



**ENSP**

ÉCOLE NATIONALE DE  
LA SANTÉ PUBLIQUE

**RENNES**

---

**Inspecteurs des affaires sanitaires et sociales**

Date du Jury : **Septembre 2002**

---

# **L'éducation pour la santé en milieu carcéral**

---

**Cyril DUWOYE**

---

# Sommaire

---

<b>Introduction</b>	1
<b>Première partie : l'éducation pour la santé s'avère nécessaire en milieu carcéral au regard de l'état sanitaire des détenus</b>	3
<b>1- L'éducation pour la santé, un concept au sens large</b>	3
1-1- Définition de l'éducation pour la santé	3
1-2- Historique de l'éducation pour la santé	5
1-2-1- Les précurseurs	5
1-2-2- L'émergence de l'éducation pour la santé	7
1-2-3- L'essor de l'éducation pour la santé	7
1-3- Les dispositifs de l'éducation pour la santé	9
1-4- Les bénéfices de l'éducation pour la santé	13
1-5- Le renouveau de l'éducation pour la santé	14
<b>2- Une population carcérale marginalisée à l'extrême</b>	15
2-1- La population carcérale	15
2-2- L'état sanitaire précaire de la population pénitentiaire	16
2-2-1- Une faible intégration à la société avant l'incarcération	16
2-2-2- Des problèmes d'alcool, de toxicomanie et de dépendance	17
2-2-3- Des pathologies infectieuses fréquentes	18
2-2-4- La fréquence des problèmes dentaires	18
2-2-5- Des troubles psychiatriques importants	18
2-3- Les effets pathogènes de la prison	19
<b>3- L'éducation pour la santé, condition nécessaire de la préparation à la réinsertion</b>	21
<b>Deuxième partie : malgré une impulsion nouvelle issue de la réforme de 1994, l'éducation pour la santé connaît de nombreux freins en milieu pénitentiaire</b>	23
<b>1- La prévention et l'éducation pour la santé, priorités de la réforme de 1994</b>	23
1-1- Le dispositif antérieur	23
1-2- La prise de conscience	25
1-2-1- Le décloisonnement progressif de l'administration pénitentiaire	25

1-2-2- Le rôle des rapports	27
1-2-3- La préparation de la réforme	28
1-3- La réforme de 1994	28
1-3-1- Le dispositif institutionnel	30
1-3-1-1- Le rôle des UCSA	30
1-3-1-2- Le renforcement du rôle des SMPR	31
1-3-2- La prévention et l'éducation pour la santé au cœur de la réforme	32
<b>2- Les autres acteurs de l'éducation pour la santé en milieu carcéral</b>	<b>33</b>
2-1- L'administration pénitentiaire	34
2-2- Les services pénitentiaires d'insertion et de probation	35
2-3- Le tissu associatif	36
<b>3- Les freins à l'éducation pour la santé</b>	<b>37</b>
3-1- Les blocages liés à l'institution pénitentiaire	37
3-2- Les obstacles liés à l'institution hospitalière	39
3-3- Les freins inhérents au détenu	40
<b>Troisième partie : l'observation des actions menées en Picardie permet de formuler des propositions d'actions visant à améliorer la promotion de la santé en prison</b>	<b>41</b>
<b>1- La Picardie « en pointe » dans le domaine de l'éducation pour la santé en prison</b>	<b>41</b>
1-1- La Picardie, site pilote entre 1998 et 2000	42
1-2- Une dynamique forte initiée par la DRASS et le CRES	43
1-3- Un programme régional ambitieux en matière de prévention et d'éducation pour la santé en prison	44
<b>2- Propositions d'actions destinées à améliorer la promotion de la santé en prison</b>	<b>48</b>
2-1- Créer un cadre favorable à l'éducation pour la santé en milieu carcéral	48
2-2- Affirmer la reconnaissance et l'importance de l'éducation pour la santé en prison	50
2-3- Renforcer la coopération des acteurs de terrain	51
<b>Conclusion</b>	<b>54</b>

---

## Liste des sigles utilisés

---

CDAG : Consultations de dépistage anonyme et gratuit  
CFES : Comité français d'éducation pour la santé  
CNAMTS : Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés  
CODES : Comité départemental d'éducation pour la santé  
CRES : Comité régional d'éducation pour la santé  
DAP : Direction de l'administration pénitentiaire  
DDASS : Direction départementale des affaires sanitaires et sociales  
DH : Direction des hôpitaux  
DIJ : Délégation interministérielle aux jeunes  
DIV : Délégation interministérielle à la ville et au développement urbain  
DGS : Direction générale de la santé  
DRASS : Direction régionale des affaires sanitaires et sociales  
DRSP : Direction régionale des services pénitentiaires  
DSS : Direction de la sécurité sociale  
ENAP : Ecole nationale d'administration pénitentiaire  
FNPEIS : Fond national de prévention, d'éducation et d'information sanitaire  
GRETA : Groupement d'établissements de l'éducation nationale  
HCSP : Haut comité de la santé publique  
IGAS : Inspection générale des affaires sociales  
INPES : Institut national de prévention et d'éducation pour la santé  
MILDT : Mission interministérielle de lutte contre les drogues et toxicomanies  
OMS : Organisation mondiale de la santé  
PNES : Plan national d'éducation pour la santé  
SATO : Service d'aide aux toxicomanes  
SMPR : Service médico-psychologique régional  
SPIP : Service pénitentiaire d'insertion et de probation  
SREPS : schéma régional d'éducation pour la santé  
UCSA : Unité de consultations et de soins ambulatoires  
VHB : Virus de l'hépatite B  
VHC : Virus de l'hépatite C  
VIH : Virus de l'immunodéficience humaine

## INTRODUCTION

« L'éducation pour la santé a pour but que chaque citoyen acquière tout au long de sa vie les compétences et les moyens qui lui permettront de promouvoir sa santé et sa qualité de vie ainsi que celle de la collectivité ». C'est en ces termes que le Plan national d'éducation pour la Santé, présenté le 28 février 2001 par Bernard Kouchner, Ministre délégué à la santé, définit l'éducation pour la santé. Une telle définition illustre parfaitement la complexité et l'étendue de cette notion. Elle s'inscrit, en effet, dans un ensemble plus large, celui de promotion de la santé, et fait appel à des concepts nombreux et enchevêtrés.

L'éducation pour la santé est un outil pédagogique dont l'objectif est d'améliorer la qualité de vie de la population dans ses dimensions physiques et psychologiques. Elle tend à permettre à chaque personne d'être en mesure d'adopter des comportements de vie sains. L'éducation pour la santé est avant tout une démarche participative qui tend à rendre chaque individu responsable de sa santé. Elle est un processus d'encouragement et de valorisation des connaissances et des compétences. Elle vise à enseigner des comportements favorables à la santé. L'éducation pour la santé aide chaque personne, en fonction de ses besoins, de ses attentes et de ses compétences, à comprendre l'information sanitaire qu'on lui délivre et à se l'approprier.

La population pénale est, en très grande partie, caractérisée par sa jeunesse, la fragilisation qu'entraîne un parcours personnel difficile et un faible accès aux soins avant l'incarcération.

Les différentes études et les investigations de terrain démontrent, en effet, qu'en très grande majorité, celle-ci est issue de milieux défavorisés, exclus du système de prévention et de soins. Elle arrive donc en prison avec de nombreuses pathologies que le dispositif de soins en milieu pénitentiaire est chargé de prendre en charge.

La loi du 18 janvier 1994, relative à la santé publique et à la protection sociale, plus qu'une évolution a constitué une véritable révolution de la politique de soins en milieu carcéral. En transférant la responsabilité de la prise en charge sanitaire des détenus de l'administration pénitentiaire au service public hospitalier, elle a affirmé le principe d'une citoyenneté à part entière des personnes incarcérées, qui bien que privées de leur liberté conservent l'ensemble de leurs droits fondamentaux au même titre que la population générale. L'accès à des soins de qualité est l'un de ces droits fondamentaux.

Par ailleurs, l'un des points fondamentaux de la réforme de l'organisation des soins en milieu pénitentiaire est de faire bénéficier cette population d'actions de promotion et d'éducation pour la santé lui permettant d'adopter des comportements de prévention dans une démarche de responsabilisation par rapport au corps et à la santé. Cette responsabilisation s'inscrit également comme un élément positif dans un processus d'insertion. La prévention et l'éducation pour la santé sont donc considérées comme des facteurs fondamentaux nécessaires à la réinsertion sociale des détenus.

En ce sens, le guide méthodologique de la circulaire d'application du décret du 27 octobre 1994 stipule : « l'objectif en matière de prévention et d'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 que chacun se sente concerné et s'implique dans le cadre d'une véritable promotion de la santé en milieu pénitentiaire. Le lien avec le milieu libre est primordial pour permettre le suivi des actions et favoriser la réussite de projets de réinsertion. Dans cette perspective, il est indispensable de repérer, de contacter et de sensibiliser les réseaux susceptibles de constituer d'éventuels relais ».

Les missions de la prison sont donc aujourd'hui d'une double nature : fonction traditionnelle de sécurité publique et recherche de réinsertion des personnes confiées par l'autorité judiciaire. Il n'en a pas toujours été ainsi. Longtemps resté un lieu d'enfermement et de torture, il a fallu attendre une réforme pénitentiaire de 1945 pour que soit affirmé l'objectif d'« amendement et de reclassement social du condamné » et spécifié que le traitement infligé aux détenus devait être « humain, exempt de vexations et tendre principalement à son instruction générale et professionnelle et à son amélioration ».

Pour autant, si la qualité de la prise en charge sanitaire des détenus est aujourd'hui relativement efficiente, suite à la réforme de 1994, et la nécessité d'actions d'éducation pour la santé reconnue, la prison ne constitue pas un cadre idéal pour mener à bien de telles missions.

En effet, comment l'éducation pour la santé qui appelle un engagement personnel peut-elle se réaliser dans un lieu qui impose un espace limité, un temps contraint, et une soumission de tous les instants ? L'éducation pour la santé est-elle conciliable avec la vie carcérale ?

# PREMIERE PARTIE : L'EDUCATION POUR LA SANTE S'AVERE NECESSAIRE EN MILIEU CARCERAL AU REGARD DE L'ETAT SANITAIRE DES DETENUS

## 1- L'éducation pour la santé, un concept au sens large

### 1-1- Définition de l'éducation pour la santé

L'éducation pour la santé suppose, au préalable, de déterminer ce que l'on entend par le terme de « santé » qui reste l'objectif final. La définition adoptée en 1946 par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) fait actuellement l'unanimité et constitue une référence internationale : « la santé est un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en l'absence de maladie ou d'infirmité ».

En 1986, la conférence d'Ottawa a proposé une approche plus dynamique qui décrit la santé comme la mesure dans laquelle un groupe ou un individu peut d'une part réaliser ses ambitions et satisfaire ses besoins et, d'autre part, évoluer avec le milieu ou s'adapter à celui-ci : « ...la santé est donc perçue comme une ressource de la vie quotidienne, et non comme le but de la vie. Il s'agit d'un concept positif mettant en valeur les ressources sociales et individuelles, ainsi que les capacités physiques. Ainsi donc, la promotion de la santé ne relève pas seulement du secteur sanitaire : elle dépasse les modes de vie sains pour viser le bien-être »<sup>1</sup>

L'éducation pour la santé s'inscrit dans des processus plus larges de prévention et de promotion de la santé. La prévention vise à éviter ou à réduire les maladies et les accidents. Elle est une démarche d'anticipation du risque et revêt trois formes :

- ↻ primaire : elle constitue une anticipation du risque par des campagnes de communication, d'information, d'éducation et de formation.
  
- ↻ secondaire : elle est initiée à la révélation d'une atteinte pour prévenir une aggravation par une prise en charge précoce grâce aux différentes formes de dépistage et à la vigilance psychosociale.

---

<sup>1</sup> Charte de la 1<sup>ère</sup> Conférence Internationale pour la promotion de la santé, OMS, 1986, Ottawa

☞ tertiaire : elle vise à éviter les rechutes ou les complications par des mesures thérapeutiques ou judiciaires.

La promotion de la santé a pour sa part été consacrée par l'adoption de la charte d'Ottawa, en 1986. Cette dernière définit la promotion de la santé comme une notion qui « a pour but de donner aux individus davantage de maîtrise de leur propre santé et davantage de moyens de l'améliorer. [...] C'est un concept positif mettant l'accent sur les ressources sociales et personnelles et sur les capacités physiques. [...] La promotion de la santé ne relève donc pas seulement du secteur de la santé...son ambition est le bien être complet de l'individu ».

Alors que la prévention définit la santé en négatif, la promotion de la santé positive la démarche. Si les frontières entre prévention et promotion de la santé sont en pratique floues, l'objet de la seconde est le bien être et non plus le risque. La promotion de la santé vise, entre autres, la réduction des inégalités sociales et une plus grande accessibilité aux ressources à disposition.

La promotion de la santé marque l'aboutissement d'une évolution récente qui a engendré un déplacement des responsabilités de l'Etat vers les professionnels de la santé pour, enfin, atteindre les individus. Elle peut être considérée comme une démarche ascendante, participative et globale alors que la protection de la santé constitue plutôt une démarche descendante et institutionnelle.

L'éducation pour la santé est un outil pédagogique au service de la promotion de la santé dans ses dimensions communautaires et éducatives. Elle permet d'améliorer la qualité de la vie. Elle est un outil pédagogique au service d'un objectif de prévention.

L'éducation pour la santé est avant tout une démarche participative qui tend à rendre chaque individu responsable de sa santé. En ce sens, elle ne constitue pas une simple information sanitaire, les actions de communication, même combinées et complètes, ne constituant pas à elles seules un programme éducatif.

L'éducation pour la santé est un processus d'encouragement et de valorisation des connaissances et des compétences de chaque individu. Elle vise donc à enseigner des comportements favorables à la santé. Elle cherche à transmettre des savoirs mais également des savoir-faire (aptitudes) et des savoir-être (attitudes et comportements) afin de donner aux individus des moyens d'agir.

L'éducation pour la santé aide chaque personne, en fonction de ses besoins, de ses attentes et de ses compétences, à comprendre l'information sanitaire qu'on lui délivre et à se l'approprier. En ce sens, la définition proposée par le rapport Lévy en 1982 est toujours d'actualité : « l'éducation pour la santé doit être considérée dans une perspective à long terme de développement des capacités individuelles et collectives pour assurer l'amélioration tant de la longévité que de la qualité de la vie. [...] Elle ne doit certainement pas se contenter d'une information sur les risques -encore que cette étape de sensibilisation soit nécessaire-, mais elle doit s'assigner au moins comme objectif de provoquer chez les individus des modifications notables d'opinions et d'attitudes et, mieux encore, de voir s'exprimer des désirs de changement de comportement assortis d'une élévation du niveau d'aptitude à les opérer. A plus long terme on doit en attendre des changements réels observables »<sup>2</sup>.

## **1-2- Historique de l'éducation pour la santé**

L'histoire de l'éducation pour la santé illustre le mouvement de balancier entre le dispositif curatif et préventif dans l'évolution des politiques sanitaires. En effet, au travers de l'histoire médicale, deux grandes conceptions de la santé émergent. La première est centrée sur l'objectivation de la maladie dans le corps. La seconde appréhende la santé et la maladie comme des modes de relation de l'homme avec son milieu où interviennent les facteurs humains, les conditions écologiques, économiques et sociales. Cette distinction n'est pas sans rappeler l'opposition traditionnelle entre les thèses «organicistes » qui privilégient le corps en tant que tel, et les thèses «environnementalistes » qui soulignent les relations entre l'individu et le milieu dans lequel il évolue. Au cours des siècles, des périodes plus ou moins favorables à chacune de ces thèses vont se succéder. Cette évolution met en exergue une prise de conscience hésitante et tardive de l'importance de l'éducation pour la santé dans les politiques de santé publique.

### **1-2-1- Les précurseurs**

Le 19<sup>ème</sup> siècle est avant tout marqué par le développement de la clinique. La médecine se concentre sur le corps que l'on interroge et qui renferme le mystère de la maladie. Cette époque est riche de découvertes biologiques.

---

<sup>2</sup> E. Lévy, l'éducation pour la santé, Avis du Conseil économique et social, 1982.

Pour autant, certains médecins et responsables sanitaires mettent en avant des liens incontestables entre la maladie et les conditions sociales dans lesquelles vit une grande partie de la population. C'est en partant de ces constats que seront lancées de grandes campagnes pour l'amélioration des conditions de vie et d'hygiène.

