

Promotion de la santé en milieu pénitentiaire

Référentiel d'intervention

DOSSIERS SANTÉ EN ACTION

Sous la direction de
KHADOUJJA CHEMLAL
PASCALE ECHARD-BEZAULT
PAULE DEUTSCH

www.inpes.sante.fr
inpes
éditions

Promotion de la santé en milieu pénitentiaire

Promotion de la santé en milieu pénitentiaire

Référentiel d'intervention

KHADOUJA CHEMLAL
PASCALE ECHARD-BEZAULT
PAULE DEUTSCH

Préface de
THANH LE-LUONG



Direction de la collection **Thanh Le-Luong**
Édition **Jeanne Herr**

**Institut national de prévention
et d'éducation pour la santé**
42, boulevard de la Libération
93203 Saint-Denis Cedex France

L'Inpes autorise l'utilisation et la reproduction des résultats de cet ouvrage
sous réserve de la mention des sources.

Pour nous citer : Chemlal K., Echard-Bezault P., Deutsch P.
Promotion de la santé en milieu pénitentiaire. Référentiel d'intervention.
Saint-Denis : Inpes, coll. Santé en action, 2014 : 228 p.

ISBN 978-2-9161-9242-0

Auteurs

Sabrina Argentin, animatrice, UCSA Maison d'arrêt des Hauts de Seine/CSAPA APORIA

Cynthia Bansah, chargée de mission Programmes Prison, association Assamede

Christine Barbier (Dr), coordination santé des personnes détenues, bureau Santé des populations, Direction générale de la santé

Cyrille Canetti (Dr), SMPR La santé

Yves Chauchaix, chargé de mission en éducation pour la santé, CHU de Grenoble – Unité sanitaire de Varces

Khadoudja Chemlal (Dr), chargée d'expertise scientifique, Département appui aux acteurs et aux institutions, Direction de l'animation des territoires et des réseaux, Inpes

Marie Cote-Grumel, directrice, Codes du Cher

Fabienne Dechet, cadre de santé, unité sanitaire maison d'arrêt Paris La Santé

Paule Deutsch (Dr), directrice, Direction de l'animation des territoires et des réseaux, Inpes

Pascale Echard-Bezault (Dr), chef de département, Département appui aux acteurs et aux institutions, Direction de l'animation des territoires et des réseaux, Inpes

Danielle Forgeot, infirmière de santé publique, bureau des partenaires institutionnels et des territoires, sous-direction des missions de protection judiciaire et d'éducation, direction de la Protection judiciaire de la jeunesse, ministère de la Justice

Emmanuelle Hamel, chef de département, Département développement des compétences et amélioration des pratiques, Direction de l'animation des territoires et des réseaux, Inpes

Laura Harcouet (Dr), praticien hospitalier, pharmacien unité sanitaire Paris La Santé, association des professionnels exerçant en prison (APSEP)

Valérie Kanoui (Dr), praticien hospitalier, unité sanitaire, centre pénitentiaire Fleury-Mérogis, membre du bureau de l'association des professionnels exerçant en prison (APSEP)

Corinne Leroy, responsable adjointe du pôle prévention et promotion de la santé, Direction de la santé publique, Agence régionale de santé (ARS) de Haute-Normandie

Agnès Lordier-Brault (Dr), Direction générale de l'offre de soin, conseillère médicale auprès du sous-directeur des ressources humaines du système de santé

Emmanuel Luneau (Dr), praticien hospitalier, responsable de l'unité « Prévention, Éducation, Santé », unité sanitaire, CHRU de Lille

Stéphanie-Marie Martin, référent santé en milieu pénitentiaire, Direction de l'administration pénitentiaire

Ridha Nouiouat, chargé de mission, milieu carcéral, association Sidaction

Jean-Marc Quignard (Dr), médecin coordonnateur des unités sanitaires de l'Aube

François Raverdy, responsable de l'action sanitaire, référent santé/justice. Direction interrégionale des services pénitentiaires du Nord-Pas-de-Calais, de la Picardie et de la Haute-Normandie

Marie-Claude Vanson, directeur pénitentiaire d'insertion et de probation, directrice adjointe SPIP 49

Relecteurs

Alexandra Auclair, chargée de mission, Département appui aux actions et aux institutions, Direction animation des territoires et des réseaux, Inpes

Lucette Barthélemy, chargée d'expertise scientifique, Département développement des compétences et amélioration des pratiques, Direction animation des territoires et des réseaux, Inpes

Sonia Caillaux, directrice adjointe, responsable qualité, Ireps Picardie

Manuela Cheviot, chargée d'expertise scientifique, Département appui aux acteurs et aux institutions, Direction de l'animation des territoires et des réseaux, Inpes

Marie Crétenot, juriste, Observatoire international des prisons

Cécile Durand, directrice pénitentiaire d'insertion et de probation, SPIP 78, responsable de l'antenne de Bois D'Arcy, Administration pénitentiaire

Catherine Fac (Dr), praticien hospitalier, responsable de l'unité sanitaire de Fresnes (Hôpital Bicêtre, APHP)

Dominique de Galard (Dr), conseiller santé du directeur de l'administration pénitentiaire, Direction de l'administration pénitentiaire

Virginie Halley des Fontaines (Dr), maître de conférence-praticien hospitalier en santé publique, faculté de médecine Pierre et Marie Curie, hôpital Cochin (Paris), membre de la commission prévention, promotion de la santé au Haut Conseil de la santé Publique

Bernadette Laverdure (Dr), unité sanitaire, centre de détention de Melun

Valérie Lemonnier, chargée de projets et d'ingénierie, Ireps Bretagne-Antenne 35

Laurent Michel (Dr), membre du conseil d'administration de la fédération Addiction, directeur médical CSAPA, Pierre Nicole/Inserm U669

Luc Montuclard (Dr), praticien hospitalier, centre d'accueil et de soins hospitalier de Nanterre, responsable de l'unité sanitaire de la maison d'arrêt des Hauts de Seine

Flore Moreux, adjointe chef de bureau Santé des populations, Direction générale de la santé

Renaud Morin, directeur adjoint, Direction de l'animation des territoires et des réseaux, Inpes

Sophie Nicolas, Protection judiciaire de la jeunesse, service éducatif à l'établissement pour mineurs de Quievrechain, responsable d'unité éducative

Dominique Peton-Klein (Dr), directrice de projet, ministère des Affaires sociales et de la Santé

Sylvie Pinçon, infirmière diplômée d'état, unité sanitaire Bordeaux-Gradignan

Florence Rostan, chargée de mission, Direction de l'animation des territoires et des réseaux, Inpes

Olivier Rovère, adjoint de la directrice de cabinet et déléguée territoriale « Métropole Flandre intérieure », Agence régionale de santé Nord – Pas-de-Calais

Frédéric Sahajian (Dr), praticien hospitalier en santé publique SMPR/CSAPA, maison d'arrêt Lyon Corbas, pôle SMD-PL, centre hospitalier Le Vinatier

Emma Tarlevé, chargée de projet, fédération Addiction

Patrick Veteau, membre du conseil d'administration de la fédération Addiction, directeur de l'Atre, Lille

Sylvie Ynesta (Dr), référent santé des détenus, Agence régionale de santé Rhône-Alpes

Remerciements

Pour leur contribution à la rédaction du référentiel : **Rkia Elouadi** (Direction générale de la santé), **Karine Leclercq** (Inpes), **Jean-José Lopez** (Direction de l'administration pénitentiaire), **Françoise Marchand-Buttin** (Protection judiciaire de la jeunesse), **Florence Rostan** (Inpes)

Pour sa contribution à la recherche documentaire : **Céline Deroche** (Inpes)

Préface

Bien qu'elles soient privées de liberté, les personnes détenues conservent des droits fondamentaux dont le droit à la santé. La puissance publique doit donc se mobiliser pour garantir ce droit fondamental. Cette obligation est rendue d'autant plus difficile que les personnes détenues sont soumises pour la plupart, avant même leur entrée en prison, à des facteurs de risques multiples très voisins de ceux que connaissent les publics les plus démunis. Il apparaît ainsi que la prévalence du virus de l'hépatite C chez les personnes détenues est près de cinq fois supérieure à celle constatée dans la population générale. L'écart est encore plus significatif pour la prévalence du VIH et de la tuberculose, près de dix fois supérieure. La santé mentale des personnes détenues est particulièrement fragile, s'illustrant par un taux de suicide sept fois plus élevé qu'en population générale.

Sur la base de ce constat, le plan d'actions stratégiques 2010-2014 relatif à la politique de santé pour les personnes placées sous main de justice pose l'amélioration de la prévention et de la promotion de la santé comme une priorité d'action. Il tient compte en cela des orientations fixées par la nouvelle politique pénale initiée par la loi pénitentiaire du 24 novembre 2009. Le plan prévoyait notamment la réalisation d'un état des lieux sur l'éducation et la prévention en santé en prison. Cet état des lieux, réalisé par l'Inpes, a montré la nécessité de guides et outils à

destination des professionnels. Le présent référentiel d'intervention constitue l'un de ces outils ; il s'inscrit plus largement dans l'objectif général de réduction des inégalités sociales de santé.

Cet ouvrage, corédigé avec un groupe de travail pluriprofessionnel dont le dynamisme et l'expérience ont permis de nourrir le propos, a pour objectif d'aider les acteurs de terrain à construire et mettre en œuvre une stratégie de promotion de la santé en milieu pénitentiaire. Il capitalise la démarche initiée dans l'ouvrage Promouvoir l'activité physique des jeunes. Élaborer et développer un projet de type ICAPS édité en 2011 dans la même collection.

Élaboré en associant étroitement les acteurs intervenant dans ce champ et auprès des personnes détenues, ce référentiel se propose à la fois de rappeler le cadre juridique et institutionnel de la prise en charge des personnes détenues, de préciser les concepts de promotion de la santé mais aussi de présenter des programmes de terrain en permettant aux professionnels intéressés d'identifier les leviers d'action pertinents. La schématisation des actions sous la forme d'« arbres à objectifs » constitue un cadre d'actions qui garantit la cohérence de la démarche dans la durée, la condition de la mise en œuvre de ces actions sur plusieurs années étant déterminante.

La pluralité des objectifs (réduction des risques infectieux, augmentation de l'activité physique, prise en compte des douleurs physiques et psychologiques, etc.) et des actions (mise en place d'ateliers de posture ou de relaxation, sensibilisation des coiffeurs aux risques infectieux, etc.) que ces programmes proposent rendent bien compte de la richesse des stratégies possibles en matière de promotion de la santé.

Je remercie l'ensemble des acteurs institutionnels et associatifs de leur mobilisation pour la réalisation de cet outil. Cette démarche renforce notre détermination commune à agir en direction d'un public particulièrement fragilisé et exposé à des facteurs multiples d'altération de sa santé.

Dr Thanh Le-Luong
Directrice générale de l'Inpes

Sommaire

		Préface
1		Introduction
5		Section I Promotion de la santé
7		Promotion de la santé : concepts
19		État de santé des personnes détenues en France
25		Pourquoi développer la promotion de la santé en milieu carcéral
29		Organisation de la prévention et de la promotion de la santé en France
42		Ressources internationales en promotion de la santé en milieu pénitentiaire
49		Section II Méthodologie d'élaboration et de développement de projets : fiches techniques
51		Introduction



53	Fiche technique 1. Comité de pilotage (Copil)
55	Fiche technique 2. Équipe projet
57	Fiche technique 3. Analyse de la situation et caractérisation de la population concernée
63	Fiche technique 4. Participation des personnes détenues
65	Fiche technique 5. Élaboration d'un programme annuel ou pluriannuel d'éducation pour la santé et de promotion de la santé
67	Fiche technique 6. Identification des partenaires
71	Fiche technique 7. Définition des objectifs
76	Fiche technique 8. Élaboration des actions
78	Fiche technique 9. Estimation des besoins humains, logistiques et financiers
82	Fiche technique 10. Planification du projet
84	Fiche technique 11. Recherche des sources de financement
87	Fiche technique 12. Suivi du projet
91	Fiche technique 13. Évaluation
97	Fiche technique 14. Communication autour du projet
101	Section III Mise en œuvre pratique : deux programmes concrets
103	Introduction
105	Exemple des établissements pénitentiaires de Lille - Loos-Sequedin et Annoeulin
137	Exemple de la maison d'arrêt de Grenoble-Varces

167		Section IV Annexes
169		Correspondances entre les recommandations issues de l'état des lieux et les fiches techniques/sections/annexes
172		Approche du milieu
195		Organisation administrative sanitaire et sociale en France
198		Projet régional de santé : schéma regional de prévention et PRAPS
200		Modalités d'accès dans les établissements pénitentiaires
202		Liste et coordonnées des pôles régionaux de compétences
204		Tableau synthétique du contenu des fiches et des ressources téléchargeables
206		Glossaire des termes pénitentiaires
210		Liste des sigles

Introduction

Dans le cadre du plan d'actions stratégiques 2010-2014 relatif à la politique de santé des personnes placées sous main de justice¹, l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (Inpes) a été chargé de piloter plusieurs actions dans le champ de l'éducation et de la promotion de la santé en milieu pénitentiaire. Le présent référentiel s'inscrit dans l'action 5.2 de ce plan : « Élaborer un référentiel d'intervention en éducation pour la santé et promotion de la santé en milieu pénitentiaire ».

En 2011, dans le cadre de l'action 5.1 de ce plan (« Réaliser un état des lieux des actions d'éducation et de promotion de la santé en milieu pénitentiaire »), l'Inpes avait réalisé, avec un groupe de travail, un état des lieux sur les conditions de réalisation des actions de prévention et d'éducation à la santé sous la forme d'une enquête nationale auprès des unités sanitaires (ex-unités de consultations et de soins ambulatoires (UCSA)). Les résultats de cette enquête avaient été diffusés en 2012, assortis de recommandations issues de l'analyse des résultats et destinées à faciliter la mise en place d'actions de

1. <http://www.sante.gouv.fr/plan-d-actions-strategiques-relatif-a-la-politique-de-sante-des-personnes-placees-sous-main-de-justice.html>

prévention et plus largement d'une véritable promotion de la santé en milieu carcéral².

Dans la continuité de ce travail, ce référentiel répond par ailleurs à la recommandation numéro 29 de l'état des lieux : « *Élaborer un référentiel d'intervention en éducation pour la santé en milieu pénitentiaire, qui constituera un guide à la disposition des Copil³. Ce référentiel est prévu dans le plan d'actions stratégiques 2010-2014 : politique de santé des personnes placées sous main de justice. Il devra clarifier la démarche et le champ de l'éducation pour la santé en milieu carcéral* ».

L'ouvrage est structuré par d'autres recommandations qui ont servi de fil conducteur en particulier dans sa partie méthodologique. Ainsi, les fiches techniques sont en lien direct avec les recommandations diffusées, qu'elles soient relatives au Copil en général, à la procédure d'élaboration des programmes et de leur contenu, à la participation des publics concernés, aux financements, au soutien méthodologique ou aux moyens humains **[Correspondances entre les recommandations issues de l'état des lieux et les fiches techniques, p. 169]**.

