



ENSP

ECOLE NATIONALE DE
LA SANTE PUBLIQUE

RENNES

MODULE INTERPROFESSIONNEL DE SANTE PUBLIQUE

- 2005 -

« EDUCATION ET PROMOTION DE LA SANTE EN PRISON : APRES 5 ANS D' ACTIONS
DANS LES ETABLISSEMENTS D'ILLE ET VILAINE, OU EN SOMMES-NOUS ? »

Groupe n°13

- Abgrall Anne-Sophie (DESMS)
- Assouan Nadège (DESS)
- Blanc-Caille Marie-Noëlle (DS)
- Brasselet Sandrine (EDH)
- Gras Jean-Noël (EDH)
- Guibert Lise (EDH)
- Labouret Guillaume (IASS)
- Nony Juliette (DESMS)
- Porhel Céline (DESS)
- Sans Dominique (DS)
- Wislez Christine (IASS).

Animatrices : Mme A.M. PALICOT / Mme Anne LEBORGNE-BRIAND

R e m e r c i e m e n t s

Nous remercions Mesdames Anne-Marie PALICOT et Anne LEBORGNE-BRIAND pour leur disponibilité, leur appui méthodologique et l'aide qu'elles nous ont apporté pour la prise de contact avec des intervenants riches d'enseignement.

Nous tenons également à remercier l'ensemble des différents intervenants qui nous ont consacré du temps et nous ont fait partager leurs expériences avec générosité et passion. Un remerciement particulier aux structures pénitentiaires qui nous ont ouvert leurs portes et permis d'approcher un monde qui nous était jusqu'alors inconnu.

1	EMERGENCE, ENJEU ET DEPLOIEMENT DE LA POLITIQUE D'EDUCATION POUR LA SANTE EN MILIEU PENITENTIAIRE.....	3
1.1.1	Les spécificités du milieu pénitentiaire : une donnée fondamentale pour le développement de l'éducation pour la santé	3
1.1.2	Définition et reconnaissance de l'éducation pour la santé en milieu pénitentiaire comme enjeu de santé publique	4
1.2	Le cadre légal des actions d'éducation pour la santé : le bouleversement induit par la loi de 1994.....	5
1.2.1	Loi de 1994 : Le bouleversement de l'approche des droits à la santé des détenus	6
1.2.2	La persistance d'un dispositif complexe	8
2	L'EXPERIMENTATION MENEESUR LES TROIS SITES PILOTES D'ILLE ET VILAINE : DES ACTIONS EXEMPLAIRES SUSCEPTIBLES D'UNE EXTENSION?.....	10
2.1	Les solutions apportées par le dispositif en Ille-et-Vilaine.....	10
2.1.1	Des projets établis selon une méthodologie précise	11
2.1.2	Des objectifs qui tiennent compte des particularités du terrain	12
2.2	Apports et limites des trois projets.....	14
2.2.1	Les résultats répondent ils aux objectifs ?	14
2.2.2	Des projets qui manquent parfois de visibilité	16
2.2.3	Une mobilisation des partenaires et un soutien institutionnel fondamentaux.....	18
2.3	Préconisations pour une politique d'éducation pour la santé en milieu pénitentiaire renforcée sur l'ensemble du territoire	20
2.3.1	La dimension personnelle : implication des détenus et formation du personnel ..	20
2.3.2	Le champ institutionnel : clarification des responsabilités, implication institutionnelle et meilleure efficacité du partenariat	22
2.3.3	Le champ politique : pour une meilleure concertation nationale et régionale	24
	CONCLUSION	26
	BIBLIOGRAPHIE.....	I
	LISTE DES ANNEXES.....	III

Liste des sigles utilisés

CFES	Comité français d'éducation pour la santé
CRESC	Comité régional d'éducation pour la santé
CODES	Comité départemental d'éducation pour la santé
FNPEIS	Fonds national de prévention, d'éducation et d'information sanitaire
DREES	Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques
UCSA	Unité de consultation et de soins ambulatoires
SMPR	Services médico-psychologiques régionaux
SPIP	Service pénitentiaire d'insertion et de probation
CP	Centre pénitentiaire
MA	Maison d'arrêt
ENSP	Ecole nationale de la santé publique
DRSP	Direction régionale des services pénitentiaires
URCAM	Union régionale des caisses d'assurance maladie
DDASS	Direction départementale des affaires sanitaires et sociales
DRASS	Direction régionale des affaires sanitaires et sociales
PRAPS	Programme régional d'accès à la prévention et aux soins
MILDT	Mission interministérielle de lutte contre les dépendances et la toxicomanie
DGS	Direction générale de la santé
SREPS	Schéma régional d'éducation pour la santé
INPES	Institut national de prévention et d'éducation pour la santé
MIGAC	Missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation
ARH	Agence régionale de l'hospitalisation

INTRODUCTION

Le 28 février 2001, Bernard Kouchner présentait le nouveau Plan national d'éducation pour la santé, qui retient une définition ambitieuse de cette approche : « *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* ».

L'éducation pour la santé participe donc d'une démarche générale de promotion de la santé. Elle est à distinguer de la démarche de prévention. La promotion de la santé vise le bien-être, le volet prévention ne vise que les risques et leur évitement. Dans ce cadre, l'éducation pour la santé constitue un objectif pédagogique au service de la promotion de la santé dans ses dimensions communautaires et éducatives. Cette démarche 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.

Historiquement, c'est à partir de 1945 que la démarche d'éducation pour la santé apparaît réellement, mais c'est essentiellement l'adoption de la Charte d'Ottawa en 1986 et l'approche dynamique de la santé qu'elle impulse, qui a permis l'ouverture d'une brèche dans laquelle ces actions se sont positionnées.

Cependant, si cette démarche louable bénéficie aujourd'hui d'une large crédibilité, **qu'en est-il de sa transposition dans le milieu pénitentiaire ? Plus précisément, 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 permanente ? L'éducation pour la santé est-elle conciliable avec la vie carcérale ?**

Dans cette perspective, les professionnels de l'éducation pour la santé ont eu à prouver la pertinence de leur action en prison, en s'appuyant sur une ressource indispensable : la méthodologie. Effectivement, pour que l'éducation pour la santé se voit reconnaître une crédibilité en milieu pénitentiaire et aux yeux des principales institutions concernées (administration pénitentiaire, administration hospitalière), elle a dû s'appuyer sur une démarche participative, construite sur une méthodologie à la fois rigoureuse et adaptée à ce public spécifique.

Notre étude porte sur le Centre pénitentiaire de Rennes, et les Maisons d'arrêt de Rennes et de St Malo. Sur ces trois sites sont déployés depuis 2001 des programmes d'éducation pour la santé. L'ensemble du projet éducatif, sur chaque site, a été confié à un interlocuteur unique : le CODES 35. **La question est alors aussi de déterminer dans quelle mesure la dynamique déployée en Ile-et-Vilaine peut participer au**

développement d'actions d'éducation pour la santé en milieu pénitentiaire sur l'ensemble du Territoire.

L'analyse que nous avons pu effectuer sur les trois sites appelait différentes compétences : capacité d'appropriation d'un thème peu connu par la plupart des membres de l'équipe, capacité d'évaluation, de recherche d'éléments de comparaison, capacité de mise en perspective et d'analyse du dispositif et du cadre légal dans lequel s'inscrit l'éducation pour la santé.

Pour cela, différentes méthodes de travail ont pu être mobilisées. Dans un premier temps, un travail de lecture documentaire s'imposait pour appréhender le thème abordé. A partir de revues spécialisées, mais également de sources primaires telles que les rapports d'évaluation des actions d'éducation pour la santé effectués sur les trois sites, de mémoires effectués sur des thèmes proches, et d'incontournables textes juridiques, nous avons pu nous approprier les données fondamentales du sujet. D'autre part, nous avons complété cette première analyse par le recours à la méthode de l'entretien semi directif, en élaborant des grilles d'entretiens distinctes selon les catégories d'acteurs.¹ L'accès au monde pénitentiaire n'a pas posé de difficultés majeures. Mis à part un refus d'entretien auprès de l' UCSA du Centre Pénitentiaire de Rennes, les personnes interviewées se sont montrées très ouvertes au dialogue. Les référentes du module nous ont largement aidés dans ces prises de contact.

Dans un premier temps, nous avons tenu à revenir sur les définitions essentielles et sur le cadre légal. A partir de ces éléments de base, nous avons souhaité pointer les enjeux fondamentaux soulevés par ce sujet, et souligner la complexité et le manque de visibilité du dispositif actuel. **(I)** Dans un deuxième temps, nous avons procédé à l'évaluation des actions menées sur les trois sites ; l'objectif étant de dégager des enseignements permettant un développement de ces actions sur l'ensemble du territoire national. **(II)**

¹ Voir Annexe présentant la grille d'entretien ainsi que celle portant sur la liste des personnes interviewées.

1 EMERGENCE, ENJEU ET DEPLOIEMENT DE LA POLITIQUE D'EDUCATION POUR LA SANTE EN MILIEU PENITENTIAIRE

La santé des détenus est aujourd'hui pleinement reconnue comme un véritable enjeu de santé publique. Toutefois, si les caractéristiques sanitaires de la population carcérale se prêtent de manière opportune à la mise en œuvre de programmes d'éducation pour la santé, les conditions de vie en prison présentent des difficultés à surmonter pour élaborer des programmes d'actions efficaces. Par ailleurs, le dispositif législatif, sensiblement amélioré depuis 1994, demeure encore aujourd'hui empreint d'une grande complexité, conditionnant le développement et la mise en œuvre d'une véritable politique d'éducation pour la santé en prison.