C'est dans ce contexte qu'est né le « courant hygiéniste », formé de groupes de spécialistes en hygiène et santé publique. Ce courant parvient peu à peu à s'introduire dans de nombreuses instances de décisions et à investir le Comité consultatif d'hygiène publique qui initie les premières grandes politiques d'hygiène.

Par ailleurs, un certain nombre de médecins proches du courant hygiéniste sont élus maires après la loi de 1884<sup>3</sup> qui renforce l'étendue des pouvoirs municipaux. C'est ainsi qu'on a vu se multiplier les bureaux d'hygiène dans les grandes villes de France entre 1885 et 1895.

L'hygiénisme officiel a également une visée d'encadrement de la vie sociale comme l'illustre la lutte contre la tuberculose vers 1880. Il est en effet admis que la tuberculose, véritable fléau social, se propage par la contamination d'individu à individu. De ce fait, la lutte contre la tuberculose se matérialise par le dépistage des porteurs de germes et leur isolement. C'est alors un véritable dispositif de lutte contre cette maladie qui est mis en place à travers la constitution d'un vaste réseau d'établissements spécialisés, distincts des structures classiques, et chargé tout à la fois du dépistage, de la prévention et des soins.

La relation entre tuberculose et conditions de vie et de travail est mise en évidence, ce qui incite les hygiénistes à exiger que la médecine prennent une plus large place dans le cercle des autorités du pays.

Les héritiers de ce courant au siècle suivant vont chercher à l'institutionnaliser différemment. Ainsi, en 1924 se développe sous la direction de M. Brissac, l'Office national d'hygiène sociale et se crée la Commission générale de propagande dirigée par Lucien Viborel. Elle regroupe alors les représentants des départements ministériels et des organismes publics et privés intéressés. Elle sera, notamment, à l'origine de campagnes de lutte contre les maladies infectieuses.

Parallèlement se constituent les premiers organismes privés chargés d'éduquer le public. Certains seront amenés à jouer un grand rôle : la Société scientifique d'hygiène alimentaire

---

<sup>3</sup> Loi du 5 avril 1884

et d'alimentation rationnelle (1904), le Comité national de lutte antituberculeuse (1916), la Ligue nationale contre le cancer (1918), la Ligue française contre les maladies vénériennes, la société française de prophylaxie, la Ligue française d'hygiène mentale (1920), le Comité national de défense contre l'alcoolisme, etc.

### 1-2-2- L'émergence de l'éducation pour la santé

C'est à partir de 1945 que s'esquisse le premier système préventif français. Il comporte progressivement la généralisation sur l'ensemble du territoire des centres interdépartementaux d'éducation sanitaire, la fondation du Centre national d'éducation sanitaire, démographique et social<sup>4</sup> et la commission d'éducation sanitaire du Conseil permanent d'hygiène sociale.

Dès lors se succèdent des réorganisations administratives de l'éducation sanitaire selon la place que les gouvernements ont su, ou souhaité, occuper au sein de la santé publique.

Cette instabilité des structures a largement contribué à entraver le développement de la place accordée à l'éducation pour la santé dans les politiques nationales de santé publique.

En outre, une certaine difficulté à opérer une distinction claire entre les charges administratives, relevant de l'État, et les dépenses d'éducation proprement dites, relevant de fonds privés, a ajouté encore à la complexité de l'organisation de l'éducation pour la santé.

L'évolution des structures est caractérisée par l'ensemble des comités et commissions prévus à tous les échelons, et par un transfert du secteur privé au secteur public. Ce transfert s'est, en outre, accéléré dans les années soixante puisque l'essentiel des ressources affectées à l'action éducative provenait, en réalité, des contributions des organismes de sécurité sociale et parfois, à l'échelon local, des subventions allouées aux associations interdépartementales par les départements.

### 1-2-3- L'essor de l'éducation pour la santé

A partir du milieu des années soixante-dix, l'éducation pour la santé connaît un essor décisif. Le Comité français d'éducation pour la santé est chargé, sous l'impulsion de

---

<sup>4</sup> Arrêté du 23 octobre 1945, portant création des Centres régionaux d'éducation sanitaire et du Centre national d'éducation sanitaire.

Madame Simone Veil, ministre de la santé, de mettre en place les premières grandes campagnes de prévention du tabagisme. La visibilité de la santé publique prend alors une dimension sans précédent. La publicité, qui à l'époque n'était pas considérée comme un domaine très respectable et respecté, reçoit ses lettres de noblesses et se met au service de la santé publique. Cette arrivée inopinée s'est avérée par la suite essentielle pour une communication nationale en santé publique structurée et efficace.

De plus, des crédits furent attribués par le ministère de la santé, afin de créer des nouveaux comités régionaux et départementaux d'éducation pour la santé (CRES et CODES).

Cette période est également marquée par un deuxième évènement majeur : la reconnaissance du concept de promotion de la santé, témoignant de l'évolution d'une santé publique très hygiéniste vers des concepts beaucoup plus ouverts et plus larges. Cette évolution a été initiée par des moyens financiers substantiels (crédits d'État déconcentrés pour la prévention et la promotion de la santé) et s'est appuyée sur l'animation d'une véritable dynamique d'actions de terrain grâce à la mobilisation des nouveaux comités consultatifs de promotion de la santé.

Enfin, troisième élément fondamental de cette période, l'avènement de la décentralisation. Alors que la promotion de la santé entraînait de plus en plus les acteurs de santé publique aux croisements du sanitaire et du social, une répartition essentielle des compétences s'opérait en la matière entre l'État et les départements.

D'une manière générale, la fin des années quatre-vingt et le début des années quatre-vingt-dix, furent marqués par de nombreux éléments majeurs qui ont pesé sur l'évolution de l'éducation pour la santé en France et créé un contexte favorable à cette dernière. Ils sont fort différents de par leur nature et la place qu'ils ont tenue. Ils ont, chacun à leur niveau, joué un rôle essentiel pour installer une assise théorique et tracer des éléments définitifs dans l'évolution de l'éducation pour la santé. Parmi les principaux, on peut citer :

- L'omniprésence du sida comme thème prioritaire de santé publique : pour de multiples raisons (épidémiologiques, éthiques, thérapeutiques, préventives...), cette maladie a surgi en bouleversant beaucoup de certitudes, de conceptions et de stratégies en éducation pour la santé. Le sida a placé la prévention au centre du débat public.
- La multiplication des intervenants en éducation pour la santé : en l'espace de quelques années, de nombreuses institutions ont mis des moyens puissants pour encourager des

programmes de promotion de la santé : les collectivités locales, les caisses d'assurance maladie, les mutuelles...

- La diversification des activités d'éducation pour la santé en direction des nouveaux publics en grande difficulté sociale : les jeunes avec les missions locales, et plus tard les adultes avec le revenu minimum d'insertion. Les acteurs sociaux prennent alors en compte la santé dans le processus de réinsertion et les acteurs de santé intègrent dans leur démarche sanitaire l'insertion sociale.

- La création en 1988 du Fonds national de prévention, d'éducation et d'information sanitaire (FNPEIS) qui donne des moyens significatifs pour développer une politique nationale d'envergure en éducation pour la santé.

- L'adoption de la charte de d'Ottawa en 1986 qui définit des orientations stratégiques globales pour promouvoir la santé, qui portent notamment sur l'information et l'éducation pour la santé.

### **1-3- Les dispositifs de l'éducation pour la santé**

Actuellement, le dispositif de définition et de mise en œuvre de la politique relative à l'éducation pour la santé est relativement complexe. En effet, l'éducation pour la santé n'est pas une compétence relevant exclusivement de l'État qui partage ce domaine avec les collectivités locales et d'autres organismes.

Au sein de l'État, c'est la Direction générale de la santé (DGS) et plus spécifiquement la sous-direction de la santé et de la société qui dispose d'un bureau de la santé des populations, de la précarité et de l'exclusion qui est chargé de la mise en œuvre de la politique de l'État en matière d'éducation pour la santé. Ce bureau assure la tutelle du Comité français d'éducation pour la santé (CFES), devenu Institut national de la prévention et de l'éducation pour la santé (INPES)<sup>5</sup>, et les relations extérieures avec les autres bureaux de la DGS (santé mentale, toxicomanie, dépendance, sida, alimentation...), avec la Direction générale de l'action sociale, la Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins, la Délégation aux affaires européennes et internationales... ainsi qu'avec d'autres institutions nationales telles que le ministère de l'Éducation nationale ou internationales (Union

---

<sup>5</sup> Loi n°2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé

européenne, Organisation mondiale de la santé...). Ce bureau gère une ligne budgétaire réservée au soutien des structures (surtout les comités d'éducation pour la santé) ou à des programmes d'éducation et de promotion de la santé.

Au-delà de cette direction, d'autres administrations ont vocation à intervenir dans ce domaine. Il s'agit en général de délégations aux missions spécifiques telles que la Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie (MILDT), la Délégation interministérielle au RMI, la Délégation interministérielle aux jeunes (DIJ) ou encore la Délégation interministérielle à la ville et au développement urbain (DIV).

L'ensemble de ces activités est réalisé en lien étroit avec les services déconcentrés de l'État que sont les Directions régionales et départementales des affaires sanitaires et sociales. Chacune de ces structures dispose d'une personne chargée de la promotion de la santé.

D'autres ministères et d'autres services déconcentrés de l'État sont investis dans le domaine de l'éducation pour la santé : le ministère de l'Éducation nationale, ceux de la Jeunesse et des Sports, de l'Économie, du budget, des transports, du tourisme, de l'environnement ou de l'agriculture.

Les collectivités locales et plus particulièrement les départements ont un rôle essentiel en matière de promotion et d'éducation pour la santé depuis que les lois de décentralisation leur ont donné de larges compétences dans le domaine sanitaire et social. Tel est le cas dans des domaines sensibles comme la protection maternelle et infantile, les vaccinations, la prévention de la tuberculose, des maladies transmissibles, et du cancer. Par ailleurs, le département est directement concerné par les politiques en faveur des populations les plus en difficulté et des personnes âgées.

En outre, les municipalités continuent d'occuper une place fondamentale en matière de prévention et de promotion de la santé. Elles sont, en effet, compétentes en matière d'environnement, de bruit de circulation, d'habitat mais également dans des domaines très sensibles comme la violence, les politiques de lutte contre la drogue ou encore les cantines scolaires. Le maire est, enfin, une autorité sanitaire locale en matière d'hygiène publique, de ramassage des ordures ou d'assainissement et distribution de l'eau.

Les organismes de protection sociale jouent également un rôle fondamental en la matière, les caisses de sécurité sociale finançant une large part des programmes de

promotion et d'éducation pour la santé et ce grâce à deux grands types de ressources financières :

- Le Fonds national de prévention, d'éducation et d'information sanitaire (FNPEIS). Ce fonds est géré au niveau national par la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS). Ses grandes orientations relèvent du conseil d'administration de cette institution mais font l'objet de négociations avec le ministère. Le poids financier de cet organisme est considérable puis qu'il dépasse chaque année le milliard de francs. Une grande part de cette somme est consacrée aux centres d'examen de la sécurité sociale, le reste étant utilisé pour des programmes de dépistage, des grandes actions nationales de communication ou des actions de proximité réalisées par les caisses primaires.

- Les fonds d'action sanitaire et sociale qui sont gérés par chaque caisse. Le soutien à des actions d'éducation pour la santé relève de la décision de chaque conseil d'administration. Actuellement, la très grande majorité des caisses d'assurance maladie dispose d'un service d'éducation pour la santé propre à leur structure.

Enfin, les sociétés mutualistes, concourent à la politique de l'éducation pour la santé. Ce secteur regroupe environ vingt-cinq millions de français. Depuis la fin des années soixante-dix, la Mutualité française a décidé de développer d'importants programmes de prévention et de promotion de la santé grâce à la mise en place d'un fonds de prévention alimenté par un prélèvement sur les cotisations des adhérents.

#### ☞ Les comités d'éducation pour la santé

Ils sont la clé de voûte de la politique d'éducation pour la santé en France car ils forment le seul réseau ayant une activité généraliste et exclusive en matière d'éducation et de promotion de la santé.

Créé en 1972, le CFES est une association loi 1901, mais son conseil d'administration est constitué essentiellement de personnes morales (ministères, institutions de sécurité sociale, associations). Il est placé sous la tutelle du ministre chargé de la santé et a une mission d'intérêt général : développer l'éducation pour la santé en France, réaliser les grandes campagnes de communication nationale et enfin représenter la France à l'étranger. Quarante professionnels travaillent au CFES, au sein duquel s'articulent quatre départements pour produire des actions d'éducation à la santé. Pour l'année 2000, le budget

de cet organisme était de 260 millions de francs. Le budget de fonctionnement est financé par le ministère de la santé et les caisses de sécurité sociale. Les autres recettes proviennent de partenaires qui sollicitent le CFES pour la réalisation de certains supports et la mise en œuvre de programmes spécifiques.

La loi du 4 mars 2002, relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé a transformé le CFES en Institut national de la prévention et de l'éducation pour la santé, établissement public aux missions élargies. S'inscrivant dans le cadre de la politique de prévention du gouvernement, l'INPES a pour missions principales d'assurer une fonction d'expertise et de conseil en matière de prévention et de promotion de la santé. Il est, par ailleurs, chargé d'assurer le développement de l'éducation pour la santé et de l'éducation thérapeutique sur l'ensemble du territoire, en tant que mission de service publique.

Les comités départementaux et régionaux d'éducation pour la santé -au nombre de 119 à ce jour- sont des associations. Ils sont membres du CFES et agréés par lui après avis des DDASS et DRASS. Leur conseil d'administration revêt une composition semblable à celle du CFES avec cependant une représentation des collectivités territoriales. Ces comités sont financés essentiellement par les conseils généraux, les caisses d'assurance maladie et l'État.

Au plus proche des professionnels et des populations, ce réseau développe les missions suivantes :

- Participation aux politiques régionales de santé (Conférences régionales, groupes de pilotage des Programmes régionaux, États généraux).
- Mise à disposition de documents d'information et de documentation (centres de ressources pour les promoteurs de programmes de santé)
- Mise en œuvre de formations initiales et continues
- Prestations de conseils techniques et méthodologiques
- Conduite de programmes et d'actions de proximité dans le cadre des Programmes régionaux d'accès à la prévention et aux soins (PRAPS)
- Relais des programmes nationaux d'éducation pour la santé en cohérence avec les dynamiques locales
- Coordination et concertation des acteurs impliqués dans l'éducation pour la santé dans le département au bénéfice de la population locale, et structuration de compétences interdépartementales fédérées au sein des régions.

#### **1-4- Les bénéfices de l'éducation pour la santé**

Évaluer l'effet des campagnes et des actions de terrain menées dans le cadre de l'éducation pour la santé s'avère extrêmement difficile en raison de la multitude de déterminants de la santé (niveau de vie, réseau familial, conditions de logement, accès aux soins...). Pour autant, les deux tiers des soixante mille morts prématurées évitables chaque année se rattachent à des comportements à risque identifiés, les trois principaux étant le tabagisme, l'alcoolisme et la vitesse au volant. Une action d'information et de prévention sur ces prises de risque permet d'obtenir des résultats en terme de réduction de mortalité et de morbidité évitables.

En effet, il est à noter que c'est dans les domaines où l'éducation pour la santé a le plus investi que les progrès les plus importants en matière de santé publique ont été réalisés. Sans parler de l'hygiène de vie (propreté, alimentation) qui a été son champ d'élection jusqu'en 1945 et a été la principale raison de l'accroissement de l'espérance de vie, l'exemple des accidents domestiques est éloquent : le nombre de morts par accident de la vie courante chez les moins de quinze ans a été diminué de moitié au cours des dix dernières années. De même, le taux de caries chez l'enfant a été divisé par deux en sept ans, la consommation moyenne d'alcool a diminué de 20% au cours de la dernière décennie et la proportion de fumeurs chez les adultes a baissé de 6% en vingt ans. Par ailleurs, grâce à la communication sur le sida, l'utilisation du préservatif est aujourd'hui plus fréquente chez les jeunes lors du premier rapport sexuel : ils étaient 85% à en faire usage en 1993 contre 57% en 1989, même si l'on note une tendance préoccupante au relâchement au cours des dernières années.

D'un point de vue macro-économique, il est également possible d'avancer que l'éducation pour la santé est « rentable » pour la société. Des études montrent que dans le domaine de la prévention des accidents de la vie courante, pour un franc investi, deux cent cinquante huit francs sont économisés par la collectivité nationale. De même, des études américaines avancent que le retour sur investissement de la prévention est de un pour vingt-cinq.