Conçu et réalisé à l'aide d'un groupe de travail pluriprofessionnel et pluri-institutionnel, ce document se veut un outil d'aide à la mise en œuvre pour l'ensemble des acteurs (santé, justice, terrain ou institutions) qui mènent ou souhaitent mener des actions d'éducation et de promotion de la santé en milieu pénitentiaire.

L'ouvrage est composé de quatre parties autonomes, pouvant être parcourues dans l'ordre souhaité par le lecteur.

La première partie, intitulée « Promotion de la santé en milieu pénitentiaire », fait le point sur l'état de santé des personnes, sur les concepts de promotion de la santé en général et en milieu pénitentiaire, sur l'organisation de la santé publique en France et sur quelques ressources disponibles sur le plan international.

La deuxième partie est une partie méthodologique qui se donne pour objectif d'être la plus abordable possible pour le non-initié. Elle est présentée sous la forme de fiches techniques indépendantes les unes des autres dont le lecteur peut s'inspirer à sa convenance selon ses besoins.

2. Le document est téléchargeable dans son intégralité sur le site de l'Inpes dans l'espace thématique Santé en milieu pénitentiaire.

3. Copil : comité de pilotage.

Dans la troisième partie, le lecteur trouvera des exemples concrets issus de programmes de terrain. De la même manière, les exemples sont indépendants les uns des autres. La quatrième et dernière partie comprend des annexes qui permettent d'approfondir les connaissances sur l'organisation de la prise en charge des personnes détenues et des différents acteurs qui y concourent ainsi que sur l'organisation de la santé publique et qui viennent préciser des points abordés au sein des différents chapitres.

Un document électronique disponible sur le site de l'Inpes dans l'espace thématique Santé en milieu pénitentiaire regroupe l'ensemble des figures et tableaux que le lecteur peut télécharger et utiliser à sa convenance : *Référentiel d'intervention en milieu pénitentiaire. Recueil des outils.*

Section I | **Promotion de la santé**



Promotion de la santé : concepts

LA PROMOTION DE LA SANTÉ (PS)

En 1986, en définissant le concept de promotion de la santé, la rédaction de la charte d'Ottawa par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) a permis à la promotion de la santé d'être connue au niveau mondial. 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 ».

« Cette démarche relève d'un concept définissant la santé comme la mesure dans laquelle un groupe ou un individu peut d'une part, réaliser ses ambitions et satisfaire ses besoins et, d'autre part, évoluer avec le milieu ou s'adapter à celui-ci. La santé est donc perçue comme une ressource de la vie quotidienne, et non comme le but de la vie ; il s'agit d'un concept positif mettant en valeur les ressources sociales et individuelles, ainsi que les capacités physiques. Ainsi donc, la promotion de la santé ne relève pas seulement du secteur sanitaire : elle dépasse les modes de vie sains pour viser le bien-être »¹. Elle utilise des méthodes d'intervention fondées sur la participation des personnes et des groupes.

Promotion de la santé et axes d'intervention

La charte propose cinq axes d'intervention qui sont des références en matière de santé publique **[encadré 1]**. Idéalement, l'efficacité de la promotion de la santé repose sur la mise en application simultanée de ces cinq axes.

1. Organisation mondiale de la santé. *Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé*. Genève : OMS, 1986 : 3 p.
En ligne. http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/129675/Ottawa_Charter_F.pdf

ENCADRÉ 1

LES CINQ AXES D'INTERVENTION DE LA CHARTE D'OTTAWA

- **Élaborer des « politiques pour la santé »** : développer non seulement un système de santé mais aussi des politiques sociales, économiques et éducatives, des politiques de l'emploi, de l'environnement, de l'urbanisme et de l'habitat, et ce, quel que soit l'échelon (local à national).
- **Créer des environnements « favorables à la santé »** : par le terme environnement, on considère l'environnement physique, social, politique. Cela signifie qu'il convient de prendre en compte les conditions de vie et d'environnement pour changer les comportements de santé, qui ne sont pas toujours choisis librement.
- **Réorienter les services de santé** : au-delà de l'action multisectorielle suggérée par le premier axe, il s'agit de changement à l'intérieur des services de santé ; en effet, ceux-ci se distinguent selon qu'ils sont préventifs ou curatifs, or la promotion de la santé ne fait pas ce clivage. La vision globale des besoins de santé de la population doit prédominer et les usagers ont leur mot à dire. De fait, les professionnels de santé seront poussés à changer leurs pratiques et à travailler plus en lien avec les associations d'usagers. Le développement de l'éducation thérapeutique du patient va dans ce sens.
- **Renforcer l'action communautaire** : c'est le développement social communautaire qui est ciblé et les initiatives venant de la communauté, plus que la santé communautaire pilotée par des professionnels de santé.
- **Acquérir des aptitudes individuelles indispensables à la vie** : outre les approches individuelles de l'éducation pour la santé, il s'agit d'acquérir des aptitudes permettant aux individus d'assurer un plus grand contrôle sur leur santé et de l'améliorer.

À titre d'exemple, voici un tableau proposant une illustration des applications possibles à partir de ces cinq axes [tableau 1].

Les cinq axes de la charte d'Ottawa concourent à l'égalité en matière de santé. Les interventions ont pour but de réduire les écarts actuels caractérisant l'état de santé et d'offrir à tous les individus les mêmes ressources et possibilités pour réaliser pleinement leur potentiel santé. Cela comprend un solide ancrage dans un milieu apportant son soutien, l'information, les aptitudes et les possibilités permettant de faire des choix sains. Les personnes ne peuvent réaliser leur potentiel de santé optimal que si elles prennent en compte les éléments qui déterminent leur état de santé et si l'environnement dans lequel elles évoluent crée un contexte de vie visant un état de santé satisfaisant. La promotion de la santé repose sur la prise en compte de l'ensemble des déterminants qui influencent la santé des populations [figure 1].

À noter que certains déterminants échappent au contrôle de l'individu. Il s'agit des conditions sociales, économiques et environnementales, ainsi que de l'offre des services de santé. Ceci pose la limite de l'éducation pour la santé (éducation pour la santé).

L. Green et M. Keuter définissent ainsi la promotion de la santé : « Toute combinaison d'actions planifiées de type éducatif, politique, législatif ou organisationnel appuyant des habitudes de vie et des conditions de vie favorables à la santé d'individus, de groupes ou de collectivités ».

TABLEAU I

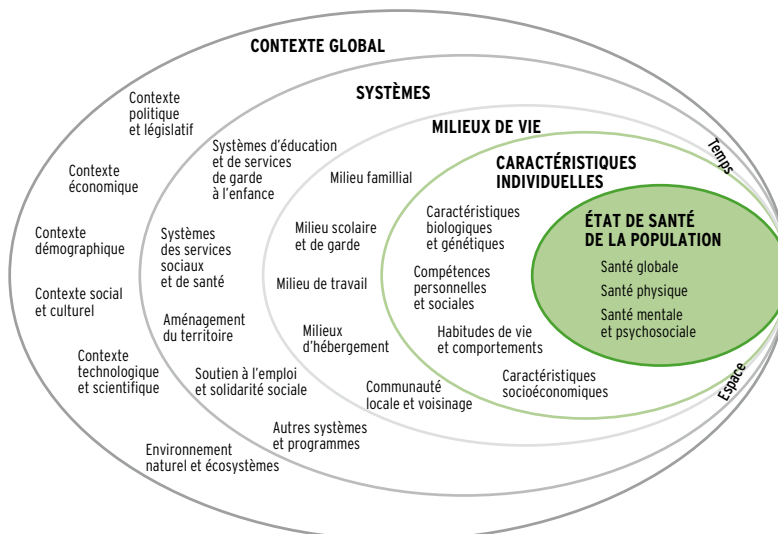
Les cinq axes de la charte d'Ottawa appliqués à la lutte contre le tabagisme en France

Santé de l'individu	Élaborer une politique de santé publique	Loi Évin Programme national tabac Programme régional de santé Augmentation du prix du tabac Vente interdite aux moins de 18 ans Loi environnement
	Créer des milieux favorables	Développer une signalétique et un équipement adaptés dans les lieux publics Médiatisation (campagnes de communication, articles, publicités) Développer l'offre d'activité physique et sportive chez les jeunes
	Renforcer l'action communautaire	Évolution des normes sociales Mobilisation de la communauté éducative : lycées non-fumeurs Développement d'actions en collèges et lycées sur le sujet Mobilisation du secteur du travail
	Acquérir des aptitudes individuelles	Résistance à la pression du groupe Confiance en soi Compétences psychosociales
	Réorienter les services de santé	Développement des consultations de sevrage Mise à disposition des substituts nicotiniques Implication des pharmaciens Formation des personnels de santé de l'Éducation nationale ou de médecine du travail

Source : d'après, Broussouloux S., Houzelle-Marchal N. *Éducation à la santé en milieu scolaire. Choisir, élaborer et développer un projet*. Saint-Denis : Inpes, coll. Varia, 2006 : 140 p. En ligne : <http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1008.pdf>

FIGURE 1

Les déterminants influençant l'état de santé de la population



Source : ministère de la Santé et des Services sociaux. *La santé et ses déterminants. Mieux comprendre pour mieux agir*. Québec : ministère de la Santé et des Services sociaux, 2012 : 24 p. En ligne : <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/1/documentation/2011/11-202-06.pdf>

Ainsi, il s'agit de mettre en synergie un ensemble de pratiques spécifiques visant l'adoption de comportements, le changement d'habitudes et de conditions de vie ayant un rapport avec la santé, avec des stratégies d'intervention telles que l'éducation sanitaire, le marketing social, la communication persuasive.

Mais il s'agit également de créer dans le même temps un environnement favorable à la santé par l'action politique, l'organisation communautaire et le développement organisationnel, qui représente plutôt une vision opérationnelle du champ.

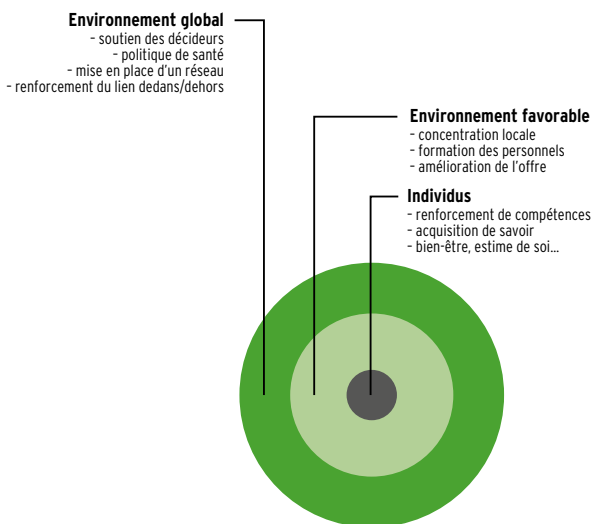
Ces deux visions, l'une globale – plus macro – l'autre opérationnelle – plus micro – forment une définition complète dépendante. Elles ont pour objet final le renforcement et le développement des compétences et des moyens individuels d'action, ainsi que l'amélioration et l'optimisation des capacités des groupes ou des collectivités à agir ensemble, afin d'acquérir un plus grand contrôle sur leur propre santé dans un environnement propice au développement d'un état de santé satisfaisant.

La promotion de la santé résulte d'un ensemble de pratiques visant l'adoption de comportements, de changements d'habitudes et de conditions de vie liées à la santé. On peut donc dire qu'elle est une combinaison d'actions planifiées de type éducatif, politique, législatif ou organisationnel appuyant des habitudes et des conditions de vie favorables à la santé d'individus, de groupes ou de collectivités.

Promotion de la santé et stratégies d'actions

La promotion de la santé est un domaine varié qui englobe de multiples disciplines, méthodes et approches. L'éducation pour la santé et la prévention font partie intégrante de la promotion de la santé en tant que stratégies d'intervention. La promotion de la santé exige l'action concertée de tous les acteurs pouvant jouer un rôle dans la réalisation de l'objectif visé. Ces acteurs sont les décideurs et intervenants qui pourront permettre d'atteindre cet objectif : 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, des gens de tous milieux intervenant en tant qu'individus, familles et communautés. Il est à noter que 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 santé est définie dans une approche globale prenant en compte tant les déterminants individuels que socio-environnementaux. La prise en compte de ces déterminants implique des stratégies et des actions qui vont concerner la personne, son environnement social ainsi que l'environnement global dans un modèle écologique **[figure 2]**.

Il existe en France différents modèles d'interventions allant d'une simple action de sensibilisation à la mise en œuvre d'établissements promoteurs de santé tels que les écoles promotrices de santé ou les hôpitaux promoteurs de santé, dans une perspective de réduction des inégalités sociales de santé.

FIGURE 2**Illustration du modèle écologique dans ses différentes stratégies d'action**

L'ÉDUCATION POUR LA SANTÉ : UNE DES STRATÉGIES D'INTERVENTION EN PROMOTION DE LA SANTÉ

L'éducation pour la santé vise à ce 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 celles de la collectivité ».

« L'éducation pour la santé comprend toutes les activités visant intentionnellement l'accroissement des connaissances en matière de santé et le développement d'aptitudes influençant positivement la santé des individus et des groupes.

S'inscrivant dans le cadre de la promotion de la santé, l'éducation pour la santé s'attache à développer :

- la démocratie participative et l'action communautaire, en prenant appui sur les demandes et représentations des publics auxquels elle s'adresse, en définissant avec ces publics les objectifs de ses interventions, en utilisant des méthodes favorisant la participation et l'*empowerment* [encadré 2] ;
- les aptitudes personnelles et collectives, en accompagnant les publics dans la proximité et la durée, et en installant des situations pédagogiques laissant une place aux individus et aux groupes dans la construction et l'appropriation des savoirs et des compétences. »²

2. Ministère de l'Emploi et de la Solidarité. Secrétariat d'État à la Santé et aux Handicapés. *Plan national d'éducation pour la santé*. Paris : ministère de l'Emploi et de la Solidarité, 2001 : 23 p.

L'éducation pour la santé « vise à aider les personnes à se construire une image positive d'elles-mêmes et de leur santé afin d'éviter les comportements présentant un risque. Elle repose sur des méthodes et techniques qui permettent d'apporter l'information à l'individu sous une forme qui soit appropriable, sans le stigmatiser ni le culpabiliser. L'éducation pour la santé est donc sous-tendue par une réflexion éthique. Elle est une composante des actions de promotion de la santé. Travaillant sur les questions de représentations, normes, croyances et valeurs, en amont des comportements, elle met à contribution les outils de l'anthropologie et de la sociologie »³.

L'éthique en éducation pour la santé implique de :

- s'attacher à mettre en œuvre des actions construites avec les personnes ;
- respecter le choix des personnes. Pour cela il convient de :
 - se garder d'imposer des comportements prédéterminés ;
 - s'abstenir de culpabiliser une personne qui fait un choix estimé préjudiciable à sa santé ;
 - laisser la liberté aux personnes de ne pas participer. En éducation pour la santé, il est important de préciser lors de l'intervention que chacun a le droit de ne pas prendre part aux discussions ;
- respecter les différences, en particulier les différences culturelles ;
- s'abstenir de tout jugement moral ;
- s'attacher à mettre en œuvre des actions visant à réduire les inégalités sociales.

ENCADRÉ 2

L'EMPOWERMENT EN QUELQUES LIGNES

L'*empowerment* est le processus par lequel des personnes, des organisations et des communautés peuvent acquérir la maîtrise des événements qui les concernent.

