



**ENSP**

ECOLE NATIONALE DE  
LA SANTÉ PUBLIQUE

**RENNES**

**MODULE INTERPROFESSIONNEL DE SANTÉ PUBLIQUE**

**– 2004 –**

**LES ENJEUX DU PARTENARIAT DANS LES ACTIONS  
D'ÉDUCATION POUR LA SANTÉ EN MILIEU  
PENITENTIAIRE**

**– Groupe n° 9 –**

**Ce rapport de séminaire a été réalisé par un groupe de 10 élèves en formation initiale**

***Animatrices***

***Anne-Marie PALICOT / Sonia VERGNIORY***



Une vision de l'éducation pour la santé au début du XXème siècle : *Conférence sur les méfaits de l'alcoolisme dans l'auditorium de la prison de Fresnes* (G.Castaigne, coll. de l'INRDP).

---

# Sommaire

---

<b>INTRODUCTION.....</b>	<b>1</b>
<b>1 DE L'INSERTION A L'EDUCATION POUR LA SANTE : UNE MULTIPLICATION DES ACTEURS AYANT RENDU NECESSAIRE LE PARTENARIAT. ....</b>	<b>6</b>
<b>1.1 Multiplicité des acteurs potentiellement concernés par l'éducation pour la santé en milieu carcéral. ....</b>	<b>6</b>
1.1.1 L'évolution des missions de l'administration pénitentiaire. ....	6
1.1.2 La prise en compte progressive de la santé en prison. ....	7
1.1.3 L'éducation pour la santé : un nouveau champ qui appartient tellement à tout le monde qu'il finit par n'appartenir à personne.....	9
<b>1.2 La nécessité d'organiser le partenariat. ....</b>	<b>11</b>
1.2.1 L'action en partenariat : le fondement de l'éducation pour la santé .....	11
1.2.2 Une nécessité clairement reconnue.....	12
1.2.3 Typologie des partenaires de l'éducation pour la santé en milieu pénitentiaire...	13
<b>2 LE PARTENARIAT EN EDUCATION POUR LA SANTE : DES OBSTACLES A DEPASSER POUR UNE ACTION COMMUNE. ....</b>	<b>15</b>
<b>2.1 Le partenariat à l'épreuve de logiques autonomes. ....</b>	<b>15</b>
2.1.1 Impliquer le détenu. ....	15
2.1.2 La logique des acteurs et le choc des cultures. ....	17
2.1.3 Des zones de pouvoir à maîtriser. ....	19
<b>2.2 Pérenniser l'action.....</b>	<b>20</b>
2.2.1 Se donner les moyens d'une culture commune pour permettre une modification des pratiques professionnelles. ....	20
2.2.2 Solliciter et renforcer le soutien institutionnel.....	22
2.2.3 Clarifier les rôles des différents acteurs de l'éducation pour la santé.....	23
<b>CONCLUSION .....</b>	<b>27</b>
<b>BIBLIOGRAPHIE.....</b>	<b>29</b>

<b>LISTE DES ANNEXES.....</b>	<b>I</b>
<b>GLOSSAIRE.....</b>	<b>II</b>
<b>GRILLE D'ENTRETIEN.....</b>	<b>V</b>
<b>LISTE DES PERSONNES RENCONTREES.....</b>	<b>VII</b>
<b>SYNTHESE DE LA METHODOLOGIE CONDUISANT AUX « ATELIERS – SANTÉ ».....</b>	<b>IX</b>

---

# Remerciements

---

Nous remercions Anne-Marie PALICOT et Sonia VERGNIORY pour leur appui et leur disponibilité.

Nous tenons également à remercier tous ceux qui ont accepté de nous recevoir pour nous parler, avec passion le plus souvent, de leur métier et de leurs actions. Au-delà de leur intérêt immédiat pour notre mémoire, ces différents échanges nous ont permis de faire connaissance avec un milieu jusque là inconnu, et de nous ouvrir de nouvelles pistes de réflexion.

---

## Liste des sigles utilisés

---

- CODES : Comité Départemental d'Education pour la Santé
- CRES : Collège Régional d'Education pour la Santé
- CSST : Centre de Soins Spécialisés en Toxicomanie
- DAP : Direction de l'Administration Pénitentiaire, Ministère de la Justice
- DDASS : Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales
- DRASS : Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales
- DGS : Direction Générale de la Santé, Ministère de la Santé
- DRSP : Direction Régionale des Services Pénitentiaires
- ENAP : Ecole Nationale de l'Administration Pénitentiaire
- GENEPI : Groupement Etudiant d'Enseignement auprès des Personnes Incarcérées
- OMS : Organisation Mondiale de la Santé
- ONU : Organisation des Nations Unies
- SMPR : Service Médico-Psychologique Régional
- SPIP : Service Pénitentiaire d'Insertion et de Probation
- UCSA : Unité de Consultations et de Soins Ambulatoires

## INTRODUCTION

La loi du 18 janvier 1994 relative à la Santé publique et à la Protection sociale a pour objectif d'« *assurer au détenu une qualité et une continuité de soins équivalentes à celles offertes à l'ensemble de la population* ». Outre l'amélioration de la prise en charge curative de la personne détenue, cette loi réaffirme la nécessité de développer des actions d'éducation pour la santé en milieu carcéral. Cette préoccupation, en apparence accessoire au regard des besoins médicaux et thérapeutiques de la population carcérale et de ses conditions de vie, rejoint le questionnement récurrent sur la place qui doit être accordée à la prévention dans une société où la question de la santé est encore trop souvent limitée à celle de l'accès aux soins.

Si l'on admet, comme le préconise l'OMS, que la santé n'est pas l'absence de maladie ou de handicap, on comprend que la lutte contre les maladies n'est pas la seule action possible en faveur de la santé : apparaît ainsi la notion de promotion de la santé, plus positive et plus ambitieuse. Elle invite à questionner l'ensemble des initiatives publiques sous l'angle de leurs influences et conséquences sur, et pour la santé, y compris dans des secteurs qui ne sont pas traditionnellement liés à la santé : logement, éducation, fiscalité, agriculture. Elle encourage un investissement de chacun dans les décisions de santé publique.

Dans cette optique, « *l'éducation pour la santé a pour ambition l'acquisition par chaque citoyen, tout au long de sa vie, des compétences et des moyens lui permettant de promouvoir sa santé et sa qualité de vie ainsi que celles de la collectivité* »<sup>1</sup>. Aussi vise-t-elle à ce que chacun :

- acquière les aptitudes indispensables à la vie et à la prise en charge de sa santé ;
- accède aux informations sur le système de santé et de protection sociale, les maladies, traitements, risques individuels et collectifs, et les manières de se protéger ;
- utilise de manière optimale les services de soins, de prévention et de promotion de la santé ;
- s'implique dans les choix relatifs à sa propre santé et à celle de la collectivité.

---

<sup>1</sup> OMS, *charte d'Ottawa*, 21 novembre 1986

L'éducation pour la santé constitue donc un champ spécifique de la prévention. De fait, les actions de communication et d'information, qui sont les expressions les plus courantes de la prévention, ne constituent pas à elles seules, même lorsqu'elles sont combinées, un programme éducatif. L'éducation pour la santé, comme les autres formes d'éducation, repose sur les relations inter-personnelles, sur une véritable implication de la population qui permette de faire évoluer ses rapports avec les professionnels. Elle nécessite des actions de proximité qui permettent un travail d'accompagnement, de cheminement avec les personnes concernées.

En milieu pénitentiaire, ce cheminement est entravé par les multiples contraintes qui font toute la spécificité de la prison. « *Institution totalitaire* »<sup>2</sup>, l'établissement pénitentiaire peut être défini comme « *un établissement spécialisé dans le gardiennage des hommes et le contrôle totalitaire de leur mode de vie : isolement par rapport au monde extérieur dans un espace clos, promiscuité entre reclus, prise en charge de l'ensemble des besoins des individus par l'établissement, observance obligée d'un règlement qui s'immisce dans l'intimité du sujet et programme tous les détails de l'existence quotidienne, irréversibilité des rôles de membre du personnel et de pensionnaire, référence constante à une idéologie consacrée comme seul critère d'appréciation de tous les aspects de la conduite, etc.* » « *Les prisons, établissements pénitentiaires, camps de prisonniers et camps de concentration* », ajoute le même auteur, « *constituent le troisième des cinq groupes d'institutions totalitaires : ce sont les institutions qui sont destinées à protéger la communauté contre les menaces qualifiées d'intentionnelles, sans que l'intérêt des personnes séquestrées soit le premier but visé.* »

Or L'éducation pour la santé repose essentiellement sur l'autonomie de la personne, sur sa capacité à faire des choix, sur son libre-arbitre. On perçoit là tout le paradoxe existant entre ce fondement de l'éducation pour la santé et une logique carcérale dont la dimension répressive est basée sur l'enfermement et la contrainte ; pourquoi et comment se préoccuper de la préservation de sa santé lorsqu'on est privé de liberté ?