1.1.1 Les spécificités du milieu pénitentiaire : une donnée fondamentale pour le développement de l'éducation pour la santé

La population carcérale présente ce qu'on appelle « les pathologies de l'exclusion » et la prison peut représenter un lieu privilégié de soins et d'information pour les aider à s'ouvrir à une meilleure hygiène de vie. Toutefois les conditions d'enfermement dans un lieu destiné avant tout à la répression, représentent un cadre contraignant pour la mise en œuvre d'actions d'éducation pour la santé.

A) Des « pathologies de l'exclusion » à l'arrivée en prison

Selon une étude de la DRESS réalisée en mars 2003 sur tous les établissements français, y compris les DOM-TOM, et publiée en Mars 2005, la grande majorité des entrants est représentée par des hommes de 18 à 44 ans. En 2003, 80% des entrants sont jugés en bon état de santé général lors de la première visite médicale. En revanche, ils déclarent beaucoup plus de substances psycho actives que la population générale (alcool, tabac, drogues, médicaments psychotropes) et 25% d'entre eux cumulent ces substances. De plus, lors de ce premier examen médical, une personne sur 10 se voit prescrire une consultation spécialisée en psychiatrie. 95% ont un état dentaire déplorable.

B) L'enfermement : un cadre contraignant pour l'éducation pour la santé

Les conditions de vie des détenus ne rendent pas la démarche d'éducation pour la santé facile : manque d'hygiène, privation d'intimité nécessaire à la satisfaction des besoins les plus élémentaires (toilettes et douches communes), dépendance totale face à l'institution dans la gestion du temps et des actes de la vie courante, vétusté et insalubrité, surpopulation qui aggrave la promiscuité... Ces facteurs vont à l'encontre de l'objectif

affiché par l'administration pénitentiaire de réinsérer les personnes détenues et ont des effets délétères sur leur santé physique et mentale. Les conditions d'accueil en détention sont elles-mêmes pathogènes et constituent un obstacle majeur à l'implantation d'une démarche de santé publique.

La question qui se pose dès lors est de savoir si l'éducation pour la santé en milieu pénitentiaire n'est pas illusoire. N'est-elle pas ressentie comme une hypocrisie pour des personnes subissant les conditions de vie carcérales ? Plusieurs interlocuteurs remarquent que l'éducation pour la santé est déjà délicate en milieu ordinaire, et que les obstacles se multiplient en milieu pénitentiaire.

Si ce questionnement peut paraître tout à fait légitime, les professionnels de l'éducation pour la santé y apportent une réponse pertinente et porteuse d'actions concrètes. Ces actions valorisent l'investissement de l'individu, en leur permettant de prendre la parole. Les actions d'éducation pour la santé permettent ainsi aux détenus une démarche de responsabilisation. Elles permettent de les sortir de la morbidité inhérente au contexte pénitentiaire.

« Si on attend de l'éducation pour la santé des résultats voyants, c'est forcément un échec. Notre volonté, c'est de restaurer la dignité de la personne ». ² Comme le soulignait Michel Crozier, dans tout contexte, environnement, situation, l'individu dispose toujours d'une certaine marge de manœuvre. ³ « La dignité, c'est reconnaître la valeur du sujet humain. Le fait de reconnaître dans un individu humain une liberté créatrice, une capacité de réflexion, d'inventivité.(...) Malgré la privation de liberté, la prise en compte par un processus collectif tel que l'éducation pour la santé peut-elle restaurer les impuissances que la souffrance nourrit ? » ⁴

1.1.2 Définition et reconnaissance de l'éducation pour la santé en milieu pénitentiaire comme enjeu de santé publique

Pour reprendre les termes du rapport du Sénat sur les conditions de détention dans les établissements pénitentiaires ⁵, « la population carcérale arrive en situation d'échec : échec du système scolaire, échec du milieu familial, échec du système économique ». La privation de liberté n'est donc pas une situation propice à de nouvelles contraintes.

² Entretien avec un enseignant de l'ENSP.

³ M. Crozier, *L'acteur et le système*, Editions du Seuil, Paris, 1977.

⁴ P. Lecorps, « Une démarche éthique d'éducation pour la santé », in *Promotion de la santé en milieu pénitentiaire*, F. Guibourgé (dir.), CFES, 1997, p.53-58.

⁵ HYEST. JJ, CABANEL. GP, Rapport de la commission d'enquête sur les conditions de détention dans les établissements pénitentiaires en France. Paris : Sénat, 2000

A) La nécessité de responsabiliser les détenus

Dans un tel contexte, on comprend la difficulté de responsabilisation des individus vis à vis de leur état de santé. En effet, si le besoin est évident, le milieu carcéral est peu adapté au dialogue et la population intéressée se situe dans un climat de méfiance, voire d'hostilité. L'enjeu est donc prioritairement de faire disparaître les obstacles psychologiques afin d'établir une relation de confiance.

L'éducation pour la santé a une visée pédagogique. Son objectif est d'améliorer la qualité de vie de la population dans toutes ses dimensions : physiques, psychologiques, sociales. Responsabiliser, par une démarche participative, le comportement des détenus.

B) Une responsabilisation qui contribue à la démarche de réinsertion des détenus

La démarche d'éducation pour la santé vise à individualiser les actions en fonction des besoins, des attentes et des compétences de chacun. Pour ce faire, la compréhension de l'information sanitaire et son appropriation sont des objectifs à prioriser. Si la population carcérale se caractérise bien souvent par des conduites à risque et une tendance à la transgression des interdits, diverses actions de prévention peuvent être menées : actions sur la prévention du suicide, actions d'information et de prévention sur les maladies sexuellement transmissibles (distribution de plaquettes d'information et de préservatifs), actions sur l'hygiène corporelle et bucco-dentaire, actions de prévention de l'alcoolisme, de la toxicomanie, du tabagisme... Il ne s'agit toutefois pas de multiplier les informations et les conseils. Pour être efficace, la démarche d'éducation pour la santé en prison doit s'appuyer sur l'écoute des détenus. Les animateurs doivent transmettre leur message sans se substituer aux personnes concernées et en favorisant leur autonomie. Il s'agit donc de responsabiliser les détenus pour leur permettre de se projeter dans l'avenir, en leur apportant des outils pour leur réinsertion.

Compte tenu de ces spécificités et de ces contraintes, les pouvoirs publics ont cherché à développer, notamment depuis 1994, un cadre législatif et réglementaire susceptible d'améliorer et de faciliter le développement d'actions d'éducation pour la santé.

1.2 Le cadre légal des actions d'éducation pour la santé : le bouleversement induit par la loi de 1994

Si la loi de 1994 a profondément modifié et amélioré la prise en charge sanitaire de la population carcérale, le dispositif administratif et juridique reste encore aujourd'hui très complexe, particulièrement en ce qui concerne le développement de programmes d'éducation pour la santé.

1.2.1 Loi de 1994 : Le bouleversement de l'approche des droits à la santé des détenus

La loi de 1994, et plus récemment le nouveau dispositif « Perben II », constituent une avancée majeure dans la prise en charge sanitaire des détenus.

A) Vers une approche globale de la santé des détenus

Jusqu'en 1986, l'administration pénitentiaire était seule responsable de la santé et de l'éducation pour la santé des détenus. Le personnel médical relevait de celle-ci. Le décret du 14 Mars 1986 transfère la santé mentale au service public hospitalier. Des Services Médico Psychologiques Régionaux (SMPR) dépendant des Centres Hospitaliers Spécialisés (CHS) sont créés. L'article 3 de l'arrêté du 10 Mai 1995 fixant l'organisation des SMPR définit une mission générale de prévention et de soin des affections mentales en milieu pénitentiaire, notamment par le repérage précoce des troubles psychiatriques des entrants. Celle-ci s'opère par un dépistage systématique des détenus à leur arrivée, par le suivi psychologique et psychiatrique des populations pénales et post-pénales et par la lutte contre l'alcoolisme et la toxicomanie.

Malgré ces évolutions, un rapport du Haut Comité de la Santé Publique de 1993 soulignait la gravité des problèmes de santé en prison. Il insistait sur le manque considérable de moyens dont souffre l'administration pénitentiaire et sur les lacunes de la médecine préventive. En effet, la prévention était pratiquement inexistante. Elle 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 programme en éducation pour la santé.

La réforme essentielle a été opérée par la loi du 18 Janvier 1994. Elle transfère l'ensemble de la prise en charge des détenus au service public hospitalier. L'objectif est de faire bénéficier aux détenus « d'une qualité et d'une continuité de soins équivalentes à ceux offerts à l'ensemble de la population ». A ce titre, tous les détenus bénéficient d'une couverture sociale par le biais de l'aide médicale d'Etat.

Des unités de consultations et de soins ambulatoires (UCSA), rattachées à un établissement hospitalier, sont créées en prison pour les soins somatiques. La loi s'est donc traduite par un apport sensible de moyens en personnels médicaux et paramédicaux, mais également en locaux et en équipements. Les UCSA interviennent sur la prise en charge en prison, l'accueil en milieu hospitalier, l'organisation du suivi médical après l'incarcération et la coordination des actions de prévention.

Des conventions fixant les conditions d'organisation et de fonctionnement des UCSA et des SMPR (Services Médico Psychologiques régionaux) sont signées entre l'établissement pénitentiaire et les établissements de santé (CH ou CHS).

Ainsi, les actions d'éducation pour la santé ne relèvent plus du directeur de l'administration pénitentiaire. Une élève directrice de l' ENAP nous a ainsi expliqué que, si elle avait reçu une légère formation en la matière, elle ne considérerait pas que la prévention sanitaire soit de son ressort. Le directeur adjoint de la maison d'arrêt de Rennes estime également qu'il n'est pas compétent pour mettre en œuvre un programme d'éducation pour la santé et que son rôle consiste à avaliser ou non les propositions de l' UCSA. Une personne ressource lui semble donc nécessaire pour coordonner les actions. Les textes posent donc le principe d'une coordination de l'éducation pour la santé par les UCSA. S'ils ne précisent pas selon quelles modalités les actions doivent être mises en œuvre, ils déterminent précisément les personnes qui en sont responsables.