La prévention et l'éducation pour la santé sont des investissements forts rentables pour la société. Il faut donc regretter davantage encore que la collectivité nationale ne consacre que dix francs par an et par habitant à l'éducation pour la santé contre une dizaine de milliers de francs au secteur curatif.

## 1-5- Le renouveau de l'éducation pour la santé

Au fil des années, l'éducation pour la santé s'est progressivement affirmée comme un enjeu de santé publique de première importance. En effet, les différents travaux sur la morbidité et la mortalité prématurée évitables, les rapports du Haut comité de la santé publique, les recommandations des Conférences nationales de santé successives, ainsi que les attentes exprimées lors des États généraux de la santé ont confirmé l'émergence de l'éducation pour la santé comme priorité d'action publique sur laquelle les autorités sanitaires souhaitent s'investir.

En témoigne le Plan national d'éducation pour la santé présenté en conseil des ministres par Bernard Kouchner, Ministre délégué à la santé, le 28 février 2001 dont l'objectif général est que chaque citoyen ait accès à une éducation pour la santé de qualité. Il doit être mis en œuvre dans les cinq années à venir.

Ce plan national, après avoir rappelé le contexte sanitaire contrasté de la France (notamment en matière de mortalité prématurée) et défini les principes fondateurs de l'éducation pour la santé, propose trois axes principaux de développement de l'éducation pour la santé en France :

- Le développement des formations et des recherches en éducation pour la santé, grâce à l'élaboration et à la diffusion de référentiels de bonnes pratiques, la mise en œuvre de formations de plusieurs niveaux, d'études et de recherches accessibles aux différents intervenants en éducation pour la santé.

- La généralisation de l'éducation pour la santé de proximité, en érigeant celle-ci en véritable mission de service public. Dans cette optique, ont été créés des schémas régionaux d'éducation pour la santé (SREPS). Clefs de voûte de ce plan national, ils sont élaborés par les Directions régionales des affaires sanitaires et sociales<sup>6</sup>. Ces schémas ont pour ambition d'organiser, au sein d'un territoire donné, avec et pour les populations, un service public d'éducation pour la santé. Ils reposent sur les compétences et les dynamiques locales existantes qu'ils tendent à coordonner et à inscrire dans les politiques régionales de santé en leur donnant les moyens politiques, institutionnels, organisationnels et financiers nécessaires. Les SREPS ne constituent pas un étage nouveau de planification mais doivent

---

<sup>6</sup> Circulaire DGS n°2001/504 du 22 octobre 2001 relative à l'élaboration des schémas régionaux d'éducation pour la santé.

s'appuyer sur les dispositifs existants (Programmes régionaux d'accès à la prévention et aux soins, Programmes régionaux de santé, Schémas régionaux d'organisation sanitaire et sociale...) afin de donner une cohérence à l'ensemble en matière d'éducation pour la santé, de mobiliser et mettre en synergie les actions mises en œuvre.

La mise en œuvre du SREPS de Picardie est bien avancée car l'installation du comité de pilotage et le séminaire de travail prévus dans la circulaire du 22 octobre 2001 ont été réalisés. De plus, le partenariat, condition essentielle de réussite d'un tel projet est à la base de cette mise en place car deux chefs de projet ont été désignés, représentant respectivement la DRASS de Picardie et l'Union régionale des caisses d'assurance maladie de Picardie.

- Le PNEs prévoit enfin une politique de valorisation de l'éducation thérapeutique qui consiste à aider les patients à développer ou acquérir les compétences qui leur permettront de devenir des acteurs de leur guérison potentielle, de leur traitement, ou plus généralement, de leur santé. Cette valorisation passe en premier lieu par un accompagnement financier de cette activité et par la formation des soignants.

## **2- Une population carcérale marginalisée à l'extrême**

### **2-1- La population carcérale**

Au 1<sup>er</sup> juillet 2001, on dénombrait 185 établissements pénitentiaires dont : 117 maisons d'arrêt, 55 établissements pour peines (comprenant 11 centres de détentions nationaux, 12 centres de détention régionaux et 26 centres pénitentiaires) et enfin 6 maisons centrales.

L'ensemble de ces établissements pénitentiaires ne répond pas aux mêmes caractéristiques et reçoivent des populations différentes. Ainsi, les maisons d'arrêt reçoivent les prévenus en attente de jugement et les condamnés dont le reliquat de peine est inférieur à un an. Les centres de détention accueillent quant à eux les condamnés considérés comme présentant les perspectives de réinsertion les meilleures. A ce titre, ces centres ont un régime de détention principalement orienté vers la resocialisation des détenus.

Enfin, les maisons centrales reçoivent les condamnés les plus difficiles. Le régime de détention est alors essentiellement axé vers la sécurité.

A ces établissements pénitentiaires propres, il convient d'ajouter un établissement public de santé national situé à Fresnes.

L'ensemble de ces établissements totalisent une capacité d'accueil de 48 922 places de détention réparties comme suit : 29.747 en maison d'arrêt, 6352 en centres et quartiers centres de détention nationaux, 8106 en centres et quartiers centres de détentions régionaux, 2751 en maisons centrales, 1310 en quartiers de semi-liberté et enfin 656 en centres de semi-liberté autonomes.

## **2-2- L'état sanitaire précaire de la population pénitentiaire**

Lors de leur entrée en prison, les détenus, issus pour la plupart de milieux défavorisés ayant peu accès aux soins, connaissent un état de santé précaire. Les études réalisées à ce sujet démontrent, en effet, un cumul des facteurs de risque de la population carcérale<sup>7</sup> :

### **2-2-1- Une faible intégration à la société avant l'incarcération**

De manière générale, les détenus sont dans leur très grande majorité issus des couches les plus défavorisées de la population. Ils cumulent les situations de précarité :

Près de 25% des entrants en prison se déclarent sans emploi et 20% ne pas posséder de domicile stable à la date de leur incarcération.

Ces chiffres importants sont à rapprocher de ceux d'une étude menée en 1996 par la Direction de l'administration pénitentiaire selon laquelle environ 10% des détenus libérés déclaraient ne pas savoir où se loger à leur sortie de prison et 18% ne pas retrouver le logement qu'ils avaient avant leur incarcération.

Les problèmes d'emploi et de logement constituent donc un facteur majeur de précarité de la population carcérale entrante qui, pour une large part, a connu des phénomènes de chômage de longue durée et d'errance.

A l'arrivée en prison, 17,5% des entrants déclarent ne pas bénéficier de protection sociale. Ces proportions sont nettement plus élevées que dans la population générale où l'on estime que la part des individus sans couverture sociale s'élève à 0,3%. Cette absence

---

<sup>7</sup> La santé à l'entrée en prison : un cumul des facteurs de risque, Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques, Études et résultats, n°4, janvier 1999.

d'affiliation à la Sécurité sociale, impliquant dans la majorité des cas un faible accès aux soins de base, explique en grande partie l'état de santé dégradé des détenus lors de leur entrée en prison.

En outre, la population non affiliée à un régime de Sécurité sociale apparaît comme une population plutôt jeune, le plus souvent sans activité professionnelle, disposant de revenus faibles et composée d'une forte proportion d'étrangers.

#### 2-2-2- Des problèmes d'alcool, de toxicomanie et de dépendance

Les phénomènes de dépendance sont extrêmement répandus au sein de la population carcérale. En effet, un tiers des entrants en prison déclare une consommation excessive d'alcool, définie comme supérieure ou égale à cinq verres par jours quand elle est régulière, et supérieure ou égale à cinq verres consécutifs au moins une fois par mois quand elle est discontinuée. La proportion de buveurs excessifs augmente avec l'âge et le type de consommation change. Avant vingt-cinq ans, il s'agit dans la grande majorité des cas d'une consommation discontinuée. Ensuite, la consommation régulière devient prédominante.

Près du tiers des entrants déclare une consommation prolongée et régulière de drogues au cours des douze mois précédant l'incarcération. Parmi ceux-ci, 12% déclarent avoir utilisé une drogue par voie intraveineuse au moins une fois au cours de leur vie et 7% bénéficier d'un traitement de substitution neuf fois sur dix par Subutex®.

Cette fréquence, nettement plus élevée que celle de la population générale, est sans aucun doute liée à la répression du trafic et de l'usage de stupéfiants (20% des condamnations sont liées à des infractions à la législation sur les stupéfiants). Elle n'en reste pas moins très difficile à gérer pour les personnels hospitaliers et pénitentiaires car il est établi que les phénomènes de trafic et de consommation de drogue perdurent en prison.

Enfin, près de 20% des entrants déclarent un traitement en cours par médicaments psychotropes. Il s'agit, dans la plupart des cas, d'un traitement par anxiolytiques ou hypnotiques. Cette consommation, déjà très importante, tend à augmenter au cours de l'incarcération pour faire face aux difficultés et aux angoisses liées à la détention.

En outre, la polyconsommation est une pratique répandue parmi la population carcérale : un tiers des entrants en prison déclarent au moins deux consommations à risque. L'association la plus fréquente concerne l'alcool et les drogues. Par ailleurs, 30% de ceux qui sont

consommateurs de drogues dites « dures » fument plus de vingt cigarettes par jour et 43% ont une consommation excessive d'alcool.

### 2-2-3- Des pathologies infectieuses fréquentes

Les pathologies infectieuses telles que la tuberculose, l'infection à VIH et les hépatites B et C sont beaucoup plus fréquentes en milieu pénitentiaire que dans la population générale<sup>8</sup>. Ainsi, le taux de prévalence de l'infection à VIH est « trois à quatre fois supérieur à celui constaté dans la population générale pour les mêmes caractéristiques de sexe et d'âge ». Ainsi, 1,6% des personnes incarcérées sont connues des soignants comme atteintes par le VIH. Près d'un entrant sur deux déclare avoir effectué un dépistage du SIDA avant son incarcération et 1,7% être séropositif. En ce qui concerne les hépatites B et C, les taux de séropositivité sont respectivement de 2,3% et 4,4%.

L'ensemble de ces maladies, sexuellement transmissibles, pose des problèmes sanitaires de première importance compte tenu des conditions de vie carcérales et notamment de la promiscuité qui y règne.

### 2-2-4- La fréquence des problèmes dentaires

Les problèmes dentaires sont également un problème de premier ordre en prison. En effet, la moitié des arrivants en détention a besoin de soins bucco-dentaires dont 2,6% en urgence.

### 2-2-5- Des troubles psychiatriques importants

Près d'un entrant sur dix (8,8%) déclare avoir été régulièrement suivi par un psychiatre, un psychologue ou un infirmier psychiatrique au moins une fois par trimestre ou avoir été hospitalisé en psychiatrie dans les douze mois précédant son incarcération. Parmi eux, près de six sur dix ont un traitement en cours par psychotropes. Ainsi, 4% des entrants déclarent suivre un traitement par antidépresseurs et 3,5% un traitement par neuroleptiques, proportions nettement plus élevées que celles observées dans la population générale.

---

<sup>8</sup> Ministère de la justice, Direction de l'Administration Pénitentiaire, Enquête annuelle un jour donné en milieu pénitentiaire sur l'infection à VIH, résultats 1997.

Ces chiffres sont confirmés par le fait que les médecins qui procèdent à l'examen médical à l'arrivée en prison estiment que 8,8% des patients souffrent de troubles mentaux importants et prescrivent une consultation spécialisée en psychiatrie.

### **2-3- Les effets pathogènes de la prison**

Si l'état de santé des personnes entrant en prison est fort précaire, l'incarcération ne fait que renforcer cet état, la détention et l'enfermement étant sources de nombreuses pathologies pour la plupart, il convient de le souligner, d'ordre psychologique.

Les conditions de détention sont la première cause de mal-être des détenus. En effet, la vétusté voire l'insalubrité souvent constatées des prisons françaises<sup>9</sup> induisent des conditions de vie précaires pour les détenus. Cette vétusté des locaux s'accompagne souvent d'un manque d'hygiène chronique qui a des conséquences directes sur la santé des détenus. Ainsi un prisonnier qui dort sur un matelas contenant des parasites court-il des risques.

La vétusté des locaux implique de plus bien souvent une promiscuité au sein des établissements pénitentiaires. Il n'est pas rare en effet que les détenus, eu égard aux problèmes de surpopulation carcérale, partagent des cellules initialement prévues pour être individuelles. Ce partage d'un espace très réduit implique également celui des douches et des sanitaires. Cette promiscuité et ce manque d'hygiène ont des répercussions sur l'état physique et psychologique du détenu. Celui-ci est en effet privé de toute intimité. Il partage en permanence un espace très restreint avec d'autres détenus et se voit obligé d'accomplir des actes essentiels de la vie sous le regard permanent de ces derniers. Cela implique pour la personne concernée une désappropriation totale de son corps et de son intimité la plus élémentaire.

Cette promiscuité est également à l'origine de nombreuses agressions entre détenus et ne fait qu'aggraver la tension et la violence des lieux.

L'impératif de sécurité impose, par ailleurs, des conditions de détention qui sont à l'origine de nombreux problèmes pour l'état de santé, notamment psychologique, des détenus. En effet, l'obligation sécuritaire des lieux implique que les prisonniers soient constamment sous la surveillance des gardiens et qu'ils obéissent à leurs commandements.

---

<sup>9</sup> La France face à ses prisons, Paris, Assemblée Nationale, 2000

Cet impératif de sécurité n'est pas discutable mais il induit bien souvent chez le détenu une infantilisation et une perte d'autonomie importante car il doit recevoir une autorisation expresse du personnel pénitentiaire pour l'ensemble des actes de la vie courante : déjeuner, toilette, promenade, courrier... Cette relation de subordination entre les détenus et l'encadrement pénitentiaire limite à l'extrême les dialogues que peuvent entretenir les prisonniers qui se terrent alors dans le silence et se replient sur eux-mêmes. Cette perte d'autonomie et ce repli sur soi s'accroissent avec le temps d'incarcération et arrive même parfois à une peur insupportable de la sortie de prison et du retour à la vie extérieure où il faudra se débrouiller et prendre des décisions seul.

Enfin, avec l'incarcération vient l'éloignement des proches, la coupure avec les amis et la famille. Les personnes entrant en prison voient d'un seul coup les liens antérieurs, parfois déjà mal tissés, se réduire à de brefs échanges au parloir ou à du courrier, voire parfois se rompre. Ainsi, les repères de temps et d'espace se brouillent, les contacts avec la réalité extérieure s'estompent, la sexualité disparaît ou parfois devient subie. De manière générale, le détenu connaît une perte d'identité profonde pour se fondre dans le rythme d'une vie collective réglée et rigide ne laissant aucune place à l'initiative, à la créativité et encore moins au plaisir.

L'ensemble de ces phénomènes pathogènes liés à l'incarcération provoquent chez le prisonnier de graves conséquences physiques et psychologiques qui ne font que s'ajouter à l'état déjà précaire constaté à leur entrée. Ainsi peut-on constater en prison<sup>10</sup> : des troubles de l'appétit et du sommeil très importants, une forte présence d'ulcères et de gastrites ainsi que des problèmes de constipation et de vomissements. A ces phénomènes physiques, il faut ajouter les situations de stress extrême et des tendances fortes à des dépressions graves. La santé psychologique des détenus est ainsi au moins aussi détériorée que la santé physique.

De plus, il convient de signaler la forte prévalence des conduites à risques témoignant du mal vivre des prisonniers : consommation d'alcool, de cannabis et de produits opiacés importante, surconsommation de médicaments et de psychotropes, ingestion de corps étrangers, automutilations, tentatives de suicides. Il est à noter que les suicides sont six à sept fois plus fréquents en milieu pénitentiaire que dans la population générale.

---

<sup>10</sup> Colloque national éducation et promotion de la santé en milieu pénitentiaire, 2-3 avril 2001, Rennes

- Le paradoxe pénitentiaire

Ainsi, la prison apparaît comme un milieu déstructurant pour les détenus et source de nombreuses pathologies, principalement d'ordre psychologique.

A ce titre, il convient de souligner le caractère paradoxal du milieu pénitentiaire : lieu médicalisé, il constitue, et plus particulièrement depuis la réorganisation des soins opérée par la loi de 1994, une « opportunité » pour les détenus d'un point de vue strictement sanitaire. En effet, bien souvent, les détenus reçoivent en prison des soins auxquels ils n'avaient parfois jamais eu accès (soins dentaires, dépistage de maladies infectieuses...) et ce, dans des délais relativement courts. A ce titre, le milieu pénitentiaire constitue une plus-value sanitaire. C'est ainsi que de nombreux acteurs de terrain rencontrés (médecins-chefs d'UCSA, directeurs d'établissements pénitentiaires, directeurs de SPIP...) n'hésitent pas à dire que les détenus « se refont une santé en prison ».