Pour nombre de spécialistes, le principe même de l'enfermement induit à la fois perte d'autonomie et infantilisation. La perte d'autonomie est la conséquence directe de

---

<sup>2</sup> GOFFMAN E., *Asiles, études sur la condition sociale des malades mentaux*, éd. de minuit, Paris, 1990, 1<sup>ère</sup> édition 1968, 450 p. (p 11 / p 46) Le concept d'institution totalitaire a d'abord été élaboré par Erving Goffman à propos des hôpitaux psychiatriques. Il a ensuite été élargi pour caractériser une institution qui prend en charge tous les besoins des individus, coupée totalement du reste de la société.



l'emprisonnement conçu comme punition. L'infantilisation, quant à elle, est inhérente à la vie en détention : monotonie, uniformité, forte prise en charge (plus de décision à prendre pour la gestion du quotidien.) Pour Didier Coudray, conseiller d'insertion et de probation à la maison d'arrêt de Saint-Malo, « *le détenu a beau revendiquer une autonomie, il lui faut une sacrée force de caractère pour ne pas répondre au ronron du temps carcéral : je mange quand on me sert, je sors quand on m'ouvre.*<sup>3</sup> » Plus encore, on pourrait considérer que le fait de solliciter l'autonomie et le libre-arbitre du détenu risque d'engendrer chez lui une souffrance supplémentaire en le conduisant à prendre conscience de manière plus aiguë de son incapacité à décider de sa vie dans le milieu carcéral. Parallèlement, le maintien et le développement de ce libre arbitre est la condition même d'une réinsertion : l'éducation à la santé est une ressource pour préparer la sortie au sens où, justement, elle apprend à la personne détenue à devenir autonome.

Il serait vain de vouloir résoudre cette contradiction au fond, mais cela n'exclut pas de mettre en œuvre des actions qui portent leurs fruits. La prison n'autorisera jamais le détenu à recouvrer en son sein une véritable autonomie, mais tout l'intérêt de l'éducation pour la santé est qu'elle offre au détenu une opportunité d'exercer la part de liberté qui lui reste, et de préparer sa sortie et sa réinsertion : les actions ont en effet autant pour finalité le temps de l'enfermement que le retour à la liberté : « *L'important n'est donc pas de cibler chez les détenus des consommations dangereuses ou autres conduites à risque pour s'acharner à leur délivrer des messages normatifs incitant à leur correction. La tâche qui s'impose à l'éducateur pour la santé est tout autre : il s'agit pour lui, en lien avec les partenaires institutionnels, de ménager, dans les contraintes des rythmes pénitentiaires, des circonstances où les détenus puissent dire leur expérience carcérale dans ce qu'elle marque profondément le vécu de leur santé, et chercher les ressources vitales qui les aideront à traverser cette période d'enfermement et à se préparer à la réinsertion* »<sup>4</sup>. Pour ce faire, il faut tenir compte des réalités très diverses que recouvre la notion de milieu pénitentiaire.

---

<sup>3</sup> Didier Coudray, cité in « Education pour la santé en milieu pénitentiaire : un nouvel outil pour l'insertion » – Florence Raynal. *Actualités sociales hebdomadaires*, n° 2217, 1<sup>er</sup> juin 2001, p. 19-20

<sup>4</sup> GOUDET B., « Education pour la santé : facteur d'insertion des détenus », in *Promotion de la santé en milieu pénitentiaire*, collection Education pour la santé pour mieux vivre, éditions CFES, 1997.

Tout d'abord, les détenus ne sont pas issus des mêmes milieux socio-professionnels et culturels. Par conséquent, ils n'appréhendent pas leur santé de la même manière et ne sont pas également réceptifs aux messages d'éducation pour la santé.

Ensuite, il faut noter que les personnes « sous main de justice » ne se retrouvent pas toutes dans la même situation juridique, selon qu'il s'agit de prévenus<sup>5</sup> contre lesquels l'action publique devant les juridictions de jugement est en cours, ou de condamnés. Indubitablement, le positionnement de l'individu au sein de la structure varie en fonction de son appartenance à l'une ou l'autre de ces catégories : le prévenu est dans une situation de plus grande incertitude quant à la date de son jugement, la durée de sa peine en cas de condamnation... La situation du condamné, si elle n'est pas plus confortable, est néanmoins plus claire.

La durée des peines est également extrêmement variable, ce qui n'est pas sans conséquences sur la relation qu'entreprendra le détenu avec son corps et sa santé. Sa motivation et sa disponibilité ne seront pas toujours compatibles avec une participation à des actions d'éducation pour la santé s'inscrivant dans la durée.

Enfin, les structures pénitentiaires sont adaptées à cette grande diversité des situations. À l'éventail des peines d'emprisonnement, de quelques jours à la réclusion à perpétuité, correspondent des catégories d'établissement. Les plus courtes peines et les détentions provisoires dans l'attente d'un jugement définitif sont purgées dans les maisons d'arrêt ; les peines les plus longues, dans les maisons centrales. Les centres de détention reçoivent les condamnés à des peines moyennes, en particulier les plus jeunes et ceux dont la réinsertion semble la plus favorable. Parfois, la peine d'emprisonnement est conciliée avec une activité extérieure (études, travail) : le condamné est alors affecté dans un centre de semi-liberté qu'il doit rejoindre le soir. Il peut également bénéficier d'une mesure de placement à l'extérieur.

Force est de constater que, compte tenu de la diversité des structures et des situations, il est de nombreux cas dans lesquels l'autonomie du détenu semble suffisante pour pouvoir envisager des actions d'éducation pour la santé effectives. Dès lors que ces actions d'éducation pour la santé sont possibles, et dans la mesure où elles sont fondées sur la prise en compte de l'individu et sa responsabilisation, elles sont susceptibles d'être

---

<sup>5</sup> Sur ce point, il faut opérer une distinction entre, d'une part, les prévenus soupçonnés d'une infraction correctionnelle ou contraventionnelle et, d'autre part, les accusés appelés à comparaître devant une Cour d'assises. Dans les deux cas, une mesure de détention provisoire peut être prononcée à leur encontre.

bénéfiques et prennent toute leur place dans la logique d'insertion qui s'est progressivement adjointe à la mission répressive de la prison. L'éducation pour la santé est ainsi entrée dans le champ de compétence des multiples intervenants dans le milieu pénitentiaire, posant la question d'un éventuel partenariat.

Dans le cadre de l'étude des enjeux de ce partenariat, nous avons été amenés à effectuer des recherches documentaires, à conduire des entretiens avec différents acteurs du milieu carcéral : directeurs, surveillants pénitentiaires, médecins et infirmiers des UCSA, représentants des SPIP, enseignants détachés de l'Education Nationale, responsables de Comités Départementaux et de Centres Régionaux d'Education à la Santé.... Nous nous sommes également rendus sur différents sites pénitentiaires, mais nous regrettons, ne disposant pas du temps nécessaire à l'organisation de telles rencontres, de ne pas avoir pu aborder ce sujet avec des détenus, principaux intéressés.

Ce travail nous a permis de mieux percevoir la diversité des acteurs susceptibles d'intervenir dans le champ de l'éducation pour la santé en prison, faisant du partenariat un enjeu en lui-même **(I)**. Il nous est cependant clairement apparu que ce partenariat ne doit pas être une fin en soi : il devrait être un moyen d'utiliser les opportunités offertes par l'éducation pour la santé pour renforcer la politique d'insertion et repenser la place de la personne détenue **(II)**.

# **1 DE L'INSERTION A L'EDUCATION POUR LA SANTE : UNE MULTIPLICATION DES ACTEURS AYANT RENDU NECESSAIRE LE PARTENARIAT.**

## **1.1 Multiplicité des acteurs potentiellement concernés par l'éducation pour la santé en milieu carcéral.**

L'éducation pour la santé n'est pas une problématique particulièrement récente en milieu carcéral. Cependant, l'évolution de la prison, par la redéfinition des missions de l'administration pénitentiaire et l'institutionnalisation de services hospitaliers au sein des établissements, a nécessairement bouleversé la vie au sein de l'institution, l'amenant à s'ouvrir sur l'extérieur et faisant rentrer dans ses murs des intervenants divers, de plus en plus nombreux. Pour une meilleure compréhension du sujet, il nous a semblé que l'on ne pouvait faire l'économie d'une mise en perspective historique, permettant de saisir les nouvelles logiques à l'œuvre en milieu pénitentiaire.

### **1.1.1 L'évolution des missions de l'administration pénitentiaire.**

Pendant longtemps l'institution carcérale est restée autonome ; les différents aspects de la vie quotidienne étaient pris en charge par les surveillants qui, formés par leurs pairs, étaient chargés de répondre aux différents besoins des détenus : de la délivrance de soins primaires à la restauration. « Institution totalitaire » au sortir de la seconde guerre mondiale, la prison est traversée dans les années d'après-guerre par un mouvement continu d'ouverture vers le reste de la société, passant d'une croyance en un enfermement régénérateur à l'idée d'un « reclassement » possible, en tout cas souhaitable. L'idéologie sous-jacente était qu'une démocratie se juge à sa capacité à permettre aux détenus de développer les moyens d'une réinsertion. La conséquence de ces évolutions a été la reconnaissance du détenu comme citoyen doté de droits, et un appel croissant à des « spécialistes », considérés comme plus compétents pour offrir aux détenus les services auxquels ils ont droit. Les murs séparant la prison du reste de la société sont devenus progressivement plus perméables, comme en témoigne

l'intervention croissante, à partir des années 1980, de nombreuses personnes extérieures, tant professionnels que bénévoles. On voit ainsi arriver dans les établissements pénitentiaires, dès les années 1970, des personnels de l'Education nationale, puis progressivement des associations, comme la Croix Rouge ou les Alcooliques anonymes. Cette évolution permet de porter un regard nouveau sur le fonctionnement interne des prisons et contribue à alimenter, dans la société civile, la réflexion sur le sens à donner à la peine, d'autant plus que nombre de ces intervenants bénéficient d'une autonomie vis-à-vis de l'administration pénitentiaire, à l'exemple des associations. Le débat quant à l'équilibre, par nature précaire, entre violence légale et droits des personnes, refait jour.