Les services pénitentiaires d'insertion et de probation (SPIP), créés par le décret du 13 Avril 1999 rassemblent les personnels sociaux de l'administration pénitentiaire (conseillers d'insertion et de probation CIP). Ils peuvent également jouer un rôle en matière d'éducation pour la santé, qui varie selon les établissements. Leur mission est de prendre, à l'égard de toutes les personnes qui leur sont confiées par l'autorité judiciaire, « *toutes les mesures destinées à faciliter leur réinsertion sociale* ». Or, la réinsertion d'une personne détenue passe notamment par l'assurance qu'elle intègre des comportements favorables à sa santé. C'est sur ce postulat que se base également la loi « *Perben II* ».

B) La poursuite de ces objectifs à travers la loi « *Perben II* »

En effet, la loi du 9 mars 2004 portant adaptation de la justice aux évolutions de la criminalité, dite « loi Perben II », tant critiquée sur son versant sécuritaire, apporte néanmoins des éléments positifs en matière d'éducation pour la santé. Dans le cadre d'une volonté affichée d'assurer chaque fois que possible un traitement individualisé délibérément orienté vers la restructuration de l'individu, seul garant de sa réinsertion, deux dispositions majeures portent sur le sujet qui nous intéresse :

- Le premier dispositif concerne la création de quartiers de courtes peines (moins de un an) associés à une maison d'arrêt mère. L'affectation dans ce type de structure implique du détenu un engagement volontaire dans un projet de réinsertion. A ce titre, il doit participer à plusieurs programmes éducatifs axés sur l'apprentissage de la citoyenneté. Les UCSA et les SMPR sont directement associés dans l'élaboration et la mise en œuvre de ces actions. L'éducation à l'hygiène et à la santé joue un rôle certain dans ce domaine.
- D'autre part, la loi Perben II aménage les fins de peine : d'après un nouvel article 723-20 CPP, le condamné doit avoir la possibilité de bénéficier de la semi-liberté, du placement à l'extérieur ou du placement sous surveillance électronique dans les trois derniers mois si la peine privative de liberté est inférieure à deux ans, et dans les six

derniers mois si la peine privative de liberté est inférieure à cinq ans. Ce dispositif peut être mis en place en fonction du comportement du détenu et de l'engagement de ce dernier dans un projet de réinsertion pouvant contenir un volet concernant l'éducation pour la santé.

Ainsi, ces dispositions contenues dans la loi Perben II réaffirment la mission essentielle d'individualisation des peines incombant à l'administration pénitentiaire mise en avant avec la loi du 20 juin 1987. La mission d'éducation pour la santé incombant au Service Public Hospitalier doit s'articuler avec ces nouvelles mesures en collaboration avec les SPIP.

1.2.2 La persistance d'un dispositif complexe

Si la loi du 18 janvier 1994 et celle du 9 mars 2004 dite « loi Perben II » apportent une réelle dynamique dans l'approche de l'éducation pour la santé en milieu pénitentiaire, le dispositif reste complexe.

A) La planification des actions d'éducation pour la santé des détenus : une superposition de niveaux ?

Au niveau national, la Direction générale de la Santé (DGS) est chargée de la mise en œuvre de la politique de l'Etat en matière d'éducation pour la santé. Elle constitue la tutelle du Comité Français d'Education pour la Santé (CFES), devenu Institut National de la Prévention et de l'Education pour la Santé (INPES) depuis la loi du 4 mars 2002. La DGS entretient également des relations avec d'autres services du Ministère de la Santé : la Direction Générale de l'Action Sociale, la Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins, mais également avec d'autres Ministères tels que l'Education Nationale. D'autres administrations peuvent éventuellement intervenir sur ce domaine, et notamment s'agissant des détenus : la Mission Interministérielle de Lutte contre la Drogue et la Toxicomanie (MILDT).

Au niveau régional, le dispositif se complexifie avec l'intervention des outils de planification. La loi de 1994 ayant confié la prise en charge sanitaire globale des détenus aux UCSA, l'ARH et les hôpitaux sont directement concernés par ces actions, qui doivent donc être intégrées aux SROS. Les DRASS ont quant à elles pour mission, en lien étroit avec les Directions Régionales des Services Pénitentiaires (DRSP), de promouvoir, soutenir et organiser les actions d'éducation pour la santé en milieu pénitentiaire. L'administration pénitentiaire, représentée au niveau régional par la DRSP, reste très engagée dans les domaines de la prévention et de l'éducation pour la santé par le biais du travail de réinsertion, qui repose sur les SPIP.

Deux outils sont extrêmement importants pour guider leurs actions : les PRAPS et les PRS. Ils doivent tendre à devenir complémentaires. En effet, la Circulaire du 19 février 2002 précise que le volet prévention et éducation pour la santé des PRAPS de deuxième génération aura pour objectifs de rechercher la cohérence dans les actions conduites entre les différents programmes (PRAPS, PRS, Schémas Régionaux d'Education pour la Santé) et entre les opérateurs de terrain.

Aujourd'hui, la création du SREPS renouvelle l'éducation pour la santé. En effet, annoncé lors du Programme National d'Education pour la Santé de 2001, le développement des SREPS doit permettre la généralisation de l'éducation pour la santé de proximité. Elaborés par les DRASS, ils ne constituent pas un étage nouveau de planification mais doivent s'appuyer sur les dispositifs existants, à savoir PRAPS, PRS et SROS.

Ainsi l'éducation pour la santé s'intègre dans un dispositif complexe nécessitant la concertation d'un grand nombre d'acteurs et de plusieurs niveaux de planification. La conséquence majeure en est une perte de visibilité, surtout au niveau des structures de financement.

B) L'absence de financements spécifiques à l'éducation pour la santé en milieu pénitentiaire

La plupart des actions d'éducation pour la santé en milieu pénitentiaire appellent à des financements spécifiques. Or pour les établissements de santé, ces financements ne relèvent pas de la dotation globale. Les financements doivent donc être recherchés auprès des organismes qui financent les projets de promotion de la santé en faveur de la population générale. Plusieurs niveaux sont à ce titre envisageables :

- au niveau étatique, ce sont principalement les DRASS et les DDASS, la personne ressource étant en la matière le médecin inspecteur de santé publique. Les DRSP disposent également d'une enveloppe budgétaire.
- Les organismes d'assurance maladie, avec principalement les CPAM, à travers principalement le FNPEIS, mais aussi les Fonds d'Action Sociale où la décision appartient à chaque conseil d'administration.
- Enfin, du fait de la décentralisation de l'action sanitaire et sociale, les Collectivités Territoriales peuvent intervenir, à travers les Conseils Régionaux, les Conseils Généraux et les Municipalités.

Il n'y a donc pas de clarification stricte des financements des actions d'éducation pour la santé en milieu pénitentiaire.

C) La place des CODES dans ce dispositif

Les Comités Départementaux d'Education pour la Santé constituent les clés de voûte du dispositif que nous avons étudié, car ils forment le seul réseau ayant une activité généraliste en matière d'éducation et de promotion de la santé.

Dans le cadre de l'éducation pour la santé, ils ont notamment pour mission de participer aux politiques régionales de santé (conférences régionales, groupes de pilotage des programmes régionaux, Etats généraux), de conduire des programmes et des actions de proximité dans le cadre des PRAPS, et d'assurer la coordination et la concertation des acteurs impliqués dans l'éducation pour la santé dans le département, au bénéfice de la population locale. Enfin, ils interviennent en soutien méthodologique dans la mise en œuvre des actions.

A la lumière de ces éléments, l'éducation pour la santé apparaît comme une démarche spécifique et complexe non seulement au regard des enjeux qui la sous-tendent, mais aussi au regard du dispositif juridique dans lequel les actions doivent s'inscrire. Dans ce cadre, les programmes menés sur trois sites pilotes en Ile-et-Vilaine, offrent un cadre d'expérimentation riche d'enseignements pour le développement de la démarche sur d'autres sites.

2 L'EXPERIMENTATION MENEES SUR LES TROIS SITES PILOTES D'ILLE ET VILAINE : DES ACTIONS EXEMPLAIRES SUSCEPTIBLES D'UNE EXTENSION?

L'analyse et l'évaluation des programmes mis en place sur les sites du centre pénitentiaire de Rennes et des maisons d'arrêt de saint Malo et de Rennes, apportent des éléments d'information quant aux possibilités de développement de programmes d'éducation pour la santé en milieu pénitentiaire.

2.1 Les solutions apportées par le dispositif en Ile-et-Vilaine

Les programmes mis en place en Ile-et-Vilaine apportent des réponses certaines quant aux possibilités de développement d'actions d'éducation pour la santé en milieu pénitentiaire, que ce soit sur un plan méthodologique ou pratique (notamment pour ce qui concerne la définition des objectifs).

2.1.1 Des projets établis selon une méthodologie précise

A) Contexte de lancement de cette expérimentation : les dix sites pilotes

La mise en place du dispositif d'éducation pour la santé en milieu pénitentiaire en Ile-et-Vilaine à partir de 2001 correspond aux prolongements d'une expérimentation nationale dans ce domaine, suite à l'application de la loi de 1994. Cette nouvelle approche entraîne une véritable réflexion au sein des milieux professionnels concernés (AP, UCSA, CODES, CDPA, SPIP ...) et débouche sur deux séminaires nationaux (Rennes en décembre 1994 et Paris en mars 1995).

Sur la base d'un guide méthodologique⁶ élaboré en 1997, la DGS et l'AP proposent de mettre en place un dispositif de formation action destiné aux équipes pénitentiaires et médicales sur dix sites pénitentiaires. L'évaluation de ces programmes est présentée à Rennes en avril 2001, lors d'un colloque national. Au vu des résultats, l'AP décide d'étendre ce dispositif de formation/action à d'autres régions pénitentiaires.