Issu de la langue du droit et du pouvoir, le terme anglais *empowerment* est un concept important dans le domaine de la promotion de la santé, où il renvoie à la capacité reconnue à une personne,

malade ou pas, de pouvoir développer des compétences, des aptitudes, voire de l'expertise à l'égard des préoccupations, des difficultés ou des priorités qui sont les siennes sur le plan de la santé. Souvent associé à des notions de prise de conscience de compétence personnelle, voire de contrôle de soi ou d'auto-soin, le mot reste sans équivalent dans la langue française.

LA PRÉVENTION : UN OUTIL EN SANTÉ PUBLIQUE

En santé publique, la prévention est une notion très utilisée qui fait l'objet de nombreux développements théoriques. Deux définitions sont données ci-dessous ; la première (encore très usitée en France) a tendance à disparaître au profit de la seconde plus présente dans la littérature internationale.

3. Organisation mondiale de la santé. *Politiques nouvelles d'éducation pour la santé dans les soins primaires : document de fond destiné aux discussions techniques*. 36^e assemblée mondiale de la santé. Copenhague : OMS, 1983 : 32 p.

Selon la définition classique⁴, la prévention désigne « l'ensemble des mesures visant à empêcher les maladies d'apparaître, ou permettant de les dépister à un stade précoce, plus accessible de ce fait à la thérapeutique ». La prévention est ici inscrite dans le domaine biomédical ; elle est généralement liée à l'existence d'une maladie ou d'un problème de santé. Plusieurs types de prévention sont définis en fonction des objectifs visés⁵ [tableau II].

- La prévention primaire a pour objectif d'éviter l'apparition des maladies : vaccinations, campagnes d'information sanitaire, matériel individuel de protection (préservatifs, trousse de réduction des risques pour usager de drogues), etc.
- La prévention secondaire a pour objectif d'éviter l'aggravation ou le développement des troubles chez une personne atteinte (dépistage du cancer colorectal, etc.).
- La prévention tertiaire a pour objectif de prévenir les récurrences et les complications ; il s'agit de réduire les séquelles consécutives à la maladie. Elle prend en compte les actions du domaine de la réadaptation, de l'intégration et de la réinsertion professionnelles et sociales.

La prévention classique est définie autour de l'indicateur « absence ou présence de maladie » alors que la prévention selon Gordon (1982)⁶ introduit une classification en trois parties basée sur la population cible et distingue la prévention universelle, la prévention sélective et la prévention ciblée.

- La prévention universelle est destinée à l'ensemble de la population, quel que soit son état de santé. Le champ de l'éducation pour la santé, qui insiste notamment sur les grandes règles d'hygiène, fait donc partie intégrante de cette acception de la prévention.
- La prévention sélective s'exerce en direction de sous-groupes de population spécifiques potentiellement exposés à un risque : automobilistes, travailleurs du bâtiment, jeunes femmes, hommes de plus de 50 ans, population défavorisée, etc. Ainsi, des campagnes telles que la promotion de la ceinture de sécurité, la promotion de l'activité physique ou encore de la contraception constituent des exemples d'actions de prévention sélective.
- La prévention ciblée est non seulement fonction de sous-groupes de la population mais aussi et surtout de l'existence de facteurs de risque spécifiques à cette partie bien identifiée de la population (glycosurie chez les femmes enceintes, hypercholestérolémie chez les plus de 50 ans, etc.).

4. Sournia J.-C. *Dictionnaire français de santé publique*. Paris : Éditions de Santé, 1991 : 260 p.

5. Bury J. *Éducation pour la santé, concepts, enjeux, planifications*. (1^{re} éd.). Bruxelles : De Boeck Université, 1988 : p. 96.

6. Gordon RS. An operational classification of disease prevention. *Public Health Report*, 1983, 98 : 107-109.

L'ÉDUCATION THÉRAPEUTIQUE

L'éducation thérapeutique est un processus de soin dispensé par des soignants à des personnes présentant une pathologie (chronique le plus souvent).

Selon la définition de l'OMS de 1998, l'éducation thérapeutique du patient est « un processus continu, intégré dans les soins et centré sur le patient ». Elle comprend des activités organisées de sensibilisation, d'information, d'apprentissage et d'accompagnement psychosocial concernant la maladie, le traitement prescrit, les soins, l'hospitalisation et les autres institutions de soins concernées, les comportements liés à la santé et à la maladie.

Elle vise à aider le patient et ses proches à comprendre la maladie et le traitement, à coopérer avec les soignants, à vivre le plus sainement possible et à maintenir ou améliorer la qualité de vie.

L'éducation thérapeutique devrait rendre le patient capable d'acquérir et de maintenir les ressources nécessaires pour gérer de façon optimale sa vie avec la maladie.

TABLEAU II

Exemples de prévention primaire, secondaire et tertiaire ciblant des personnes et des populations

Maladie	Niveau d'intervention	Prévention primaire	Prévention secondaire	Prévention tertiaire
Cancer colorectal	Individu	Promotion des modes de vie sains : alimentation diversifiée et équilibrée	Analyse des selles (Hemocult®) pour le dépistage précoce du cancer colorectal	Examens de suivi pour détecter la récurrence ou la présence d'une maladie métastatique : examen clinique, endoscopies, marqueurs tumoraux, etc.
	Population	Campagnes pour informer le public des habitudes de vie qui préviennent le cancer colorectal ; promotion d'une alimentation à haute teneur en fibres ; subventions des programmes d'activité physique ; campagnes de lutte contre le tabagisme	Programmes structurés de dépistage par coloscopie	Mise en œuvre de modèles organisationnels de soins de santé améliorant l'accès aux soins de haute qualité
Hépatite C	Individu	Conseils de réduction des risques de la consommation de drogues pour prévenir la transmission du virus de l'hépatite C (VHC)	Dépistage de l'infection au VHC chez les patients ayant des antécédents d'usage de drogues par injection	Traitement du VHC pour guérir l'infection et prévenir la transmission
	Population	Prévention du VHC : programmes de lutte contre le partage de matériel chez les utilisateurs de drogues par injection, etc.	Établissement d'un système universel de dépistage du VHC dans les groupes à risque élevé	Semblable à la prévention primaire : contrôle serré des sites à risque élevé, comme les salons de tatouage



TABLEAU II (suite)

Maladie	Niveau d'intervention	Prévention primaire	Prévention secondaire	Prévention tertiaire
Syndrome métabolique	Individu	Conseils sur l'alimentation et l'activité physique	Dépistage du diabète	Dépistage des complications oculaires par un fond d'œil régulier
	Population	Développement d'un environnement favorable aux transports actifs (marche ou vélo), plutôt qu'à la voiture	Programmes communautaires de perte de poids et d'activité physique	Développement de lieux d'accueil et de réadaptation

RÉDUCTION DES RISQUES : DÉFINITION

La réduction des risques a été historiquement créée dans le domaine des risques infectieux chez les usagers de drogues. Il s'agit d'une stratégie de santé publique qui vise à prévenir les dommages liés à l'utilisation de drogues chez les personnes qui ne peuvent ou ne veulent pas s'abstenir d'en consommer. Cette stratégie permet d'aller vers des publics souvent non demandeurs de soins. Les intervenants proposent du matériel et des outils en vue de limiter les transmissions (virus de l'immunodéficience humaine [VIH], virus des hépatites B et C), et un accompagnement global visant à améliorer l'accès à des droits et à des soins. Ainsi, cette approche est complémentaire de la prévention et des soins.

Le concept s'est élargi ensuite à d'autres pratiques à risques, par exemple les pratiques sexuelles ou les modifications corporelles.

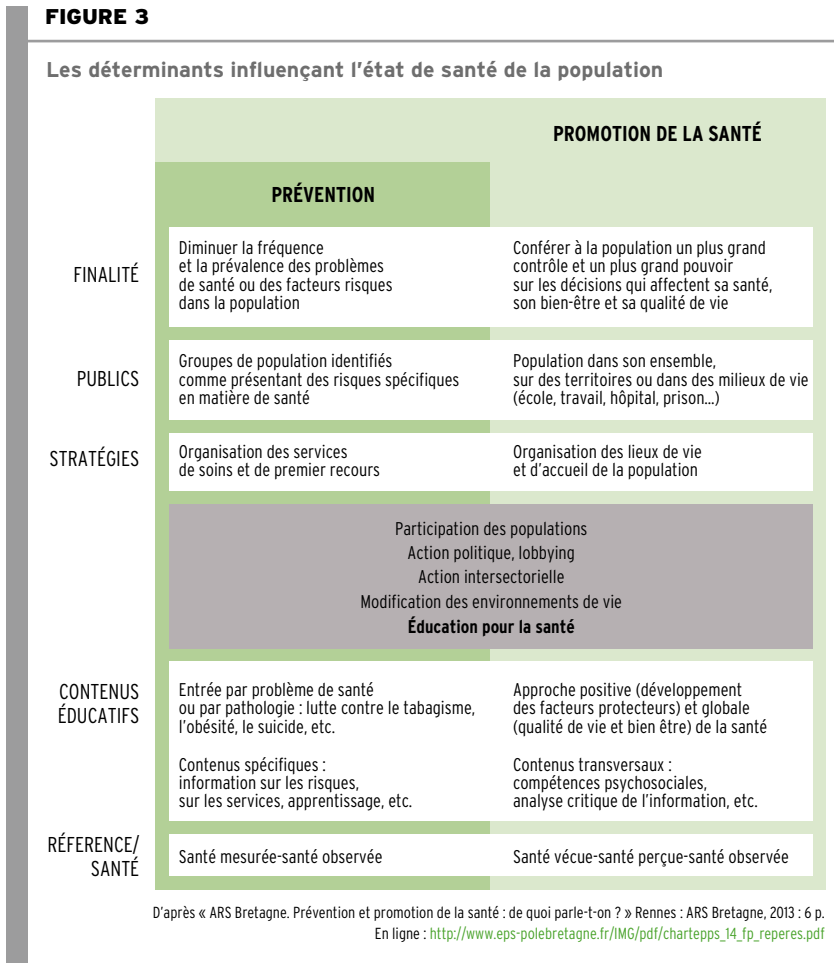
La notion de prévention prend une autre dimension quand elle est rapprochée des notions de « facteurs de risque » et « facteurs de protection ».

On appelle « risque » la probabilité d'apparition d'un événement défavorable. On appelle « facteurs de risque » les caractéristiques individuelles ou collectives liées à l'environnement, à la culture ou au mode de vie, qui entraînent pour la personne ou la population une probabilité plus élevée de développer une maladie ou un problème de santé. Par exemple, une alimentation pauvre en fruits et légumes est un facteur de risque de cancer.

Les « facteurs de protection » sont des ressources internes et externes protégeant la santé des personnes et des populations. Ces facteurs de protection comportent :

- des caractéristiques individuelles telles que la gestion du stress, la capacité à faire face, l'estime de soi, l'optimisme, le sentiment d'appartenance à un groupe ou à une collectivité ;
- des comportements personnels, comme le fait de dormir suffisamment, d'avoir une alimentation saine, de pratiquer régulièrement une activité physique, d'être vacciné, etc. ;
- des conditions socio-économiques favorables, comme le fait d'avoir un travail, un environnement pacifique, une eau et un air non pollués, un bon système de soins, etc.

La **figure 3** illustre l'articulation entre la promotion de la santé, la prévention et l'éducation pour la santé.



Pour en savoir plus

Les sites internet mentionnés ont été consultés le 27/05/2014.

Promotion de la santé

- Organisation mondiale de la santé. *Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé*. Genève : OMS, 1986 : 3 p. En ligne. http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/129675/Ottawa_Charter_F.pdf
- Green L., Keuter M. *Health Promotion Planning, an Educational and Ecological Approach* (3^e éd.). Mountain View (CAN) : Mayfield, 1999 : 504 p.

Repris par : O'Neill M. Pourquoi se préoccupe-t-on tant des données probantes ? *Sozial-und präventivmedizin*, 2003, vol. 48, n° 5 : p. 317-326.

- O'Neill M., Cardinal L. Health promotion in Quebec: did it ever catch on? In : Perderson A., O'Neill M., Rootman I., dir. *Health Promotion in Canada, Provincial, National and International Perspectives*. Toronto : W. B. Saunders, 1994, p. 262-284.
- Inpes. *Comment améliorer la qualité de vos actions en promotion de la santé ?* Guide d'autoévaluation construit par et pour des associations. Saint-Denis : Inpes, 2009 : 40 p. En ligne. <http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1250.pdf>

Éducation pour la santé

- Flageolet A. Mission au profit du gouvernement relative aux disparités territoriales des politiques de prévention sanitaire [Rapport]. Paris : ministère de la Santé et des Sports, 2008 : 91 p. En ligne : http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_Flajole.pdf
- Comité consultatif pour l'élaboration des programmes de formation en éducation pour la santé. *Référentiel de compétences en éducation pour la santé*. Saint-Denis : Inpes, 2013 : 96 p. En ligne : <http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1453.pdf>
- Lorto V., Moquet M.-J. *Formation en éducation pour la santé*. Saint-Denis : Inpes, coll. Santé en action, 2009 : 100 p. En ligne : <http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1263.pdf>
- Tessier S. *Les éducations en santé : éducation pour la santé, éducation thérapeutique, éducation à portersoins et secours*. Paris : Maloine, coll. Éducation du patient, 2012 : 216 p.
- Bury J. *Éducation pour la santé. Concepts, enjeux, planification* (1^{re} éd.). Bruxelles : De Boeck Université, 1988 : 235 p.

Empowerment

- Bacqué M.-H., Biewener C. *L'empowerment, une pratique émancipatrice*. Paris : La Découverte, coll. Politique et sociétés, 2013 : 175 p.
- Kieffer C.-H. Citizen empowerment: a developmental perspective. *Prevention in Human Services*, 1984, vol 3 : p. 9-36.
- Bouquet B. Empowerment. In : Barreyre J.-Y., Bouquet B. *Nouveau dictionnaire critique d'action sociale*. Paris : Bayard, 2006 : p. 219-221.
- Ferron C. *L'empowerment. Comment cette notion fondamentale de promotion et d'éducation pour la santé peut-elle s'appliquer dans le contexte du milieu pénitentiaire ?* [Communication orale]. Journées de la prévention, La promotion de la santé en milieu pénitentiaire [Session 4], Paris, 19-20 mai 2011. En ligne : <http://www.inpes.sante.fr/jp/cr/pdf/2011/session4/Presentation-Ferron.pdf>

Éducation thérapeutique

- République française. Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. Titre VI. Article 84. Éducation thérapeutique du patient. *Journal Officiel*, 22 juillet 2009 : p. 12184. En ligne : <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000020879475&categorieLien=id#JORFARTI000020879791>

- Tessier S. *Les éducations en santé : éducation pour la santé, éducation thérapeutique, éducation à porter soins et secours*. Paris : Maloine, coll. Éducation du patient, 2012 : 216 p.
- Foucaud J., Bury J.-A., Balcou-Debussche M., Eymard C., dir. *Éducation thérapeutique du patient. Modèles, pratiques et évaluation*. Saint-Denis : Inpes, coll. Santé en action, 2010 : 412 p.
- D'Ivernois J.-F., Gagnayre R. *Apprendre à éduquer le patient : approche pédagogique* (4^e ed.). Paris : Maloine, 2011 : 160 p.
- Simon D., Traynard P.-Y., Bourdillon F., Gagnayre R., Grimaldi A. dir. *Éducation thérapeutique : prévention et maladies chroniques* (3^e ed.). Paris : Elsevier Masson, 2013 : 400 p.
- Haute Autorité de santé. *Structuration d'un programme d'éducation thérapeutique du patient dans le champ des maladies chroniques. Guide méthodologique*. Saint-Denis La Plaine : HAS, 2007 : 109 p. En ligne : http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_604958/fr/etp-structuration-d-un-programme-d-education-therapeutique-du-patient-guide-methodologique
- Banque de données en santé publique (BDSP). *Définition de l'éducation thérapeutique du patient* [Glossaire]. 2013. En ligne : <http://asp.bdsp.ehesp.fr/Glossaire>
- Ministère des Affaires sociales et de la Santé. *Éducation thérapeutique du patient* [page internet]. 2013. En ligne. <http://www.sante.gouv.fr/education-therapeutique-du-patient.html>
- Sandrin-Berthon B. dir. *Éducation thérapeutique : concepts et enjeux* [dossier thématique]. *Actualité et dossier en santé publique*, mars 2009, n° 66 : p. 9-59.