La loi du 22 juin 1987 relative au service public pénitentiaire s'inscrit dans cette démarche et confie une nouvelle mission à l'institution pénitentiaire : à la logique sécuritaire s'ajoute celle de la réinsertion. Ainsi l'article premier de la loi précise-t-il les missions du service public pénitentiaire : « *Le service public pénitentiaire participe à l'exécution des décisions et sentences pénales et au maintien de la sécurité publique. Il favorise la réinsertion sociale des personnes qui lui sont confiées par l'autorité judiciaire (...)* ». Cela constitue un tournant important dans la conception même de l'institution, marquant la fin de l'exception carcérale et l'instauration d'un nouveau sens de la peine. Cette démarche a été poursuivie par la réforme des SPIP, engagée par une circulaire du 31 mars 1998, et confirmée par un décret du 13 avril 1999. Elle traduit la volonté de réorganiser la prise en charge des condamnés en inscrivant l'administration pénitentiaire dans une logique de partenariat avec les dispositifs d'insertion de droit commun. Suite à ces orientations réglementaires, l'administration pénitentiaire est invitée à travailler en complémentarité avec différents partenaires concourant à des missions d'insertion, tels que les organismes de formation professionnelle, les missions locales, l'ANPE, etc.

### **1.1.2 La prise en compte progressive de la santé en prison.**

Ce contexte pose également les prémices d'une politique d'ouverture vers l'extérieur en matière d'action sanitaire. De plus en plus, les instances internationales telles que le Conseil de l'Europe ou l'ONU, à travers ONUSIDA, se saisissent du sujet et contribuent, ce faisant, à ce que la protection de la santé des détenus soit considérée comme un droit et non plus comme une simple manifestation de charité. Jusqu'aux années 1990, la prise en charge curative minimale des détenus était assurée par des surveillants infirmiers,

c'est-à-dire par des personnels de surveillance de l'administration pénitentiaire ayant acquis par une formation spécifique<sup>6</sup> des compétences en matière de dispense de soins primaires. Toutefois on ne peut réellement parler de prise en charge sanitaire globale mais plutôt de prestations de soins à minima. De surcroît, la couverture des besoins sanitaires est extrêmement variable d'un établissement à l'autre. Les petits établissements ayant rarement un médecin attitré à leur disposition, les médecins libéraux effectuent des vacations irrégulières, mal considérées, et mal rémunérées. Le constat est donc sévère : les détenus, bien que dans un état de santé souvent dégradé, bénéficient d'un moindre accès aux soins que la population générale et les moyens mis à disposition sont clairement inadaptés.

L'écart entre les établissements se creuse encore avec la mise en place du « programme 13 000 ». Suite au rapport Chalandon de 1989, le gouvernement fait appel, par la loi du 22 juin 1987 relative au service public pénitentiaire, au secteur privé pour assurer la conception, la construction et l'entretien de nouveaux établissements pénitentiaires. Certaines prestations comme la formation professionnelle, l'hôtellerie ou encore la prise en charge sanitaire sont également confiées à des groupements privés via la conclusion de contrats administratifs *sui generis*, l'administration pénitentiaire ne conservant que les fonctions de direction, de greffe, et de surveillance au sein de ces établissements. La conclusion de ces contrats administratifs a nécessité la définition de cahiers des charges précis. Ainsi des normes ont-elle été établies en matière sanitaire, notamment concernant les effectifs et les qualifications nécessaires pour la mise en place d'une équipe soignante devant assurer la prise en charge sanitaire des détenus.

En conséquence, l'administration pénitentiaire faisait appel à ces établissements équipés pour la prise en charge des détenus nécessitant des soins. La mise en place du « programme 13 000 » a donc permis de mettre en évidence la nécessité de disposer de moyens solides et cohérents, tant matériels qu'humains, pour assurer de façon correcte la prise en charge sanitaire des détenus. Ce décalage avec le parc classique ne pouvait pas subsister, et il est rapidement apparu indispensable de réorganiser la prise en charge sanitaire dans tous les établissements pénitentiaires, afin de garantir aux détenus des droits équivalents, en matière d'accès à des soins de qualité, quel que soit l'établissement où ils se voient placés, mais équivalents également à ceux de toute personne libre.

Suite au rapport très alarmiste du Haut Comité de Santé publique sur les conditions de vie des détenus, le législateur a adopté, le 18 janvier 1994, la loi n°94-43 relative à la

---

<sup>6</sup> Ces diplômes ne sont cependant pas reconnus par la Fédération Hospitalière de France.

Santé publique et à la Protection sociale, prévoyant une réorganisation complète de l'administration des soins en milieu pénitentiaire. L'organisation et la mise en œuvre de la prise en charge sanitaire des détenus, qui relevait auparavant de l'administration pénitentiaire, sont désormais confiées à des personnels hospitaliers. L'article 2 de la loi dispose que « *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. Il concourt, dans les mêmes conditions, aux actions de prévention et d'éducation pour la santé organisées dans les établissements pénitentiaires.* » Cela signifie que chaque établissement pénitentiaire doit établir une convention avec un établissement hospitalier qui s'engage à instaurer, au sein de l'établissement pénitentiaire, une unité de consultation et de soins ambulatoires (UCSA). Outre un déplacement de compétences du service public pénitentiaire vers le service public hospitalier, il faut noter que ce dernier a en charge une triple mission qui comprend la délivrance des soins primaires, le développement de projets d'éducation pour la santé, et la préparation à la sortie des détenus. Parallèlement, par son article 3, la loi de 1994 rattache les détenus au régime général de la sécurité sociale dont ils étaient auparavant exclus. Ainsi la loi reconnaît-elle aux personnes incarcérées le droit d'être soignées avec les mêmes garanties qu'en milieu libre. La médecine pénitentiaire laisse place à une médecine généraliste, toutefois exercée dans un milieu spécifique avec des contraintes fortes.

La France ne fait pas figure d'exception mais s'inscrit dans une tendance générale en Europe. A titre d'exemples, notons que le Royaume-Uni et l'Italie ont engagé des démarches analogues. Ainsi, au Royaume-Uni, en 1999, une directive associe le *National Health Service* au *Prison Service* pour organiser les soins aux détenus. De la même manière, l'Italie engage par une loi de 1998 une réforme de réorganisation de la médecine pénitentiaire (*Riordino della medicina penitenziaria*) qui transfère à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2000 les fonctions sanitaires jusque là assurées par l'administration pénitentiaire au *Servizio Sanitario Nazionale*.

### **1.1.3 L'éducation pour la santé : un nouveau champ qui appartient tellement à tout le monde qu'il finit par n'appartenir à personne.**

La loi de 1994 instituant les UCSA leur confie notamment la coordination des actions d'éducation pour la santé. Pour autant, on ne peut affirmer que l'éducation pour la santé

est un domaine nouveau. Dès les années 1950, des textes incitaient déjà fortement les établissements pénitentiaires à s'en préoccuper. L'idée générale était que la période de détention peut représenter une opportunité pour élaborer une démarche de santé publique auprès d'une population peu sensibilisée, voire réticente. Le monde carcéral étant principalement composé de sujets jeunes et socialement défavorisés, la prison peut offrir la possibilité d'un premier contact avec le système de santé.

L'éducation pour la santé recouvre toutefois une pluralité de significations et ne doit pas être cantonnée à une logique purement sanitaire. Il s'agit en effet d'une démarche qui associe l'aspect sanitaire à une logique éducative. La prise en charge se veut globale et se doit donc d'impliquer l'ensemble des professionnels intervenant en milieu carcéral, et non se limiter aux seuls professionnels de santé qui demeurent par ailleurs, notamment du fait de leur culture professionnelle, très centrés sur l'aspect curatif de la prise en charge. En effet, force est de constater que les UCSA ont pour préoccupations premières les soins curatifs et ne disposent pas toujours du temps et des personnels nécessaires pour aller au-delà et se consacrer pleinement aux actions d'éducation pour la santé.

Dans le cadre spécifique du milieu carcéral, l'éducation pour la santé peut avoir une incidence sur les individus, en les amenant à s'interroger sur leurs choix personnels et leurs conséquences en terme de santé, mais elle peut aussi interroger l'institution, en apportant un nouvel angle d'approche sur les conditions de détention. Les actions d'éducation pour la santé peuvent, par le biais de modifications marginales, contribuer à l'amélioration de la vie quotidienne des détenus. Il s'agit donc d'un champ vaste, ambitieux mais parfois flou car à la frontière de multiples actions.

L'acception large du concept de santé induit le fait que tous types d'intervenants, quelle que soit la mission première que ceux-ci exercent, peuvent être amenés à intervenir en matière d'éducation pour la santé. Ainsi, à titre d'exemple, les organismes de formation professionnelle, en mettant l'accent sur les accidents du travail et plus généralement sur les risques professionnels, peuvent-ils être pleinement acteurs. Cela peut aussi être le moyen d'impliquer davantage les surveillants dans leur mission de suivi et de réinsertion des détenus. Le lien entre insertion et éducation pour la santé a été maintes fois relevé, notamment dans le rapport Gentilini de 1996 qui souligne l'importance des programmes d'éducation pour la santé en tant que « facteur potentiel d'insertion sociale des personnes détenues ». Les actions d'éducation pour la santé incitent en effet le détenu à devenir acteur et responsable de sa santé. Ce faisant, elles contribuent à recréer une estime de soi, un nouveau rapport au corps, éléments indispensables pour démarrer une démarche de réinsertion.



Le domaine de l'éducation pour la santé est donc l'affaire de tous les acteurs qui, dans la mesure où ils le souhaitent, ont la possibilité de s'inscrire dans une démarche d'éducation pour la santé. Mais cette diversité spontanée ne conduit pas nécessairement à un partenariat. Le risque induit par un tel foisonnement d'acteurs et d'initiatives est la juxtaposition, voire la superposition d'actions indépendantes. Le travail de coordination, sous la forme de partenariats, est ainsi indispensable pour organiser de façon cohérente les actions d'éducation pour la santé, et éviter qu'elles ne deviennent contre-productives.

