels enquêtés, « la mise en œuvre des AES représente un travail phénoménal qui peut facilement être annulé à la dernière minute pour toutes ces raisons. C'est usant. Cela nécessite beaucoup d'énergie car rien n'est simple dans ce domaine. Pour certains la santé en prison est le dernier de leurs soucis car ils ont d'autres préoccupations. On essaie de mettre en place des stratégies pour faire face à ces difficultés mais elles sont sans cesse remises en cause. En réalité il faut surtout vouloir, c'est la foi qui fait déplacer les murs, il faut avoir envie, revenir à la charge, expliciter, être en lien avec les autres professionnels... Bien sûr il existe des moments de découragement. Tout le monde est maltraité en prison » (Mr U).

Au regard de ces difficultés, les personnes interrogées ont été invitées à se prononcer sur les améliorations à apporter de façon prioritaire. Le souhait le plus souvent évoqué concerne une plus grande participation des détenus aux interventions proposées à travers des outils d'animation et de communication plus adaptés (citée 12 fois). Au même niveau se situe l'augmentation des moyens humains, matériels et financiers (citée 11 fois), puis vient ensuite la question de la formation et du soutien méthodologique par des partenaires extérieurs référencés (citée 5 fois). Quelques acteurs souhaitent clarifier en priorité l'implication et la collaboration des différents professionnels concernés à l'intérieur de la prison (citées 3 fois). Enfin, trois autres enquêtés évoquent la nécessité d'investir certaines thématiques en particulier, compte tenu des problématiques de leur établissement respectif.

Il est intéressant de noter que deux des professionnels interviewés souhaitent fortement que les établissements pénitentiaires s'engagent au niveau régional dans une mutualisation et une harmonisation des pratiques d'éducation pour la santé. D'ailleurs deux établissements de l'enquête se sont déjà engagés sur cette voie en transférant une action d'un site à l'autre.

■ Facteurs facilitant

Les principales ressources sur lesquelles les acteurs déclarent s'appuyer pour mettre en œuvre les actions d'éducation pour la santé sont, d'après leur expérience :

- un partenariat extérieur basé sur des liens de confiance (cité 9 fois) ;
- une collaboration efficace avec les autres services de la prison (SPIP, psychiatrie...), citée 8 fois ;
- une écoute bienveillante de l'établissement pénitentiaire, son soutien et sa confiance (cités 6 fois) ;
- des personnels motivés et disponibles, et des liens interpersonnels forts (cités 6 fois) ;
- la petite taille de l'établissement qui engendre un climat propice aux actions de prévention avec des impératifs sécuritaires moins importants, une absence de surpopulation carcérale, et une plus grande motivation des détenus et des personnels (cité 4 fois).

D'autres éléments moteurs sont évoqués mais dans une moindre mesure tels que :

- une forte implication de la direction ou des surveillants (citée 3 fois),
 - le financement de la DRSP (cité 2 fois),
 - l'implication des professionnels de l'UCSA (cité 2 fois),
 - l'intérêt des détenus pour ces activités (cité 2 fois),
- mais aussi la mise à disposition de locaux, l'existence d'outils à diffuser (brochures, kits sanitaires...), et le fait de partir des besoins de la population.

Ces leviers font écho aux obstacles qui ont été relevés précédemment.

Les principaux freins :

- manque de moyens : équipements, ressources humaines et financement
- difficultés de participation des détenus
- manque de souplesse du fonctionnement carcéral
- compétences insuffisantes des acteurs

Les leviers possibles :

- le partenariat externe et interne
- la motivation des professionnels
- le soutien de l'établissement pénitentiaire

Conclusion

Cet état des lieux régional des actions de prévention et d'éducation pour la santé a tenté de mesurer l'intérêt porté à cette dimension par les acteurs du milieu carcéral de Rhône-Alpes/Auvergne, et de questionner son intégration dans leurs pratiques professionnelles. Il a également permis de faire le point sur les ressources mobilisées et les difficultés rencontrées dans la mise en œuvre de ce type d'activités.

Les résultats présentés ont mis en lumière les évolutions positives des démarches d'éducation pour la santé au sein des établissements pénitentiaires de la région et qui se sont traduites pour les acteurs par :

- une prise de conscience des enjeux sanitaires prioritaires pour la population carcérale ;
- une assimilation des principes fondamentaux de la réforme basés sur l'entrée des détenus dans le droit commun en matière de santé ;
- la mise en place de dynamiques de concertation autour des questions de santé dans la plupart des établissements de la région ;
- une ouverture de plus en plus grande des directions d'établissement sur les dimensions d'éducation pour la santé ;
- la montée en charge des actions de prévention à destination des détenus depuis la réforme ;
- une forte implication des UCSA dans leur rôle d'impulsion et de coordination des projets d'éducation pour la santé.