Réduction des risques

- République Française. Loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique. Journal officiel, 11 août 2004 : p. 14277. En ligne : <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000787078&dateTexte=&categorieLien=id>
- Inserm. *Réduction des risques infectieux chez les usagers de drogues* [Expertise collective]. Paris : Les éditions Inserm, 2010 : XII-573 p. En ligne : <http://www.inserm.fr/content/download/24837/157124>
- République française. Décret n° 2005-347 du 14 avril 2005 approuvant le référentiel national des actions de réduction des risques en direction des usagers de drogue et complétant le Code de la santé publique. Journal officiel, 15 avril 2005. P. 6732. En ligne : <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000259240&dateTexte=&categorieLien=id>
- Organisation mondiale de la santé. *Effectiveness of Interventions to Address HIV in Prisons. Evidence for Action Technical Papers*. Genève : OMS, 2007 : 164 p.
- Michel L., Jauffret-Roustide M., Blanche J., Maguet O., Calderon C., Cohen J. *et al.* *Prévention du risque infectieux dans les prisons françaises. L'inventaire ANRS-PR12DE* 2009. Bulletin épidémiologique hebdomadaire, 25/11/2011, n° 39 : p. 409-411. En ligne : http://www.invs.sante.fr/content/download/22127/129024/version/12/file/BEH_39.pdf

État de santé des personnes détenues en France

Il est communément admis que les personnes incarcérées ont un état de santé moins bon à l'entrée en détention que la population générale, mais l'absence de données épidémiologiques nationales ne permet pas d'établir de manière précise l'état de santé actuel de cette population.

DES BESOINS OBJECTIVÉS PAR LA PRÉVALENCE ÉLEVÉE DE PLUSIEURS PATHOLOGIES

Les dernières données de prévalence du VIH et de l'hépatite C en France ont été obtenues par l'étude Prévacar DGS/InVS réalisée en 2010 [1]. La prévalence du VIH était de 2,02 % contre 0,35 % en population générale. Parmi les personnes séropositives, 66 % étaient sous traitement antirétroviral au moment de l'étude, 28,4 % étaient au stade sida et 94 % étaient sous traitement antirétroviral. Dans 25 % des cas, la séropositivité avait été découverte lors de l'incarcération en cours.

Dans cette étude, la prévalence du VHC était de 4,8 % contre 0,8 % en population générale. Parmi les personnes atteintes, près de la moitié (46 %) avaient une hépatite chronique active (charge virale positive). Dans 20 % des cas, le dépistage avait été effectué à l'occasion de l'incarcération en cours. Près de la moitié des personnes atteintes avait reçu un traitement pour l'hépatite C.

En 2009, 57 cas de tuberculose étaient déclarés chez des personnes en établissement pénitentiaire. Rapportés à la population carcérale pour cette même

année, on peut estimer le taux d'incidence dans cette population à plus de 90 cas pour 100 000 personnes, soit plus de 10 fois ce qui est observé en population générale (8,2/10⁵) [2].

Dans l'enquête de la Dress [3] réalisée en 2003, le quart des entrants déclaraient une consommation d'au moins 2 substances psycho actives (tabac avec plus de 20 cigarettes par jour, alcool, drogues illicites, traitement psychotrope) et 30 % des personnes détenues entrantes présentaient une consommation excessive d'alcool [3].

La proportion de personnes détenues sous traitement de substitution aux opiacés est en augmentation constante : 2 % en 1998, 3,3 % en 1999, 5,4 % en 2001, 6,6 % en 2004 [4]. Elle était de 7,9 % en 2010 dans l'enquête Prévacar.

La santé mentale des personnes détenues est particulièrement fragile, avec une estimation de 17,9 % de personnes se trouvant dans un état dépressif majeur (soit 4 à 5 fois le taux en population générale), 12 % souffrant d'anxiété généralisée et 3,8 % de schizophrénie nécessitant un traitement (soit environ 4 fois plus qu'en population générale) [5, 6].

La mortalité par suicide en milieu carcéral est 7 fois plus élevée qu'en population générale masculine (hommes âgés de 15 à 59 ans) [7]. Le taux de mortalité par suicide des personnes écrouées (pour 10 000 personnes écrouées) a été stabilisé en 2009 et connaît depuis 2011 une baisse relative. Ainsi, le taux de mortalité par suicide des personnes écrouées est de 19 pour 10 000 en 2008, 18,3 pour 10 000 en 2009 et 17,3 en 2011 [8]¹. Toutefois, il convient d'observer une certaine prudence dans l'interprétation de ces données, notamment en raison des difficultés à qualifier l'intentionnalité de l'acte (accidentel ou volontaire). De ce fait, depuis 1967, l'Administration pénitentiaire (AP) mène une politique de prévention des suicides à destination des personnes incarcérées. Elle a renforcé considérablement son action depuis la fin des années 90 et en particulier en 2002, date de la première circulaire interministérielle qui consacre une approche pluridisciplinaire dans la prévention du suicide [9] et en 2004, à la suite du rapport du professeur Jean-Louis Terra [10], missionné par le garde des Sceaux et le ministre chargé de la santé.

Les efforts réalisés, notamment en matière de formation, ont permis à l'administration pénitentiaire de connaître en 2006, 2007 et 2008 ses taux de suicide les plus faibles depuis 1991. Mais les progrès en ce domaine étant toujours fragiles, l'année 2008 a été marquée par une légère augmentation,

1. Les données statistiques relatives aux suicides des personnes écrouées (hébergées ou non) sont établies par la Direction de l'administration pénitentiaire (DAP). Le taux de suicide est obtenu en rapportant le nombre de suicides de l'année à la population moyenne écrouée durant la même période.

après deux années de baisses successives. Ces variations sont toutefois à considérer au regard des limites méthodologiques évoquées ci-dessus.

Ainsi, en juin 2009, un grand plan national d'actions de prévention et de lutte contre le suicide en milieu carcéral défini autour de cinq grands axes a été mis en place par le ministre de la Justice [11].

En 2010, le ministère chargé de la santé en collaboration avec le ministère chargé de la justice lancent le plan d'actions stratégiques 2010-2014 « Politique de santé pour les personnes placées sous main de justice » [12] qui s'inscrit dans la perspective d'améliorer la prise en charge sanitaire des personnes détenues et met notamment l'accent sur le renforcement d'une politique de prévention du suicide concertée entre les différents intervenants.

Le handicap (dans une définition large dans l'étude de l'Insee) est fréquent : souffrir d'une incapacité est trois fois plus fréquent en prison. Les difficultés le plus souvent rencontrées en prison sont un comportement agressif ou impulsif, la mise en danger de soi, des problèmes de repérages dans le temps et des problèmes d'audition.

Près d'une personne détenue sur dix nécessite une aide en raison d'un problème de santé, 7,6 % des personnes détenues versus 6,7 % des personnes libres bénéficient d'une reconnaissance officielle d'un taux d'incapacité. Un peu plus de 200 personnes présentant un handicap moteur sont recensées [13].

La couverture vaccinale est mal connue. Selon l'étude de la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees) 2003, seuls trois entrants sur dix déclarent avoir eu une vaccination complète contre le virus de l'hépatite B (VHB) [3].

En termes de prévention et soins buccodentaires, les besoins de cette population – identifiée comme population à risque carieux élevé par la Haute Autorité de santé [14] – ont fait l'objet de différentes études qui justifient pleinement la nécessité d'une politique spécifique en la matière [15]. Ainsi, l'enquête « État de santé et distribution des soins buccodentaires aux détenus en Bretagne » conduite par l'Union régionale des caisses d'assurance maladie (Urcam) de Bretagne en 2007² a montré que les demandes de soins dentaires représentaient plus de 30 % des consultations de spécialités en milieu carcéral, que près des trois quarts des personnes détenues présentaient au moins une carie à soigner, que 43,8 % avaient besoin d'au moins un traitement endodontique (traitement et obturation des canaux radiculaires) et que près de 13 % présentaient un délabrement visible des dents antérieures (incisives et canines) de nature à dégrader leur apparence et retentir sur leur vie sociale.

2. Résultats non publiés.

DES BESOINS DE SANTÉ LIÉS AUX CARACTÉRISTIQUES SOCIODÉMOGRAPHIQUES

Cette population est caractérisée par une surreprésentation des catégories sociales les plus démunies et dont le niveau éducatif est le moins élevé : en 1999, 27,7 % des personnes détenues avaient quitté l'école avant l'âge de 16 ans et 72 % avant 18 ans ; 11 % des personnes détenues se déclaraient illettrées [16]. En 2008, 10,2 % des personnes détenues étaient en situation d'illettrisme.

Le faible niveau de scolarisation des détenus est illustré par le fait qu'en 2005, plus de 40 % des personnes détenues suivaient en prison un enseignement du premier degré [17].

Cette population a, de plus, un faible recours au système sanitaire avant l'incarcération.

À la sortie, 10 % des personnes détenues vivent dans un domicile précaire et 5 % sont sans abri.

Les personnes détenues de nationalité étrangère (18,2 % des personnes écrouées en 2008, dont 51 % de personnes de nationalité d'un pays d'Afrique [18]) peuvent présenter des besoins spécifiques liés à la situation épidémiologique de leur pays d'origine.

DES BESOINS DE SANTÉ EN LIEN AVEC L'IMPACT DE L'INCARCÉRATION

Les informations disponibles concernent pour la plupart la santé des personnes entrant en prison. Les conséquences de l'incarcération sur la santé des personnes détenues n'a pas fait l'objet jusqu'à présent d'études spécifiques en France.

Il est néanmoins reconnu que l'incarcération peut provoquer l'aggravation ou la réactivation de certaines affections liées aux facteurs de risque de transmission ou d'exposition [19] (maladies transmissibles, troubles mentaux, consommation de produits psychoactifs) du fait de la promiscuité, des conditions d'hygiène, de l'isolement affectif, des conditions d'hébergement, de l'inactivité ou d'une activité physique et sportive intensive. Par ailleurs, ces caractéristiques propres à l'incarcération génèrent une violence qui s'exerce contre soi ou contre les autres, avec des conséquences tant sur la santé physique que sur la santé mentale.

Le choc carcéral et l'épreuve de l'enfermement sont susceptibles d'avoir un impact sur la santé. En 2000, le jury de la conférence de consensus consacrée à la crise suicidaire [20] a distingué le cas particulier des personnes détenues au regard de ce risque et recommande une attention particulière, dès le début de l'incarcération, notamment envers les mineurs et pour les cas d'automutilation à répétition.

Bibliographie

Les sites internet mentionnés ont été consultés le 27/05/2014.

- [1] Semaille C., Le Strat Y., Chiron E., Chemlal K., Valantin M.-A., Serre P., et al. *Prevalence of human immunodeficiency virus and hepatitis C virus among French prison inmates in 2010: a challenge for public health policy*. Euro Surveillance, 2013, vol. 18, n° 28. En ligne : <http://www.eurosurveillance.org/ViewArticle.aspx?ArticleId=20524>
- [2] Figoni J., Antoine D., Che D. Les cas de tuberculose déclarés en France en 2009. *Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire*, 2011, n° 22 : p. 258-260. En ligne : http://www.invs.sante.fr/content/download/8591/64670/version/4/file/BEH_22_2011.pdf
- [3] Mouquet M.-C. La santé des personnes entrées en prison en 2003. *Études et résultats*, mars 2005 ; n° 386. En ligne : <http://www.sante.gouv.fr/drees/etude-resultat/er-pdf/er386.pdf>
- [4] Obradovic I., Canarelli T. *Initialisation de traitements par méthadone en milieu hospitalier et en milieu pénitentiaire*. Saint-Denis, OFDT, 2008 : 80 p. En ligne : <http://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/epfxioo2.pdf>
- [5] Duburq A., Coulomb C., Bonte J., Marchand C., Fagnani F., Falissard B. *Enquête de prévalence sur les troubles psychiatriques en milieu carcéral. Rapport final. Étude pour le ministère de la Santé (Direction générale de la santé) et le ministère de la Justice (Direction de l'Administration Pénitentiaire)*. Paris : CEMKA-Eval, 2004 : 283 p. En ligne : http://www.justice.gouv.fr/art_pix/rapport_detenus_MS_2004pdf.pdf
- [6] Falissard B., Loze J.-Y., Gasquet I., de Beaurepaire C., Fagnani F., Rouillon F. et al. Prevalence of mental disorders in French prisons for men. *BMC Psychiatry*, 2006, vol. 6, n° 33. En ligne : <http://www.biomedcentral.com/1471-244X/6/33>
- [7] Duthé G., Hazard A., Kensey A., Pan Ké Shon J.-P. Suicide en prison : la France comparée à ses voisins européens. *Population et sociétés*, 2009, n° 462 : 4 p. En ligne : http://www.ined.fr/fichier/t_publication/1488/publi_pdf1_popetsoc_462.pdf
- [8] Ministère de la Justice. *Direction de l'administration pénitentiaire* [page internet]. 2013. En ligne : <http://www.justice.gouv.fr/le-ministere-de-la-justice-10017/direction-de-ladministration-penitentiaire-10025/>
- [9] Ministère de la Santé et ministère de la Justice. Circulaire AP 2002-05 PMJ4/26-04-2002 du 26 avril 2002 relative à la prévention du suicide dans les établissements pénitentiaires [page internet]. 2002. En ligne : <http://www.justice.gouv.fr/bulletin-officiel/dap86a.htm>
- [10] Terra J.-L. *Prévention du suicide des personnes détenues : évaluation des actions mises en place et propositions pour développer un programme complet de prévention*. Paris : La documentation française, 2003 : 235 p. En ligne : <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/034000724/0000.pdf>
- [11] Albrand L. *La prévention du suicide en milieu carcéral. Rapport au garde des Sceaux*. Paris : La Documentation française 2009 : 310 p. En ligne : <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/094000387/0000.pdf>
- [12] Ministère de la Santé et des Sports, ministère de la Justice et des Libertés. Plan d'actions stratégiques 2010-2014. Politique de santé pour les personnes placées sous main de justice. Paris : ministère de la Santé et des Sports, ministère de la Justice et des Libertés, 2010 : 86 p. En ligne : http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Plan_actions_strategiques_detenus.pdf
- [13] Désesquelles A. Le handicap est plus fréquent en prison qu'à l'extérieur. *Insee Première*, n° 854, 2002 : 4 p. En ligne : http://www.insee.fr/fr/ffc/docs_ffc/ip854.pdf
- [14] Haute Autorité de santé. *Stratégies de prévention de la carie dentaire, synthèse et recommandations*. Saint-Denis-la-Plaine : HAS, 2010 : 26 p. En ligne : http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_991245/fr/synthese-strategies-de-prevention-de-la-carie-dentaire
- [15] Ministère de la Santé. Instruction N°DGS/MC1/DGOS/R4/2011/206 du 29 août 2011 relative à la réalisation d'un examen bucco-dentaire des