## **1.2 La nécessité d'organiser le partenariat.**

### **1.2.1 L'action en partenariat : le fondement de l'éducation pour la santé .**

L'éducation pour la santé s'inscrit dans une politique de promotion de la santé telle que définie par l'OMS le 21 novembre 1986 dans la charte d'Ottawa, qui insiste sur l'importance de l'action en commun : *« la promotion de la santé exige l'action concertée de tous les intervenants : les gouvernements, le secteur de la santé et les domaines sociaux et économiques connexes, les organismes bénévoles, les autorités régionales et locales, l'industrie et les médias. Les gens de tous milieux interviennent en tant qu'individu, familles et communautés. Les groupements professionnels et sociaux, tout comme les personnels de santé, sont particulièrement responsables de la médiation entre les intérêts divergents, en faveur de la santé. »* La prise en charge en matière d'éducation pour la santé se veut globale, et doit donc impliquer l'ensemble des professionnels présents en milieu carcéral. En conséquence, le partenariat constitue un enjeu en lui-même, en ce qu'il semble indispensable d'orchestrer, au regard des objectifs fixés en matière d'éducation pour la santé, un fourmillement d'initiatives sectorielles.

Cet impératif d'une prise en charge globale procède logiquement de la définition de la santé donnée par l'OMS comme étant *« un état de complet bien-être physique, mental et social et pas seulement l'absence de maladies ou d'infirmités<sup>7</sup> »*. Il est également lié aux spécificités du milieu carcéral dans la mesure où l'inadaptation à la structure pénitentiaire pose des problèmes particuliers en matière sanitaire. En effet,

---

<sup>7</sup> OMS ; article 1<sup>er</sup> de la charte constitutive de 1946

Françoise Raynal explique que « *l'enfermement génère des pathologies propres : pertes du sommeil, angoisse, tabagisme, troubles mentaux, automutilation, auxquels il faudra souvent remédier.*<sup>8</sup> » Or ces troubles sont la conséquence d'une conjonction de facteurs (état de santé avant incarcération, conditions de détention, rapport avec les surveillants, avec les autres détenus...), ce qui amène Florence Guibourgé, chargée de projets au CODES d'Ile-et-Vilaine, à considérer que « *le champ de la santé en prison est directement lié aux conditions de vie, et donc à l'ensemble des acteurs professionnels impliqués au quotidien*<sup>9</sup>. » Dès lors, on mesure en quoi la nécessité de prendre en charge le détenu de façon globale rend indispensable l'organisation en partenariat des interventions des différents acteurs.

### **1.2.2 Une nécessité clairement reconnue.**

Selon les guides méthodologiques en matière d'éducation pour la santé : « *pour que ce partenariat soit complètement opérationnel, les différentes initiatives de chaque partenaire, dont le rôle spécifique aura été préalablement clarifié, devront s'intégrer dans le projet commun, c'est-à-dire dans cet ensemble d'objectifs, d'activités et de moyens organisés collectivement.*<sup>10</sup> » Cette injonction fait écho à la volonté déjà affichée par le législateur qui a reconnu, en 1994, la nécessité d'organiser le partenariat. Ainsi la loi du 18 janvier 1994 a-t-elle confié aux UCSA le soin de coordonner les actions d'éducation pour la santé en milieu carcéral.

Ensuite, la circulaire du 31 mars 1998 et le décret du 13 avril 1999 ont incité les SPIP à s'inscrire dans cette logique de collaboration avec l'extérieur pour accomplir leurs missions d'insertion et, partant, leur contribution aux actions en matière d'éducation pour la santé.

---

<sup>8</sup> In « Education pour la santé en milieu pénitentiaire : un nouvel outil pour l'insertion » Florence Raynal dans *Actualités sociales hebdomadaires*, 1<sup>er</sup> juin 2001, n°2217, p. 19-20

<sup>9</sup> in « *Promotion de la santé et milieu pénitentiaire* », collection Education pour la santé pour mieux vivre, éditions CFES, 1997, p120.

<sup>10</sup> Opus cité, p. 123.

Une fois ce cadre législatif et réglementaire posé, les différents acteurs ont pu s'appuyer sur une circulaire de la DGS de 2001<sup>11</sup> pour construire leur méthodologie d'après celle préconisée pour l'élaboration des schémas régionaux d'éducation pour la santé (SREPS). Cette circulaire recommande de respecter plusieurs principes : « associer l'ensemble des acteurs concernés (politiques, institutionnels, professionnels, associatifs), s'appuyer sur un état des lieux quantitatif et qualitatif des ressources existantes (...), décrire et prévoir les moyens nécessaires à l'atteinte des objectifs annoncés, élaborer une démarche d'évaluation. » Si le principe et la méthodologie du partenariat sont relativement clairs, il est plus difficile de recenser les partenaires et de définir leurs champs d'action.

### **1.2.3 Typologie des partenaires de l'éducation pour la santé en milieu pénitentiaire.**

La multiplicité des partenaires potentiels de l'éducation pour la santé en milieu carcéral nous a conduit à proposer la classification suivante. Le critère de classement choisi est celui du type de compétence dont dispose chacun des partenaires pour conduire les actions. Ce critère permet de distinguer les « partenaires à compétence législative ou réglementaire en matière d'éducation pour la santé en prison », les « partenaires intervenant dans le champ de la santé », et les partenaires plus inattendus, qui peuvent être amenés à intervenir ponctuellement du fait de leur présence en prison.

Les partenaires à compétence législative ou réglementaire sont :

- l'administration pénitentiaire : la direction de l'établissement, en ce qu'elle joue un rôle primordial notamment quant aux conditions de détention, aux conditions de travail des personnels, et de façon plus générale parce qu'il lui revient de veiller au bon déroulement de toutes les actions menées dans l'enceinte de l'établissement ;
- les surveillants ;

---

<sup>11</sup> Circulaire DGS 2001/504 du 22 octobre 2001 relative à l'élaboration des schémas régionaux d'éducation pour la santé.

- les personnels hospitaliers : UCSA et services médico-psychologiques régionaux (SMPR) ;
- le SPIP, qui a en charge le contrôle de l'exécution des peines ainsi que le suivi des personnes détenues en vue de leur réinsertion ;
- les personnels de l'Education nationale intervenant en milieu pénitentiaire.

Les partenaires intervenant dans le champ de la santé sont:

- les DRASS et DDASS, qui interviennent dans le champ sanitaire et social notamment par le biais du financement ;
- le réseau des CRES et des CODES, auquel il peut être fait appel en matière de méthodologie ;
- les autres réseaux et associations intervenant en santé (Croix Rouge, AIDS, Alcooliques Anonymes, CSST ...), ou plus généralement auprès des personnes incarcérées (GENEPI, association de lutte contre l'illettrisme...).

La définition des partenaires « inattendus » est plus floue, dans la mesure où toute personne ou organisme intervenant en milieu carcéral est susceptible d'intervenir ou d'être sollicité sur une action précise ou sur une thématique plus générale : travailleurs sociaux, associations aux missions diverses ou toute autre personne. Ainsi, à titre d'exemple, le CODES du Morbihan s'est-il associé au professeur de sport de la maison d'arrêt de Vannes pour mener une action sur le respect de soi et d'autrui. Sur un tout autre registre, le centre pénitentiaire de Nantes a fait appel à un tatoueur et à un pierceur professionnels pour aborder les problèmes d'hygiène et de sécurité soulevés par les piercings et tatouages artisanaux.

L'intervention de ces acteurs aux pratiques et cultures professionnelles différentes influence nécessairement la définition et le périmètre du champ de l'éducation pour la santé et leur travail en partenariat apparaît donc comme la condition *sine qua non* d'une politique d'éducation pour la santé cohérente et efficace.

## **2 LE PARTENARIAT EN EDUCATION POUR LA SANTE : DES OBSTACLES A DEPASSER POUR UNE ACTION COMMUNE.**

Le principe de l'éducation pour la santé est de faire du détenu un sujet et non un objet des actions proposées. Sujet, le détenu est aussi pleinement partenaire. Mais la multiplicité des acteurs, aux logiques et cultures professionnelles hétérogènes, rend difficile le travail en partenariat. L'enjeu est, dans l'intérêt du détenu, de développer une culture commune et de pérenniser au mieux les actions.

### **2.1 Le partenariat à l'épreuve de logiques autonomes.**

Un des principaux enjeux du partenariat dans les actions d'éducation pour la santé en milieu pénitentiaire est la gestion de la diversité. Diversité des détenus, premiers partenaires de ces actions, diversité des intervenants potentiels, etc, l'équation de l'éducation pour la santé en milieu pénitentiaire n'est pas simple à résoudre. Le fonctionnement du partenariat est d'autant plus complexe que chaque professionnel est animé par ses propres valeurs et sa propre identité.

#### **2.1.1 Impliquer le détenu.**

La motivation, et surtout l'implication, du détenu sont la condition *sine qua non* de la réussite des démarches d'éducation pour la santé. L'enjeu est de ne pas faire de ces actions une activité de plus pour les personnes incarcérées, leur permettant de tromper l'ennui, ou de répondre à l'attente d'un tiers, qu'il soit parent ou surveillant.

Au centre des préoccupations de chacun des acteurs identifiés, le détenu est trop souvent objet d'actions entreprises en son nom. C'est le biais d'un certain nombre d'approches thématiques (tabagisme, alcoolisme...), qui fonctionnent par rapport à des normes psycho-sociales de référence et, par conséquent, stigmatisent certains comportements. L'éducation pour la santé adopte une autre posture, et considère le détenu comme un sujet à part entière. Le détenu est en effet le seul à pouvoir connaître, ou plutôt reconnaître, ses besoins en santé, et exprimer sa conception de la santé. Dans cette logique, le détenu est à la fois acteur et partenaire de la démarche d'éducation pour la santé. D'où le recours à une méthodologie de travail spécifique, systématiquement participative. Les ateliers mis en place ont pour objectif de libérer un espace où les personnes peuvent se sentir en confiance. La première étape de la démarche a donc pour ambition de parvenir, dans la mesure où le milieu pénitentiaire le permet, à une certaine forme de socialisation, ou tout au moins à favoriser le développement de rapports de confiance.