Pour autant, les effets pathogènes de la prison sont extrêmement nombreux et si les personnes incarcérées reçoivent des soins en prison, l'univers carcéral n'en demeure pas moins source de nombreux dérèglements d'ordre psychologique qui s'avèrent parfois très graves. L'ensemble de ces problèmes sont autant de freins à la réinsertion future du détenu qui demeure néanmoins, ou tout du moins doit demeurer, l'objectif final de la prison.

A ce titre, l'éducation pour la santé, en ce qu'elle consiste à donner aux personnes incarcérées les ressources nécessaires à la gestion de leur santé, revêt une importance majeure dans la préparation à la réinsertion.

### **3- L'éducation pour la santé, condition nécessaire de la préparation à la réinsertion**

Les conditions physiques et les conditions psychologiques sont souvent étroitement imbriquées chez les détenus comme chez tout un chacun. Leurs comportements défavorables à la santé comme leurs problèmes de santé interagissent avec leurs situations et leurs conduites sociales. En effet, bien souvent, l'incarcération survient à une étape d'un itinéraire caractérisé par un mode de rapport au risque, une difficulté à contrôler ses conduites et une tendance à la transgression des interdits qui touchent aussi bien les lois et règles de la vie en société que leur équilibre physique et psychologique.

Ainsi, par exemple, les sujets toxicomanes perdent peu à peu le lien qui les unit au reste de la société. Enfermés dans une conduite à risque qui les rend rapidement dépendant d'un

produit, ils perdent la notion de lien social et de vie en société. A la recherche perpétuelle de l'argent qui pourra leur fournir leur produit, ils sont prêts à transgresser les interdits et à en subir les conséquences. A un stade avancé de la toxicomanie, le sujet est en outre dépossédé de son corps sur lequel il n'a plus aucune maîtrise.

L'enjeu d'un accompagnement éducatif approprié en matière de santé prend alors toute son importance en détention car il revêt des dimensions non seulement physiques et psychologiques mais également sociales. Ces dernières sont la condition nécessaire d'une bonne préparation à la réinsertion. Il est en effet impératif de donner aux détenus les ressources physiques et psychologiques qui leur permettront de reprendre une place dans la société.

La prévention et l'éducation pour la santé sont des outils essentiels de cette préparation à la santé. Grâce à des actions pertinentes et continues, qu'elles soient globales ou personnalisées, l'éducation pour la santé permet au détenu de se réapproprier son corps, de prendre en main sa santé et son bien-être.

Les actions menées peuvent être de nature diverse : actions d'information et de prévention sur les maladies sexuellement transmissibles par la distribution de plaquettes d'information et de préservatifs, actions d'information et de prévention sur l'hygiène corporelle, bucco-dentaire ou encore sur l'alcoolisme, la toxicomanie, le tabagisme...

On peut citer, à titre d'exemple, une action menée au sein de la maison d'arrêt de Compiègne qui consiste à instaurer des cellules non-fumeurs. Basée sur le volontariat, cette cellule est destinée en priorité aux détenus qui soit ne fument pas, soit souhaitent arrêter de fumer, soit encore refusent de fumer en ce lieu. Accompagnée d'une action d'information écrite (brochures et plaquettes d'information) et orale (groupes de paroles animée par un membre du SATO), cette initiative connaît une certaine réussite et devrait être étendue à une deuxième cellule si le nombre de demandeurs le permet.

L'éducation pour la santé en prison, par les actions qu'elle met en œuvre vise à rendre les détenus acteurs de leur propre santé et de leur bien-être physique. A ce titre, elle leur permet de mieux vivre leur détention.

Par ailleurs, l'éducation pour la santé est un processus qui par nature s'inscrit dans la durée : le fait d'arrêter de fumer ou de consommer de l'alcool à outrance doit être durable, la prévention sexuelle doit être continue, de même que les soins bucco-dentaires... Ainsi, l'éducation pour la santé, lorsqu'ils se l'approprient, permet de responsabiliser les détenus et donc de se projeter dans l'avenir, c'est à dire de songer à leur sortie et à leur réinsertion.

La mise en œuvre d'une telle démarche d'éducation pour la santé ne saurait se résumer à une succession d'informations et de conseils. Elle s'inscrit dans un projet éducatif fondé sur l'écoute des sujets, la parole des intervenants ne venant pas se substituer à la leur mais s'attachant à éveiller leur propre parole. Cette démarche ne doit donc pas s'inscrire dans une logique didactique de transmission de connaissances médicales sur la santé, ni dans une logique d'injonction comportementale moralisatrice qui ne respecterait ni l'autonomie du sujet ni la situation qu'il vit et aurait donc peu de chance d'atteindre un minimum d'efficacité. L'éducation pour la santé vise au contraire à développer une logique éducative qui accompagne le vécu du sujet pour restaurer sa personne dans toutes ses dimensions.

En ce sens, la définition proposée par Philippe Lecorps paraît particulièrement pertinente : « l'éducation pour la santé est un acte d'accompagnement de l'homme pris dans ses trois dimensions : de sujet individuel et contradictoire ; de sujet inséré dans une culture qui le modèle et le contraint, de sujet politique, collectivement responsable et à la fois dépossédé des choix de société qui conditionnent la qualité de sa vie ».

## **DEUXIEME PARTIE : MALGRE UNE IMPULSION NOUVELLE ISSUE DE LA REFORME DE 1994, L'EDUCATION POUR LA SANTE CONNAIT DE NOMBREUX FREINS EN MILIEU PENITENTIAIRE**

### **1- La prévention et l'éducation pour la santé, priorités de la réforme de 1994**

#### **1-1- Le dispositif antérieur**

Avant la réforme issue de la loi de 1994, la prise en charge des soins des personnes incarcérées relevait de la seule compétence de l'administration pénitentiaire. Elle avait en charge l'ensemble de la santé des détenus d'un point de vue matériel et financier, les règles régissant l'organisation sanitaire en milieu pénitentiaire étant prévues par le code de procédure pénale.

Un comité interministériel de coordination de la santé en milieu carcéral, chargé d'examiner les mesures relatives à la protection et à l'amélioration de la santé des détenus ainsi qu'à l'hygiène des établissements pénitentiaires, fut créé en 1985.

Les services médicaux en prison, composés de personnel médical et paramédical recruté et rémunéré par l'administration pénitentiaire se trouvaient placés sous la tutelle du ministère de la justice. Ce dernier prenait en charge toutes les dépenses liées à la médecine de soins : rémunération des personnels médicaux et paramédicaux, fonctionnement des infirmeries et paiement des prix de journée hospitaliers. Les détenus malades bénéficiaient gratuitement des soins qui leur étaient nécessaires, ainsi que de la fourniture des produits pharmaceutiques indispensables à ces traitements. Ce principe de gratuité s'étendait aux examens ou traitements de spécialistes ainsi qu'aux différentes prothèses requises par l'état de santé du patient. Cependant les consultations, opérations ou appareillages dont la nécessité médicale n'était pas reconnue ne pouvaient avoir lieu qu'aux frais de l'intéressé et après avis du chef d'établissement.

Concrètement, des médecins vacataires étaient désignés par le Directeur régional des services pénitentiaires auprès de chaque établissement, selon son importance, sur proposition du chef de l'établissement pénitentiaire, après consultation de l'ordre départemental des médecins et avis du préfet. Ils étaient désignés pour trois ans avec une possibilité de reconduction expresse par le directeur régional. Des médecins coordonnateurs étaient, par ailleurs désignés par le ministre de la justice, après consultation de l'ordre départemental et avis du préfet. Par ailleurs, un chirurgien-dentiste était habilité dans les mêmes conditions. Ce dernier était tenu de faire au minimum deux visites par mois, ce qui était très insuffisant compte tenu des besoins de la population carcérale.

Une infirmerie devait être installée dans chaque établissement, à laquelle était rattachée, à temps complet ou à temps partiel, un personnel infirmier. Il appartenait au médecin de prononcer l'admission à l'infirmerie du détenu malade. En cas d'urgence il pouvait être admis dans le service hospitalier le plus proche après autorisation ministérielle.

Le médecin responsable devait veiller à la santé physique et mentale des détenus. Ainsi, il visitait obligatoirement les détenus arrivants, les détenus signalés malades, ceux placés au quartier disciplinaire (au moins deux fois par semaines), les détenus à transférer et les détenus hospitalisés. Si le médecin estimait que la santé du détenu pouvait être affectée par les conditions de détention ou même la détention elle-même, il avait la faculté d'en aviser le chef d'établissement. L'administration pénitentiaire gardait cependant un pouvoir discrétionnaire quant aux suites à donner à cet avis médical.

La santé mentale des détenus est rapidement devenue un problème préoccupant et récurrent dans les établissements pénitentiaires, le personnel médical n'étant pas assez

nombreux et insuffisamment formé pour répondre aux pathologies mentales parfois très lourdes des détenus. En 1986<sup>11</sup>, la situation fut partiellement améliorée par la création des services médico-psychologiques régionaux (SMPR). Le SMPR a pour mission la prévention des affections mentales avec un dépistage systématique des détenus à leur arrivée, la mise en œuvre d'un traitement psychiatrique, le suivi psychiatrique et psychologique de la population post pénale, la coordination régionale des prestations de santé mentale, et la lutte contre l'alcoolisme et la toxicomanie.

Les SMPR jouissaient d'une grande indépendance par rapport à l'administration pénitentiaire et à ce titre préfiguraient les futures UCSA issues de la loi de 1994. Ils étaient placés sous l'autorité d'un praticien hospitalier dépendant de l'établissement sanitaire de référence.

Pour autant, cette création, si elle rendit la prise en charge en santé mentale satisfaisante dans les dix-huit établissements disposant d'un SMPR, n'améliora que très partiellement celle des établissements ne disposant que de rares vacations de psychiatres. La loi de 1994 a donné une nouvelle impulsion aux SMPR en renforçant leur rôle.

La prévention de manière générale, et plus particulièrement l'éducation pour la santé, étaient pratiquement inexistantes avant la mise en place de la réforme de 1994. La médecine préventive se résumait à un dépistage des maladies vénériennes et de la tuberculose à l'exclusion quasi-totale de toute autre forme de prévention ou de programmes en éducation pour la santé.

## **1-2- La prise de conscience**

### **1-2-1- Le décloisonnement progressif de l'administration pénitentiaire**

Au cours des années quatre-vingt, on a assisté à une prise de conscience progressive de l'état sanitaire alarmant des détenus et du manque d'efficacité de la politique de soins en milieu carcéral, l'administration pénitentiaire ne possédant pas les moyens de mener à bien un telle politique. Face aux difficultés matérielles et financières rencontrées, le ministère de la justice a mis en œuvre une politique permettant aux services du ministère de la santé de s'impliquer davantage en prison. A partir de cette période, l'accent fut mis sur la citoyenneté à part entière des détenus, qui même incarcérés demeurent des citoyens qui conservent leurs droits essentiels et notamment celui d'accès à la santé et à l'insertion au sein de la société au même titre que les personnes en liberté.

---

<sup>11</sup> Décret n°86-602 du 14 mars 1986

Ainsi, signe de décloisonnement de l'administration pénitentiaire et d'ouverture progressive des prisons sur l'extérieur, l'Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS), s'est vu confié en 1984<sup>12</sup> le contrôle de l'ensemble des dispositions sanitaires destinées aux personnes incarcérées. Depuis cette date l'IGAS est chargée d'effectuer dans chaque établissement pénitentiaire des inspections au moins une fois par an sur les conditions d'hygiène, l'organisation sanitaire, le fonctionnement des pharmacies et les actions de prévention. Dans certaines région, l'IGAS a délégué cette mission d'inspection aux DRASS.

C'est le cas en Picardie où l'inspection régionale de la santé de la DRASS met en œuvre chaque année un plan d'inspection des établissements pénitentiaires de la région. Les missions d'inspection comprennent, outre le médecin-inspecteur régional, un pharmacien-inspecteur, un ingénieur du génie sanitaire et éventuellement un inspecteur des affaires sanitaires et sociales. Parallèlement à ce dispositif, un médecin-inspecteur de santé publique est chargé à temps complet de suivre le dossier de la santé en milieu pénitentiaire, notamment dans ses dimensions préventives et tout particulièrement en matière d'éducation pour la santé avec le concours du CRES de Picardie.

De même, on peut noter la mise en place progressive à partir de 1986 d'antennes de lutte contre les toxicomanies instituées pour compléter le dispositif de prise en charge psychiatrique des personnes incarcérées dans les grandes maisons d'arrêt<sup>13</sup>. Les antennes, qui sont soumises statutairement à l'autorité de l'administration pénitentiaire, ont pour mission l'accueil des entrants, le recueil des données, l'orientation vers la structure appropriée pour le sevrage, la préparation à la réinsertion des usagers de stupéfiants et la coordination de l'ensemble des actions locales et régionales de lutte contre la toxicomanie. De même, des antennes de lutte contre l'alcoolisme furent créées mais en nombre moins important. Dans la plupart des cas, celles-ci reposaient sur une seule personne spécialisée, le plus souvent affectée à temps partiel au SMPR. Les prestations effectuées par ces antennes consistaient essentiellement à des entretiens individuels et des actions de prévention et d'information, malheureusement en nombre très insuffisant.

La loi du 22 juin 1987 a, par ailleurs institué le « programme 13 000 » destiné à lutter contre la surpopulation carcérale. Ce programme visait à créer 13 000 places nouvelles et à confier à des groupements d'entreprises la conception, la construction et l'entretien de vingt-cinq établissements pénitentiaires. Pour vingt et un des nouveaux centres construits, le

---

<sup>12</sup> Décret n°84-77 du 30 janvier 1984

<sup>13</sup> Maisons d'arrêt de Bois d'Arcy, Bordeaux, Dijon, Draguignan, Fleury-Mérogis, Fresnes, Grenoble, Lyon, Loos-les-Lille, Marseille, Nantes, Nice, Paris-la-Santé, Perpignan, Poitiers, Rouen, Strasbourg et Toulouse

service médical figurait parmi les fonctions confiées à ces groupements. L'administration pénitentiaire a conservé les fonctions de direction, de surveillance et une mission socio-éducative. Les équipes médicales sont chargées d'assurer l'ensemble des actions de prévention, de diagnostic et de soins à l'exception des hospitalisations. Le renforcement des effectifs de personnels médicaux et paramédicaux constituait un progrès sensible par rapport à la situation des autres établissements. En contrepartie, l'administration pénitentiaire verse un prix de journée par détenu. Le bilan de ce programme est globalement positif même si l'on déplore ici encore une absence quasi-totale de projets de prévention et d'actions d'éducation pour la santé. A compter de 2002, l'ensemble de ces établissements rejoint le droit commun car la fonction soins est confiée au service public hospitalier.

La circulaire du 8 juin 1993 de la Direction Générale de la Santé marqua une avancée très importante en matière de prévention. Cette dernière relative au dépistage anonyme et gratuit ou de dépistage gratuit du VIH en milieu pénitentiaire, prévoit d'offrir aux personnes incarcérées un dépistage dans les mêmes conditions qu'en milieu libre. En instituant des consultations de dépistage anonyme et gratuit, cette circulaire vise à inciter au dépistage volontaire et à la sensibilisation aux conduites à tenir afin de ne pas s'exposer à d'éventuelles contaminations ou ne pas exposer autrui. Cette circulaire fut une avancée décisive dans le domaine de la prévention et de l'éducation pour la santé en milieu carcéral.

#### 1-2-2- Le rôle des rapports

De nombreux rapports ont été consacré au milieu carcéral et pour certains sous l'angle de la qualité et de l'efficacité des soins en prison. En janvier 1993, un rapport du Haut Comité de la Santé Publique (HCSP), commandé par le Ministère de la justice pour améliorer la prise en charge sanitaire des détenus, fut très remarqué. Ce rapport insista en premier lieu sur la nécessité de considérer la santé des détenus comme une priorité de santé publique et souligna le manque de moyen considérable dont souffrait l'administration pénitentiaire pour y parvenir.

Le rapport du HCSP souligna particulièrement l'absence alarmante de médecine préventive en milieu pénitentiaire alors même que la population précarisée qui le compose en a un besoin impératif. Il dégagea comme objectif fondamental d'organiser cette politique de prévention afin de mieux connaître l'état de santé de la population carcérale et réaffirma la nécessité de mettre en place des actions en matière d'éducation pour la santé. A coté de ce premier objectif, le HCSP fixa comme second objectif d'assurer une qualité et une continuité des soins en prison semblables à celles du milieu libre et d'établir une coordination entre le

milieu pénitentiaire et le réseau de soins extérieur, ce qui est primordial pour le suivi des détenus à leur sortie de prison.