B) Des projets alternant des phases de formation et des phases d'actions

Le dispositif mis en place visait à impulser une dynamique d'éducation pour la santé dans les établissements pénitentiaires concernés. Coordonnés par le CODES, les projets démarrent dès le mois de janvier 2001 et concernent les trois établissements pénitentiaires du département : maison d'arrêt et centre pénitentiaire de Rennes, maison d'arrêt de St Malo. Ils se sont déroulés suivant plusieurs phases alternant des sessions de formation et des journées d'action :

- **une formation action préalable** (de janvier 2001 à décembre 2002) : initiée par la DRSP, elle concerne les différents partenaires (UCSA, administration pénitentiaire, SMPR) et porte non seulement sur les principaux concepts de santé publique (santé, éducation pour la santé, prévention, promotion pour la santé, etc.) mais aussi sur la méthodologie pratique des projets, l'analyse des problèmes observés par les professionnels et la préparation du recueil des données ;
- **un recueil des données** auprès des détenus et des professionnels réalisé sous forme de questionnaires et d'entretiens ;
- **la formulation des objectifs généraux et spécifiques** réalisée sur deux jours dans le cadre des deux groupes de travail par les acteurs formés ;

⁶ GUIBOURGE F., PALICOT A-M., BRIXI O., CHOUKROUNE O., *Promotion de la santé et milieu pénitentiaire*, La Santé en action, CFES, 1997.

- **L'élaboration des actions et des protocoles d'évaluation.**

Parallèlement, différentes instances se sont mises en place :

- **le comité de pilotage**, composé par les professionnels ayant participé à la formation action mais aussi par les responsables des différents services (UCSA, maisons d'arrêt, centre pénitentiaire, SPIP, enseignants, SMPR). Cette instance propose les orientations du programme, valide les différents projets et fait le lien entre les différents services. Elle devait se réunir trois fois dans l'année.
- **le groupe technique**, composé des professionnels ayant participé à la formation action ; il assure le suivi et la mise en œuvre du projet et fait des propositions en terme d'objectifs et d'actions.
- **La coordination du programme** est dans un premier temps assurée par le CODES, avec un transfert progressif de cette compétence au niveau de l' UCSA.

Dans le cadre de ce dispositif, différents objectifs ont pu être définis, en lien direct avec les acteurs de terrain et les spécificités du milieu pénitentiaire.

2.1.2 Des objectifs qui tiennent compte des particularités du terrain

L'objectif initial visait à mettre en place un projet global associant les personnes détenues, les professionnels sanitaires et sociaux ainsi que 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.

A) Des objectifs liés aux préoccupations des détenus et des professionnels

L'objectif offrait un champ vaste et visait un résultat ambitieux, que certains ont pu qualifier d'utopie dans le sens favorable du terme : « *nous entendons ici par éducation pour la santé une démarche collective qui appelle à un changement à la fois institutionnel et individuel visant à améliorer l'état de santé, c'est-à-dire la capacité, la dynamique personnelle et relationnelle à agir* »⁷. Cette vision globale et communautaire de l'éducation pour la santé renvoie à l'adéquation nécessaire des actions à l'environnement pénitentiaire dans lequel elles s'inscrivent. Pour ce qui concerne les trois sites pilotes d'Ille-et-Vilaine, les objectifs ont été définis à partir de l'exploitation des questionnaires renseignés à la fois par les détenus et les surveillants.

Pour le centre pénitentiaire de Rennes, la volonté générale a été de diminuer le mal-être en détention, en permettant aux femmes détenues de s'impliquer dans une démarche de réflexion individuelle et collective (mobilisation des femmes inactives, activités et travaux adaptés, accès aux prestations du centre pénitentiaire...).

⁷ Entretien avec un enseignant de l'ENSP.

Pour les maisons d'arrêt de St Malo et de Rennes, les priorités ont davantage porté sur l'amélioration et la promotion de l'hygiène et les conditions concrètes de son application (hygiène corporelle et des locaux pour la maison d'arrêt de St Malo ; alimentation, activités physiques et prévention des maladies à risque de contagion pour la maison d'arrêt de Rennes...)

Ainsi, le résultat à atteindre s'attachait initialement à favoriser la prise en compte d'une meilleure hygiène de vie dans la maison d'arrêt ou le centre pénitentiaire et à diminuer le mal-être en détention. Il s'agissait de stimuler chez les personnes détenues le souci de soi, de s'interroger sur son propre rapport à la santé, en favorisant l'expression et en conciliant les différents points de vue.

De manière générale, les objectifs étaient centrés sur la réponse aux préoccupations des détenus mais aussi des professionnels et s'inscrivaient sur deux axes principaux : éducatif et institutionnel. A cet égard, le contexte environnemental interroge les conditions matérielles de détention, éléments soulevés à plusieurs reprises dans le repérage des besoins exprimés par la population carcérale de chaque établissement. Cela peut justifier en partie les réflexions autour des limites de l'éducation pour la santé dans un milieu d'enfermement, source productrice de pathologies et de repli sur soi.

Il apparaît donc inévitable de concilier les objectifs généraux avec les contraintes particulières des établissements, en pensant toujours de manière prioritaire aux détenus.

B) Des objectifs liés aux spécificités de terrain

Dans les trois sites, il ressort une approche assez diversifiée des objectifs, selon la nature de la structure et la durée de détention (maison d'arrêt ou centre pénitentiaire), selon le public concerné (féminin, masculin) et aussi selon les caractéristiques architecturales des bâtiments (conditions d'hygiène).

A titre d'exemple, le projet d'éducation pour la santé de la maison d'arrêt de St Malo a été principalement construit autour de l'hygiène des locaux, des conditions matérielles d'hygiène offertes aux détenus (individuelle et collective). Cette orientation témoigne d'une préoccupation majeure des acteurs face à un environnement peu favorable lié à l'ancienneté de l'établissement, la surpopulation et les conditions de détention caractéristiques des maisons d'arrêt, d'où un ressenti plus sensible de la population sur la question de l'hygiène.

En ce qui concerne le centre pénitentiaire de Rennes, le positionnement de départ était différent : il s'agit de femmes détenues pour lesquelles le temps d'incarcération est plus long. De fait, les objectifs définis donnent une part plus importante à l'expression et tendent à faciliter l'accès aux prestations du centre, mobiliser les femmes inactives,

favoriser la sociabilité en restaurant l'estime de soi et en permettant l'adaptation des activités de travail aux potentialités individuelles des détenues.

Le projet de la maison d'arrêt de Rennes conjugue à la fois les préoccupations sur l'hygiène de vie et la volonté d'inciter à une réflexion collective autour de préjugés ou de peurs tels que celles sur les maladies contagieuses. Des ateliers sur l'alimentation, le rapport au corps et des activités physiques adaptées ont été mis en place. Plus récemment, deux nouveaux objectifs ont été dégagés : une réflexion autour de la prévention du suicide, et une réflexion concernant l'application de la loi Evin au quartier mineur.

Ainsi, compte tenu du dispositif mis en œuvre et des objectifs fixés, quel bilan peut-on présenter de la mise en œuvre effective de ces différentes actions ?

2.2 Apports et limites des trois projets

L'analyse des programmes mis en place sur les trois sites peut être abordée selon trois thématiques qui nous ont paru essentielles.

2.2.1 Les résultats répondent-ils aux objectifs ?

Deux pistes de réflexion ont été retenues. Elles concernent les détenus et les professionnels.

A) La responsabilisation des détenus ou l'attente de changements de comportements notables : deux objectifs difficiles à concilier

En ce qui concerne l'incidence du projet d'éducation pour la santé auprès des personnes détenues, l'évaluation est variable si l'on considère les données quantitatives ou qualitatives. En effet, l'évaluation et le constat des directions d'établissement sur la fréquentation des ateliers ne fait pas ressortir un nombre important de personnes touchées par le dispositif. Cela ne remet pas en cause la participation et la mobilisation des détenus en tant que tels, mais ce constat interroge toutefois sur les résultats attendus des programmes : l'action doit-elle être massive et concerner un grand nombre de détenus, au risque d'être moins percutante pour les personnes ciblées ? Ou au contraire, l'action doit-elle privilégier un plus petit nombre d'acteurs, en vue de réaliser une démarche plus approfondie et plus individualisée ? Ainsi le choix a-t-il été fait, au centre pénitentiaire de Rennes, de cibler l'action sur la prise en charge des détenues les plus en difficultés ou les plus en retrait de la vie pénitentiaire.

Sur un plan qualitatif, on peut noter de manière globale, une réelle implication des personnes bénéficiaires des actions et leur fidélisation dans certains ateliers. L'ensemble des professionnels interrogés a souligné l'intérêt manifeste que les actions pouvaient

revêtir en matière d'éducation et de participation à la réinsertion des détenus. La participation à des groupes de parole met en effet le détenu dans une situation susceptible de l'amener à réviser ses comportements en terme de sociabilité (savoir écouter, admettre une relation en dehors de tout rapport conflictuel, accorder de l'importance à sa propre parole vis à vis des autres, etc.). L'approche multidimensionnelle de la santé apparaît dès lors très claire dans la mesure où elle dépasse les seuls aspects physiques pour accéder aux dimensions psychologiques (les ateliers étaient des moments de « pause » dans un environnement empreint de stress) et sociales.

L'intention était dès lors bien plus d'infléchir et d'accompagner des attitudes et des pensées que de vouloir changer radicalement les comportements des personnes détenues : « un moyen qui aide chaque personne à mieux comprendre sa situation... en faisant appel à son jugement et à ses ressources propres... ».