Cette approche méthodologique crée les conditions d'une détermination, avec les détenus, de leurs besoins en éducation pour la santé, et d'une participation à la mise en place des actions avec les autres acteurs. Un de nos interlocuteurs nous expliquait que cette méthodologie spécifique était également applicable pour procéder à l'évaluation des actions, afin de permettre aux personnes de s'approprier la démarche dans son ensemble, et d'optimiser la qualité du retour d'information ainsi obtenu.

Ce partenariat avec le détenu, s'il s'inscrit pleinement dans un contexte plus général<sup>12</sup>, n'en est certes pas moins d'application délicate dans le contexte carcéral. Outre les contraintes propres à ce milieu, qui font de l'éducation pour la santé en milieu pénitentiaire un paradoxe et un défi permanents, le partenariat doit se construire avec des acteurs internes et externes aux logiques et cultures professionnelles fortes, ce qui n'est pas toujours dans l'intérêt du détenu, et ne va pas toujours dans le sens d'une approche par le sujet. Pourtant, un certain nombre d'actions d'éducation pour la santé fondées sur ce pré-supposé méthodologique ont permis de faire évoluer les pratiques professionnelles.

---

<sup>12</sup> Loi du 4 mars 2002 sur les droits des patients, du 2 janvier 2002 sur la rénovation de l'action sociale et médico-sociale, plan santé mentale de 2001 faisant participer l'utilisateur à la définition de ses besoins.

**Propositions :**

***Définir avec la personne détenue, dès son arrivée et avec l'ensemble des acteurs intéressés, ses besoins en terme de santé ;***

***Introduire - suite à l'information du détenu en matière d'éducation pour la santé et à sa demande - dans un contrat d'insertion un volet « santé/éducation pour la santé » ;***

***Conduire des projets d'éducation pour la santé en collaboration avec le détenu partenaire.***

### **2.1.2 La logique des acteurs et le choc des cultures.**

La culture professionnelle « dominante » en milieu pénitentiaire est celle des surveillants, qui travaillent quotidiennement au sein des murs de la prison, et sont fortement marqués par les impératifs de sécurité, le principe hiérarchique, et les contraintes de l'enfermement. Leurs actions sont nécessairement marquées par ces logiques. C'est en raison de ces principes qu'a pu parfois se développer au sein du personnel pénitentiaire une certaine tendance à la résistance au changement, au maintien de la tranquillité « à tout prix ».

Ces résistances se sont particulièrement manifestées lors de la création des UCSA et de l'arrivée dans les établissements pénitentiaires du personnel hospitalier. Ce choc des cultures professionnelles a représenté pour les surveillants un grand bouleversement qualifié de « *destitution* »<sup>13</sup> par Laure CARRERE. La destitution concerne à la fois la perte d'un espace (l'infirmerie comme lieu d'échange et de relation), d'une fonction, et d'une identité (en particulier pour les surveillants-infirmiers qui ont perdu leur rôle de confidents participant à la veille sanitaire). Cela a également représenté la perte de la reconnaissance de certaines compétences autres que celles de gardien, cantonné

---

<sup>13</sup> CARRERE L., « Une expérience en Aquitaine : l'accueil des UCSA par le personnel pénitentiaire, une culture professionnelle à l'épreuve des changements », in GUIBOURGE F. (dir.), *Promotion de la santé et milieu pénitentiaire*, Ed. CFES, Paris, 1997, p. 37-45.

dans sa fonction de maintien de la sécurité.<sup>14</sup> L'un de nos interlocuteurs utilisait une image forte à ce sujet : « *seulement quatre centimètres séparent les deux populations, ceux de l'épaisseur de la grille entre l'intérieur et l'extérieur des cellules* ».

L'arrivée d'autres professionnels aux logiques et identités professionnelles fortes n'a pas été sans heurts. Venant d'horizon différents, avec des préoccupations propres et des présupposés divers au sujet du monde carcéral - faisant parfois preuve de quelque idéalisme nécessaire à l'intervention auprès de détenus - ils ont dû peu à peu confronter puis adapter leurs logiques de travail au contexte pénitentiaire.

Ainsi, les hospitaliers intervenant en milieu pénitentiaire ont eu tendance à affirmer leur propre culture, centrée sinon sur le malade en tout cas sur la maladie et les soins. Cette posture a été renforcée par le manque de temps et de moyens impartis pour s'initier aux actions de prévention et d'éducation pour la santé. De leur côté, les personnels en charge de l'insertion des personnes détenues continuaient d'inscrire leur action dans la lignée des principes éducatifs suivants : aspects socioculturels, travail avec les familles, lien avec l'extérieur, place de l'individu.

Tous les bénévoles intervenant en prison apportent avec eux leurs convictions, leurs références culturelles, dans un esprit parfois militant. Chacun intervient au nom de la défense d'une cause, pour promouvoir une action, au risque parfois d'en oublier l'individu incarcéré. La prévention du tabagisme constitue un exemple significatif : en fonction de la logique professionnelle de chacun, certains y voient une action nécessaire à l'amélioration de la santé des personnes détenues, d'autres une action secondaire au regard des nombreux autres besoins inhérents à des prisons de plus en plus surpeuplées. Ces actions risquent de plus d'être interprétées comme une contrainte supplémentaire pour des personnes déjà privées de liberté.

Ainsi, au-delà des logiques professionnelles, c'est une certaine vision de la société, une certaine considération de la personne détenue qui peut même se faire jour.

---

<sup>14</sup> La mise en place de concours d'entrée dans la fonction publique pénitentiaire a conduit à mettre fin à une tradition familiale qui existait jusqu'alors, et a renforcé le questionnement des personnels sur leur activité, le recrutement par concours ne permettant pas toujours de s'inscrire dans une logique de « vocation ».



### **2.1.3 Des zones de pouvoir à maîtriser.**

Les diverses catégories professionnelles présentes dans l'établissement pénitentiaire possèdent donc leurs propres références et modes de fonctionnement. Elles se définissent aussi entre elles par opposition aux autres : l'aspect « humaniste » de l'hospitalier est d'autant plus marqué qu'il tranche avec la logique « sécuritaire » du pénitentiaire. Ces acteurs cohabitant au sein d'une même entité, leurs actions deviennent nécessairement inter-dépendantes. Selon l'analyse stratégique des organisations de Crozier et Friedberg, au sein de cet agencement se distribuent des biens rares tels que les ressources matérielles, le prestige, le pouvoir, l'autorité... Ces richesses sont inégalement réparties et entourées de « zones d'incertitude ». Entre les acteurs, l'enjeu est de contrôler ces zones de pouvoir afin de s'approprier ces biens rares, valorisants, et pertinents dans le fonctionnement de l'organisation. Ainsi, les divergences entre les catégories professionnelles pénitentiaires et hospitalières se cristallisent autour d'enjeux clef à s'approprier pour mener la démarche d'éducation pour la santé en sa faveur.

Deux « zones de pouvoir » apparaissent plus particulièrement en jeu, impactant de manière parfois insidieuse, la démarche d'éducation pour la santé en milieu pénitentiaire : le secret professionnel et la distribution des médicaments.

La question du partage de l'information en milieu pénitentiaire reflète bien la difficulté qu'il peut y avoir à trouver un point de convergence entre tous les acteurs. Au nom du secret médical, le personnel hospitalier peut avoir tendance à refuser de communiquer certaines informations aux surveillants, alors que ces derniers revendiquent le droit de savoir, étant au quotidien auprès des personnes détenues. L'éducation pour la santé est au cœur de cet enjeu complexe : le partage de l'information apparaît nécessaire et, pour autant, il convient de garantir la confidentialité des informations et de maintenir la confiance des détenus. Autre exemple : la distribution des médicaments dont l'organisation a été difficile à mettre en place avec l'arrivée des UCSA. Auparavant, la logique sécuritaire avait conduit les surveillants à distribuer à une heure précise les médicaments sous forme liquide dans des fioles, afin d'éviter le trafic de pilules et tous les méfaits que cela comporte (rapports de force, violence, bagarres...). Une fois les UCSA mises en place, la prise de médicaments a dû répondre à de nouvelles règles médicales : prescriptions, horaires des prises, de délais, etc, réglementés par la pratique du pilulier.

Ces exemples montrent à quel point les intérêts peuvent apparaître contradictoires et nécessitent une négociation permanente. Toutefois, le partenariat ne peut se réduire à la seule négociation et doit la dépasser pour tendre vers un véritable projet commun.

## **2.2 Pérenniser l'action.**

L'étude des catégories professionnelles dévoile de profondes divergences entre les logiques à l'œuvre au sein de l'organisation pénitentiaire. L'éducation pour la santé semble offrir aux différentes corporations une opportunité supplémentaire de « s'enrichir ». Or, il s'agit de dépasser cette finalité pour répondre aux objectifs réels de l'éducation pour la santé : approche globale de la santé, amélioration des conditions de détention et de l'état de santé des personnes détenues, accompagnement dans le développement de ressources individuelles et de compétences sociales en vue d'un meilleur vécu de l'enfermement, démarche d'autonomisation comme condition d'insertion à la sortie.

Le partenariat étant une nécessité dans la réalisation de ces objectifs, comment canaliser les logiques autonomes vers une culture professionnelle commune centrée sur le principal bénéficiaire des actions menées, à savoir la personne détenue.