- personnes détenues lors de leur arrivée en établissement pénitentiaire et à la réduction du risque infectieux associé aux soins dentaires.
En ligne : http://www.sante.gouv.fr/fichiers/bo/2011/11-10/ste_20110010_0100_0039.pdf
- [16] Cassan F., Toulemon L., Kensey A. L'histoire familiale des détenus. *Insee Première*, avril 2000, n° 706 : 4 p. En ligne : http://www.insee.fr/fr/ffc/docs_ffc/ip706.pdf
- [17] Comité consultatif national d'éthique pour les sciences de la vie et de la santé. *La santé et la médecine en prison*. Avis n° 94.26. Paris : La Documentation française, 2006 : 379 p.
- [18] Direction de l'administration pénitentiaire. *Les chiffres clés de l'administration pénitentiaire*. Paris : ministère de la Justice, 2009 : 16 p.
En ligne : http://www.justice.gouv.fr/art_pix/Chiffresclesjanv2009.pdf
- [19] Guérin G. dir. La santé en prison. *Actualité et dossier en santé publique*, 2004, n° 44 : p. 17-54.
En ligne : <http://www.hcsp.fr/explore.cgi/adsp?ae=adsp&clef=85&menu=111282>
- [20] Anaes. *Conférence de consensus. La crise suicidaire : reconnaître et prendre en charge. 19 et 20 octobre 2000*. Paris : Anaes, 2000 : 17 p. En ligne : <http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/suicicourt.pdf>
-

Pourquoi développer la promotion de la santé en milieu carcéral

La promotion de la santé se heurte au paradoxe du séjour en détention, qui peut être à la fois pathogène, en particulier sur le plan de la santé mentale, mais qui constitue également une véritable occasion pour cette population vulnérable, cumulant souvent divers facteurs de risques et présentant un état de santé négligé ou dégradé, d'entrer dans le droit commun et d'accéder au système de soins, y compris dans son volet éducatif et préventif.

L'état de santé dégradé des personnes détenues constitue un enjeu de santé publique à part entière, en regard des besoins cliniquement établis par les professionnels de santé somatique et mentale lors des consultations d'entrée en détention. La population carcérale apparaît, dans une forte proportion, comme une population socialement défavorisée, qui cumule les facteurs de risque liés à la précarité **[1]**. Un rapport du Haut Conseil de la santé publique l'a récemment rappelé **[2]** : « la population placée sous main de justice est soumise, en dehors puis à l'intérieur de la prison, à une multiplicité de facteurs de risques qui sont pour l'essentiel ceux des personnes les plus démunies ». Ces constats rejoignent les objectifs de réduction des inégalités sociales de santé et justifient une action spécifique de promotion de la santé pour cette population.

Aux besoins initiaux s'ajoutent, pendant toute la durée de la détention, divers facteurs de risques supplémentaires, liés à l'enfermement et à la privation de liberté, et susceptibles d'être aggravés fortement par les conditions de détention. Aussi les besoins des personnes détenues en matière d'éducation pour la santé et de promotion de la santé sont-ils, de ce fait, particulièrement importants et nécessitent des mesures de santé publique renforcées ; aussi la

promotion de la santé en milieu pénitentiaire est-elle une obligation de droit renforcée par plusieurs textes législatifs et réglementaires.

Du point de vue du droit, les personnes détenues sont par définition privées de liberté ; elles n'en conservent pas moins leurs droits fondamentaux, protégés par la Cour européenne des droits de l'homme (CEDH), et dont le premier est le droit à la vie. À ce titre, le Contrôleur général des lieux de privation de liberté rappelle utilement en 2010 [3], que « le droit à la vie crée des obligations pour la puissance publique, qui garde les captifs, d'assurer à ceux-ci les soins que requiert leur état de santé ».

Sur le plan juridique, la protection du droit à la santé des personnes détenues fait l'objet d'un ensemble de textes législatifs homogènes. L'éducation pour la santé, qui est un des 5 axes de la promotion de la santé selon la charte d'Ottawa [Promotion de la santé : concepts, p. 7], est notamment inscrite dans les missions des unités sanitaires (US) (anciennes Unités de consultations et de soins ambulatoires (UCSA)) depuis leur création en 1994. L'article R6112-20 du Code de la santé publique (CSP) stipule que l'établissement de santé auquel elles sont rattachées « coordonne les actions de prévention et d'éducation pour la santé organisées dans l'établissement pénitentiaire. L'établissement de santé élabore à ce titre un programme en accord avec cet établissement ainsi qu'avec les préfets de région et de département et le président du conseil général pour les actions et services, dont sont respectivement responsables l'État et le département. Les organismes d'assurance-maladie ainsi que les autres collectivités et associations concernées sont associés à ce programme sur lequel le directeur général de l'Agence régionale de santé (ARS) donne son avis ». L'article 46 de la Loi pénitentiaire du 24 novembre 2009 précise quant à lui que « l'administration pénitentiaire favorise la coordination des différents intervenants agissant pour la prévention et l'éducation sanitaires. Elle assure un hébergement, un accès à l'hygiène, une alimentation et une cohabitation propices à la prévention des affections physiologiques ou psychologiques. » Le guide méthodologique relatif à la prise en charge sanitaire des personnes sous main de justice (PMJ) précise les modalités pratiques de la prise en charge sanitaire, y compris de la mise en œuvre de la mission d'éducation pour la santé [4].

En dépit d'un réel besoin et d'une réglementation qui assoient cette mission, son application s'avère complexe et difficile. Les différents rapports publiés depuis 1994 par la mission santé-justice [5], par l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) [6] par la Commission nationale consultative des droits de l'Homme (CNCDH) [7] et par le Comité consultatif national d'éthique (CCNE) [8], en dressent le constat. Il existe une grande hétérogénéité des pratiques et peu de pilotage et d'évaluation des actions. Ainsi, selon l'IGAS : « En pratique, seuls quelques établissements ont mis en place des actions de promotion de la santé, en faisant appel, comme il était suggéré, à des partenaires ayant les compétences, l'expérience et les moyens pour les conduire [...]. Parmi les obstacles ou contraintes le plus souvent mis en avant, les établissements de santé évoquent l'insuffisance relative de leurs moyens, notamment en personnel paramédical, et les choix qu'ils sont conduits à faire entre soins curatifs et activités de prévention ». Cinq ans après le constat de

l'IGAS, la CNCDDH considérait que la généralisation des programmes d'éducation à la santé en milieu pénitentiaire n'était pas assurée [8]. Elle précisait que « l'éducation pour la santé constitue l'une des dimensions essentielles des programmes de santé publique. Elle s'avère hautement nécessaire en milieu pénitentiaire, au regard de l'état de précarité sociale des publics accueillis. Il importe dès lors que les services de l'État, les collectivités territoriales et les établissements de santé assument pleinement leurs responsabilités respectives en ce domaine. »

Dans ce contexte, le plan d'actions stratégiques 2010-2014 « Politique de santé pour les personnes placées sous main de justice » [9] a placé le renforcement de la prévention et de la promotion de la santé parmi ses mesures phares. L'état des lieux de l'éducation pour la santé en milieu pénitentiaire réalisé par l'Inpes avec l'appui d'un groupe de travail a été une des premières actions mises en œuvre dans ce domaine. Il a été élaboré au travers d'une enquête adressée à toutes les unités sanitaires de France (ex-UCSA) sur la nature des actions d'éducation pour la santé menées et les conditions de leur réalisation [10]. Les résultats de cette enquête ont été assortis de recommandations qui ont permis d'enrichir les éléments de mise en œuvre pratique décrits dans le présent document [Méthodologie d'élaboration et de développement de projets : fiches techniques, p. 49 et Mise en œuvre pratique : deux programmes concrets, p. 101].

Enfin, la promotion de la santé en prison fait partie des axes stratégiques soutenus par l'OMS en tant qu'approche globale et ne peut se réaliser qu'en collaboration avec les autres intervenants en milieu pénitentiaire [Ressources internationales en promotion de la santé en milieu pénitentiaire, p. 42]. En France, les actions actuellement menées de prévention et d'éducation à la santé pourraient s'inscrire davantage dans une approche plus globale de promotion de la santé.

L'intérêt de s'appuyer sur ce concept de promotion de la santé en milieu pénitentiaire en agissant sur les différents déterminants permet aux actions proposées de :

- donner une vision positive de la santé et en faire un atout pour construire sa vie ;
- permettre la participation des publics concernés à toutes les étapes de construction et de mise en œuvre du projet ;
- fédérer l'ensemble des acteurs (public concerné inclus) autour d'un projet commun en favorisant transversalité et concertation, selon les cinq axes de la promotion de la santé [Promotion de la santé : concepts, p. 7].

Les actions de promotion de la santé en détention qui seront mises en place vont également contribuer, par la mobilisation et la participation collective des personnes détenues et le développement de leurs compétences psychosociales, à la préparation de leur sortie de détention et de leur réinsertion. Il est important de veiller à une approche adaptée en termes de méthodes et d'outils à des publics ayant des difficultés par rapport à l'écrit et/ou à la maîtrise du français : pictogrammes, photolangage, interprétariat, etc.

Bibliographie

Les sites internet mentionnés ont été consultés le 27/05/2014.

- [1] Obrecht O. Précarité et prison [Chapitre 21] . In : Chauvin P., Lebas J. *Précarité et santé*. Paris : Flammarion, coll. Médecine-Sciences : 1998 : p. 189.
- [2] Haut Conseil de la santé publique. *Propositions pour l'évaluation du Plan d'actions stratégiques 2010-2014 « Santé des personnes placées sous-main de justice »*. Paris : HCSP, 2012 : 21 p. En ligne : http://www.hcsp.fr/Explore.cgi/Telecharger?NomFichier=hcspr20120919_santesousmainjustice.pdf
- [3] Delarue J.-M. La protection de la santé dans les lieux de privation de liberté. *Gazette du Palais*, janvier 2010 : p. 10. En ligne : <http://www.instituddroitsante.com/docs/gaz12010.pdf>
- [4] Ministère de la Santé. *Circulaire interministérielle N° 27 du 30 octobre 2012 relative à la publication du guide méthodologique sur la prise en charge sanitaire des personnes sous main de justice*. En ligne : http://circulaire.legifrance.gouv.fr/pdf/2012/11/cir_36019.pdf
- [5] Stankof S., Dherot J. *Rapport de la mission santé-justice sur la réduction des risques de transmission du VIH et des hépatites virales en milieu carcéral*. Paris : La Documentation française, 2008 : 88 p. En ligne : <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/014000683/index.shtml>
- [6] Fatome T., Vernerey M., Lalande F., Valdes-Boulouque M., Froment B. *L'organisation des soins aux détenus : rapport d'évaluation*. Paris : Inspection générale des Affaires sociales, 2001 : 182 p. En ligne : http://www.ladocumentationfrancaise.fr/docfra/rapport_telechargement/var/storage/rapports-publics/024000176/0000.pdf
- [7] Commission nationale consultative des droits de l'homme. *Étude sur l'accès aux soins des personnes détenues*. Paris : Commission nationale consultative des droits de l'homme, 2006 : 25 p. En ligne : <http://acatparis5.free.fr/telechargement/Étudeaccesauxsoins.pdf>
- [8] Comité consultatif national d'éthique pour les sciences de la vie et de la santé. *La santé et la médecine en prison*. Avis n° 94. Paris : CCNE 2006 : 48 p. En ligne : www.ccne-ethique.fr/docs/fr/avis094.pdf
- [9] Ministère de la Santé et des Sports, ministère de la Justice et des Libertés. *Plan d'actions stratégiques 2010-2014. Politique de santé pour les personnes placées sous main de justice*. Paris : Ministère de la Santé et des Sports, ministère de la Justice et des Libertés, 2010 : 86 p. En ligne : http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Plan_actions_strategiques_detenus.pdf
- [10] Institut national d'éducation et de prévention pour la santé. *État des lieux et recommandations sur l'éducation pour la santé en milieu pénitentiaire. Enquête nationale auprès des professionnels de santé sur les conditions de réalisation de l'éducation pour la santé en milieu pénitentiaire*. Saint-Denis : Inpes, 2012 : 89 p. En ligne : <http://www.inpes.sante.fr/30000/pdf/sante-penitentiaire.pdf>

Organisation de la prévention et de la promotion de la santé en France

LA PROMOTION DE LA SANTÉ EN FRANCE

Au niveau national

La **figure 1** synthétise l'organisation de la santé publique sur le plan national.

Ministère des Affaires sociales et de la Santé

Le ministère des Affaires sociales et de la Santé prépare et met en œuvre la politique du Gouvernement dans les domaines des affaires sociales, de la solidarité et de la cohésion sociale, de la santé publique et de l'organisation du système de soins. L'organisation du ministère et les missions des directions qui lui sont rattachées sont présentées dans l'annexe III Organisation administrative sanitaire et sociale en France.

Haut Conseil de la santé publique

Créé par la loi relative à la politique de santé publique du 9 août 2004, le Haut Conseil de la santé publique est une instance d'expertise dont les missions sont de :

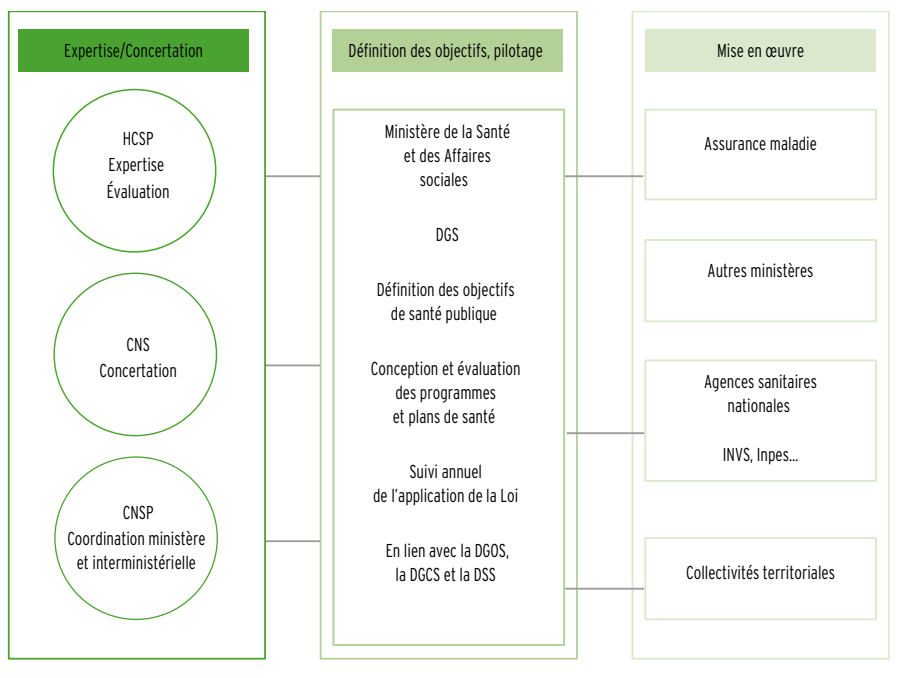
- contribuer à la définition des objectifs pluriannuels de santé publique, évaluer la réalisation des objectifs nationaux de santé publique et contribuer au suivi annuel ;
- fournir aux pouvoirs publics, en liaison avec les agences sanitaires, l'expertise nécessaire à la gestion des risques sanitaires ainsi qu'à la

conception et à l'évaluation des politiques et stratégies de prévention et de sécurité sanitaire ;

- fournir aux pouvoirs publics des réflexions prospectives et des conseils sur les questions de santé publique.