Ainsi, les actions d'éducation pour la santé semblent répondre pour partie aux objectifs fixés. S'ils n'aboutissent pas nécessairement à une responsabilisation des détenus vis-à-vis de leur santé susceptible d'adopter des comportements plus responsables vis-à-vis de leur corps, ils s'inscrivent dans une réelle démarche éducative en vue d'une meilleure réinsertion.

B) Un décloisonnement des acteurs difficile à dépasser

En ce qui concerne les professionnels, la réalisation des projets a contribué à créer une dynamique dans le groupe de pilotage des projets, favorisant une évolution des mentalités et des habitudes. En effet, l'efficacité et la qualité de la prise en charge sanitaire globale des personnes détenues reposent sur une dynamique partenariale qu'il convient d'instaurer et d'entretenir entre les services concernés : services hospitaliers, services pénitentiaires, caisses primaires d'assurance maladie. Les protocoles passés entre les établissements publics de santé et les établissements pénitentiaires constituent le cadre formel.

Cependant, sur le terrain, on ne peut que déplorer les difficultés posées par ce partenariat : les établissements de santé restent extrêmement distants vis-à-vis des UCSA, s'investissent peu sur le champ de la prise en charge sanitaire des personnes détenues. L'administration pénitentiaire, qui s'est retrouvée « dépossédée » d'un important champ d'action auprès des détenus, peine à faire adhérer le personnel de terrain aux bénéfices d'un travail partenarial avec le personnel hospitalier. En effet, la loi de 1994 a transféré aux infirmiers des UCSA les compétences en matière sanitaire (notamment la distribution des médicaments) jusqu'alors dévolues aux surveillants. Ces

« *deux administrations totalisantes* »⁸ restent par conséquent assez cloisonnées, au détriment de la réappropriation par leur personnel des objectifs d'éducation pour la santé.

Au niveau des trois sites, nous avons pu constater un réel effort des acteurs de terrain pour engager une dynamique commune. Le décloisonnement s'est réalisé mais il nous a semblé très lié aux individualités et donc très dépendant des personnes directement impliquées dans le projet (directeur, enseignant, IDE de l' UCSA, SPIP). Cet impact favorable reste donc sous tendu par l'effectivité d'une coordination interne par l' UCSA et un décloisonnement des structures difficile à dépasser. Cela pose toutefois la question de la pérennité du dispositif.

2.2.2 Des projets qui manquent parfois de visibilité

Le manque de visibilité s'illustre par la complexité des financements, le manque de communication autour de ces projets, et in fine, des positionnements non clarifiés.

A) Un manque de visibilité des financements

L'éducation pour la santé exige une vision à moyen terme, voire à long terme. Or les actions d'éducation pour la santé sont financées par de multiples institutions (DRSP, URCAM, DDASS,...) sans que celles-ci s'assurent de la cohérence de ces différentes actions entre-elles. La DDASS ne finance ainsi que des associations, sur des crédits de subventions, et cible des projets bien déterminés. Ces crédits proviennent soit de l'enveloppe éducation pour la santé contenue dans le PRAPS, soit, selon la nature des actions, de crédits MILDT, plus accessibles. Le calendrier de financement ne correspond par ailleurs pas à celui de la DRSP, qui elle dispose de crédits de fonctionnements.

Ainsi, pour le Directeur de la maison d'arrêt de Rennes : « *il n'existe pas de réelles difficultés de financements : le problème vient de la multiplicité des sources de financement, et des multiples dossiers à monter* ».⁹

B) Des projets insuffisamment clarifiés pour les acteurs

La communication autour des projets reste restreinte. Elle se limite aux professionnels impliqués. Ainsi, au sein des UCSA, la plupart des membres ne semblent pas informés de la nature des actions d'éducation pour la santé.

⁸ Entretien avec un professeur de l'ENSP.

⁹ Entretien avec le Directeur de la maison d'arrêt de Rennes.

Le rôle de chaque acteur relève ainsi de sa logique professionnelle. Ainsi, pour le directeur de la maison d'arrêt de Rennes, l'application de la loi Evin au quartier mineur relève de l'éducation pour la santé. De même, pour une infirmière, apprendre à un détenu à se faire une piqûre d'insuline relève de l'éducation pour la santé.

L'intervention du CODES, structure « neutre », est de ce point de vue un apport intéressant en ce qu'elle permet de progresser vers une vision commune de ces projets, avec une dimension forte de responsabilisation des détenus. L'objectif est de permettre aux différents acteurs de s'unir dans une même dynamique. Encore faut-il que ceux-ci se réapproprient le projet. Le seul fait d'avoir réuni autour de la même table des acteurs aux logiques si différentes constitue une réussite, qui doit, pour améliorer la cohérence des projets, évoluer vers une culture commune.

C) Une coordination de l' UCSA non effective :

Selon les textes, l' UCSA doit être l'organe coordonnateur de la mise en œuvre des actions d'éducation pour la santé. En Ile-et-Vilaine, ce rôle a dans un premier temps été dévolu au CODES pour permettre aux acteurs de s'approprier la démarche et d'initier la dynamique. Le relais devait progressivement être pris par les UCSA.

Sur le terrain, le transfert de compétence ne s'est toutefois pas réalisé par manque d'implication des structures hospitalières. Il est à noter que sur le site de Saint Malo, les acteurs ont souhaité au démarrage du projet s'approprier la coordination du programme, pour demander par la suite au CODES de se réinvestir plus largement dans la coordination. A défaut d'implication des structures, les CODES interviennent pour pallier les insuffisances des acteurs et restent donc sur les trois sites d'Ile-et-Vilaine, les acteurs privilégiés au niveau de la coordination et du développement des actions d'éducation pour la santé.

Si le travail des professionnels du CODES a largement permis la mise en œuvre des programmes, l'importance prise par cette structure ne permet pas de l'avis de certains acteurs de pérenniser les projets, compte tenu essentiellement de ses modalités de financement (DDASS). La question qui se pose alors est de déterminer les moyens de réajuster les positions de chacun des acteurs (notamment UCSA) telles qu'elles sont prévues par les textes, pour permettre la continuité de l'action.

Cela semble également important dans le cadre d'une volonté de généralisation du dispositif sur d'autres sites. En effet, le modèle breton ne semble pas généralisé en France. Dans d'autres départements, comme par exemple dans certains établissements de la région parisienne où nous avons pu également mener des entretiens, d'autres associations sont susceptibles d'intervenir sur ce terrain. Il paraît de ce fait essentiel que

les UCSA prennent la place qui leur incombe en tant que coordonnateur des programmes, et en conformité avec les dispositions législatives et réglementaires.

2.2.3 Une mobilisation des partenaires et un soutien institutionnel fondamentaux

La mobilisation des différents partenaires est une condition indispensable au succès du projet. L'approche de santé publique et la démarche d'éducation pour la santé relèvent en effet « *d'une dynamique s'appuyant sur les savoirs, savoir être, savoir-faire et questionnements des uns et des autres, travail qui se construit à plusieurs*¹⁰ ».

A) Les enjeux de la mobilisation de l'ensemble des acteurs

La participation de l'ensemble des acteurs est donc essentielle pour établir des objectifs adaptés aux besoins des détenus, assurer un soutien et un suivi du projet tout au long du programme, motiver les détenus et le personnel sans lesquels l'action serait vaine. Elle doit permettre de contourner les obstacles inhérents aux structures et à leurs fonctionnements (dysfonctionnements) et assurer les ajustements et évolutions nécessaires tout au long de la durée du programme. La sensibilisation et la participation des détenus au projet sont l'affaire de tous individuellement et collectivement.

A ce titre, la mobilisation des acteurs concerne en premier lieu les détenus, mais aussi les personnels de l' UCSA, le personnel socio-éducatif, les travailleurs sociaux, les surveillants et la direction de l'administration pénitentiaire.

B) Une mobilisation inégale

Concernant les programmes d'éducation pour la santé mis en place dans les trois sites pilotes de Bretagne, de l'avis de toutes les personnes interrogées et selon les rapports d'évaluation existants, la mobilisation des acteurs s'est effectuée de manière inégale selon les sites, selon les acteurs, et selon le déroulement du projet.

Si l'on peut constater une forte mobilisation des acteurs au démarrage du programme, liée en grande partie aux volontés individuelles d'acteurs convaincus du bien-fondé de la démarche et fortement engagés dans la mise en place du projet, il a pu apparaître un certain essoufflement de certains dans la phase de mise en œuvre des actions. La mobilisation a ainsi semblé être très étroitement liée à la disponibilité des

¹⁰ O. Choukroun, F. Guibourgé, *Promotion de la santé et milieu pénitentiaire*, F. Guibougé, A.-M. Palicot, O. Brix, O. Choukroun, CFES, 1997, p.11-12

équipes et à l'implication directe des acteurs dans le projet ; le personnel n'intervenant qu'à un niveau indirect étant plus enclin à se démobiliser vis-à-vis du projet.

De façon plus précise, sur l'ensemble des trois sites, le manque d'implication des surveillants a été noté. Ce constat n'a pas unanimement été reconnu par les personnes interviewées comme un frein particulier au succès de l'action même si un grand nombre de partenaires l'ont regretté. L'intervention de ces acteurs dans les programmes nous paraît toutefois essentielle.

Concernant la participation de l' UCSA, elle est sur tous les sites reconnue comme essentielle. D'une façon générale, les équipes hospitalières soutiennent théoriquement la démarche mais la surpopulation et la mise en place des 35 heures ont contraint les personnels soignants à privilégier la dimension curative au détriment de leur rôle éducatif.

Par ailleurs, il est à noter que le rôle de coordination des actions d'éducation pour la santé dévolu réglementairement à ces structures, a le plus souvent été assuré par d'autres acteurs tels que l'enseignant (Site de St Malo), le CODES ou l'administration pénitentiaire sur les autres sites.