Cependant, cette enquête a aussi mis en exergue un certain nombre de freins dans la réalisation des actions autour des difficultés de concertation ou d'implication des acteurs, du manque de compétences des professionnels concernés, de l'insuffisance des moyens humains et financiers, du manque de motivation des détenus, de la rigidité du fonctionnement carcéral, et du déficit de reconnaissance des apports de l'éducation pour la santé.

Pour faire face à ces obstacles, il apparaît nécessaire de :

- **valoriser l'éducation pour la santé comme un outil au service de la réinsertion des détenus :**

Cette question apparaît primordiale pour pallier aux difficultés d'implication des différents acteurs du milieu carcéral qui ne reconnaissent pas toujours l'utilité des actions d'éducation pour la santé dans le cadre de la mission de réinsertion de la prison. Un travail de légitimation et d'explicitation des politiques d'éducation pour la santé, soutenu au niveau institutionnel apparaît indispensable dans le contexte actuel.

- **développer et accompagner les savoir-faire des acteurs, notamment au niveau méthodologique :**

Nos conclusions vont dans le sens de celles du rapport IGAS en 2001 qui note que « les UCSA n'ont pas encore vraiment acquis les savoir-faire qu'ils seraient censés posséder en matière de prévention individuelle et collective, d'éducation à la santé et de promotion de la santé d'une manière générale »¹⁷. En effet, ce recensement a permis de pointer la faiblesse de la formation des acteurs dans ce domaine et de faire émerger leurs demandes de formation et d'accompagnement, en particulier concernant la méthodologie de projet, et la recherche de financement.

D'autres compétences sont aussi à développer tels que le diagnostic des besoins ou l'évaluation. L'évaluation apparaît d'ailleurs comme un des points faibles de la mise en œuvre des actions de prévention : trop souvent perçue comme un contrôle, l'évaluation est pourtant source d'évolution et d'amélioration des pratiques ; elle est une étape indispensable à la justification du renouvellement des actions mais qui nécessite de prévoir du temps et des moyens (humains et financiers).

¹⁷ FATOME (.), VERNEREY (.), FROMENT (.), VALDES-BOULOUQUE (.), Ministère de la Justice. Inspection générale des services judiciaires. Paris. FRA, Ministère de l'Emploi et de la Solidarité - Inspection Générale des Affaires Sociales. Paris. FRA, op cit, p 74

Dans ce cadre, on constate que les acteurs ont peu recours au réseau régional d'éducation pour la santé pour les accompagner dans leurs réalisations alors même que le guide méthodologique insiste sur ce point. Ce type de partenariat leur permettrait pourtant de bénéficier de savoir-faire issus d'une longue expérience en éducation pour la santé avec des publics très variés, et du rôle de tiers qui facilite l'articulation entre les différentes activités et les différents partenaires.

Ces deux dimensions de formation et de soutien méthodologique sont donc à renforcer aujourd'hui.

▪ **accroître la qualité et la pertinence des actions d'éducation pour la santé à destination des personnes détenues :**

En effet, la qualité des interventions en promotion de la santé relèvent de plusieurs éléments qui apparaissent aujourd'hui insuffisamment pris en compte. Ils concernent une définition des priorités d'éducation pour la santé, en concertation avec les différents acteurs (y compris les détenus) et en cohérence avec la politique d'établissement ; la formalisation et la clarification des objectifs de promotion de la santé dans le cadre d'un programme global qui articule les différentes actions de façon cohérente et complémentaire ; une stratégie concertée de mise en œuvre des interventions où chaque acteur peut jouer un rôle en fonction de ses compétences et de ses missions, y compris les surveillants, les professionnels socio-éducatifs et les enseignants ; le développement d'activités davantage centrées sur des objectifs de réinsertion plus que de transmission des connaissances, en favorisant des outils de valorisation des personnes axés sur l'expression, la création, l'interactivité..., et en inscrivant autant que possible les interventions dans la durée. Mais le principal levier de l'efficacité des actions d'éducation pour la santé reste celui de la participation des détenus qui semble confrontée à de nombreux obstacles. L'enjeu réside donc dans la recherche de stratégies qui permettent de contourner ces difficultés : l'enquête a montré que certains acteurs avaient déjà développé des stratégies qui fonctionnent. Seul un échange de pratiques sur ce sujet permettrait de favoriser la diffusion de ces ressources pour une plus grande implication de la population pénale.

Ces recommandations peuvent constituer les premiers éléments d'une démarche d'éducation pour la santé qui va dans le sens de la proposition suivante : *« Faire en sorte que la prison donne aux gens l'envie de vivre, de retrouver la santé et le goût de prendre soin de soi. Les détenus sont les premiers acteurs de ce travail d'éducation pour la santé : ils sont les seuls à pouvoir décider de vivre mieux et autrement. Et en prison, il y a des possibilités même si c'est difficile à mettre en place. Notre rôle se résume à cette question : comment être présent à ces personnes de façon à ce qu'elles aient envie d'être présentes pour elles-mêmes ? »* (Mr Z, SMPR).