FIGURE 1

Organisation de la santé publique sur le plan national



Conférence nationale de santé

Lieu de concertation sur les questions de santé, la conférence nationale de santé est un organisme consultatif placé auprès du ministre chargé de la santé. Elle exerce trois missions :

- formuler des avis sur l'amélioration du système de santé ;
- élaborer chaque année un rapport sur le respect des droits des usagers du système de santé ;
- contribuer à l'organisation de débats publics sur les questions de santé.

Comité national de santé publique

Il est chargé de coordonner l'action des différents ministères en matière de sécurité sanitaire et de prévention.

Institut national de prévention et d'éducation à la santé

Créé par la loi du 4 mars 2002, l'Inpes est un établissement public de l'État placé sous la tutelle du ministère chargé de la santé.

L'Institut a pour missions :

- de mettre en œuvre, pour le compte de l'État et de ses établissements publics, les programmes de santé publique prévus par l'article L. 1411-6 du Code de la santé publique ;
- d'exercer une fonction d'expertise et de conseil en matière de prévention et de promotion de la santé ;
- d'assurer le développement de l'éducation pour la santé sur l'ensemble du territoire ;
- de participer, à la demande du ministère chargé de la santé, à la gestion des situations urgentes ou exceptionnelles ayant des conséquences sanitaires collectives, notamment par la diffusion de messages sanitaires en situation d'urgence ;
- d'établir les programmes de formation à l'éducation à la santé, selon des modalités définies par décret.

Conseil national de pilotage des ARS

Le conseil national de pilotage (CNP) issu de la loi HPST veille à la cohérence des politiques que les ARS ont à mettre en œuvre en termes de santé publique, d'organisation de l'offre de soins, de prise en charge médicosociale, de gestion du risque. Il valide les objectifs et les directives et s'assure de leur bonne mise en œuvre et de leur atteinte.

Le CNP est coprésidé par le ministre chargé de la santé et le ministre chargé du travail, des relations sociales, de la famille, de la solidarité et de la ville. Il regroupe les différents directeurs d'administration centrale concernés par les ARS, les directeurs généraux des caisses nationales d'assurance maladie et le directeur de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA).

Le Secrétariat général des ministères chargés des affaires sociales (SGMCAS), assiste les ministres pour le pilotage et la coordination de l'organisation du système de santé et de prise en charge médicosociale, en exerçant les attributions qui lui sont assignées, au titre du pilotage national des ARS, au sein du CNP pour veiller notamment à la cohérence de la mise en œuvre territoriale des politiques publiques sanitaires et sociales. Il coordonne, à cet effet, l'action des services et des établissements concernés de l'État ainsi que leurs relations avec l'assurance maladie en matière de politique de santé, d'organisation et de régulation du système de santé et de prise en charge médicosociale.

Associations nationales

Certaines associations nationales représentant les usagers mettent en place des actions en Éducation pour la santé (éducation pour la santé) et en Promotion de la santé (PS). Des conventions bilatérales ou tripartites entre différentes institutions et les associations permettent de structurer ces actions dans un cadre défini [**Approche du milieu, p. 172**].

Au niveau régional

Agences régionales de santé (ARS)

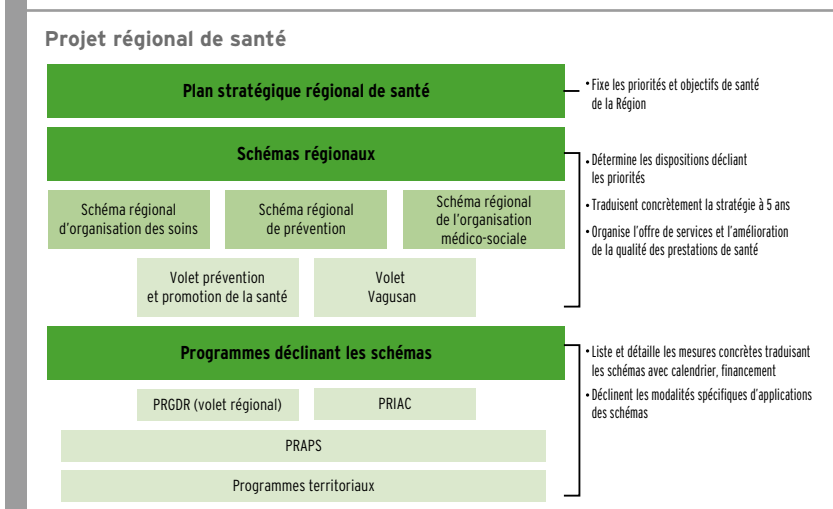
Les ARS ont pour mission d'assurer, à l'échelon régional, le pilotage d'ensemble de notre système de santé. Elles sont responsables de la sécurité sanitaire, des actions de prévention menées dans la région, de l'organisation de l'offre de soins en fonction des besoins de la population, y compris dans les structures d'accueil des personnes âgées ou handicapées. Elles garantissent une approche plus cohérente et plus efficace des politiques de santé menées sur un territoire et permettent une plus grande fluidité du parcours de soin, pour répondre aux besoins des patients.

La stratégie d'une ARS est définie dans son projet régional de santé (PRS) [figure 2]. Le PRS définit les objectifs pluriannuels des actions que mène l'ARS dans ses domaines de compétences : la prévention, les soins hospitaliers et ambulatoires et le médicosocial. Il comprend différents schémas dont le schéma régional de prévention (SRP) et le Programme régional d'accès à la prévention et aux soins (PRAPS) [figure 2 et **Projet régional de santé : schéma regional de prévention et PRAPS, p. 198**].

Trois priorités nationales transversales ont été retenues pour l'élaboration des projets régionaux de santé :

- améliorer l'espérance de vie en bonne santé ;
- promouvoir l'égalité devant la santé ;
- développer un système de soins et de santé de qualité, accessible et efficient.

FIGURE 2



Au sein des ARS, les pôles chargés de piloter la politique de prévention et de promotion de la santé ont pour missions principales :

- le suivi et l'évaluation de la mise en œuvre du SRP et des PRAPS en lien avec les partenaires institutionnels et associatifs intervenant dans ces domaines ;
- la gestion de l'allocation de ressources conformément aux priorités régionales et le suivi financier ;
- l'évaluation des actions.

Le rôle des ARS est de coordonner leur politique de prévention avec les acteurs institutionnels, les collectivités locales, le milieu associatif... afin de faire émerger un ensemble de mesures favorables à la santé des individus. Particulièrement centrale est la question des inégalités sociales et territoriales de santé qui sont fortement marquées en France et au sein de chaque région.

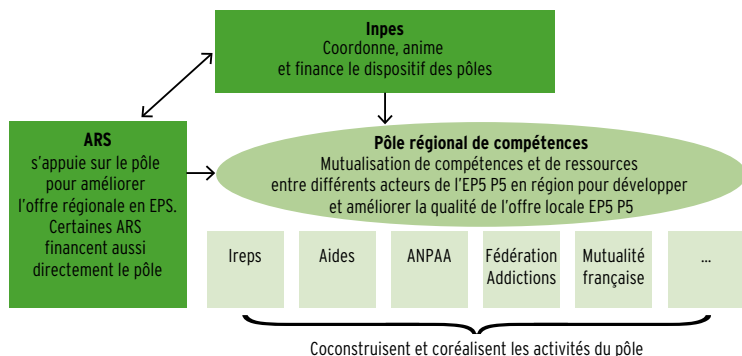
Pour en savoir plus sur les modalités de fonctionnement des pôles de prévention et de promotion de la santé en région : www.ars.sante.fr

Pôles régionaux de compétences en prévention et promotion de la santé

Ce sont des plateformes ressources présentes dans chaque région qui fédèrent les compétences et ressources en éducation pour la santé et en promotion de la santé présentes dans la région et apportent un soutien *via* les fonctions transversales que sont la formation, le conseil en méthodologie de projets et l'appui documentaire [figure 3]. Les pôles s'inscrivent dans un cadre défini par l'Inpes qui les finance. Ils peuvent aussi être cofinancés par les ARS.

FIGURE 3

Le dispositif des pôles régionaux de compétences en éducation pour la santé/promotion de la santé



↕ gouvernance partagée

→ financement

Les pôles ont pour objectifs :

- d'améliorer la qualité des programmes et des actions mises en place localement en étoffant les compétences des acteurs ;
- de mutualiser, partager l'information entre tous les acteurs dans le but d'harmoniser les pratiques, d'introduire plus de complémentarité dans les interventions, de mieux prendre en compte les besoins et la place des usagers ;
- d'optimiser les ressources pour mieux couvrir les territoires et les populations, afin de faciliter le transfert d'interventions efficaces et l'implantation d'actions innovantes.

Les pôles ont une mission d'ordre fonctionnel où chaque participant, quel que soient ses domaines d'intervention ou son réseau, est présent pour sa capacité à appréhender les besoins émergents identifiés par les décideurs régionaux et les acteurs de terrain en promotion de la santé ainsi que pour sa capacité à contribuer à la construction d'une réponse adéquate et innovante.

Les pôles régionaux de compétences possèdent des bases de données documentaires, bibliographiques, d'outils d'intervention en éducation pour la santé et promotion de la santé qui regroupent les ressources des différents partenaires du pôle. Ils disposent également des bases de données des personnes ressources en formation en éducation pour la santé/promotion de la santé et en conseil en méthodologie de projets qui interviennent au titre du pôle.

Ce dispositif permet de constituer un appui aux acteurs, un espace d'échanges de pratiques sur les questions d'éducation pour la santé/promotion de la santé entre professionnels intersectoriels (santé, social, éducation, médicosocial...) et un appui aux politiques de santé régionales (PRS, SRP, analyse de besoins, aide à l'évaluation des programmes de santé, plaidoyer...).

Les pôles régionaux de compétences disposent, pour la plupart, d'un site internet [**Liste et coordonnées des pôles régionaux de compétences, p. 202**].

Instances régionales d'éducation et de promotion de la santé (Ireps)

Les Ireps ont été créées en 2008 afin de s'adapter à la politique de régionalisation de la santé. Elles sont rattachées au réseau de la Fédération nationale d'éducation et de promotion de la santé (Fneps), qui réunit tous les comités d'éducation pour la santé.¹

Au niveau départemental

L'activité développée par les antennes locales des Ireps (Comité départemental d'éducation à la santé (Codes), antennes, délégations départementales) est dans la plupart des cas construite en partenariat tant associatif avec des associations fédératives (par exemple Fédération addiction), des associations

1. Pour plus d'information sur les Ireps : <http://www.fneps.fr>

nationales (par exemple l'Association nationale de prévention en alcoologie et addictologie (ANPAA), l'Association française de lutte contre le VIH/sida et les hépatites virales (Aides)...) et des réseaux de santé, qu'institutionnel avec la Direction Territoriale (DT) de l'ARS, la Direction Départementale de la Cohésion Sociale et de la Protection des Populations (DDCSPP) ou encore la mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie (MILDT).

LA PROMOTION DE LA SANTÉ EN MILIEU PÉNITENTIAIRE

Au niveau national

Comité interministériel santé justice

Ce comité se réunit au minimum deux fois par an. Il est présidé alternativement par le garde des Sceaux ou son représentant et le ministre chargé de la santé ou son représentant.

Il est chargé d'examiner :

- toute question d'ordre général se rapportant à la prévention, à l'organisation des soins, à l'amélioration de la prise en charge sanitaire et sociale ainsi qu'à la protection sociale des personnes majeures et mineures placées sous main de justice ou confiées par l'autorité judiciaire au titre de l'ordonnance du 2 février 1945 relative à l'enfance délinquante ;
- les conditions d'hygiène et de sécurité sanitaire dans les établissements pénitentiaires.

Sont membres du comité interministériel, les directeurs d'administration centrale du ministère de la Justice (DAP, direction de la protection judiciaire de la jeunesse (DPJJ), direction des affaires criminelles et des grâces) et du ministère chargé de la santé (Direction générale de la santé (DGS), Direction générale de l'offre de soins (DGOS), direction générale de la cohésion sociale, direction de la sécurité sociale).

Plan d'actions stratégiques 2010-2014 : politique de santé pour les personnes placées sous main de justice (PPSMJ)

Le plan d'actions stratégiques 2010-2014 relatif à la politique de santé pour les personnes placées sous main de justice, rendu public le 28 octobre 2010, constitue une grande avancée, apportant, en plus de la lisibilité politique, une véritable cohérence dans la prise en charge sanitaire des personnes détenues, partagée par les administrations sanitaires et sociales, pénitentiaire et de la protection judiciaire de la jeunesse (PJJ).

Il tient compte de la nouvelle politique pénale initiée par la loi pénitentiaire du 24 novembre 2009. Il repose en grande partie sur un socle de mesures déjà en cours mais qu'il convient, pour beaucoup, de consolider et dont il faut pour certaines, assurer l'application et pour d'autres, adapter la mise en œuvre.

Ce plan se décline en six axes stratégiques répartis en dix-huit mesures et quarante actions avec pour objectif d'impulser un nouvel élan et de porter une nouvelle ambition.

Les actions concernent des modalités diverses : amélioration de connaissance et état des lieux, élaboration d'outils ou de guides, renforcement de dispositifs (sanitaires, médicosociaux), financements dédiés (enveloppes hospitalières, médicosociales, budget État santé, agences), précisions et améliorations réglementaires. La plupart des actions ont vocation à être déclinées par les ARS dans leurs différents schémas et programmes avec de forts enjeux nécessitant une approche transversale aux trois schémas d'organisation (SROS, SRP, SROMS). Il s'agit notamment des thèmes portant sur les addictions, la santé mentale, VIH/hépatites et les maladies chroniques.

D'autres problématiques ont également émergé : précarité, vieillissement de la population incarcérée, préparation aux sorties de détention... montrant la nécessité d'une approche décloisonnée au sein de l'ARS, mais aussi d'une articulation avec d'autres partenaires extérieurs (services de la cohésion sociale, collectivités territoriales).

S'agissant de la prévention et la promotion de la santé, elle est particulièrement développée dans l'axe 2.