### 1-2-3- La préparation de la réforme

La prise de conscience de l'état des prisons françaises, notamment au regard de l'état sanitaire alarmant des détenus et des conditions de leur accès aux soins, fut si vive au début des années quatre-vingt-dix que le gouvernement publia un décret après avis du Conseil d'Etat<sup>14</sup>. Ce décret ne fut pas mis en œuvre car il est apparu que certaines dispositions, telle que l'implication des caisses d'assurance maladie, justifiaient l'intervention du législateur en application de l'article 34 de la constitution. Dès la constitution du gouvernement issu des élections législatives de mars 1993, un projet de loi reprenant pour l'essentiel les dispositions du décret précédent fut élaboré. Soumis au Conseil d'Etat, ce projet de loi fut déposé sur le bureau de l'Assemblée Nationale et devint une fois voté la loi n°94-43 du 18 janvier 1994 relative à la santé publique et à la protection sociale. Sa mise en application est intervenue par le décret n°94-929 du 27 octobre 1994, commenté par la circulaire n°45 DH/DGS/DSS/DAP du 8 décembre 1994, comportant un guide méthodologique.

La loi du 18 janvier 1994, si elle constitue une sorte d'aboutissement à une lente évolution n'en demeure pas moins une véritable révolution car elle transforma totalement le dispositif institutionnel des soins en milieu pénitentiaire.

### 1-3- La réforme de 1994

La réforme du dispositif de soins en milieu pénitentiaire instaurée par la loi du 18 janvier 1994 constitue l'aboutissement du processus de décroisement entre l'administration pénitentiaire et l'administration de la santé en transférant la prise en charge sanitaire des personnes incarcérées du service public pénitentiaire au service public hospitalier. Ainsi, l'article deux de la loi dispose : « le service public hospitalier assure, dans des conditions fixées par voie réglementaire, les examens de diagnostic et les soins dispensés aux détenus en milieu pénitentiaire et, si nécessaire, en milieu hospitalier ».

L'ambition de cette réforme était de reconnaître la citoyenneté à part entière du détenu qui même privé de sa liberté conserve des droits élémentaires, notamment celui d'avoir accès aux soins dans les meilleures conditions possibles. Ainsi, la loi du 18 janvier 1994 intègre les

---

<sup>14</sup> Décret n°93-704 du 27 mars 1993

personnes incarcérées dans le système général de santé afin d'assurer à tous les détenus une qualité et une continuité des soins égale à celles dont dispose l'ensemble de la population.

Par ailleurs, la loi du 18 janvier 1994 tente de palier à la situation financière parfois fort précaire des personnes incarcérées en prévoyant l'affiliation de l'ensemble des détenus au régime général de la Sécurité Sociale dès leur incarcération. Ainsi l'article trois de la loi dispose : « les détenus sont affiliés obligatoirement aux assurances maladies et maternité du régime général à compter de leur incarcération ».

En transférant le dispositif de soins en milieu carcéral au service public hospitalier et en affiliant l'ensemble des détenus au régime générale de la Sécurité Sociale, la loi de 1994 repose sur une conception globale de la santé des détenus. Elle tente ainsi de leur offrir l'ensemble des soins auquel peut prétendre tout citoyen et non plus uniquement ceux de première urgence comme c'était trop souvent le cas auparavant. Ainsi, elle concerne aussi bien la prise en charge des maladies somatiques et psychiatriques que la mise en place de véritables politiques de prévention et d'éducation pour la santé en milieu carcéral.

La réforme de 1994 retient donc une conception globale de la santé en intégrant au dispositif de soins des aspects curatifs et préventifs qui sont complémentaires.

La loi du 18 janvier 1994 a, dans un premier temps, concerné près de 45.000 détenus dans 149 établissements pénitentiaires, les détenus du « programme 13.000 » étant exclus de cette réforme. Au sein de ces établissements, la fonction santé était confiée à des groupements privés. A compter de 2002, cette mission est désormais reprise par les établissements de santé conformément aux dispositions de la loi de 1994 qui couvre dorénavant l'ensemble de la population pénale.

Par ailleurs, la réforme issue de la loi du 18 janvier 1994 s'est accompagnée d'un renforcement sensible des moyens financiers consacrés à la politique de santé en milieu pénitentiaire. Ainsi, une enveloppe nationale de 393 millions de francs a permis globalement de doubler les temps infirmiers et de médecins généralistes, de créer des temps de secrétariat médical et de médecins spécialistes, ainsi que de consacrer 60 millions de francs supplémentaires à la prise en charge médico-psychologique des détenus. Ces moyens ont été complétés en 1997 et en 1998 par des enveloppes représentant un total de 100 millions de francs. Parallèlement, la direction de l'administration pénitentiaire assure le financement

de la rénovation des locaux de soins dans les établissements pénitentiaires (51 millions de francs sur trois ans, sans compter la sécurisation des chambres en milieu hospitalier).

### 1-3-1- Le dispositif institutionnel

#### 1-3-1-1- Le rôle des UCSA

Aux termes de la loi, chaque établissement pénitentiaire est lié par un protocole à un établissement de santé de proximité, chargé d'implanter une Unité de Consultations et de Soins Ambulatoires (UCSA) au sein de l'établissement. Les conditions de fonctionnement de l'UCSA sont fixées par ce protocole.

Il revient au préfet de région d'arrêter la liste des établissements hospitaliers qui répondent aux conditions de technicité et de proximité. L'établissement sanitaire doit posséder un plateau technique suffisant et pouvoir répondre au traitement des urgences.

La prise en charge sanitaire a lieu au sein même des établissements pénitentiaires par la création de l'UCSA. Cette dernière constitue une équipe pluridisciplinaire et met en place les équipements médicaux et non médicaux, à l'intérieur de locaux spécifiquement aménagés par l'administration pénitentiaire. Elle est totalement intégrée à l'établissement hospitalier dont elle dépend et est placée sous l'autorité médicale du praticien hospitalier responsable de l'unité fonctionnelle.

Il convient cependant de noter que bien souvent l'UCSA peine à trouver sa place au sein de l'établissement sanitaire dont elle dépend. Les interlocuteurs rencontrés, et principalement les médecins-chefs d'UCSA, dénoncent un manque de reconnaissance de leur unité de soins et le peu d'intérêt que leur porte parfois l'établissement de tutelle. Ainsi, par exemple, l'UCSA de la maison d'arrêt d'Amiens est rattaché au service de gériatrie de l'hôpital de la ville. Ce rattachement peu logique est l'illustration du peu d'intérêt, voire du rejet, de l'UCSA par les autres services de l'établissement hospitalier pourtant plus qualifiés pour superviser les actions de santé que mène l'UCSA auprès des personnes incarcérées. Certains professionnels dénoncent près de dix ans après la réforme une ignorance de certains personnels hospitaliers, parfois hautement qualifiés par ailleurs, quant au rattachement institutionnel de l'UCSA à l'hôpital.

Parfois anecdotique, ce manque de reconnaissance de l'UCSA par l'hôpital peut conduire à des situations de crise. Ainsi, le responsable d'une UCSA déplore-t-il l'absence d'un

personnel pharmacien que l'hôpital lui refuse alors que ce dernier est responsable à part entière de la pharmacie de l'établissement pénitentiaire.

Les prestations de médecine générale dispensées par l'UCSA comprennent l'ensemble des soins médicaux et infirmiers nécessaires au suivi de la santé des détenus. Ils comportent la visite médicale d'admission de chaque personne incarcérée, qui constitue un bilan de santé individuel et participe au recueil d'informations épidémiologiques sur l'état de santé des détenus.

La mission des médecins de l'UCSA auprès des détenus est celle d'un médecin traitant. La confidentialité de sa relation avec le patient relève du strict secret médical. Les règles de la déontologie médicale et pharmaceutique s'appliquent pleinement, même si les impératifs de sécurité demeurent.

On constate ainsi, qu'au cours d'une inspection menée par l'Inspection régionale de la santé de la DRASS de Picardie au sein d'un établissement pénitentiaire de la région, seul le médecin-inspecteur de santé publique présent est en droit d'avoir accès aux dossiers médicaux des détenus conformément aux règles de confidentialité des informations contenues dans ces dossiers.

Lorsque les soins ne peuvent être dispensés au sein de l'UCSA, il revient à l'établissement hospitalier d'organiser la prise en charge du détenu et de les lui prodiguer en son sein. Les détenus sont alors hospitalisés dans des chambres sécurisées aménagées aux frais de l'administration pénitentiaire. Actuellement, ces chambres sécurisées ne sont pas en nombre suffisant et ce malgré un effort récent de l'administration. Cela pose des problèmes de sécurité des personnels soignants mais également des malades hospitalisés. Récemment, ce problème a connu une illustration marquante avec l'évasion d'un détenu durant son séjour à l'hôpital.

### 1-3-1-2- Le renforcement du rôle des SMPR

Dans le domaine de la santé mentale, la loi du 18 janvier 1994 a renforcé le dispositif mis en place en 1986. De même que l'UCSA, le SMPR est rattaché à un établissement de santé, qu'il soit à caractère général ou psychiatrique. Placé sous l'autorité d'un psychiatre, assisté d'une équipe hospitalière pluridisciplinaire, le SMPR met en œuvre les actions de prévention, de diagnostic et de soins médico-psychologiques. Il est par ailleurs chargé de prodiguer les traitements psychiatriques appropriés et de préparer un suivi après l'incarcération. Enfin, dans le domaine de la prévention et de l'éducation pour la santé il est habilité à mener une

mission de lutte contre l'alcoolisme et la toxicomanie. Afin de mener à bien cette mission, le SMPR travaille en étroite collaboration avec des acteurs extérieurs spécialisés dans la lutte contre l'alcoolisme et la toxicomanie. Ce sont le plus souvent des associations agréées par les services déconcentrés de l'Etat (DDASS et DRASS).

### 1-3-2- La prévention et l'éducation pour la santé au cœur de la réforme de 1994

Outre les réformes institutionnelles fondamentales, la loi du 18 janvier 1994 a érigé en objectif prioritaire de la politique de soins en milieu carcéral une mission de prévention et d'éducation pour la santé. Ce fut l'une des innovations majeures de cette loi par rapport au système précédent. Cet objectif de prévention vise à donner aux détenus les éléments qui doivent leur permettre de prendre en main leur santé et donc d'acquiescer une autonomie de vie dont ils auront besoin en sortant de prison. L'éducation pour la santé vise donc à permettre au détenu de « mieux vivre » la prison mais également oriente ses actions vers une préparation à la sortie de l'univers carcéral. L'objectif final poursuivi est donc la réinsertion sociale des détenus.

L'article deux de la loi du 18 janvier 1994 prévoit ainsi que l'établissement hospitalier de rattachement «...concourt...aux actions de prévention et d'éducation pour la santé organisées dans les établissements pénitentiaires ».

La visite effectuée lors de l'entrée en prison de chaque détenu est la toute première mesure de prévention organisée. En effet, elle est l'occasion de déceler au plus tôt les éventuelles pathologies des détenus et permet de tenter d'y remédier au plus vite sans attendre une demande de la personne concernée. Elle doit avoir lieu dans un délai très court afin de détecter tout risque de pathologie infectieuse qui nécessiterait des soins ou des mesures d'isolement. De même, elle permet de vérifier l'état vaccinal, de proposer des consultations spécialisées, de déceler des troubles d'ordre psychiatrique ou psychologique, de mettre à jour des problèmes d'alcoolisme ou de toxicomanie et d'informer le détenu de l'existence et des modalités d'accès à la consultation anonyme et gratuite de dépistage du VIH. De l'avis des professionnels rencontrés, la visite d'entrée est cruciale car elle constitue une prise de contact du personnel médical et paramédical avec le détenu qui, sans cette visite, ne ferait peut-être pas parfois une démarche de demande de soins.

L'établissement de santé est ainsi chargé de coordonner les actions de prévention et d'éducation pour la santé en élaborant un programme annuel ou pluriannuel, en accord avec les principaux partenaires que sont l'administration pénitentiaire, les services de l'Etat en

matière de santé (DDASS), le Conseil général, l'assurance maladie et les associations concernées.

Le responsable de l'UCSA détermine, en accord avec la direction de l'établissement pénitentiaire et en accord avec la Direction départementale des affaires sanitaires et sociales et la Direction régionale des affaires sanitaires et sociales les thèmes prioritaires de prévention et d'éducation pour la santé qu'il entend mettre en œuvre au sein de l'établissement. Il se détermine en fonction des informations issues des visites d'entrée et des consultations de détenus.

Les domaines d'action principaux en matière de prévention et d'éducation pour la santé concernent la mise à jour des vaccinations, l'infection par le VIH, les maladies sexuellement transmissibles, les hépatites B et C, les toxicomanies, l'alcoolisme, le tabagisme, l'alimentation, les soins bucco-dentaires et, de manière générale, la responsabilisation du détenu vis-à-vis de sa santé.

Pour autant, les actions d'éducation pour la santé ne se limitent pas à une diffusion d'informations et de recommandations car elles impliquent une participation et une implication importante de la personne concernée afin que cette dernière s'approprie de manière volontaire les messages véhiculés. Il n'est donc pas rare que les actions d'éducation pour la santé prennent des formes peu communes et qui surprennent parfois les personnes peu accoutumées à de telles actions : ateliers de théâtre, de déguisement, de maquillage dans les prisons pour femme, de gastronomie, de peinture, de danse etc.... L'ensemble de ces actions visent à permettre aux détenus de se réapproprier leurs corps qu'ils ont tendance à négliger, voire à oublier, en prison.

## **2- Les autres acteurs de l'éducation pour la santé en milieu carcéral**

Avec la loi du 18 janvier 1994, le service public hospitalier est devenu responsable des soins en milieu carcéral, notamment dans le domaine de la prévention et de l'éducation pour la santé. Pour autant, les structures et les personnels hospitaliers ne sont pas les seuls à être impliqués dans ce domaine. En effet, il existe un très grand nombre d'intervenants, pour la plupart des associations spécialisées, qui souhaitent s'investir auprès des détenus ou tout simplement continuer le travail de sensibilisation qu'elles ont engagé depuis de nombreuses années auprès des populations marginalisées.

## 2-1- L'administration pénitentiaire

L'administration pénitentiaire reste très engagée dans les domaines de la prévention et de l'éducation pour la santé par le biais du travail qu'elle effectue en matière de réinsertion. Elle consacre, en effet, une aide financière importante à de nombreux programmes qui visent à permettre au détenu de vivre aussi bien que possible sa détention et surtout à préparer sa sortie du milieu carcéral. L'administration pénitentiaire met ainsi en place des programmes de travail rémunéré et de formation professionnelle.

Ainsi, en novembre 2001, 46,38% des détenus exerçait une activité rémunérée. Cette activité est fondamentale pour les détenus car elle les oblige à se contraindre aux horaires de travail et leur donne ainsi un rythme régulier qui les prépare à une éventuelle activité lors de leur sortie de prison. De plus elle leur apporte un revenu qui leur donne la possibilité d'acheter des choses que la prison ne leur offre pas (alimentation, livre, matériel audio ou vidéo...). Il faut cependant déplorer la faiblesse des revenus accordés qui s'élèvent pour la plupart à environ 150 euros soit à peine 1000 francs mensuels.

En plus des formations professionnelles organisées par les groupements d'établissements de l'Education nationale (GRETA) et certaines associations spécialisées, les détenus peuvent également suivre des formations générales assurées le plus souvent par correspondance mais également en établissement pénitentiaire par des enseignants de l'Education Nationale : en 2000, environ 350 enseignants et des intervenants d'associations ont permis à 30.344 détenus de suivre des formations de lutte contre l'illettrisme, d'alphabétisation et de préparation à des diplômes nationaux. Ainsi, 3521 détenus ont été candidats à un examen scolaire ou universitaire et 75% d'entre eux ont été reçus, dont 48 au baccalauréat et 64 à un diplôme de l'enseignement supérieur.