### **2.2.1 Se donner les moyens d'une culture commune pour permettre une modification des pratiques professionnelles.**

La plupart des actions semblent aboutir grâce à la mise en place d'un échange de services. Cette dialectique du « donnant-donnant » peut s'illustrer par l'introduction de la télévision dans les cellules. Celle-ci a été d'autant mieux acceptée par le monde pénitentiaire qu'elle satisfaisait l'intérêt des surveillants, à savoir plus de tranquillité dans le travail, notamment à l'occasion de diffusions de matches de football ou de films érotiques. Cet exemple, cité par un de nos interlocuteurs, montre que chaque acteur participe d'autant plus aux actions entreprises qu'elles lui apparaissent en cohérence avec sa logique propre. Les actions d'éducation pour la santé, dans ce cas-là, doivent satisfaire les intérêts corporatistes avant de pouvoir atteindre leurs buts premiers. En effet, ces derniers ne peuvent être atteints qu'en jouant sur les intérêts particuliers des professions en présence.

Afin de dépasser ces enjeux multiples, et tendre vers une action commune, il semble nécessaire de faire se rencontrer les professionnels. Les objectifs affirmés sont triples : modifier les pratiques professionnelles, revaloriser et réhabiliter le personnel pénitentiaire au sein de la démarche, et favoriser la compréhension des contraintes propres à chaque corps. Plusieurs voies ont été évoquées, deux d'entre elles seront plus particulièrement présentées ici.

D'une part, les formations communes aux différents types de personnels peuvent être utiles dans l'acquisition de références partagées, dans la définition d'objectifs communs, et dans la compréhension des contraintes de chacun. Au moment de la création de l'UCSA à la prison de Bordeaux-Gradignan (33), les personnels hospitaliers et pénitentiaires ont ainsi bénéficié de formations à la Direction Régionale des Services Pénitentiaires. Un processus de formations actions a été mis en œuvre par le réseau des CRES et des CODES, destiné à favoriser l'émergence d'une culture partagée entre services et personnels par l'élaboration de projets communs d'éducation pour la santé. Nous avons également découvert, au cours de nos recherches, que l'ENAP avait récemment intégré des modules d'initiation à l'éducation pour la santé dans les cursus de formation des surveillants. Certains de nos interlocuteurs nous ont fait remarquer que les surveillants formés ces dernières années étaient plus sensibilisés aux questions de santé que leurs prédécesseurs.

Autre mécanisme avancé : ouvrir certaines actions, à l'image des « ateliers-santé », à la participation de différents corps professionnels pour décloisonner les actions des intervenants et modifier les schémas de penser. Ces ateliers ont pour objectif premier l'éducation pour la santé, et visent à rétablir chez le détenu l'estime de soi et le respect de son corps. Peuvent s'ajouter d'autres buts tel que faire se rencontrer les professionnels, se familiariser avec les représentations des personnes détenues, et démystifier leurs pratiques. Elles peuvent, de surcroît, constituer un bon espace pour rapprocher les partenaires. Les expériences girondines de médiation entre deux groupes de travail sur la nourriture, l'un composé de personnes détenues et l'autre de surveillants, montrent que les résolutions prises sont d'autant plus solides qu'elles ont été réappropriées par tous les participants : elles émanent de l'intérieur du groupe, ne sont pas imposées par la hiérarchie, et ont donc plus de sens pour chacun d'entre eux.

En définitive, l'éducation à la santé exige un partenariat qui lui-même requiert un travail de fond sur les pratiques et les logiques professionnelles. L'élaboration d'une culture professionnelle commune demande essentiellement du temps et le soutien des différentes institutions. C'est là la principale condition d'une pérennisation de l'action.

### **2.2.2 Solliciter et renforcer le soutien institutionnel.**

Les différents entretiens réalisés auprès des directions et des acteurs des systèmes pénitentiaire et hospitalier, révèlent les carences du fonctionnement actuel des institutions concernées, aussi bien en matière d'effectifs que d'organisation. Il semble que le soutien institutionnel indispensable à la dynamique et à la pérennisation des actions en éducation pour la santé se heurte à des problèmes de cloisonnement. Les diverses administrations (ministère de la Justice, direction départementale de l'Administration pénitentiaire, direction générale de la Santé, directions d'établissements pénitentiaires et directions des hôpitaux) se trouvent parfois prisonnières de logiques et de fonctionnements propres qui freinent le partenariat. Le système administratif et financier des organisations publiques, fortement sectorisé, ne favorise pas la logique partenariale.

De surcroît, au plan local, plusieurs facteurs rendent difficile la pérennisation des actions : les changements fréquents de personnels de direction des établissements pénitentiaires, le fait que bien souvent l'engagement et l'inscription dans des actions d'éducation pour la santé repose essentiellement sur la volonté d'une seule personne, en l'occurrence le directeur d'une administration, et que le fonctionnement et l'organisation des UCSA ne constituent pas une priorité dans l'organisation hospitalière.

Selon un enseignant à l'ENAP, les limites du partenariat ne sont ni financières, ni institutionnelles, ni personnelles. Elles sont en réalité la conjonction de ces trois éléments. Seule l'implication de la hiérarchie dans une dynamique partenariale peut être porteuse d'une réelle mobilisation des personnels et traduire ainsi leur inscription sur le terrain dans des actions d'éducation pour la santé.

Il est donc important aujourd'hui que le soutien institutionnel se traduise par le développement et la multiplication des échanges entre les partenaires institutionnels. Cela devrait permettre d'impulser et de renforcer un véritable travail partenarial, d'assurer la cohérence des actions engagées et, au-delà, de responsabiliser les directions dans les actions d'éducation pour la santé. L'institutionnalisation et la coordination du partenariat entre les administrations apparaissent tout aussi essentielles. Elle pourrait se concrétiser par la mise en place d'une instance de coordination au niveau des directions des administrations qui aurait pour mission d'assurer la coordination, la cohérence et le suivi des actions engagées autour d'objectifs communs et prioritaires.

Enfin il apparaît nécessaire que les directeurs d'établissements pénitentiaires et hospitaliers mènent une réflexion conjointe sur les exigences réciproques d'une action en éducation pour la santé. Le manque de motivation des personnels pénitentiaires dans le cadre des actions existantes, et l'insuffisance des moyens et personnels hospitaliers de l'UCSA trouvent également leurs racines dans les politiques de gestion des personnels et exigent une concertation entre les institutions pénitentiaires et hospitalières.

**Propositions :**

**Développer et multiplier les échanges entre les partenaires institutionnels ;**

**Institutionnaliser et coordonner le partenariat entre les administrations ;**

**Induire une action concertée – commune- conduite et encouragée par les directeurs d'établissements pénitentiaires et hospitaliers.**

### **2.2.3 Clarifier les rôles des différents acteurs de l'éducation pour la santé.**

Au-delà de l'implication fondamentale des directions, il apparaît tout aussi nécessaire de rendre à l'action une certaine lisibilité, tant à l'égard des objectifs et missions confiés, qu'à l'égard des liens existants entre acteurs, de leurs capacités d'action, et responsabilités collectives.

La situation présente ne répond pas à cette exigence de clarté : les textes sont contradictoires dans les rôles confiés aux SPIP et aux UCSA, ou dans les missions qu'ils souhaitent voir assumer par ceux-ci. Certains acteurs associatifs – au premier plan desquels les CODES – se trouvent affaiblis par leur statut et modalités de financement, les mécanismes d'évaluation, d'information et de contrôle des actions menées. Ce manque de lisibilité affecte dès lors tant la compréhension par les autorités de la logique des actions mises en place (et financées par elles) que la vision et les capacités d'action des acteurs eux-mêmes.

Les difficiles relations entre UCSA et SPIP quant aux rôle et place de chacun dans la mise en place d'actions en matière d'éducation pour la santé s'explique par le fait que, comme l'affirmait un enseignant de l'ENAP, « *les textes semblent se contredire. Chaque*

*acteur prenant comme fondement « son » texte, il en ressort des tensions permanentes. »*

Il est ici explicitement fait référence aux textes fondamentaux pour les UCSA et les SPIP que sont : la loi du 18 janvier 1994 et la circulaire n°45 DH/DGS/DSS/DAP du 8 décembre 1994 d'une part, le décret 99-276 du 13 avril 1999 et la circulaire DAP de 1999 d'autre part. Le premier texte confie aux UCSA et aux établissements de santé auxquels elles se trouvent rattachées la mission de « *coordonner les actions de prévention et d'éducation pour la santé et d'élaborer, en accord avec tous les partenaires concernés un programme pluri-annuel de prévention et d'éducation pour la santé* ». Les seconds confient aux SPIP la tâche de « *coordination interne des actions d'éducation* ». Pourtant, on peut lire, à l'article D.368 du code de procédure pénale que « *les missions de diagnostic et de soins en milieu pénitentiaire et la coordination des actions de prévention et d'éducation pour la santé sont assurées par une équipe hospitalière placée sous l'autorité médicale d'un praticien hospitalier, dans le cadre d'une unité de consultations et de soins ambulatoires* ».

La réalité reste cependant beaucoup moins claire puisqu'à ce problème de coordination s'ajoute la question de l'accès aux financements. Le même intervenant notait ainsi que « *bien que l'on puisse considérer les UCSA comme réels coordinateurs depuis la loi de 1994, ceux-ci n'ont cependant pas eu accès aux ressources. Ils dépendent pour mener à bien les actions d'éducation pour la santé qu'ils auraient souhaité mettre en place des fonds apportés par la DDAP, fonds plus importants et plus aisément mobilisables que ceux de la DDASS. Or, les SPIP plus que nuls autres ont conservé leur capacité de mobilisation de cette manne* ».