Il s'agit d'une part d'actions de portée générale visant après la réalisation de l'état des lieux (action 5.1) l'élaboration du présent document (5.2) afin d'accompagner le développement de la promotion de la santé et de renforcer les compétences des acteurs.

D'autre part, des actions plus thématiques concernent la prévention sélective ou la réduction des risques liés à certaines pratiques (VIH/VHC/VHB/IST, santé mentale, santé bucco-dentaire) (actions 3, 6, 7), visent des publics spécifiques (action 5.6 éducation vie affective et sexuelle pour les personnes mineures) ou renforcent des dispositifs d'offre en addictologie plus importants pour les personnes incarcérées ou sortant de détention : centre de soins d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA) (action 12).

Dans le cadre de l'action 12, la DGS a édité un *Guide des traitements de substitution aux opiacés en milieu carcéral* mis en ligne sur le site du ministère chargé de la santé à l'adresse suivante :

http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Guide_des_TSO_en_milieu_carceral.pdf

Le plan d'actions stratégiques est disponible en intégralité sur le site du ministère chargé de la santé <http://www.sante.gouv.fr/plan-d-actions-strategiques-relatif-a-la-politique-de-sante-des-personnes-placees-sous-main-de-justice.html>.

Guide méthodologique *Prise en charge sanitaire des personnes placées sous main de justice*

Le guide méthodologique *Prise en charge sanitaire des personnes placées sous main de justice*² a été réactualisé en 2012. Rédigé sous forme de fiches synthétiques, il a vocation à répondre aux questionnements des professionnels sur l'ensemble des domaines qui constituent la prise en charge sanitaire et sociale

2. Ministère de la Justice, ministère des Affaires sociales et de la Santé. *Prise en charge sanitaire des personnes placées sous main de justice. Guide méthodologique*. Paris : ministère de la Justice, ministère des Affaires sociales et de la Santé, 2012 : 364 p. En ligne : http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Guide_Methodologique_-_Personnes_detenues_2012.pdf

des personnes sous main de justice. Il fournit des orientations à propos des règles spécifiques liées à l'environnement du monde carcéral et traite également des modalités de prise en charge de la santé de cette population.

L'éducation pour la santé et la promotion de la santé font l'objet d'un chapitre spécifique.

État des lieux des actions d'éducation pour la santé

Une enquête portant sur l'organisation, la mise en œuvre et les conditions de réalisation de l'éducation pour la santé a été menée par l'Inpes en 2010 auprès des 174 unités sanitaires (ex UCSA) de France³. Cette enquête correspondait à l'action 5.1 du plan d'actions stratégique « Politique de santé des personnes placées sous main de justice ».

Le taux de participation a été de 63 % représentant 70 % de la population pénale. Des actions d'éducation pour la santé étaient mises en place dans 85 % des établissements pénitentiaires (cinq actions par an en moyenne (de une à dix-huit)). L'enquête a montré une grande hétérogénéité de l'organisation et des pratiques (nombre et modalités des actions, existence d'un comité de pilotage (Copil), élaboration d'un programme, temps consacré à l'éducation pour la santé [tableau I]). Elle a néanmoins objectivé une structuration progressive de l'éducation pour la santé et l'implication des soignants. Le nombre de Copil est en augmentation régulière (en 2010, 42 % des établissements répondants) et un programme d'éducation pour la santé a été élaboré dans 68 % des établissements.

TABLEAU I

Temps soignant consacré à l'éducation pour la santé

Profession	Nombre d'heures par mois consacrées à l'éducation pour la santé (médiane)	Pourcentage d'établissements consacrant du temps à l'éducation pour la santé (nombre/nombre d'établissements ayant répondu à la question)
Infirmiers	6	70 % (57/82)
Cadres infirmiers	3	43 % (35/81)
Médecins	2	44 % (35/80)
Psychologues	2	18 % (14/80)
Psychiatres	2	11 % (9/79)
Autres	4,5	25 % (20/81)

Les unités sanitaires sont au centre du dispositif ; elles sont en charge du pilotage, animent 87 % des Copil et en assurent la coordination [figure 4]. Seules ou associées, elles sont opératrices de 90 % des actions d'éducation pour la santé et principal intervenant dans 73 % des cas.

Il existe souvent de véritables partenariats de terrain notamment entre les professionnels de santé et les professionnels pénitentiaires. Ces partenariats,

3. Les résultats complets de l'enquête sont disponibles sur le site de l'Inpes www.inpes.sante.fr thématique milieu pénitentiaire/documentation.

FIGURE 4

Composition des Copil éducation pour la santé

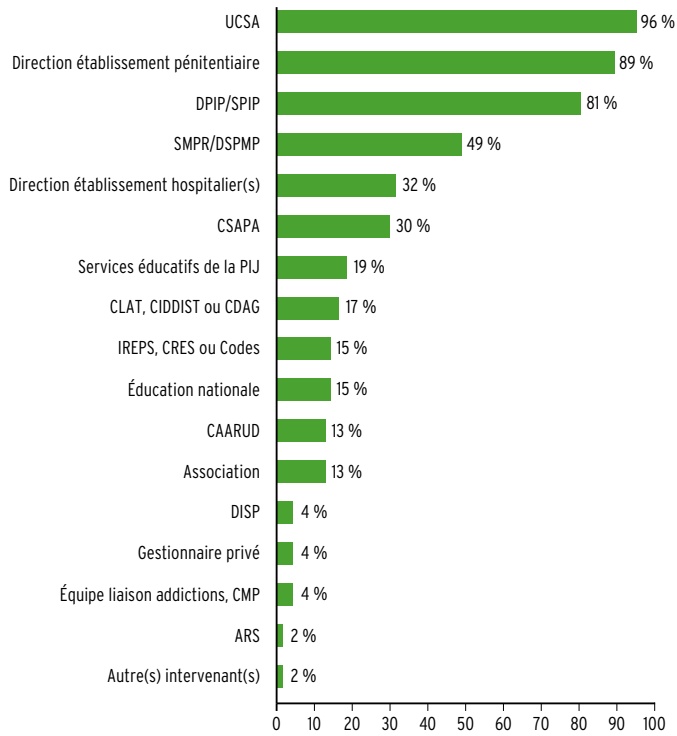
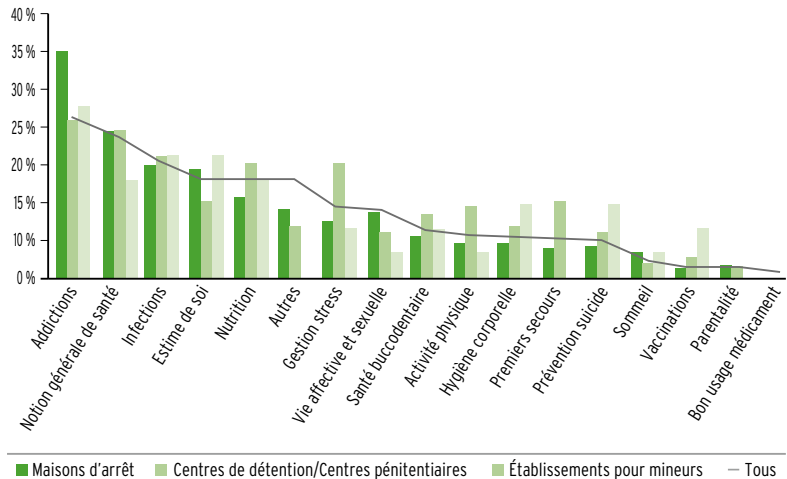


FIGURE 5

Thèmes des actions proposées en éducation à la santé



de même que l'élaboration des programmes et la mise en œuvre des actions, sont facilités et confortés par les Copil. Pourtant, dans 15 % des établissements, des actions ont été mises en œuvre sans coordination avec l'unité sanitaire. Les thèmes traités dans l'ensemble des établissements répondants reflétaient les problématiques de santé les plus fréquentes des personnes détenues, notamment les addictions, la notion de santé, les maladies infectieuses (infection par le VIH, hépatites virales et infections sexuellement transmissibles (IST) essentiellement), l'estime de soi et la nutrition [figure 5]. La participation des personnes détenues aux étapes d'analyse des besoins puis de construction des programmes apparaît peu développée.

Les financements des actions (en totalité ou partiellement) étaient avant tout issus des ARS (40 % des actions) et des établissements hospitaliers (36 % des actions). L'administration pénitentiaire participait aussi, sous forme de cofinancements. L'enquête a mis en avant les difficultés liées à la complexité des circuits, aux financements rarement pérennes et au décalage des calendriers de financement par rapport aux actions.

- *Les principaux facteurs facilitants* identifiés par les professionnels de santé étaient la qualité de la coopération et du soutien de l'administration pénitentiaire, l'implication des personnels et des intervenants, la qualité des partenariats et le soutien des directions des établissements de santé.
- *Les principaux obstacles* portaient également sur le manque de temps et de disponibilité pour l'éducation pour la santé ainsi que sur les contraintes logistiques liées à la vie carcérale et les problèmes de coordination lors de la mise en œuvre des actions.

Au niveau régional : la commission régionale santé justice

Cette commission se réunit au moins une fois par an et est chargée d'examiner :

- toute question d'ordre général se rapportant à la protection sociale, à l'amélioration de la prise en charge sanitaire et sociale des personnes majeures et mineures placées sous main de justice ;
- tout sujet se rapportant aux prises en charge sanitaires en amont et en aval de l'incarcération, en lien avec les procédures judiciaires ;
- toute question d'ordre général se rapportant à la protection et à l'amélioration de la santé des mineurs sous protection judiciaire.

Elle veille à la mise en œuvre des orientations fixées par le comité interministériel ou le niveau national dans les domaines de la prise en charge sanitaire et sociale de ces personnes. Elle s'assure de la coordination et de la bonne information des services et des partenaires compétents. Sont membres de droit : le directeur général de l'ARS qui préside cette commission, le préfet de région, le chef de cour d'appel, les procureurs généraux, le directeur interrégional des

services pénitentiaires de rattachement et le directeur interrégional de la PJJ. Selon l'ordre du jour, peut être associée toute personne ou toute structure qualifiée par sa compétence ou en raison de ses fonctions.

Dans l'établissement pénitentiaire

La démarche de promotion de la santé et d'éducation pour la santé s'intègre dans une approche globale qui inclut l'environnement des personnes détenues et les conditions de vie dans l'établissement pénitentiaire, et associe l'ensemble des intervenants (approche globale de la prison – *Whole prison approach* – de l'OMS), en cohérence avec les principes de la charte d'Ottawa. Elle prend en compte les besoins de santé, y compris ceux relatifs aux conditions de vie (déterminants de santé) **[Promotion de la santé : concepts, p. 7 et Pourquoi développer la promotion de la santé en milieu carcéral, p. 25]**. Les objectifs de cette démarche sont les suivants :

- donner aux personnes détenues les moyens de faire des choix favorables à leur santé au travers de la transmission d'informations et de l'acquisition de compétences. Cela concerne le mode de vie, les comportements et les facteurs de risque mais aussi l'environnement des personnes et la capacité à recourir aux ressources existantes dans le domaine de la prévention et de la santé, du social, de l'éducation, etc. ;
- assurer l'adéquation des actions de promotion de la santé et d'éducation pour la santé à la population carcérale présente dans l'établissement pénitentiaire, à ses besoins en la matière ainsi qu'aux politiques de santé publiques nationales et régionales ;
- intégrer les actions de promotion de la santé et d'éducation pour la santé dans un plan cohérent et coordonné ;
- coordonner les actions notamment au regard de la multiplicité des intervenants et des financeurs.

La prévention fait partie intégrante des missions de l'établissement de santé signataire du protocole qui le lie à l'administration pénitentiaire **[Approche du milieu, p. 172]** qu'il s'agisse de prévention primaire, secondaire ou tertiaire) **[Promotion de la santé : concepts, p. 7]**.

Commission santé

Au-delà de la communication informelle établie au quotidien entre les personnels soignants et les personnels pénitentiaires, une commission santé est mise en place dans chaque établissement pénitentiaire à l'initiative du médecin coordonnateur en lien avec le chef de l'établissement pénitentiaire. Elle est composée de représentants des équipes soignantes (somatiques et psychiatriques) et des services pénitentiaires. Dans les établissements accueillant des mineurs, la commission santé associe également les services éducatifs de la PJJ et de l'Éducation nationale.

Elle élabore les procédures et les outils formalisés visant à la coordination et à l'information réciproque des équipes et des services précités. Elle n'a pas compétence pour traiter des cas individuels, en revanche son activité doit permettre l'information des différents professionnels sur leurs compétences et leurs limites d'intervention.

Elle doit favoriser la mobilisation des services sur différentes actions de prévention et de promotion de la santé, dont la prévention du suicide.

Le comité de pilotage des actions d'éducation pour la santé

En application des textes législatifs et réglementaires, l'établissement de santé ayant en charge le dispositif de soins somatiques a la responsabilité de la coordination de ces actions et de l'élaboration du programme annuel ou pluriannuel. Celui-ci est élaboré en lien avec l'établissement de santé en charge du dispositif de soins psychiatriques, l'établissement pénitentiaire et le Service pénitentiaire d'insertion et de probation (SPIP). Pour mener à bien ces actions, un Copil est mis en place et a pour mission d'élaborer, ou de valider, un programme annuel ou pluriannuel d'actions d'éducation pour la santé. Ce programme pluriannuel est conçu en fonction des données sanitaires de l'établissement, des priorités régionales ou nationales et des besoins locaux de la population pénale.

La composition du Copil doit être pluridisciplinaire et la plus représentative possible des différents intervenants pour permettre une construction commune des projets, facteur de réussite des actions **[FT 1, p. 53]**.

Les projets développés peuvent être de formes et de durées variables. Ils peuvent être en lien avec un événement national. Ils doivent être adaptés à ces publics et tiennent compte du nombre idéal de personnes, des locaux et moyens matériels mis à disposition. Ils peuvent comporter des interventions faites par des professionnels internes à l'établissement pénitentiaire ou des partenaires extérieurs préalablement préparés à la rencontre avec ce milieu.

QUELQUES EXEMPLES D'ACTIONS D'ÉDUCATION POUR LA SANTÉ

Journée de l'hygiène buccodentaire, éducation nutritionnelle et activité physique, actions prévention tabac, atelier lien de parentalité, hygiène dans le cadre d'activités de travail, journée mondiale sans tabac, journée mondiale contre le VIH/Sida, semaine du goût, formation aux gestes de 1^{er} secours, etc.

Ressources internationales en promotion de la santé en milieu pénitentiaire

Les politiques de prévention et de promotion de la santé en milieu pénitentiaire sur le plan international sont très hétérogènes et comprennent des approches très différentes.

Dans de nombreux pays, y compris dans des états membres de l'Union européenne, la prise en charge sanitaire des détenus ne relève pas du ministère chargé de la santé mais de ceux chargés de la justice ou de l'intérieur. Dans certains pays, l'organisation est mise en place au niveau infranational et diffère donc selon le territoire (cas de la Suisse par exemple).

La Norvège a été en 1987 le premier pays du monde à organiser des soins en prison de manière indépendante de l'administration pénitentiaire sur l'ensemble de son territoire.