L'administration pénitentiaire s'efforce également d'être présente dans le domaine culturel. Ainsi la présence de bibliothèques permettant un accès direct aux livres dans la quasi totalité des établissements pénitentiaires permet d'ouvrir le détenu sur d'autres horizons et lui faire oublier son enfermement. De même, 139 établissements ont une salle polyvalente permettant la diffusion de spectacles et 93 ont un circuit de télévision interne. Par ailleurs, quatorze directions régionales des affaires culturelles s'engagent aux cotés des directions régionales des services pénitentiaires pour soutenir des actions culturelles : spectacles, ateliers de lecture, d'expression corporelle... Ce partenariat est prolongé avec de nombreuses communes et conseils généraux qui offrent également des programmes culturels aux personnes incarcérées.

L'administration pénitentiaire finance par ailleurs une grande partie des actions d'éducation pour la santé menées en milieu carcéral. Ainsi, la Direction régionale des services pénitentiaires de Lille, compétente pour la région Picardie, engage chaque année plus de 600.000 francs dans des programmes de prévention et d'éducation pour la santé en concertation avec l'ensemble des comités régionaux d'éducation pour la santé concernés.

Pour Madame Marmin, chef du service de réinsertion à la DRSP, la prévention et les programmes de promotion et d'éducation pour la santé sont des actions prioritaires au regard des résultats encourageants qu'elle a pu constater.

## 2-2 Les services pénitentiaires d'insertion et de probation

La politique d'insertion de l'administration pénitentiaire a été profondément réformée par un décret du 13 avril 1999<sup>15</sup>. Ce décret vise à fusionner les services d'insertion qui intervenaient en milieu ouvert (en direction des personnes libérées) et en milieu fermé (en direction des personnes en détention) en créant une unité administrative unique de niveau départemental : le service pénitentiaire d'insertion et de probation (SPIP). Cette réforme permet un suivi plus efficace des condamnés qui dans leur parcours pénal peuvent être alternativement pris en charge en milieu ouvert (avant le jugement et après la libération) et en milieu fermé. Par ailleurs, la mise en place des SPIP permet de mettre fin à l'éclatement des services d'insertion : aux 186 services socio-éducatifs des établissements et aux 183 comités de probation et d'assistance aux libérés se substituent dorénavant la centaine de SPIP. Cette réforme permet la mise en place d'une véritable politique départementale d'insertion coordonnée.

Cette réforme permet également de décloisonner le milieu ouvert et le milieu fermé en créant des équipes unifiées travaillant sous l'autorité du directeur du SPIP. Ainsi, une personne libérée est suivie par la même équipe de travailleurs sociaux qu'elle connaissait en prison. Les actions d'insertion menées au sein de l'établissement peuvent être plus aisément poursuivies. C'est particulièrement vrai dans le domaine du suivi de la santé du détenu à qui les personnels du SPIP peuvent recommander un médecin, donner des adresses d'associations qui pourront l'aider et lui permettre de continuer à bénéficier des programmes de prévention et d'éducation pour la santé qu'il suivait éventuellement en détention.

---

<sup>15</sup> Décret n°99-276 modifiant le code de procédure pénale et portant création des services pénitentiaires d'insertion et de probation

### 2-3- Le tissu associatif

Le tissu associatif joue un rôle essentiel dans le domaine de l'éducation pour la santé en milieu carcéral car certains acteurs extérieurs sont des professionnels dans la prévention et la promotion de la santé des plus démunis. Ces actions se situent principalement dans les domaines de l'hygiène, de la lutte contre les maladies sexuellement transmissibles et de la lutte contre les toxicomanies.

En Picardie, de nombreuses associations agréées par l'Etat interviennent auprès des détenus. On peut citer parmi les plus importantes et les plus actives l'association Le Mail, le SATO (service d'aide aux toxicomanes) et l'association APRES qui œuvrent principalement dans les domaines de la prévention de l'alcoolisme, des toxicomanies et de la pharmacodépendance. Leurs actions s'orientent vers une sensibilisation des détenus aux risques encourus, notamment au regard de leur future réinsertion. Elles mènent régulièrement des actions de prévention, d'information, de sensibilisation par le biais de groupes de parole et d'ateliers divers au sein des établissements pénitentiaires de la région. Ces associations sont composées de médecins, de travailleurs sociaux et de psychologues.

Leur action s'exerce en amont et en aval de la prison : grâce à une politique de prévention, d'information et d'éducation pour la santé auprès des publics à risques (principalement les jeunes en difficulté), elles visent à éviter aux jeunes de tomber dans le cercle vicieux de la toxicomanie et donc de la délinquance qui mène le plus souvent en prison. Présente en prison, elles tentent par ailleurs de remédier aux effets néfastes des toxicomanies et préparent la sortie du détenu qu'elles continuent à suivre après sa libération.

Il est à noter que l'association Le Mail a franchi un pas de plus en 1998 en signant une convention avec les services judiciaires et pénitentiaires dont le but est de développer la prise en charge des personnes qui sont dans le cadre d'un contrat de soins, d'une obligation de soins ou d'une injonction thérapeutique. Un lieu d'accueil spécifique est ouvert depuis 1999 pour les mineurs et les jeunes majeurs usagers de produits illicites que les services judiciaires orientent vers l'association dans le cadre d'une mesure de classement sans suite de leurs dossiers. Depuis cette date, elle constitue donc une alternative à la prison dans le cadre de la consommation de produits stupéfiants.

Selon le directeur de l'association, cette faculté offerte aux jeunes est très souvent saisie par eux ce qui permet à l'association une politique de prévention et un suivi médico-social de plus en plus important des populations à risques.

Enfin, le CRES de Picardie joue un rôle fondamental dans le cadre de l'éducation pour la santé en milieu carcéral. En partenariat avec la DDASS et la DRASS ainsi que la DRSP, il effectue un travail quotidien dans ce domaine : formation et sensibilisation à l'éducation pour la santé des personnels pénitentiaires, groupes de parole au sein des établissements, édition d'une revue spécialisée, animation d'ateliers sur les maladies sexuellement transmissibles, élaboration de plaquettes et d'affiches d'information à usage des UCSA etc...

### **3- Les freins à l'éducation pour la santé en milieu carcéral**

La population carcérale nécessite, pour les raisons que l'on a décrites, plus que toute autre des actions de prévention et une sensibilisation aux bénéfices de l'éducation pour la santé. Pour autant, si la loi du 18 janvier 1994 a érigé la prévention et les actions de promotion de la santé en priorité, les investigations de terrain ainsi que les différentes rencontres des professionnels oeuvrant dans le domaine de la santé en milieu carcéral mettent en évidence une série de blocages qui rendent les politiques de prévention et d'éducation pour la santé difficiles à mettre en œuvre. Il existe, en effet, un grand décalage entre les objectifs affichés dans les textes et la réalité des actions mises en œuvre sur le terrain. Ainsi, près de dix ans après la réforme engagée en 1994, persistent des freins importants aux actions de prévention et d'éducation pour la santé en milieu pénitentiaire. Ces freins sont de plusieurs ordres :

#### 3-1- Les blocages liés à l'institution pénitentiaire

La faiblesse des moyens financiers constitue le premier frein majeur à l'éducation pour la santé en direction de la population pénale. En effet, force est de constater que malgré des efforts financiers importants (la DRSP de Lille a engagé près de 780.000 francs en faveur des actions de prévention et d'éducation pour la santé durant l'année 2001), la majorité des dépenses liées à la politique de soins en prison reste largement consacrée au secteur curatif au détriment de l'aspect préventif. Ainsi, en dépit d'une volonté de promouvoir la prévention et l'éducation pour la santé en faveur de la population pénale, les sommes engagées restent largement insuffisantes au regard des besoins. Les différents professionnels oeuvrant dans le domaine de la santé pénitentiaire s'accordent pour dénoncer le peu de moyens dont ils bénéficient pour mener des actions de prévention de long terme. Aujourd'hui encore, malgré un effort initié en 1994, les sommes consacrées à la promotion de la santé restent insuffisantes pour répondre aux besoins des personnes incarcérées.

Par ailleurs, le contexte pénitentiaire n'est pas favorable aux actions de prévention et d'éducation pour la santé : la vétusté des locaux et l'insalubrité, souvent dénoncées<sup>16</sup>, des établissements pénitentiaires sont autant de freins aux politiques de promotion de la santé en faveur des détenus. Les prisonniers sont incarcérés dans des conditions peu propices aux notions que tentent de véhiculer les intervenants en la matière telles que l'hygiène et l'entretien du corps. Il paraît en effet paradoxal de demander aux détenus d'adopter des comportements et des modes de vie sains lorsqu'ils sont détenus dans des conditions qui sont parfois contraires aux règles élémentaires d'hygiène. Ainsi, la vétusté et l'insalubrité des locaux ainsi que les conditions de détention liées à l'exiguïté des cellules, la limitation de l'accès aux douches et aux médicaments sont autant de freins aux actions de prévention et d'éducation pour la santé en direction de la population pénale.

Enfin, les impératifs de sécurité qui prévalent en milieu pénitentiaire sont un obstacle très important aux actions de promotion de la santé. Il est incontestable que la vie carcérale, de par sa nature, exige des règles de sécurité très importantes : surveillance constante des détenus, fouille complète et systématique des personnes entrant dans l'établissement, contrôle des objets transmis par l'extérieur aux personnes incarcérées, surveillance des promenades, des locaux de l'UCSA... Pour autant, force est de constater que ces impératifs de sécurité, défendus par l'administration pénitentiaire, ont parfois tendance à reléguer au second plan les nécessités de la politique de soins et ceci à plusieurs égards : tout d'abord, les détenus sont maintenus dans une attitude constante de soumission à l'autorité des personnels surveillants qui réduisent ainsi considérablement leur autonomie. C'est pourquoi, les personnels soignants rencontrés dénoncent les règles de sécurité draconiennes qui encadrent la vie des détenus et qui s'opposent parfois à une bonne administration des soins. Ainsi, lorsqu'un détenu doit être transféré à l'hôpital pour y recevoir des soins est-il très souvent l'objet d'entraves qui lient à l'aide de chaînes les pieds et les poings. Cette méthode est déplorée par les personnels soignants qui lui reproche un caractère humiliant et avilissant. De même, les personnels surveillants de l'administration pénitentiaire refusent parfois de se retirer lors d'interventions ou d'opérations au nom de l'impératif de sécurité, ce qui est contraire à la déontologie et au secret médical.

De manière générale, on peut déplorer le manque de sensibilisation des personnels pénitentiaires aux domaines de la prévention en matière de santé et plus généralement à la

---

<sup>16</sup> La France face à ses prisons, Paris, Assemblée Nationale, 2000

question de la réinsertion sociale des détenus. Ces personnels ont, en effet, une vision de leur métier centrée presque exclusivement sur la sécurité et la surveillance des personnes incarcérées au détriment des aspects d'échanges, d'aide et de services aux détenus. Cette vision sécuritaire du métier de surveillant est liée à la formation initiale et continue qu'ils reçoivent qui laissent trop peu de place aux objectifs de réinsertion sociale des détenus.

Les règles de sécurité imposées par l'administration pénitentiaire ont également pour effet néfaste de dissuader les intervenants extérieurs de se rendre en prison pour mener des actions auprès des personnes incarcérées. En effet, la surcharge de travail qui incombe aux personnels des UCSA, liée principalement aux sous-effectifs chroniques dont ils souffrent, empêche ces derniers de mener à bien l'ensemble des actions nécessaires. La présence d'intervenants extérieurs, et notamment des associations spécialisées dans l'aide aux populations défavorisées, est primordiale car elle permet de développer un plus grand nombre de programmes de prévention et d'éducation pour la santé en faveur des détenus. Cependant, les impératifs de sécurité qui prévalent en prison sont trop souvent un frein à l'accession de ces intervenants extérieurs : les autorisations d'intervention en établissement pénitentiaire, les fouilles à l'entrée de la prison, et les contraintes imposées dans l'enceinte de la prison sont autant d'obstacles à ces interventions.

### 3-2- Les obstacles liés à l'institution hospitalière

Le service public hospitalier qui a la responsabilité des soins en milieu carcéral depuis 1994 connaît également des dysfonctionnements qui limitent la portée des actions de prévention et d'éducation pour la santé.

La première d'entre elles réside dans le fait que les personnels soignants sont peu formés à la prévention en général et plus spécialement à l'éducation pour la santé. En effet, médecins et infirmières ont une formation initiale qui laisse peu de place à la prévention et ignore l'éducation pour la santé. C'est pourquoi, dans le cadre des missions que leur fixe la loi de 1994, ces personnels s'orientent vers une conception curative des soins et laissent peu de place aux dimensions préventives de la santé. Cette orientation des soins est amplifiée par l'attitude des détenus eux-mêmes qui consiste, dans l'immense majorité des cas, à demander des traitements pour un mal précis (parfois imaginaire) mais très rarement à demander une aide de fond et à long terme. Ainsi, les personnels soignants, dont le dévouement et la passion de leur métier sont incontestables, se situent dans le traitement des urgences médicales au détriment des actions de prévention et d'éducation pour la santé. Par ailleurs, la formation continue dont peuvent bénéficier ces personnels est également trop

faible en ce domaine. Le plan national d'éducation pour la santé initié par Bernard Kouchner en février 2001 devrait tenter de répondre à ce manque de formation initiale et continue des personnels soignants en matière de prévention et d'éducation pour la santé.

Le second blocage inhérent à l'institution hospitalière réside dans son peu d'habitude à collaborer avec d'autres partenaires. Il existe, en effet, des difficultés de sa part à faire appel et à faire entrer des acteurs extérieurs à la prison, professionnels de la prévention et de l'éducation pour la santé : CRES, CODES, associations d'aide aux toxicomanes, de lutte contre le tabagisme, l'alcoolisme ou les maladies sexuellement transmissibles...

### 3-3- Les freins inhérents au détenu

L'éducation pour la santé requiert une attitude active de la part des personnes qu'elle vise. Il est donc nécessaire d'être en présence de détenus capables de s'investir dans les actions qui lui sont proposées, capables de participation, c'est à dire à même de s'engager pour retrouver la forme physique, d'établir un lien (symbolique ou matériel) avec l'extérieur, de constituer un pécule pour sa sortie, de suivre des activités ou des études... De manière générale, l'éducation pour la santé en milieu carcéral implique comme condition de départ que le détenu se projette dans l'avenir et se situe dans une optique de long terme, l'objectif final étant sa réinsertion sociale définitive.

Or, les détenus sont coupés du monde extérieur et donc désocialisés et ne parviennent pas à se projeter dans l'avenir. Il existe une absence de toute perspective de réinsertion et de manière générale de vision à long terme. Cet état d'esprit des personnes incarcérées va à l'encontre des actions d'éducation pour la santé qui reposent sur une responsabilisation qu'il est difficile d'obtenir en raison du manque de motivation. Ce manque de volonté et de participation est l'obstacle principal de l'ensemble des actions d'éducation pour la santé menées auprès de la population pénale.

De plus, l'éducation pour la santé est un processus progressif qui s'inscrit systématiquement dans une optique de long terme. Elle nécessite un accompagnement et un investissement sur le long terme. Or une grande partie de la population incarcérée l'est pour de courtes peines. Les détenus savent qu'ils ne sont pas là pour de longues périodes et donc ne s'investissent pas dans des actions d'éducation pour la santé. La plupart des détenus effectuant des séjours en prison de quelques mois «seulement » (dix mois en moyenne à la maison d'arrêt de Compiègne) ne sont pas réceptifs à des actions s'inscrivant dans le temps.

Il existe donc une différence entre les actions que l'on peut mener dans les centres de détention, où le temps d'incarcération est plus long et les maisons d'arrêt.

Par ailleurs, l'éducation pour la santé ne consiste aucunement en une transmission d'informations et de connaissances à un public passif mais au contraire nécessite une participation active des individus concernés. Ces derniers doivent s'approprier des comportements et des modes de vie de manière volontaire et adhérer à une démarche de promotion de leur santé. Dans ce cadre, la vie carcérale n'est pas propice aux développements de telles actions. En effet, les détenus sont dans une situation de soumission de tous les instants qui leur ôte au fur et à mesure de leur détention toute autonomie de pensée et d'action. Les personnes incarcérées sont ainsi soumises à la volonté de l'administration pénitentiaire pour effectuer l'ensemble des actes quotidiens : repas, promenades, douches, horaires et durée des visites etc.... Cette absence d'autonomie et de responsabilisation des personnes incarcérées liées à la vie carcérale qui impose de fortes contraintes, pour la plupart justifiées, est en complète contradiction avec les principes que tente de mettre en avant l'éducation pour la santé. Ainsi, les personnes incarcérées tombent pour une grande majorité d'entre elles dans une attitude passive et tout particulièrement en ce qui concerne leur santé : souvent en position de demande de soins courants (douleurs, blessures, troubles du sommeil...) elles demeurent très peu réceptives aux actions de prévention et de promotion de la santé qui s'inscrivent dans la durée et nécessitent une forte implication de leur part.