Propositions concrètes :

- valorisation des outils et des méthodes d'éducation pour la santé à travers la diffusion du CD-Rom "Education pour la Santé et milieu pénitentiaire en Rhône-Alpes/ Auvergne";
- construction d'un dispositif de formation-action impliquant une équipe pluridisciplinaire pour chaque site volontaire, accompagnée par un comité du réseau de l'éducation pour la santé;
- mise en place d'une plate-forme d'échange de pratiques pour les professionnels concernés (rencontres inter-sites, actualisation du Cd-Rom etc).

Bibliographie

CHAMBAUD (Laurent), SCHAFFNER (Anne), BARLET (Pierre), FAVREAU-BRETTEL (Michèle), et. al. Santé et milieu carcéral - La santé de l'homme, n° 315, 1995/01-02 : 22p

CHAUVIN (Isabelle) La santé en prison : Les enjeux d'une véritable réforme de santé publique - Paris : ESF, 2000 : 111p - Coll. Actions sociales

CHODORGE (Gilbert), NICOLAS (Guy), Haut Comité de la Santé Publique. (H.C.S.P.). Paris. FRA Santé en milieu carcéral. Rapport sur l'amélioration de la prise en charge sanitaire des détenus - Rennes : ENSP, 1993/01 : 127p - Coll. Avis et rapports du HCSP

Comité Régional d'Education pour la Santé de Picardie. (C.R.E.S.). Amiens. FRA Santé en milieu pénitentiaire - Forums régionaux d'échanges et de réflexion, 2000/12 : 57p

Comité Régional d'Education pour la Santé de Picardie. (C.R.E.S.). Amiens. FRA Santé en milieu pénitentiaire : démarches et outils pédagogiques en éducation pour la santé en milieu pénitentiaire - Amiens : Comité Régional d'Education pour la Santé, 2002 : 45p

Commission Nationale Consultative des Droits de l'Homme. (C.N.C.D.H). Paris. FRA Etude sur l'accès aux soins des personnes détenues : Propositions - Paris : CNCDH, 2006/01/19 : 27p

DINDO (Sarah) Santé : ce qu'il reste à faire - Dedans Dehors, n° 31, 2002/05 : 7-9

FATOME (.), VERNEREY (.), FROMENT (.), VALDES-BOULOUQUE (.), Ministère de la Justice. Inspection générale des services judiciaires. Paris. FRA, Ministère de l'Emploi et de la Solidarité. Inspection Générale des Affaires Sociales. Paris. FRA L'organisation des soins aux détenus, 2001/06 : 146p., ann.

GUERIN (Geneviève) / coord. La santé en prison - Actualité et dossier en santé publique, n° 44, 2003/09 : 3-54

GUIBOURGE (Florence) / dir., PALICOT (Anne-Marie) / dir., BRIXI (Omar) / dir., CHOUKROUN (Odile) / dir. Promotion de la santé et milieu pénitentiaire - Vanves : CFES, 1997 : 171p - Coll. La santé en action

JAMOULLE (Pascale), HOFFMAN (Axel), FERON (Jean-Marc), QUOIDBACH (Renaud), TAEYMANS (Bernadette) Santé et prison : une équation insoluble ? - Santé conjugquée, n° 22, 2002/10 : 71-109, graph.

MANSUY (Isabelle), LAZARUS (Antoine), BONNET-GALZY (Marie-Caroline), et. Al Dix ans après la réforme : La santé toujours incarcérée - Dedans Dehors, n° 40, 2003/12 : 13-26

MILLY (Bruno) Soigner en prison - Paris : PUF, 2001 : 250p - Coll. Sociologies

Ministère des Solidarités, de la Santé et de la Famille. Paris. FRA, Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé. (I.N.P.E.S). Saint-Denis. FRA, Ministère de la Justice. Paris. FRA Dix ans après la loi : quelle évolution dans la prise en charge des personnes détenues ? - Saint Denis : INPES, 2005 : 108p

Ministère de la Santé et de la Protection Sociale. Paris. FRA, Ministère de la Justice. Paris. FRA Guide méthodologique relatif à la prise en charge sanitaire des personnes détenues, 2004/09 : 131p., ann.

MOUQUET (Marie-Claude) La santé des personnes entrées en prison en 2003 - Etudes et résultats, n° 386, 2005/03 : 1-12

Observatoire International des Prisons. (O.I.P.). Paris. FRA Le nouveau guide du prisonnier - Paris : Les Editions de l'Atelier, 2000 : 494p

YAKOUD (Saâdia) / coord. Spécial Prison - THS. La revue des addictions, vol. III, n° 9, N° spécial, 2001/03 : 527-574