Pour ce qui est du SMPR et des SPIP, l'engagement initial dans les différents projets s'est par la suite éteint par manque de disponibilité ou pour des raisons plus problématiques d'absence de vision commune du sens donné à l'action. L'ensemble de ces éléments pose la question majeure de l'implication des acteurs institutionnels et en premier lieu des directions des structures pénitentiaires et hospitalières.

C) L'importance du soutien institutionnel

L'importance du soutien institutionnel est en effet apparue comme essentielle au succès de l'action. En premier lieu, au niveau des directions des administrations pénitentiaire et hospitalière. Ainsi, le degré d'implication des directions dans le projet conditionne fortement la mise en place des actions et son acceptation au niveau des équipes. Elle peut tout autant être un facteur facilitateur ou un frein au déroulement du programme non seulement parce qu'elle conditionne les axes institutionnels du projet, mais aussi parce qu'elle donne les fondements institutionnels de l'action. L'inscription de l'éducation pour la santé comme un axe de développement de l'établissement favorise l'adhésion des personnels. Elle permet en outre de dépasser les logiques individuelles et d'assurer la continuité de l'action. Ainsi, le projet ne relevant plus seulement d'une volonté individuelle de quelques acteurs, trouve un ancrage plus fort et surtout pérenne au-delà des individualités. L'engagement doit être celui d'un service, d'une institution toute entière que ce soit au niveau de la structure pénitentiaire ou hospitalière.

Ainsi, la faible mobilisation, la démobilitation ou le manque de mobilisation par rapport aux attentes trouve le plus souvent racine dans le manque de disponibilité des équipes, l'absence d'implication directe dans le projet et/ou le faible soutien institutionnel. A la lumière de ces éléments, le rôle des comités de pilotage et également celui du CODES en tant que structure coordinatrice sur ces programmes sont assurément des éléments importants pour maintenir la dynamique autour du programme.

2.3 Préconisations pour une politique d'éducation pour la santé en milieu pénitentiaire renforcée sur l'ensemble du territoire

Selon un enseignant de l'ENSP¹¹, fortement impliqué dans le réseau des professionnels de l'éducation pour la santé, « *les actions d'éducation pour la santé ne peuvent avoir une pertinence que si :*

- *il y a une dimension politique*
- *une dimension, une volonté institutionnelle*
- *une dimension personnelle »*

Il nous a semblé pertinent d'adopter cette trame pour présenter nos préconisations. En effet, l'éducation pour la santé en milieu pénitentiaire intéresse en premier lieu le sujet lui-même et les acteurs de terrain, sans lesquels aucune prise de conscience ne saurait être envisageable. Par ailleurs, les expériences sur les trois sites montrent avec acuité que les institutions peuvent tout autant bloquer ou impulser la dynamique. Enfin, l'éducation pour la santé en milieu pénitentiaire constituant aujourd'hui un véritable enjeu de santé publique, elle intéresse en premier lieu le champ politique.

2.3.1 La dimension personnelle : implication des détenus et formation du personnel

A) L'implication des détenus : un enjeu au centre de logiques différentes

L'étude du dispositif d'éducation pour la santé mis en place en Ile-et-Vilaine montre que cette approche trouve en milieu pénitentiaire une pertinence particulière non seulement parce qu'elle s'applique à des populations en situation d'extrême précarité, très éloignées des préoccupations et des conceptions liées au corps et au bien être physique, psychique et social ; mais aussi parce qu'elle cible l'action dans un milieu et à un moment opportun pour déclencher des prises de conscience et éventuellement initier de nouveaux

¹¹ Entretien avec un enseignant de l'ENSP.

comportements. La détention est en effet un espace où les détenus rompent avec leur environnement et leurs habitudes. Elle est également un endroit où les détenus peuvent accéder plus facilement au système de soins, aux compétences des professionnels et à l'information sanitaire, notamment grâce au dispositif sanitaire mis en place à partir de 1994. En contrepartie, la détention reste malgré tout un univers où la responsabilisation des détenus est ardue au regard des conditions d'incarcération et des logiques qui sous-tendent l'enfermement des personnes : liberté d'action excessivement restreinte, conditions d'hygiène précaires, autonomie limitée. Comment est-il alors possible de résoudre dans ces conditions le paradoxe entre logique répressive et logique éducative en vue d'une réinsertion ? Comment s'assurer d'une participation maximale des détenus ? C'est là que l'on touche à l'une des limites de notre étude : nous n'avons pas eu la possibilité de recueillir directement leur point de vue. Notre seul indicateur à ce sujet a été le nombre de participants aux ateliers santé du CODES, et les difficultés dont nous ont fait part les intervenants concernant la diminution observée du nombre de participants aux ateliers.¹² Néanmoins, cette participation peut être améliorée. Les expériences des sites observés montrent qu'il existe des modalités d'action pertinentes :

- améliorer **la périodicité des enquêtes de satisfaction** menées auprès des détenus pour une plus grande réactivité des programmes d'actions

- coordonner les ateliers santé avec les autres activités**, afin que celles-ci ne se déroulent pas de manière simultanée et pour une participation optimale

- intégrer d'autres associations**, même plus spécialisées en matière d'éducation à la santé, sous la coordination du CODES du fait de son expertise généraliste et méthodologique. S'agissant des maisons d'arrêt plus particulièrement, où les détenus n'ont pas accès à une offre d'activités aussi diversifiée qu'en centre pénitentiaire.

La dimension personnelle du détenu reste ainsi la clé du succès des actions d'éducation pour la santé. L'implication du personnel, hospitalier et pénitentiaire est également fondamentale. En effet, elle conditionne la capacité à mobiliser les détenus.

B) Les acteurs de terrain : perspectives d'appropriation de la démarche

L'évaluation des actions mises en place sur les trois sites montre que les résultats restent fortement corrélés à l'implication et à l'adhésion individuelles des acteurs de terrain. Que ce soit les personnels de l'UCSA /SMPPR, les surveillants ou les conseillers d'insertion et de probation, leur motivation et leur implication est une donnée essentielle pour le succès de l'action.

¹² Entretien avec un intervenant du CODES au Centre Pénitentiaire de Rennes.

Pour améliorer leur implication, différents axes pourraient être développés :

- **la formation initiale et continue du personnel surveillant** : celle-ci doit permettre de mieux sensibiliser cette catégorie de personnel à l'intérêt de la démarche d'éducation pour la santé pour adopter une approche plus humaine avec les détenus, et dépasser l'approche exclusivement sécuritaire. En effet, ce personnel étant en contact direct et permanent avec les détenus, il serait ainsi plus à même de véhiculer cette dynamique. La réduction de leur durée de formation dont nous a fait part une élève de l' ENAP¹³ nous amène à nous interroger quant aux orientations actuelles de l'administration pénitentiaire à ce propos.
- **La formation du personnel UCSA et SMPR** : largement acteurs de cette dynamique, ces personnels restent toutefois ancrés dans une logique curative, l'éducatif leur paraissant secondaire au vu du manque de moyens ressenti et des conditions de vie des détenus. En conséquence, certains restent sur une conception de l'éducation pour la santé très liée à l'éducation thérapeutique stricto sensu. Dans le meilleur des cas, leur action d'éducation pour la santé privilégie la dimension individuelle avec le détenu, au détriment de la dimension collective.¹⁴
- **L'implication des SPIPS** : les expériences sur le terrain montrent que les SPIPS restent souvent très éloignés des préoccupations des programmes d'éducation pour la santé, alors qu'ils participent pleinement à la réinsertion des détenus. Le nouveau dispositif de la loi «Perben II » concernant notamment l'aménagement des fins de peine peut constituer un nouvel espace d'action en la matière pour cette catégorie de personnel. En effet, ce nouveau dispositif de préparation à la réinsertion intègre les actions d'éducation pour la santé comme un élément susceptible d'influer sur l'admission dans les quartiers de courtes peines et les aménagements de fin de peine. Leur implication devrait donc en être améliorée.

2.3.2 Le champ institutionnel : clarification des responsabilités, implication institutionnelle et meilleure efficacité du partenariat

A) Amélioration de l'implication institutionnelle :

Les UCSA font état d'un manque patent de moyens pour pouvoir assurer pleinement leurs missions. Elles apparaissent par ailleurs être des structures isolées et mal reconnues au sein de la structure hospitalière. On peut s'interroger sur l'intérêt réel porté par l'hôpital à l'égard de leurs missions, notamment en ce qui concerne l'éducation

¹³ Entretien avec une élève de l' ENAP.

¹⁴ Entretien avec le SMPR.

pour la santé. La pertinence du calcul des effectifs des UCSA sur la base des capacités théoriques d'accueil des établissements peut poser question ? Par ailleurs, ces effectifs n'étant pas négociés dans la convention d'objectifs et de moyens (COM), les établissements rencontrent des difficultés à renforcer les effectifs pour les actions d'éducation pour la santé.

L'implication institutionnelle pourrait être un levier d'action. Elle permettrait en effet :

- d'inscrire les projets dans le long terme selon des priorités et des stratégies clairement identifiées ;
- de mobiliser davantage tous les acteurs : les surveillants, les IDE de l' UCSA ;
- de faire le lien entre l'éducation pour la santé et l'amélioration des conditions de vie en détention : projets de rénovation des locaux, aménagements des protocoles et règlements de l'établissement pénitentiaire ;
- de favoriser les possibilités de financements des différentes actions.