## **TROISIEME PARTIE : L'OBSERVATION DES ACTIONS MENEES EN PICARDIE PERMET DE DEGAGER DES PROPOSITIONS D'ACTIONS VISANT A AMELIORER LA PROMOTION DE LA SANTE EN PRISON**

### **1- La Picardie «en pointe» dans le domaine de l'éducation pour la santé en prison**

Malgré les nombreux obstacles à la mise en place d'actions d'éducation pour la santé en milieu carcéral, la région Picardie a su développer ce domaine et lui donner les moyens de mise en œuvre d'actions à long terme. De l'avis de l'ensemble des partenaires rencontrés, la région Picardie est très avancée dans les domaines de la prévention et de l'éducation pour la santé en direction de la population pénale. Il est possible d'avancer plusieurs raisons à cet avancement des projets :

## 1-1- La Picardie, site pilote entre 1998 et 2000

Tout d'abord, la région Picardie a fait partie des dix sites pilotes retenus qui, de 1998 à 2000, ont bénéficié d'une formation-action pour aider à la mise en place de programmes d'éducation pour la santé en milieu pénitentiaire. La région Picardie possédait trois sites pilotes : la maison d'arrêt d'Amiens, le centre pénitentiaire de Laon et le centre pénitentiaire de Château-Thierry. L'objectif de ce processus de formation-action était d'apporter à des équipes de terrain volontaires une aide à la mise en place des programmes d'éducation pour la santé prévus par les textes de 1994 sur la prise en charge sanitaire des détenus.

La formation dont bénéficiaient les trois sites picards s'est déroulée selon une méthodologie commune assurée par le réseau des comités d'éducation pour la santé. Ces formations accueillait des équipes pluridisciplinaires : personnels pénitentiaires (direction, surveillants, administratifs, SPIP, psychologues,...), personnels UCSA (médecins, infirmières, psychologues, psychiatres...), et autres professionnels du secteur (professeurs, formateurs...). Au cours de ces formations furent abordés : les concepts d'éducation pour la santé appliqués au milieu pénitentiaire, la problématique éducation pour la santé et insertion, la démarche d'élaboration d'un projet et les aspects éthiques. Après avoir procédé à un état des lieux, les sites ont travaillé à l'élaboration de leur projet déclinés en objectifs et stratégies d'action.

La réflexion ainsi menée tout au long de ce processus de formation-action, a permis aux différents professionnels de la région de mesurer les bénéfices de programmes de prévention et d'éducation pour la santé en direction de la population pénale, de situer chacun leur propre mission dans un travail partenarial et de construire un projet commun d'éducation pour la santé adapté aux nécessités des détenus.

Un colloque national s'est tenu à Rennes les 2 et 3 avril 2001, intitulé : « sept ans après la loi de 1994, où en sommes-nous de l'éducation pour la santé en milieu pénitentiaire ? ». Ce colloque avait pour objet de dresser un bilan des expériences engagées et au regard de l'évaluation des sites pilotes a élaboré des recommandations pour renforcer le développement de l'éducation pour la santé en prison.

La région Picardie a donc été l'une des premières régions à bénéficier de la mise en place coordonnée et réfléchie de programmes d'actions en matière de prévention et d'éducation pour la santé en milieu carcéral. Cette expérience a été très riche d'enseignements car elle a permis à l'ensemble des acteurs de terrain de mesurer les bénéfices de tels programmes et

de se positionner respectivement dans leur mise en œuvre. Les formations-action ouvertes à l'ensemble des professionnels œuvrant en milieu pénitentiaire ont par ailleurs contribué à un décloisonnement santé-prison. La dynamique initiée à partir de 1998 continue actuellement de porter ses fruits.

#### 1-2- Une dynamique forte initiée par la DRASS et le CRES

La DRASS et le CRES de Picardie jouent un rôle fondamental dans l'animation des actions en matière de prévention et d'éducation pour la santé en milieu pénitentiaire. En effet, ces deux institutions ont souhaité continuer sur la voie ouverte par les actions menées entre 1998 et 2000 sur les trois sites pilotes de la région. Un partenariat très fort s'est donc instauré entre la DRASS et le CRES, sous l'impulsion du Médecin-inspecteur régional et du médecin-inspecteur de santé publique chargé du dossier de la santé en prison.

La DRASS de Picardie anime ainsi différents groupes de travail réunissant les professionnels du secteur. En 2001, on dénombrait six groupes de travail thématiques : compte rendu d'activité (qui centralise et analyse les rapports d'activité des UCSA des centres pénitentiaires de la région), accès aux soins, protocole de substitution, SMPR psychiatrie, soins infirmiers, éducation pour la santé.

Le sixième groupe de travail (éducation pour la santé en milieu pénitentiaire) est conduit par le CRES de Picardie. Il est chargé de suivre l'état d'avancement des projets en la matière, de procéder à leur évaluation et de proposer des actions à mener.

Outre ces six groupes de travail, la DRASS de Picardie a mis en place une mission d'inspection et de contrôle des établissements pénitentiaires. Cette dernière contrôle les règles d'hygiène des établissements, les conditions d'hébergement des détenus, le fonctionnement matériel et financier des UCSA et des SMPR, le respect des règles de fonctionnement des pharmacies des établissements ainsi que de la délivrance des médicaments. Par ailleurs, le guide d'inspection élaboré par la DRASS comprend une rubrique relative à la prévention et aux actions d'éducation pour la santé que met en œuvre l'équipe médicale et paramédicale de l'établissement. Elle veille notamment au bon fonctionnement des dépistages prévus par les textes, à la diffusion d'informations relatives à la prévention et interroge les équipes soignantes sur l'ensemble des actions qu'elle mène en matière de promotion et d'éducation pour la santé.

La DRASS de Picardie, en collaboration avec les DDASS de la région, notamment en matière de VIH, VHB, VHC et problèmes de toxicomanie, entretient donc une dynamique permanente en matière d'éducation pour la santé en milieu carcéral. Son rôle d'animation et de coordination, en collaboration avec le CRES est fondamental et explique pour beaucoup les résultats encourageants que les professionnels de terrain notent.

Par ailleurs, la DRASS de Picardie est très avancée dans la mise en place du schéma régional d'éducation pour la santé. Un séminaire de travail, intitulé « vers un consensus des acteurs de l'éducation pour la santé en Picardie sur les concepts et les méthodes » s'est réuni à ce sujet le 31 janvier 2001 à Chauny (Aisne). Parmi les thèmes de réflexion retenus, l'approche des population marginalisée a permis de dresser un état des lieux de la prévention et de l'éducation pour la santé en direction des personnes exclues, et notamment des personnes incarcérées.

### 1-3- Un programme régional ambitieux en matière de prévention et d'éducation pour la santé en prison

La région Picardie a mis en place de nombreuses actions d'éducation pour la santé en milieu carcéral. Les premières ont été initiées par la désignation de trois établissements de la région comme sites pilotes en 1998. A partir de l'an 2000, la région a souhaité poursuivre dans cette direction. Elle a donc maintenu ses efforts en la matière.

La première action en matière d'éducation pour la santé en milieu pénitentiaire est continue depuis plusieurs années. Elle consiste en des formations-actions effectuées par le CRES de Picardie qui visent à une sensibilisation des personnels intervenants en milieu pénitentiaire sur les bénéfices et les modalités de mise en oeuvre d'action de promotion et d'éducation pour la santé en faveur des détenus. Ces formations sont financées, pour la plupart, par la DRSP de Lille. Elles s'adressent à l'ensemble des professionnels de terrain et s'effectuent en interdisciplinarité. Ainsi, elles réunissent des professionnels de l'administration pénitentiaire (direction, surveillants, administratifs), des personnels du service public hospitalier (médecins, infirmières...) et d'autres professionnels ou intervenants extérieurs. Ces formations ont comme objectif premier de permettre à l'ensemble de ces professionnels de mieux se connaître afin d'instaurer un partenariat fructueux.

Durant l'année 2000, le CRES de Picardie, en collaboration avec la DRASS, a souhaité mettre en place un outil régional inter-institutionnel et inter-professionnel pour valoriser les activités de promotion et d'éducation pour la santé en milieu pénitentiaire. Cet

outil a pris la forme d'une revue trimestrielle intitulée « forum prison, le journal de l'éducation pour la santé en Picardie ». Distribuée gratuitement et de manière très large, cette revue a pour objectif d'informer, de sensibiliser et de mettre en réseau l'ensemble des professionnels de terrain oeuvrant pour la santé en prison. Elle contient de nombreuses adresses ou contacts, un point trimestriel sur les projets d'éducation pour la santé en prison, une bibliographie des derniers ouvrages parus en la matière, des points de vue de personnalités qualifiées (professionnels de la prison, responsables administratifs ou politiques, chercheurs, enseignants...). La revue forum constitue un lien entre les différents professionnels de la santé en prison de la région qui apprécient unanimement sa mise en place. Elle est un réel succès. Le CRES de Picardie a par ailleurs été contacté par certains CRES d'autres régions qui étaient intéressés pour éditer une telle revue.

Par ailleurs, les équipes soignantes des établissements pénitentiaires de la région mettent régulièrement en place des programmes d'éducation pour la santé. Pour ce faire ils font très souvent appel au réseau des comités d'éducation pour la santé qui leur apporte un soutien méthodologique. L'ensemble de ces actions est financé soit sur des crédits assurance maladie (FNPEIS), soit sur des crédits alloués par l'administration pénitentiaire (plus de 600.000 francs sur l'année 2001). Si on peut regretter le nombre encore trop faible de ce type d'actions, il convient d'apprécier à sa juste valeur les efforts consentis par les personnels impliqués et les résultats très encourageants des actions menées.

Parmi les initiatives les plus intéressantes au cours de l'année 2001, on peut souligner :

- L'établissement de Château-Thierry qui s'implique dans un projet sur l'hygiène de vie.

Ce projet se décline en trois volets : détenus, professionnels et institutionnels.

Pour la mise en œuvre du volet détenus, un comité d'organisation restreint est chargé de l'organisation matérielle et pédagogique d'une série d'échanges autour du thème de l'hygiène de vie. Il est constitué d'une infirmière, de l'assistante sociale du SPIP, d'une psychologue de la Croix Rouge, d'un représentant de la direction de l'établissement, de deux formateurs du CRES et du CODES de l'Aisne.

La difficulté principale de la mise en place de ce projet aux yeux d'une partie des équipes est que la plupart des détenus du quartier de la maison centrale souffre de troubles mentaux graves, ce qui interroge la faisabilité d'une activité d'éducation pour la santé. Finalement, en mettant à part le petit nombre de personnes réellement incapables de prendre soin d'elles en raison de leur pathologie psychiatrique, il a été décidé de développer l'éducation pour la santé, seule l'expérience pouvant permettre d'évaluer les obstacles ou les risques liés aux caractéristiques de cette population.

Les animations sont assurées par des équipes de trois personnes : un éducateur pour la santé, un psychologue ou un infirmier, un surveillant, chacun ayant un rôle actif et précisé à l'avance. Ces ateliers ont pour but de favoriser l'expression concernant l'hygiène de vie et de transmettre les informations de base.

Depuis fin avril, quatre ateliers ont été organisés dans chacun des quartiers de l'établissement. Le premier a permis de recueillir les demandes. Les ateliers suivants ont été centrés sur l'arrêt du tabac (avec un médecin tabacologue), la gestion du stress (avec un professeur de stretching postural, qui est une technique de relaxation) et l'alimentation (avec un chef-cuisinier). Pendant ces ateliers, les professionnels invités répondent aux questions des détenus. Aucun exposé magistral n'est prévu. Cette approche pédagogique des questions-réponses a été privilégiée afin d'être au plus près des demandes des détenus et de créer rapidement une dynamique de groupe.

Parallèlement, des entretiens collectifs ont eu lieu avec le personnel soignant et le personnel de surveillance pour identifier et construire ensemble une action de promotion de la santé des professionnels. L'analyse des besoins a mis en évidence des difficultés et des problèmes de responsabilité dans la prise en charge de l'hygiène de certains détenus.

Dans un premier temps, les attentes se sont donc centrées sur l'organisation de moments d'échanges inter-professionnels sur le thème de l'hygiène afin de débattre des contraintes institutionnelles et éthiques de chacun et de trouver des solutions concrètes localement. Trois rencontres de trente minutes ont été ainsi planifiées entre surveillants et soignants afin de mieux comprendre les missions et le rôle de chaque corps professionnel.

Par ailleurs, le développement de la plate-forme d'activités socio-éducatives et culturelles sous l'impulsion du directeur, devrait également contribuer à la promotion de la santé au sens global.

Enfin, les directeurs d'hôpitaux, le directeur de la prison et les médecins se sont réunis pour travailler sur les conditions matérielles de l'hygiène dans l'établissement.

- Une démarche d'éducation pour la santé à la maison d'arrêt de Compiègne

Dans le cadre du projet de service de l'UCSA, qui a pour vocation d'élaborer les objectifs d'amélioration de la prise en charge sanitaire des détenus, et après avoir reçu une formation, un groupe pluridisciplinaire de professionnels s'est constitué pour travailler sur la dimension éducation pour la santé.

La première étape a été le recueil des besoins des détenus en matière de santé. Un questionnaire, validé par le directeur de la maison d'arrêt, a donc pu être distribué par les surveillants, préalablement informés du projet. Le dépouillement (63 réponses sur 110 questionnaires distribués) montre notamment que 92% des répondants sont « énervés, stressés ou déprimés » pour des raisons liées aux conditions de détention, mais aussi au manque de contact avec l'extérieur. Par ailleurs, 66% se plaignent de troubles du sommeil et 71 % estiment que leur état de santé a changé depuis leur incarcération, surtout dans le sens de la détérioration, même si 11% s'estiment mieux suivis médicalement. Parmi les sujets de santé qui intéressent les détenus, l'hygiène arrive en tête avec 19% des réponses.

Les résultats de l'analyse des questionnaires a d'abord été remis à l'ensemble des surveillants par le directeur adjoint en août 2001. En septembre, les surveillants ont pu proposer leurs suggestions par l'intermédiaire d'une boîte à idées. Les détenus ont également reçu une synthèse des résultats par un binôme surveillant-infirmier.

Enfin, de nombreux détenus ont répondu présents à l'invitation de l'UCSA pour débattre en groupe des résultats du questionnaire et parler de leur santé. La prochaine étape est la constitution de petits groupes de formation-action sur les sujets de santé retenus par les détenus.

- L'hygiène au cœur des débats de la maison d'arrêt de Beauvais

Après analyse par la cellule qualité du CH de Beauvais de l'enquête réalisée au début de l'année 2001 auprès des détenus entrants, l'hygiène est apparue comme un objectif prioritaire. Une action de prévention et d'éducation pour la santé a donc été élaborée en deux volets.

Une plaquette d'information « propreté et santé, conseil et prévention » a été réalisée par l'équipe de l'UCSA, la cellule hygiène de l'hôpital et le personnel pénitentiaire, dont le SPIP. Cette plaquette sera remise à tout entrant. Une semaine de rencontre et d'échanges entre les détenus et des professionnels extérieurs devrait être également organisée.

Parallèlement, l'enquête sur l'état de santé et les besoins de santé des détenus entrants se prolonge : les données recueillies couvrent dix mois et seront prochainement analysés.

- Les actions ponctuelles

Parallèlement à ces différentes actions de longue durée, se mettent en place dans les établissements pénitentiaires de la région un nombre de plus en plus important d'actions d'éducation pour la santé. Elles sont, pour la plupart, financées par la DRSP de Lille. On peut citer, par exemple, des ateliers d'hygiène alimentaire et d'hygiène collective à la maison d'arrêt d'Amiens, des ateliers d'ergothérapie et scénographie, de sculpture, expression écrite et corporelle au centre pénitentiaire de Château-Thierry, la mise en place d'un canal de télévision interne à Beauvais, ou encore une formation au secourisme à Compiègne.

Ces actions de prévention et d'éducation pour la santé permettent aux détenus de s'impliquer dans des projets qui les aident à mieux vivre leur incarcération et donc les préparent à une future réinsertion sociale.