Autre point de fragilité des actions menées en coopération en matière d'éducation pour la santé, la pérennité de certaines structures partenaires, à savoir les structures associatives assurant l'élaboration et la mise en œuvre des projets. Le statut associatif n'est pas sans présenter des avantages pour ces structures. Mais l'insécurité qui peut peser sur des structures dont l'avenir repose sur des actions financées par les administrations publiques, n'est pas sans conséquences potentielles sur l'offre proposée. Si l'institutionnalisation de ces associations à travers la mise en place de subventions fixes n'apparaît ni souhaitable, car elle leur ferait perdre leur réactivité et leur capacité d'innovation, ni envisageable, sauf à en élever certaines plutôt que d'autres au statut privilégié, ce problème n'en fait pas moins peser de réelles incertitudes sur la pérennité des actions voire de l'éducation pour la santé elle-même. Pourquoi ne pas envisager des mécanismes de contractualisation avec des objectifs pluriannuels ? Cela impliquerait cependant de disposer d'une meilleure connaissance des actions mises en place, et d'une meilleure évaluation de leurs résultats. Or, dans un domaine comme l'éducation pour la santé, la notion de l'évaluation est particulièrement délicate, tant les objectifs fixés

s'inscrivent dans la durée et varient selon les personnes qui participent aux actions. Les contraintes inhérentes au milieu pénitentiaire, et le *turnover* des détenus ne font que compliquer la tâche.

**Propositions :**

***Réaffirmer le rôle de coordination des UCSA par un rapprochement des textes applicables ;***

***Assurer la possibilité de conclure des contrats d'objectifs pluriannuels de mission avec les associations œuvrant en matière d'éducation pour la santé ;***

***Améliorer l'évaluation des actions et créer une base nationale regroupant les actions d'éducation entreprises et leurs résultats.***

## CONCLUSION

La conjonction des évolutions de la prison et de la conception contemporaine de la santé a donné lieu à une transformation profonde de l'approche de la santé des détenus : la volonté de prendre en charge la santé de façon globale - ce qui inclut l'éducation pour la santé - est clairement affirmée par la loi de janvier 1994 créant les UCSA, et transparaît également dans les réglementations émanant du ministère de la Justice.

De même, Dominique Perben, Ministre de la Justice, déclarait récemment sur Europe 1<sup>15</sup>, que le « programme 13 000 » demeure prioritaire mais doit s'accompagner d'une éducation à la santé, élément à part entière de la réinsertion des détenus. Ces propos peuvent être interprétés de deux façons : si le Ministre de la Justice réaffirme la place et l'importance de l'éducation pour la santé en matière de réinsertion, il la cantonne à un simple accompagnement de la politique curative. Et, de fait, la dimension curative de la santé carcérale reste la principale préoccupation : Dominique Perben et Philippe Douste-Blazy, Ministre de la Santé, ont mis en place fin juillet dernier la Commission Justice-Santé qui sera présidée par le Procureur général de la Cour de cassation, Jean-François Burgelin. Cette commission devrait se pencher sur l'opportunité de créer un hôpital-prison, et étudier la mise en place d'Unités hospitalières spécialement aménagées (UHSA), « afin de prendre en charge, à l'hôpital, des personnes détenues atteintes de troubles mentaux avec le concours du personnel pénitentiaire »<sup>16</sup>. Cette décision intervient après que plusieurs évasions de détenus ont eu lieu lors de transferts vers des établissements de santé pour y recevoir des soins.

Les difficultés actuelles des établissements pénitentiaires contribuent à conforter cette apparente « mise de côté » de l'éducation pour la santé : la vétusté des locaux et la promiscuité aggravée par la surpopulation carcérale, pour ne citer que ces deux éléments, renforcent la nature pathogène de l'institution pénitentiaire. Au regard de ces problématiques, l'éducation pour la santé peut en effet paraître « secondaire ».

Malgré cela, l'éducation pour la santé a su trouver sa place dans l'institution pénitentiaire, et elle présente des atouts incontestables : les actions de terrain permettent une meilleure appropriation de leur santé par les détenus, elles offrent, au travers de

---

<sup>15</sup> Dans l'émission « *Le Grand Rendez-vous* » du 3 octobre 2004

<sup>16</sup> Selon un communiqué commun aux deux ministères, disponible sur [www.hospimedia.fr](http://www.hospimedia.fr)



l'espace de confiance qu'elles recréent, une opportunité de socialisation qui est essentielle dans une optique de réinsertion.

Reconnaître les mérites de l'éducation pour la santé n'est cependant pas suffisant : sa mise en œuvre est extrêmement difficile, et ce non seulement au regard du bouleversement des logiques professionnelles qu'elle induit, mais aussi, et peut-être principalement, du fait que ses effets ne sont pas immédiatement perceptibles. Les logiques professionnelles contradictoires peuvent être dépassées, nous l'avons vu, par la mise en œuvre d'un partenariat effectif, qui peut être facilité par des formations communes de tous les intervenants. Il est par contre beaucoup plus difficile d'évaluer les résultats d'une politique d'éducation pour la santé dans la mesure où ils sont réels mais pas quantifiables : la « réussite » des soins curatifs peut, en schématisant, se mesurer à la guérison du patient, l'argent investi dans la rénovation des prison se retrouve plus ou moins directement dans la diminution de la promiscuité et l'amélioration des conditions de vie ou de sécurité..., tandis que les effets d'une action d'éducation pour la santé - sauf quelques améliorations matérielles marginales - ne sont « que » humains : le détenu va mieux prendre en charge sa santé, récupérer une part de son autonomie. En conséquence les actions d'éducation pour la santé, si bénéfiques soient-elles, demeurent trop rares sur l'ensemble du territoire français, et trop souvent considérées comme quantité négligeable.

Face à ce manque de visibilité des résultats pourtant certains des actions d'éducation pour la santé, seule une réelle volonté politique, c'est-à-dire allant au-delà de l'effet d'annonce, peut amener une diffusion de l'éducation pour la santé dans l'ensemble des établissements pénitentiaires et à la mise en œuvre des partenariats indispensables à sa réussite.

---

## Bibliographie

---

### Ouvrages généraux :

FOUCAUT M., *Surveiller et punir*, Gallimard, Paris 1975 (1993), 360p.

VASSEUR V., *Médecin chef à la prison de la santé*, Le cherche-midi Paris 2000 (2002), 215p.

GOFFMAN E., *Asiles, études sur la condition sociale des malades mentaux*, éd. de minuit, Paris, 1990, 1<sup>ère</sup> édition 1968, 450 p

CROZIER M., *l'Acteur et le système*, Editions du Seuil, Paris, 1977, 436p

### Thèse :

FARGES E., *La gouvernance de l'ingérable : quelle politique de santé publique en milieu carcéral ?*, Université Lyon II –IEP, 2003, 269p.

### Rapports :

Haut Comité de la Santé Publique, *Santé en milieu carcéral*, Rennes, ENSP Editeur, janvier 1993, 127p (Collection Avis et rapports du HCSP)

HYEST J.J., CABANEL G.P., *Prisons, une humiliation pour la République*, rapport au Sénat 449, Commission d'enquête 1999-2000.

### Revues :

LARREYRE X., SALAS D., Prisons, permanence d'un débat, *Problèmes politiques et sociaux*,. La Documentation Française, juillet 2004, n°902

Haut Comité en Santé Publique, La santé en prison, *Actualité et Dossiers en Santé Publique*, La Documentation Française, septembre 2003, n°44

Santé en milieu pénitentiaire, *Promotion de la santé en milieu pénitentiaire*, collection Education pour la Santé pour mieux vivre, ACTES, CRES-Picardie, février- juin 2000.

La santé en prison : un enjeu de santé publique, *Revue française des Affaires sociales*, La Documentation Française, janvier-mars 1999, n°1

L'éducation à la Santé : un nouvel outil pour insertion, *actualités sociales hebdomadaires*, 1<sup>er</sup> juin 2001, n°2217

Education pour la santé: facteur d'insertion des détenus », *Promotion de la santé en milieu pénitentiaire*, collection Education pour la santé pour mieux vivre, éditions CFES, 1997

#### **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, 37p.

CYES CHOUKROUN O., *Santé et Opéra, évaluation d'une politique menée à la Centrale de Poissy*, Versailles octobre 2001, 35p.

Sous la direction de GUIBOURGE F ; PALICOT A.M., BRIXI O., CHOUKROUN O, *La Santé en Action, Promotion de la santé et milieu pénitentiaire*, CFES, Paris 1999.

CYES, *Changements sociaux, pratiques d'éducation et de promotion de la santé*, Versailles, mars 1999.

#### **Pages Internet consultées :**

[www.spip80prefecture.fr](http://www.spip80prefecture.fr) , site du SPIP d'Amiens, consultées le 25/09/2004.

[www.sante-pays-de-la-loire.com](http://www.sante-pays-de-la-loire.com), site consulté le 25/09/2004.

[www.justice.gouv.fr](http://www.justice.gouv.fr), site consulté les 25 et 28/09/2004.

[www.prison.eu.org](http://www.prison.eu.org), site généraliste sur les prisons en Europe, site consulté le 24/09/2004.

[www.hospimedia.fr](http://www.hospimedia.fr) ; site d'informations hospitalières

---

## Liste des annexes

---

Glossaire.

Grille d'entretien.

Liste des personnes rencontrées.

Synthèse de la Méthodologie conduisant aux « ateliers – santé ».

## GLOSSAIRE.<sup>17</sup>

**Administration pénitentiaire** : Direction et services relevant du Ministère de la Justice. L'administration pénitentiaire prend en charge les personnes condamnées pénalement par décision de justice. Elle participe à l'exécution des décisions pénales et au maintien de la sécurité publique. Elle met en œuvre des actions de réinsertion sociale des personnes placées sous main de justice.