Cette implication concerne principalement :

- *les directions des établissements pénitentiaires* dont l'action pourrait s'amplifier par le biais d'une participation régulière au comité de pilotage, l'intégration systématique de l'éducation pour la santé dans le cadre du projet d'établissement et la mise en œuvre d'une démarche de sensibilisation auprès des surveillants
- *les directions des hôpitaux* dont l'action paraît peu visible aujourd'hui dans ce domaine. L'UCSA et le SMPR doivent être davantage reconnus par leurs établissements sanitaires de rattachement. Cette évolution peut se concrétiser par une participation des directions au comité de pilotage ainsi que par l'inscription de l'éducation pour la santé en milieu pénitentiaire dans le cadre des projets d'établissement, projets médicaux, projets de soins et projets de service.

B) Clarification des responsabilités pluri professionnelles :

Premièrement, il importe que l' UCSA se retrouve au centre de la coordination. A ce titre, des moyens spécifiques pourraient être mis en œuvre pour rendre effective cette mission de coordination autour des projets d'éducation pour la santé en milieu pénitentiaire. La reconnaissance institutionnelle de ce rôle par la création de temps infirmier spécialisé, par l'organisation de formations en direction du personnel de l'UCSA et l'intégration de l'éducation pour la santé en milieu pénitentiaire dans le cadre du projet médical, du projet de soins et du projet de service sont également des axes d'amélioration envisageables.

Le rôle du CODES pourrait alors se recentrer sur son rôle premier d'aide et de conseil méthodologique. En effet, le CODES assure les fonctions de coordination, d'organisation et parfois de mise en œuvre des différents projets. Ce rôle apprécié et reconnu par tous peut à long terme présenter un risque de dépendance. Par ailleurs, il n'incite pas les acteurs locaux à se mobiliser à hauteur de leurs responsabilités. Dans ces conditions, il peut sembler nécessaire de permettre aux CODES de se recentrer sur les objectifs prévus lors de la formation action initiale menée en 2001, c'est-à-dire une fonction d'aide méthodologique et de conseil après un transfert de la responsabilité et de la coordination des projets locaux à des instances propres.

Enfin, la mise en œuvre des instances de pilotage local doit devenir effective. La formation action de 2001 avait prévu des instances locales de pilotage des projets. La pratique a été différente. Le comité de pilotage n'a pas vraiment fonctionné par manque de mobilisation des acteurs institutionnels alors que le groupe technique s'est réuni le plus souvent à l'initiative et sous la direction du CODES. Le fonctionnement effectif d'un comité de pilotage constitue un élément important de réappropriation des projets par les différents acteurs locaux. Il associe les différents représentants institutionnels aux acteurs et pourrait être étendu aux directions d'hôpital. Il présente l'avantage d'assurer une meilleure visibilité et reconnaissance des projets, un réel échange pluri professionnel et de fixer de façon claire des orientations générales s'inscrivant dans la durée. Il constitue enfin un complément indispensable au rôle coordinateur du CODES. Ce modèle a été testé à Fleury-Mérogis et sert d'ailleurs de base à la méthodologie préconisée par la DGS en matière d'organisation de projets d'éducation pour la santé dans les établissements pénitentiaires.

2.3.3. Le champ politique : pour une meilleure concertation nationale et régionale

A) Au niveau national : vers une conception de l'éducation pour la santé consensuelle

A la lumière des différents entretiens, des divergences de conception de l'éducation pour la santé sont apparues entre le niveau local et national. Si La DGS partage la définition du CODES de l'éducation pour la santé comme un moyen permettant de sensibiliser les détenus à leur santé, une différence d'approche, en partie liée au rôle, à la mission ainsi qu'au positionnement des acteurs institutionnels existe.

En effet, la DGS vise aujourd'hui une méthodologie d'action reposant sur des objectifs et des orientations définis au niveau national, puis déclinés au niveau local. Le but est de cibler un public le plus large possible sur des axes de promotion de la santé

validés au plus haut niveau territorial, et d'obtenir des changements de comportements réels de la part des détenus.

On peut s'interroger sur la pertinence d'une telle conception, compte tenu des principes mêmes de l'éducation pour la santé reposant prioritairement et logiquement sur les besoins exprimés par la population détenue.

On peut également s'interroger sur les moyens à mettre en œuvre pour inciter les UCSA à s'investir dans ce rôle et garantir ainsi la dynamique du dispositif. A ce titre, la DGS va diffuser une circulaire et réactualiser le guide méthodologique d'action de 1997 rappelant les modalités de mise en œuvre des actions d'éducation en milieu pénitentiaire et précisant le rôle des différents acteurs. Ainsi, la sortie future de cette circulaire pourrait être l'opportunité du lancement d'une grande enquête sur l'ensemble du territoire ayant pour but la comparaison des actions d'éducation pour la santé en milieu pénitentiaire.

B) Une coordination plus efficace au niveau régional

Force est de constater que la coordination des actions d'éducation pour la santé en milieu pénitentiaire est aujourd'hui quasi inexistante au niveau régional. Une préconisation porteuse pourrait être la désignation d'un référent pour l'éducation pour la santé en milieu pénitentiaire pour l'ensemble des ARH de la région pénitentiaire, ou tout du moins pour chaque ARH.¹⁵ En effet, la non superposition des régions sanitaires et pénitentiaires freine aujourd'hui le partenariat régional. Au niveau des ARH, on manque ainsi d'une vision globale de ce qu'est la santé en milieu pénitentiaire.

Aujourd'hui les partenaires privilégiés des DRSP sont les DRASS, mais celles-ci n'interviennent pas dans les conventions d'objectifs et de moyens signées entre les ARH et les établissements. Or l'importance de l'implication des ARH est d'autant plus grande, qu'avec la tarification à l'activité (T2A), les établissements risquent de consacrer des enveloppes plus faibles qu'avec le budget global.

La pérennisation et l'approfondissement des actions engagées dans les trois établissements d'Ille-et-Vilaine constituent des objectifs prioritaires. En effet, le dispositif mis en place présente de nombreux atouts en terme de partenariat interprofessionnel, de travail en équipe mais surtout d'humanisation des conditions de vie en milieu pénitentiaire.

¹⁵ Cf. Entretien avec la DRSP Lyon.

CONCLUSION

L'éducation pour la santé est une démarche difficile à impulser en milieu ouvert parce qu'elle nécessite l'intervention et la coordination de différents acteurs. Elle apparaît alors encore plus complexe en milieu pénitentiaire où doivent se concilier des cultures et des objectifs parfois très différents (logique sécuritaire, logique sanitaire, logique éducative).

Pourtant, l'étude du dispositif d'éducation pour la santé mis en place en Ile-et-Vilaine montre que cette approche trouve en milieu pénitentiaire une pertinence particulière non seulement parce qu'elle s'applique à des populations en situation d'extrême précarité, mais également parce qu'elle cible l'action dans un milieu et à un moment opportun pour déclencher des prises de conscience et initier de nouveaux comportements. La détention est en effet un espace où les détenus rompent avec leur environnement et leurs habitudes. C'est également un endroit où ces derniers peuvent accéder au système de soins, aux compétences des professionnels et à l'information. C'est pourquoi l'objectif de l'éducation pour la santé reste bien plus celui de susciter des prises de conscience vis-à-vis du corps et de la santé, que de provoquer des changements immédiats de leurs habitudes. La portée de la démarche s'inscrit donc bien plus dans une logique éducative et contributive du projet de réinsertion du détenu, tout en restant ancrée dans une approche multidimensionnelle de la santé.

Cependant, si l'implication et la volonté des acteurs sur le terrain sont réelles, elles doivent être relayées et soutenues au niveau des institutions (Etablissements pénitentiaires, établissements de santé) et encouragées par une simplification et une harmonisation des procédures (notamment au niveau financier). Il convient néanmoins de faire preuve de patience, le dispositif actuel s'avérant relativement récent (dix ans).

Concernant les expériences des structures pénitentiaires d'Ile-et-Vilaine, des résultats effectifs au niveau des détenus mais également des professionnels ont été observés. Et si l'implication des acteurs peut paraître inégale, l'apport des actions engagées est tel que chacun semble prêt à renouveler l'expérience sous réserve de disposer de temps, l'éducation pour la santé apparaissant malheureusement bien souvent comme la dernière des priorités.

De ce fait, affirmer davantage le rôle de l'éducation pour la santé est primordial. Ne pouvons nous pas envisager, par exemple, que l'éducation pour la santé devienne un axe à part entière d'une politique de promotion de la santé définie au niveau national et déclinée au niveau régional au sein des différentes ARH ? Les financements d'actions négociés dans le cadre des contrats d'objectifs et de moyens ou des MIGAC pourraient peut être alors clarifier les responsabilités, les actions et engager plus fortement les UCSA dans cette mission à part entière qui leur est confiée ?

Bibliographie

Ouvrages généraux :

- CROZIER M., *L'Acteur et le système*, Editions du Seuil, Paris, 1977, 436p.
- FOUCAULT M., *Surveiller et punir*, Gallimard, Paris, 1975, 360 p.
- COMBESSIE Ph., *Sociologie de la prison*, Collection Repères, La Découverte.

Rapports :

- ACTES CRES-PICARDIE, *Santé en milieu pénitentiaire, Promotion de la Santé en milieu pénitentiaire*, Collection Education pour la santé pour mieux vivre, février - juin 2000.
- Haut Comité de la Santé Publique, *Santé en milieu carcéral*, Rennes, ENSP, Collection Avis et rapports du HCSP, 1993.
- Haut Comité en Santé Publique, *La Santé en prison, Actualité et Dossiers en santé publique*, La Documentation Française, n°44, 2003.

Revue :

- RAYNAL F., « L'éducation à la santé : un nouvel outil pour l'insertion », *Actualités Sociales Hebdomadaires*, n°2217, 2001.
- LAPEYRE X., SALAS D., « Prisons, permanence d'un débat », *Problèmes politiques et sociaux*, La Documentation Française, septembre 2003, n°44.
- « La santé en prison : un enjeu de santé publique », *Revue française des Affaires sociales*, La Documentation Française, janvier – mars 1999, n°1.