## **2- Propositions d'actions destinées à améliorer la promotion de la santé en prison**

Aux termes des investigations théoriques et de terrain menées, grâce aux avis des professionnels rencontrés, et sans éluder les progrès considérables que la prise en charge sanitaire des détenus a connu depuis 1994, il apparaît que de nombreuses améliorations doivent encore être apportées au domaine de la prévention et de l'éducation pour la santé en milieu pénitentiaire. En ce sens, plusieurs propositions d'actions peuvent être définies. Elles sont de trois ordres :

### 2-1- Créer un cadre favorable à l'éducation pour la santé en milieu carcéral

La prise en charge sanitaire de la population carcérale se heurte à un paradoxe fondamental : depuis la loi du 18 janvier 1994, l'offre de soins en prison a connu des progrès considérables. Les détenus sont pris en charge de manière satisfaisante et dans des délais souvent raisonnable. La qualité des soins offerte aux détenus est devenue quasiment équivalente à celle de la population générale. Certains professionnels vont même jusqu'à dire que les personnes incarcérées, souvent issues de milieux défavorisés, ont leur premier véritable contact avec la médecine en prison où ils se « refont une santé ». Pour autant, soigner en prison relève du défi car la prison est elle-même source de maux et de pathologies.

Il convient donc de créer un cadre favorable à la santé en prison, notamment dans sa dimension préventive. A ce titre, il est nécessaire de lutter sans relâche contre les effets pathogènes de la prison afin que celle-ci devienne un lieu sain, à l'intérieur duquel le bien-être physique et psychologique soit préservé ou amélioré.

Lutter contre les effets pathogènes de la prison implique de nombreuses conséquences. Cela signifie, en premier lieu, améliorer les conditions matérielles de la détention. Il convient, en effet, de tout mettre en œuvre afin d'atteindre l'objectif d'une cellule par individu, condition nécessaire à la préservation de l'intimité de la personne. Il convient par ailleurs d'améliorer considérablement l'hygiène et la propreté des établissements souvent vétustes et insalubres. Une telle amélioration doit être initiée par une volonté politique forte et accompagnée des moyens financiers nécessaires. Une première étape a été franchie en 1998 avec le déblocage d'une enveloppe de plus de 100 millions de francs destinée au financement de la rénovation des établissements pénitentiaires.

Par ailleurs, le gouvernement a décidé en 1998 la construction et l'aménagement de nouveaux centres pénitentiaires destinés à réduire le surpeuplement carcéral actuel<sup>17</sup>.

La nomination récente d'un secrétaire d'état auprès du ministre de la justice, chargé des affaires immobilières de la justice, semble correspondre à une volonté politique claire qu'il conviendra d'apprécier avec le temps.

L'amélioration des conditions de détention ne passe cependant pas uniquement par une allocation de moyens financiers supplémentaires.

Il existe des possibilités d'amélioration internes aux établissements qui nécessitent une concertation et une volonté d'augmenter la qualité de vie des détenus. Ainsi, la maison d'arrêt de Compiègne a décidé, à l'instar d'autres établissements pénitentiaires, de tenter d'instaurer des cellules fumeurs et des cellules non-fumeurs. En séparant ainsi, sur la base du volontariat, les détenus fumeurs et les détenus non-fumeurs, la direction de l'établissement a, sans augmentation de ses moyens, amélioré nettement les conditions de détention et mené une action de prévention et d'éducation pour la santé.

Il convient donc de sensibiliser et d'encourager les personnels pénitentiaires à prendre en considération autant que possible le bien-être des personnes incarcérées.

---

<sup>17</sup> Décret n°98-1202 du 28 décembre 1998 portant approbation du cahier des charges relatif à la conception, la construction et l'aménagement mobilier d'établissements pénitentiaires.

## 2-2- Affirmer la reconnaissance et l'importance de l'éducation pour la santé en prison

La prévention et l'éducation pour la santé tentent de restaurer l'intégrité physique et psychologique des personnes. A ce titre elle est un facteur de bien-être et une condition indispensable d'insertion sociale. L'éducation pour la santé s'adresse donc tout particulièrement aux populations défavorisées et marginalisées qui cumulent dans la plupart des cas, handicaps sociaux et problèmes de santé. L'éducation pour la santé prend donc tout son sens en milieu carcéral car elle est une condition nécessaire à la réinsertion sociale des détenus.

Il convient donc, enfin, de lui donner toute sa place dans l'univers pénitentiaire et ne plus se contenter de gérer les urgences.

De manière générale, le secteur préventif souffre d'un retard et d'un manque de moyens considérables auxquels il est nécessaire de remédier. En effet, la collectivité nationale ne consacre que dix francs par an et par habitant à l'éducation pour la santé contre une dizaine de milliers de francs au secteur curatif. Il convient donc de mettre fortement l'accent sur l'aspect préventif et sur l'éducation pour la santé, notamment au bénéfice des personnes marginalisées, au premier rang desquelles figure la population carcérale.

Il apparaît donc indispensable d'augmenter sensiblement l'effort fourni dans le domaine de l'éducation pour la santé.

A ce titre, la mise en place des schéma régionaux d'éducation pour la santé peut être un levier d'action efficace. Ainsi, les SREPS, dont la fonction est de dynamiser et de coordonner l'ensemble des actions en éducation pour la santé d'une région pourraient utilement comprendre un volet consacré au milieu carcéral. Il semble nécessaire d'associer l'ensemble des professionnels oeuvrant à la santé des détenus à l'élaboration et à la mise en place de ces schémas régionaux.

Par ailleurs, l'éducation pour la santé est une matière qui nécessite une sensibilisation aux concepts qu'elle développe et un apprentissage des méthodes qu'elle utilise.

Or, il apparaît que les personnels médicaux et paramédicaux qui travaillent en prison, mais également les personnels de l'administration pénitentiaire, sont très peu au fait des tenants et des aboutissants de l'éducation pour la santé. Les premiers sont trop souvent centrés sur une prise en charge curative des détenus alors que les seconds donnent une priorité absolue à la sécurité et à la surveillance des détenus.

Il semblerait donc utile de développer les formations initiales et continues en éducation pour la santé de l'ensemble des professionnels oeuvrant en milieu pénitentiaire. Ainsi, les personnels des UCSA et des SMPR pourraient être mieux à même de compléter les actions curatives qu'ils exercent par des actions préventives et d'éducation pour la santé.

Cette sensibilisation aux méthodes de l'éducation pour la santé implique un engagement au niveau interministériel car elle nécessite de réformer la formation initiale et continue de nombreux professionnels qui relèvent d'administrations différentes : médecins, psychologues, surveillants, personnels administratifs (direction des établissements pénitentiaires, inspecteurs des affaires sanitaires et sociales...).

### 3-2-3- Renforcer la coopération des acteurs de terrain

La faible place de l'éducation pour la santé au sein des établissements pénitentiaires est en grande partie due au manque de coopération entre les différents acteurs de la santé en prison. En effet, le partage de valeurs communes, le partenariat et l'interdisciplinarité sont des conditions indispensables à la mise en place d'actions de prévention et d'éducation pour la santé. De plus, ces conditions prennent une importance majeure en milieu carcéral où les acteurs de la promotion de la santé ne peuvent agir qu'en concertation avec les personnels pénitentiaires. Il semble, en effet, impossible que les personnels des UCSA, des SMPR ou les intervenants extérieurs puissent mettre en place des actions de prévention si ces dernières ne sont pas acceptées, comprises et partagées par la direction de l'établissement et les surveillants.

Il convient donc de développer le partenariat et la collaboration entre les différents acteurs du système pénitentiaire.

En ce sens, on peut souhaiter faire se rencontrer et se connaître les différents acteurs qui interviennent auprès de la population pénale, afin que chacun puisse déterminer le rôle et les compétences de l'autre et la place qu'il peut occuper dans le champ de la promotion de la santé en prison.

Ces rencontres et ces échanges pourraient utilement avoir lieu lors de la formation des personnels qui se destinent à travailler en milieu carcéral. Ainsi, il serait bénéfique de développer les formations interdisciplinaires et inter-écoles (Ecole nationale de la santé publique, Ecole nationale d'administration pénitentiaire, Facultés de médecine, Instituts de formation des infirmières...).

De même, la revalorisation du métier de surveillant de prison semble nécessaire.

En vertu de la loi de 1987, le surveillant doit assurer l'entretien du détenu, lui porter secours en cas de maladie et veiller au maintien de l'ordre. Ces objectifs professionnels s'avèrent parfois en totale contradiction entre eux et pour 60% des gardiens de prison, la mission de réinsertion s'apparente à une utopie. Par ailleurs, la réforme de 1994, en transférant la prise en charge sanitaire des détenus au service public hospitalier a bouleversé le métier de surveillant et a remis en cause une identité professionnelle ancienne. En effet, les surveillants de prison, habitués à délivrer les médicaments, qu'ils utilisaient parfois comme instruments punitifs, durent se dessaisir d'une fonction soignante souvent usurpée. Dès lors, ils se sont complètement désinvestis du champ de la réinsertion et de l'aide aux détenus pour se consacrer à la surveillance en tant que telle.

C'est pourquoi, il semble utile qu'une réforme de la formation des surveillants d'établissements pénitentiaires soit organisée afin de mieux intégrer et valoriser les dimensions socio-éducatives de la prison et de consacrer le rôle fondamental que ces personnels peuvent jouer dans le processus de réinsertion sociale des détenus.

De plus, il convient de mettre fin à l'opposition persistante entre sécurité des prisons et santé des détenus.

La prison est sans conteste un lieu clos où règnent la violence et le conflit permanent. Elle nécessite donc une surveillance continue et des règles strictes. Pour autant, la dispense de soins possède ses propres contraintes : prise de médicaments à certaines heures, visites urgentes qui ne peuvent être retardées... Ces deux impératifs, qui sont souvent sources de conflits, doivent donc être conciliés.

A ce titre, des réunions régulières entre les personnels pénitentiaires et les personnels médicaux et paramédicaux, chargées de régler les conflits et les oppositions pourraient être installées et officialisées afin de poursuivre le décroisement initié par la réforme de 1994.

Enfin, la prison doit s'ouvrir davantage aux différents acteurs extérieurs.

Il existe, en effet, une multitude d'intervenants spécialisés dans l'aide aux populations marginalisées qu'il conviendrait d'associer aux actions de promotion et d'éducation pour la santé : associations de prévention et d'accès aux soins, d'accès à la connaissance (associations d'étudiants et de professeurs bénévoles), de prévention de la toxicomanie et de l'alcoolisme...

Une intervention accrue de ces acteurs extérieurs permettrait de développer une acception élargie de l'éducation pour la santé et de favoriser l'ensemble de ce qui peut améliorer le bien-être du détenu : lecture, musique, théâtre, nutrition...

La reconnaissance du rôle de ces intervenants extérieurs au milieu carcéral doit donc être développée et encouragée afin de faire bénéficier les personnes incarcérées d'un maximum de chance de prendre le chemin de la réinsertion sociale.

La signature de conventions entre l'administration pénitentiaire et ces intervenants fixant le cadre et les modalités d'intervention pourrait être bénéfique.

## CONCLUSION

Un des points fondamentaux de la réforme issue de la loi du 18 janvier 1994 est de permettre aux personnes incarcérées de bénéficier, outre d'une qualité de soins supérieure à ce qu'elle était avant cette réforme, d'actions de prévention et d'éducation pour la santé.

Ces actions recouvrent un très large champ, celui de la promotion de la santé, concept positif qui met l'accent sur les ressources sociales et personnelles ainsi que sur les capacités physiques. La promotion de la santé a pour ambition le bien-être complet de l'individu. En ce sens, elle ne relève pas seulement du secteur de la santé.

C'est bien le sens des actions menées en milieu carcéral : en donnant aux détenus la volonté et les moyens de prendre en charge leur santé, la prévention et l'éducation pour la santé visent un objectif beaucoup plus ambitieux que la seule santé physique des détenus. Elle tend à permettre à ces derniers de se réapproprier leurs corps et donc leurs vies dans un univers où les conditions de vie entraînent une déresponsabilisation qui a de lourdes conséquences physiques et psychologiques. Ce faisant, l'éducation pour la santé permet aux détenus de prendre en mains leur avenir et donc de songer à une future réinsertion sociale. En ce sens, l'éducation pour la santé en milieu carcéral est un des moyens essentiels qui permettent de répondre pleinement à la mission de réinsertion confiée à la prison.

La réussite des actions en éducation pour la santé en milieu carcéral implique une étroite collaboration entre les services de santé de l'Etat, les services pénitentiaires et les acteurs extérieurs dans le respect des missions de chacun. Plus de huit ans après la réforme de 1994, et après une période de flottement, chaque acteur semble avoir trouvé ses points de repère. La « guerre froide » qui s'était installée entre les personnels pénitentiaires et les personnels hospitaliers semble être largement apaisée.

Pour autant, les progrès à réaliser restent importants. Un changement de mentalité des personnels surveillants et une collaboration plus étroite avec les services sanitaires seraient propices à une prise en charge plus efficiente des détenus en matière de prévention et d'éducation pour la santé.

Ces améliorations sont d'autant plus nécessaires et urgentes que la prison est confrontée à des défis importants. Ainsi, un rapport remis le 16 avril 2002 aux ministres de la santé et de la justice soulignait « les besoins de santé élevés » des détenus.

Ce rapport dénoncent les insuffisances du système de soins en prison, notamment dans la prise en charge de certaines pathologies. Ainsi, on estime que près d'un quart des détenus souffrent de troubles mentaux graves qui ne sont pas suffisamment pris en charge. De même, la prison est-elle confrontée aux personnes incarcérées qui cumulent les facteurs de risques (toxicomanie, alcoolisme...). Enfin, le système pénitentiaire doit faire face au vieillissement de la population pénale (100 à 350 personnes sont actuellement dépendantes d'une aide totale ou partielle pour les actes de la vie quotidienne en prison) qui s'annonce comme l'enjeu majeur des années à venir.

Face à ces problèmes, les ministres de la santé et de la justice ont présenté le 16 avril 2002 un plan national quinquennal pour prendre en charge les malades mentaux, toxicomanes et personnes âgées. Ce plan met en avant, outre des mesures spécifiques, la nécessité de mener des actions de prévention et d'éducation pour la santé de grande envergure, notamment dans les domaines de la prise en charge des personnes souffrant de toxicomanie et d'alcoolisme.

C'est grâce à une volonté politique forte, une organisation de l'offre de soins plus efficiente et des moyens financiers renouvelés que la prévention et l'éducation pour la santé trouveront toute leur place en prison. Non suffisantes pour réduire l'ensemble des problèmes, elles sont cependant une condition nécessaire afin que les personnes incarcérées puissent recouvrir une citoyenneté pleine et entière, même privée de liberté, et que la prison joue pleinement son rôle de réinsertion sociale.

---

# Bibliographie

---

## 1) Ouvrages :

- Claude Veil et Dominique Lhuillier, La prison en changement, 2001
- Isabelle Chauvin, La santé en prison, enjeux d'une véritable réforme, 2000
- Véronique Vasseur, Médecin-chef à la prison de la santé, 2000
- Marchetti A.M, La prison dans la cité, 1996
- Favard J., Les prisons, 1994
- D Gonin, La santé incarcérée, médecine et conditions de vie en détention, 1991
- La santé en prison : un enjeu de santé publique, Revue française des affaires sociales N°1

## 2) Rapports :

- Professeur Marc Gentilini, Problèmes sanitaires dans les prisons, 1997
- La France face à ses prisons, Assemblée Nationale, 2000
- Rapport du Sénat n°449 de la commission d'enquête sur les conditions de détention dans les établissements pénitentiaire en France, février 2000
- Rapport conjoint Inspection générale des services judiciaires et Inspection générale des affaires sociales, sur l'organisation des soins aux détenus, juin 2000
- Ministère de la Justice, Direction de l'administration pénitentiaire, Les chiffres clés de l'administration pénitentiaire, novembre 2001.

## 3) Textes législatifs et réglementaires :

- Décret du 30 janvier 1984
- Loi du 22 juin 1987
- Loi du 18 janvier 1994 relative à la santé publique et à la protection sociale
- Décret du 27 octobre 1994 relatif aux soins dispensés aux détenus par les établissements de santé assurant le service public hospitalier
- Circulaire DH/DGS/DSS/DAP du 8 décembre 1994 relative à la prise en charge sanitaire des détenus et à leur protection sociale
- Code de Procédure Pénale (partie réglementaire), articles D 348 à D 399
- Circulaire DGS n° 2001-504 du 22 octobre 2001 relative à l'élaboration des schémas régionaux d'éducation pour la santé

---

# Liste des annexes

---

## (Annexes non publiées)

- Les chiffres clés de l'administration pénitentiaire, novembre 2001
- Revue Forum, le journal de l'éducation pour la santé en Picardie n°4. Dossier spécial : la prévention et la prise en charge des dépendances