**Centre de détention** : Accueille les condamnés d'un an et plus 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

**Centre pénitentiaire** : Etablissement mixte qui comprend au moins deux quartiers à régimes de détention différents (maison d'arrêt, centre de détention et/ou maison centrale)

**Condamné** : Personne ayant fait l'objet d'une décision judiciaire définitive la déclarant coupable d'avoir commis une infraction pénale

**Education pour la santé** : Selon l'INPES « *L'éducation pour la santé du patient a pour but de faciliter la rencontre entre les compétences des professionnels de santé/social et les compétences de la population. De cette rencontre, naissent de nouvelles compétences qui contribuent à rendre plus autonomes les partenaires de l'action éducative* ».

- L'éducation thérapeutique concerne l'éducation directement liée au traitement, qu'il soit préventif ou curatif.
- L'éducation à la maladie concerne les comportements de santé et de la maladie dans ses aspects biomédicaux mais aussi psychosociaux. Ces comportements sont liés au traitement et à la prévention des complications.
- L'éducation pour la santé du patient concerne la qualité de vie du patient, en prenant en compte son mode de vie dans sa globalité.

---

<sup>17</sup> LARREYRE X., SALAS D., Prisons, permanence d'un débat, *Problèmes politiques et sociaux*, La Documentation Française, juillet 2004, n°902

**Inculpé** : Personne à qui on a attribué officiellement un crime ou un délit et contre qui est dirigée une procédure d'instruction

**Maison d'Arrêt** : Reçoit les prévenus et les condamnés dont le reliquat de peine est inférieur à un an

**Prévenu** : Personne détenue dans un établissement pénitentiaire qui n'a pas encore été jugée ou dont la condamnation n'est pas définitive

**Programme 13 000** : Programme de construction de 25 établissements pénitentiaires offrant 13 000 places de détention, lancé en 1987. Pour 21 d'entre eux dits établissements à gestion mixte, la construction et la gestion courante ont été confiées à des entreprises privées.

**Promotion de la santé** : la promotion de la santé est le processus qui confère aux populations les moyens d'assurer un plus grand contrôle sur leur propre santé et d'améliorer celle-ci.

La promotion de la santé utilise trois moyens :

- l'information doit répondre à des besoins qui émergent directement de la population : il faut des lieux et des moments favorables à l'émergence de la parole (c'est déjà le début de l'action de prévention),
- l'éducation, c'est un ensemble d'activités, d'informations et d'éducation propre à inciter les gens à vouloir être en bonne santé, à savoir comment y parvenir et à faire ce qu'ils peuvent individuellement et collectivement pour conserver la santé et recourir à une aide en cas de besoin,
- la formation, c'est permettre à toute personne d'être formée sur un thème précis.

**Santé communautaire** : La santé publique laisse la décision aux seuls professionnels de santé (ou aux responsables politiques). Par contre, la santé communautaire laisse la décision aux membres de la communauté, les professionnels de la santé en sont les personnes ressources. L'approche communautaire de la santé repose toujours sur une démarche participative relevant de la promotion de la santé et tentant d'apporter des réponses appropriées aux besoins d'une population.

**Santé publique** : selon l'OMS la santé publique est l'art et la science de prévenir les maladies, de prolonger la vie, d'améliorer la santé physique et mentale des individus par le moyens d'actions collectives pour :

- assainir le milieu (hygiène du milieu),
- lutter contre les épidémies (maladies contagieuses),
- enseigner l'hygiène corporelle (état sanitaire de la collectivité),
- organiser les services médicaux et infirmiers (problèmes de santé des populations),
- faciliter l'accès aux soins précoces et aux traitements préventifs.
- mettre en œuvre des mesures sociales propres à assurer à chaque membre de la collectivité un niveau de vie compatible avec la santé. »

**SMPR** : Service de psychiatrie implanté en milieu pénitentiaire ayant une vocation régionale et comprenant une unité d'hospitalisation, offrant des soins diversifiés incluant l'hospitalisation volontaire

**UCSA** : Unité hospitalière implantée en milieu pénitentiaire, assure les soins somatiques et psychiatriques incluant la prévention, l'organisation des soins en milieu hospitalier ainsi que la continuité, de soins à la sortie de détention

## GRILLE D'ENTRETIEN.

### *Les enjeux du partenariat dans les actions d'éducation pour la santé en milieu pénitentiaire*

#### **Introduction**

Présentation des élèves, objets et objectifs de la visite

#### **Thèmes**

##### **Les acteurs :**

- \* Qui participe ? (*Administration pénitentiaire, CODES, SPIP, Etablissements hospitaliers via UCSA et SMPR, associations...*)
- \* Autres partenaires envisageables ? (*interprètes, psychologue, anthropologue...*)
- \* Logiques d'action ?
- \* Culture professionnelle ?
- \* Relations entre les acteurs ?
- \* Capacités d'adaptation, d'évolution et de création d'une culture commune ?
- \* Méthode de travail, projet d'établissement élaboré en commun ?

##### **Actions « collectives » en éducation pour la santé :**

- \* Types d'actions menées dans la structure ?
- \* Partenariat des actions menées ?
- \* Prise en compte des attentes des détenus ?
- \* Part du volontariat dans l'implication des personnes détenues
- \* Mise en œuvre des actions collectives, animation des ateliers
- \* Financement des actions d'éducation à la santé
- \* Appropriation des détenus des actions menées (*rapport individuel/ collectif à la santé publique*)
- \* Evaluation de l'impact des actions sur les détenus (*comportements à risques, consultations, hygiène...*)



- \* Evaluation des l'impact des actions sur les *encadrants (amélioration des conditions de travail, de la relation surveillant/détenu)*
- \* Retours d'expérience et évaluation (*évolution des pratiques professionnelles, des relations inter-professionnelles...*)

**Freins / problèmes/ perspectives :**

- \* Financement
- \* Cloisonnement / cultures professionnelles/ corporatisme
- \* Secret professionnel partagé ?
- \* Pérennité des structures, des actions de santé publique
- \* Suivi des actions, relais extérieurs
- \* Préparation multidisciplinaire à la sortie ?
- \* Bilan du partenariat 10 ans après la loi de 1994
- \* Evaluation des actions : quels critères ?

## **LISTE DES PERSONNES RENCONTREES.**

### *CODES :*

Madame Choukroun, CODES/CYES, Versailles (78)

Madame Poncet, CODES, Saint-Brieuc (22)

Madame Richer, CODES, Meurthe-et-Moselle Nord (54)

Monsieur Strilka, CODES, Vannes (56)

### *UCSA :*

Madame Larhantec, Infirmière, UCSA, Saint-Malo (35)

Madame Gautheret, Cadre Supérieure Infirmière, Saint Brieuc (22)

Monsieur le Docteur Aubry, Saint Brieuc (22)

### *Personnels pénitentiaires :*

Madame Ané, responsable de formation, ENAP, Agen (47)

Monsieur Coudray, SPIP, Saint-Malo (35)

Monsieur Durand, SPIP, Saint-Brieuc (22)

Monsieur Laroche, Directeur, Maison d'arrêt, Saint-Malo (35)

Monsieur Richard, Surveillant, Maison d'arrêt, Saint Malo (35)

Monsieur Rosier, Directeur adjoint, Centre pénitentiaire, Nantes (44)

Monsieur Watier, SPIP, Amiens (80)

### *Personnel de l'Education Nationale :*

Monsieur Colas, Enseignant, Maison d'arrêt, Saint-Malo (35)

### *Administrations sanitaires, pénitentiaires et tutelles :*

Madame Clément, DGS- Sous-direction *en charge des personnes incarcérées*, Paris (75)

Monsieur Joseph, DRASS-MISP, Rennes (35)

Madame Vuillemin, Direction régionale des services pénitentiaires, Rennes (35)

### *Universitaire :*

Monsieur le Pr.Goudet, Université Bordeaux II – CRAES, Bordeaux (33)

# SYNTHESE DE LA METHODOLOGIE CONDUISANT AUX « ATELIERS – SANTE ».

## Consultations de 3 maisons d'arrêt (Départements : 22, 35, 56)

A la demande du SPIP, de la Direction de la Maison d'arrêt ou encore de l'UCSA, le CODES a été saisi pour faire un état des lieux des besoins en matière d'éducation à la santé.

Le CODES a réuni les différents intervenants : Direction maison d'arrêt, SPIP, Personnels des UCSA, SMPR, DRSP, bénévoles intervenant dans les centres pénitentiaires, visiteurs de prison, professionnels du CCAA (centre d'hygiène et de cure ambulatoire en alcoologie).

### **Objectifs de la « formation – action » :**

- création d'une dynamique institutionnelle : recueil des besoins, analyse des données, construction de projets ;
- connaissance des uns et des autres au travers de leur fonction ;
- recueil des représentations pour aboutir à une culture partagée entre les professionnels des différents services ;
- implication des acteurs dans le déroulement des projets ;
- recensement des thèmes d'actions prioritaires (angoisse, médicament, hygiène, réflexion sur le suicide...).

Le groupe de « travail » ainsi constitué et formé, étudie le contenu et les modalités d'une enquête, d'un recueil des besoins de la part des détenus afin de constituer des **« ateliers – santé »**.

Exemples d'ateliers :

- hygiène (nombre de douches par semaine, rénovation des cellules...)
- alimentation ( plats arrivés froids en cellules, cuisine mal préparée...)
- activités sportives (détenus isolés dans leurs cellules...)

Les détenus sont ensuite informés des ateliers par plaquettes qu'ils doivent compléter en vue de leur inscription. (quantitativement un tri peut être opéré)

Le CODES pilote les ateliers santé bien que le champ de la prévention et de l'éducation incombe officiellement aux UCSA/SMPR. Toutefois face aux réalités de terrain des services de soins (manque de temps, de financements) ce champ d'activité n'est pas prioritaire. L'animation peut être assurée par un enseignant relevant de l'Education Nationale ou par des intervenants du CRES (Exemple du département de la Gironde – Prison de Bordeaux-Gradignan).