Documents de travail :

- CODES Ille-et-Vilaine, *Evaluation d'un projet d'éducation pour la santé de la Maison d'arrêt de Rennes*, Rennes, décembre 2002.
- CODES Ille-et-Vilaine, *Evaluation du projet d'éducation pour la santé de la Maison d'arrêt de St Malo*, St Malo, décembre 2002.

- CODES Ille-et-Vilaine, *Evaluation du projet d'éducation pour la santé du Centre Pénitentiaire de Rennes*, Rennes, 2002 ;
- CODES Ille-et-Vilaine, *Evaluation des dix sites pilotes*, Rennes, décembre 2002.
- GUIBOURGE F., PALICOT A-M., BRIXI O., CHOUKROUNE O., *Promotion de la santé en milieu pénitentiaire*, Collection La Santé en action, CFES, 1997.

Sites Internet consultés :

www.sante.gouv.fr

www.legifrance.fr

www.prison.eu.org

Liste des annexes

Tableau récapitulatif des préconisations

Grille d'entretien

Liste des personnes rencontrées

Grille récapitulative des préconisations

Trois dimensions à réunir pour la réussite des actions d'éducation pour la santé	Personnes concernées	Problèmes / Paradoxes	Préconisations / Recommandations
La dimension personnelle	Implication des détenus	-responsabilisation difficile en prison -conditions d'incarcération difficiles	- amélioration de la périodicité des enquêtes de satisfaction menées auprès des détenus pour une plus grande réactivité des programmes d'actions - coordonner les ateliers santé avec les autres activités, afin que celles-ci ne se déroulent pas de manière simultanée et pour une participation optimale - intégration d'autres associations plus spécialisées

	<p>Implication des acteurs de terrain : surveillants, personnel des UCSA et des SMPR, conseillers d'insertion et de probation</p>	<p>- résultats fortement corrélés à l'implication et à l'adhésion individuelles</p>	<p>- amélioration de la formation initiale et continue du personnel surveillant pour leur apprendre l'intérêt de la démarche d'éducation pour la santé mais aussi à dépasser l'approche exclusivement sécuritaire</p> <p>- les personnels UCSA et SMPR restent trop ancrés dans une logique curative</p> <p>- alors qu'ils participent à la réinsertion des détenus, les CIP restent éloignés des préoccupations des programmes d'éducation pour la santé. Mais la mise en place des dispositifs d'accompagnement des fins de peine (loi Perben II) intègre ces actions d'éducation pour la santé, le rôle des CIP pourrait donc s'accroître en la matière</p>
--	--	---	--

La dimension institutionnelle	Amélioration de l'implication institutionnelle	<ul style="list-style-type: none"> - UCSA: manque de moyens, structures isolées et mal reconnues au sein de l'organisation hospitalière - Directions des établissements pénitentiaires - Directions des hôpitaux 	<ul style="list-style-type: none"> - inscription des projets dans le long terme selon des priorités et des stratégies clairement identifiées - meilleure mobilisation de tous les acteurs - faire le lien entre éducation pour la santé et l'amélioration des conditions de vie en détention - favoriser les possibilités de financement des différentes actions 	<ul style="list-style-type: none"> - participation plus régulière des directions des établissements pénitentiaires au comité de pilotage - intégration systématique de l'éducation pour la santé dans les projets d'établissements - meilleure reconnaissance par les directions d'hôpitaux des UCSA et SMPR - éventuelle participation des directions d'hôpitaux au comité de pilotage - inscription de l'éducation pour la santé en milieu pénitentiaire dans le cadre des projets médicaux, de soins et de service
	clarification des responsabilités professionnelles	des pluri	<ul style="list-style-type: none"> - questionnement sur le rôle du CODES - le rôle de l' UCSA dans la coordination 	<ul style="list-style-type: none"> - le Codes assume les fonctions de coordination, d'organisation et de mise en œuvre des projets, ce qui peut présenter un risque de dépendance, il s'agirait donc pour les Codes de se recentrer sur une fonction d'aide méthodologique et de conseil après le transfert de la coordination aux UCSA - les UCSA n'assurent pas leur rôle de coordination ; pour rendre effective cette mission, il faudrait créer du

		- mise en œuvre des instances de pilotage au niveau local	temps infirmier spécialisé, organiser des formations et intégrer l'éducation pour la santé dans le cadre des projets médicaux, de soins et de service - le fonctionnement effectif d'un comité de pilotage constitue un élément important de réappropriation des projets par les différents acteurs locaux, il pourrait être étendu aux directions d'hôpitaux
La dimension politique	Au niveau national : vers une conception de l'éducation pour la santé consensuelle	-divergences de conception dans la définition de l'éducation pour la santé	- lancement d'une grande enquête sur l'ensemble du territoire ayant pour but la comparaison des actions d'éducation pour la santé en milieu pénitentiaire
	Une coordination plus efficace au niveau régional	-coordination quasi inexistante au niveau régional	- la désignation d'un référent pour l'éducation pour la santé pour l'ensemble des ARH de la région pénitentiaire ou pour chaque ARH

GRILLE D'ENTRETIEN

Nous avons adapté cette grille d'entretien en fonction de chaque acteur entretenu. Effectivement, nous avons rencontré quatre grands types d'acteurs : des enseignants universitaires qui nous ont permis d'appréhender les enjeux sous-tendant la démarche d'éducation pour la santé en milieu pénitentiaire ; des acteurs ayant impulsé les actions d'éducation pour la santé et ayant des responsabilités nationales ou régionales (DGS, DRSP, DRASS) ; les acteurs de terrain responsables du développement des actions d'éducation pour la santé (Etablissements pénitentiaires, UCSA, SMPR, SPIP) ; enfin, les opérateurs de terrain qui ont développé la méthodologie à suivre sur les trois sites : le CODES 35. Nous avons cependant tenté d'aborder à chaque fois quatre grands axes, afin de pouvoir procéder ensuite à l'évaluation comparative qui nous était demandée.

I/ Etat des lieux des actions d'éducation pour la santé en milieu pénitentiaire : contexte et facteurs ayant permis d'engager la dynamique :

- Quelle définition donnez-vous à l'éducation pour la santé en milieu pénitentiaire ?
- Dans quel contexte ces actions se sont-elles développées ? Les trois sites étudiés présentaient-ils des particularités ?
- Comment cela s'organisait-il avant ?
- Quels sont aujourd'hui, selon vous, les acteurs phares de ces actions ?
- Quelles sont, selon vous, les conditions de réussite d'une telle démarche ?

II/ Impact, réaction, et réappropriation par les détenus des actions engagées :

- Comment les détenus perçoivent-ils ces actions ? Quelle participation ?
- Se sentent-ils impliqués et concernés par les thématiques développées ?
- Y a-t-il un dispositif d'évaluation de la satisfaction des détenus face à ces actions ?
- Sont-ils consultés sur les thématiques choisies ?

III/ Implication du personnel, évaluation de la dynamique partenariale en la matière :

- Comment les surveillants ont-ils perçu et perçoivent aujourd'hui le changement induit par la loi de 1994 et les actions engagées ? Se sentent-ils à la marge des actions d'éducation pour la santé, ou se sont-ils investis dans la démarche ?
- Comment les différents acteurs se sont-ils réappropriés et investis dans la démarche ? (UCSA, SMPR, SPIP)

IV/ Axes d'amélioration envisagés, évaluation du dispositif en place : avenir de l'éducation pour la santé en milieu pénitentiaire :

- Le dispositif en place en matière d'éducation pour la santé vous semble-t-il adapté et pertinent pour permettre le développement de ces actions ?
- Quels sont selon vous les points sur lesquels il faut absolument agir aujourd'hui ?
- Quelle place respective voyez-vous pour les différents acteurs (UCSA, SMPR, SPIP, CODES) en la matière ?
- Pensez-vous qu'il soit nécessaire d'adopter de nouvelles dispositions législatives ou réglementaires en la matière pour développer une réelle politique d'éducation pour la santé sur le territoire national ?

Liste des personnes rencontrées

CODES :

Mme LEMONNIER CODES Rennes (coordination du projet du CP de Rennes et animation d'un groupe santé)

Mme CHANTRAINE CODES Rennes (suivi du projet de la Maison d'arrêt de Saint Malo et animation d'un atelier santé)

Mme LEBORGNE BRIAND CODES Rennes (coordination du projet de la Maison d'arrêt de Rennes et animation d'un groupe santé)

Mme CHOUKROUNE Comité des Yvelines d'Education pour la Santé (CYES)

Personnel pénitentiaire :

M. ILLIAQUER Directeur adjoint SPIP Rennes (réfèrent du SPIP pour les actions d'éducation pour la santé à la Maison d'arrêt et au CP de Rennes)

M. MENAGER Directeur adjoint Maison d'arrêt de Rennes (réfèrent de la Maison d'arrêt pour les actions d'éducation pour la santé)

Une élève à l' ENAP

UCSA/ SMPR :

Mme LETACONNOUX UCSA Saint Malo

Mme FOULON DUCANOS UCSA Fleury-Mérogis

M. MARMIN UCSA Fresnes

Mme HENRY, psychiatre et chef de service, SMPR de la maison d'arrêt de Rennes

Personnel de l'Education Nationale :

M. COLAS enseignant Maison d'arrêt Saint Malo (suivi du projet santé et animation du groupe santé)

Enseignant - chercheur :

M. LECORPS enseignant ENSP

M. GOUDET sociologue Comité Régional d'Aquitaine d'Education pour la Santé (CRAES)

Administration sanitaires, pénitentiaires et organismes de tutelle :

Mme BRUNET MISP DDASS 35

Mme DEMICHEL DRSP Lyon (chef d'unité d'action sanitaire)

Mme PONDAVEN DRSP (chef d'unité d'action sanitaire)

Mme CLEMENT DGS Paris