En France, c'est en 1994 que la prise en charge sanitaire des personnes détenues a été confiée au ministère de la Santé. Ce transfert de charge a été effectué de manière plus récente au Royaume-Uni (2006) [1] et en Italie (2008) où il n'apparaît pas encore totalement opérationnel [2].

CADRAGE STRATÉGIQUE

Organisation mondiale de la santé

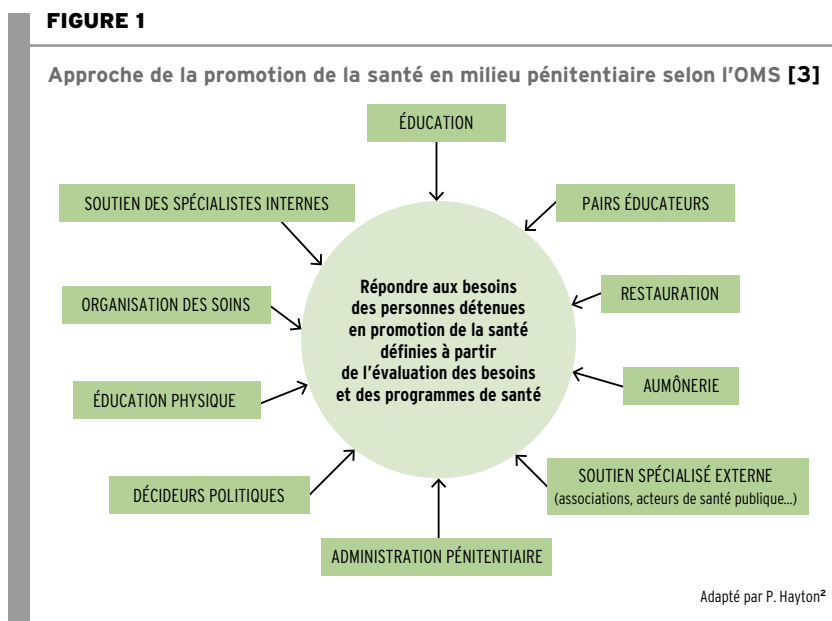
Les Nations unies ont édicté en 1990 le principe d'équité dans l'accès aux services de santé des personnes détenues par rapport à la population générale et précisé les éléments qui garantissent une prison promotrice de santé :

- les services de santé sont équivalents à ceux existant en population libre ;
- les risques pour la santé sont réduits au minimum ;
- la dignité et les droits de chaque personne détenue sont respectés¹.

OMS Europe et Conseil de l'Europe

Le bureau régional de l'OMS pour l'Europe a instauré en 1996 le projet « Santé en prison » [3] [figure 1]. Les rapports publiés dans le cadre de ce projet ces dernières années, dont le *WHO guide to the essentials in prison health*, publié en 2007 [4] et la Déclaration de Trenčín relative à la santé mentale en prison, publiée en 2008 [5], font la synthèse des recherches et des analyses effectuées par des experts du monde entier, dans l'objectif de sensibiliser l'ensemble des acteurs à la question de la santé en prison.

FIGURE 1



Sept principes directeurs ont été définis pour garantir une prise en compte de la santé des personnes détenues :

- l'accès au médecin ;
- l'équivalence des soins par rapport à la population générale ;
- le consentement du patient et la confidentialité ;
- la prévention sanitaire et l'éducation à la santé ;
- l'intervention humanitaire envers des groupes vulnérables ;

1. <http://www.who.int/topics/prisons/en/>

2. Inpes. Session 8. *Quelle place pour la prévention, l'éducation pour la santé et l'éducation thérapeutique en milieu carcéral ?* [Retranscription des interventions]. Inpes, Paris, 2008. En ligne : <http://www.inpes.sante.fr/jp/cr/pdf/2008/integral/Session8.pdf>

- l'indépendance professionnelle ;
- la compétence professionnelle.

GUIDES DE BONNES PRATIQUES ET FICHES TECHNIQUES

De nombreux pays mettent à disposition des guides de bonnes pratiques et des fiches techniques dans le domaine de la prévention. Parmi ceux disponibles en langue anglaise citons par exemple :

- les deux documents de référence de l'OMS [4, 5] ;
- le guide « *prévention des maladies infectieuses et transmissibles dans les prisons et les lieux de détention* » de la NHS (http://www.hpa.org.uk/webc/HPAwebFile/HPAweb_C/1309970446427) ;
- le guide *Standards for Health services in Australian prisons* élaboré par The Royal Australian College of General Practitioners (<http://www.racgp.org.au/your-practice/standards/standardsprisons/>) ;
- les fiches techniques du SMS (Scottish prison service), qui traitent de diverses thématiques de soin et de prévention (addictions, maladies infectieuses, etc.). En ligne : www.sps.gov.uk ;
- « *Mental Health Strategy* », document de cadrage stratégique relatif à la santé mentale. En ligne : <http://www.csc-scc.gc.ca/health/092/MH-strategy-eng.pdf> ;
- aux États-Unis, le site du *Center for Disease Control* consacré au milieu pénitentiaire regroupe parmi les différentes thématiques une section Éducation à la santé composée essentiellement de fiches et *guidelines* techniques. En ligne : <http://www.cdc.gov/correctionalhealth/>.

Dans le cadre du « Projet de lutte contre les maladies infectieuses en milieu carcéral » (BIG) lancé par l'Office fédéral de la santé publique suisse (OFSP) en collaboration avec l'Office fédéral de la justice (OFJ) et la Conférence des directrices et directeurs des départements cantonaux de justice et police (CCDJP), il est mis à disposition sur son site internet un vade-mecum « Maladies transmissibles et addictions en prison » téléchargeable sur http://www.bag.admin.ch/hiv_aids/05464/05484/05488/index.html?lang=fr.

PROGRAMMES

Grande-Bretagne

En 2002, un document de cadrage a été élaboré par le National Health Service. Intitulé « *Prison promotrice de santé ; une approche partagée* », ce document avait pour objectif d'aider à mettre en place une promotion de la santé pour l'ensemble des établissements pénitentiaires [6]. Ce document est très complet et assorti de nombreux exemples d'actions possibles envers les personnes détenues et les personnels.

Dans les suites de ce travail, en 2003, le NHS a diffusé des instructions afin que des thématiques prioritaires puissent être inscrites dans les programmes d'actions de santé des établissements [7] :

- santé mentale et bien-être ;
- lutte contre le tabagisme ;
- diététique et nutrition ;
- comportements favorables à la santé dont réduction des risques sexuels ;
- addiction.

Écosse

Un document stratégique de promotion de la santé dans les prisons écossaises (*Scottish Prison Service*) a été élaboré en 2002 : « *The Health Promoting Prison : A framework for promoting health in the Scottish Prison Service* » [8]. Un certain nombre de principes y sont définis et quatre exemples sont déclinés selon une approche d'intervention sur plusieurs niveaux de déterminants de santé. Les thématiques choisies pour illustrer ce document sont la nutrition [tableau 1, figure 2], la santé mentale et le bien-être, le tabagisme et l'activité physique.

EXEMPLE DE PROGRAMME : LE PROGRAMME TRIENNAL DE PROMOTION DE LA SANTÉ DANS LA PRISON DE RISLEY

Le programme comprenait les thématiques suivantes :

- lutte contre le tabagisme ;
- amélioration de la qualité des parloirs ;
- promotion de l'accès aux soins ;
- diététique/nutrition ;
- hygiène ;
- santé sexuelle et maladies transmissibles ;
- santé mentale ;
- activités en soirée.

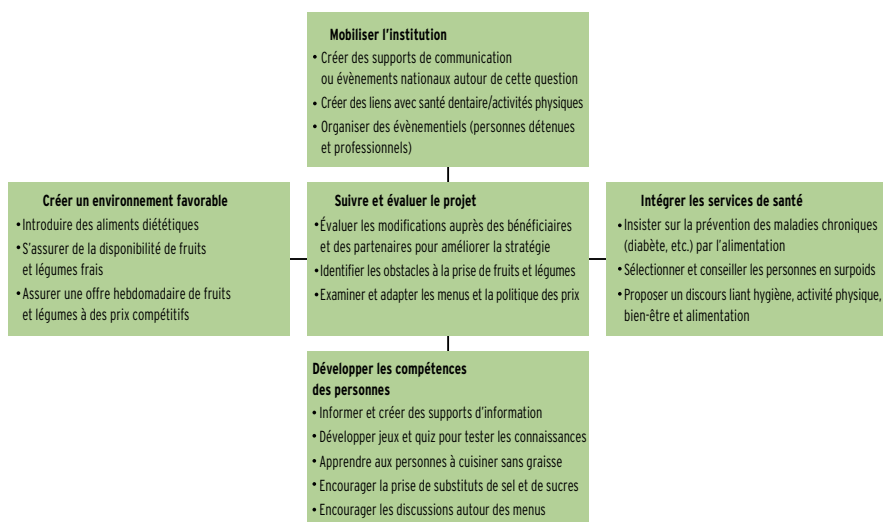
TABLEAU I

Exemple d'objectifs opérationnels élaborés en 2002 par le *Scottish Prison Service* et relatifs à l'alimentation

Objectifs	Atteinte de l'objectif en 2003	Atteinte de l'objectif en 2005
Proposer des produits à teneur réduite en sucre	50 %	100 %
Diminuer la consommation de produits trop salés ou trop sucrés	Portions	Totalité
Remplacer les jus de fruits manufacturés par des jus de fruits frais	100 %	100 %
Proposer du jus de fruit frais aux repas	Petit-déjeuner	Tous les repas
Augmenter la consommation de légumes à 400 g par jour	200 g par jour	400 g par jour
Offrir des édulcorants pour les boissons	50 %	100 %
Réduire les plats frits à 3 par semaine	À 6 par semaine	À 3 par semaine
Augmenter la prise de céréales ou de farine complète de 100 %	50 %	100 %
Augmenter l'offre de salade à chaque repas de 50 %	25 %	50 %
Ne mettre en vente dans les distributeurs que des produits diététiques	100 %	100 %

FIGURE 2

Objectifs opérationnels relatifs à l'alimentation intervenant sur les différents niveaux de déterminants de santé (individuel, milieu de vie, institution)



Bibliographie

Les sites internet mentionnés ont été consultés le 27/05/2014.

- [1] Ginn S. Health Care in Prisons. Prison Environment and Health. *British Medical Journal*, 2012, n° 345. En ligne : <http://www.bmj.com/content/345/bmj.e5921>
- [2] Verdot C., Godin-Blandeau E., Develay A.-E. *Dispositifs de surveillance de la santé des personnes incarcérées en France et à l'étranger*. Bordeaux, Congrès international ADELFSFSP. *Revue d'épidémiologie et de santé publique*, 2013, vol. 61, Suppl. 4 : S263.
- [3] World Health Organization Regional Office for Europe. WHO *Health in Prisons Programme (HIPPP)* [page internet]. 2013. En ligne : <http://www.euro.who.int/en/health-topics/health-determinants/prisons-and-health/who-health-in-prisons-programme-hipp>
- [4] Moeller L., Stöver H., Jürgens R., Gatherer A., Nikogosian H. *Health in Prisons. A WHO guide to the essentials in prison health*. Copenhagen : World Health Organization, 2002 : 198 p. En ligne : www.euro.who.int/document/e90174.pdf
- [5] World Health Organization Regional Office for Europe. *Trencin statement on prisons and mental health*. Copenhagen : WHO, 2008 : 38 p. En ligne : http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0006/99006/E91402.pdf
- [6] *Health Promoting Prisons : A Shared Approach*. London : Department of Health, 2002 : 72 p.
- [7] Her Majesty's Prison Service. *Prison Service Orders. Order number. Health promotion*. London : Ministry of Justice, 2003 : 3 p. En ligne : http://www.justice.gov.uk/downloads/offenders/psipso/psos/PSO_3200_health_promotion.doc
- [8] *The Health Promoting Prison : A Framework for Promoting Health in the Scottish Prison Service*. Edinburgh : Scottish Prison Service, 2002 : 30 p. En ligne : http://www.sps.gov.uk/nmsruntime/saveasdialog.aspx?fileName=The_Health_Promoting_Prison.pdf

Section II | **Méthodologie d'élaboration
et de développement
de projets : fiches techniques**



Introduction

La mise en place d'un programme de promotion de la santé en milieu pénitentiaire doit s'inscrire dans une démarche méthodologique classique qui comprend quatre grandes étapes : l'origine, les bases, l'élaboration et la concrétisation du projet.

Cette section propose de décrire ces étapes en quatorze fiches techniques **[encadré 1, figure 1]**.

Pour plus de clarté, ces fiches sont présentées les unes à la suite des autres, mais leur mise en œuvre est le plus souvent simultanée. Ainsi, par exemple, dans la réalité, l'élaboration du programme, l'identification des partenaires, l'estimation des besoins et la recherche des sources de financement sont mis en œuvre en parallèle.

Les éléments d'évaluation sont réfléchis dès la phase d'élaboration. La figure 1 permet d'illustrer le fait que la concrétisation d'un projet et son évaluation sont des éléments qui peuvent être à l'origine d'un projet ultérieur.

La communication, le suivi et l'évaluation sont des éléments présents dans toutes les phases du projet.

Un document électronique disponible sur le site de l'Inpes dans l'espace thématique Santé en milieu pénitentiaire regroupe l'ensemble des figures et tableaux que le lecteur peut télécharger et utiliser à sa convenance : *Référentiel d'intervention en milieu pénitentiaire. Recueil des outils.*

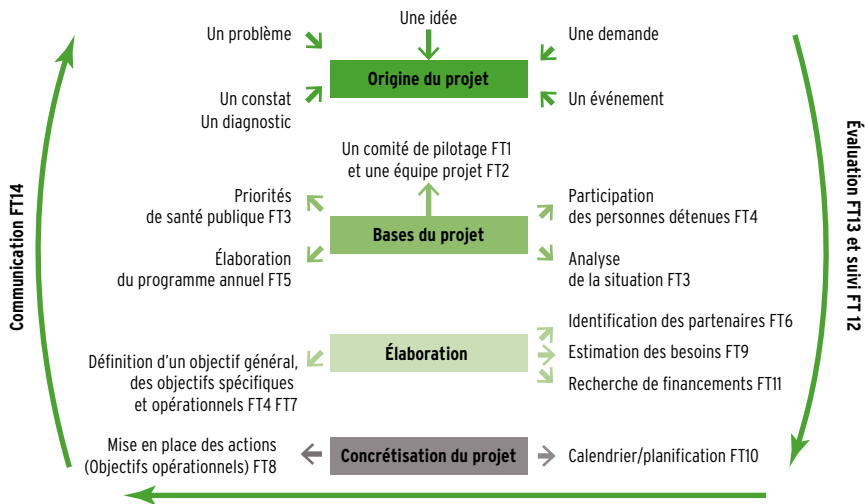
ENCADRÉ 1

LISTE DES FICHES TECHNIQUES

- Fiche technique 1. Comité de pilotage (Copil)
- Fiche technique 2. Équipe projet
- Fiche technique 3. Analyse de la situation et caractérisation de la population concernée
- Fiche technique 4. Participation des personnes détenues
- Fiche technique 5. Élaboration d'un programme annuel ou pluriannuel d'éducation et de promotion de la santé
- Fiche technique 6. Identification des partenaires
- Fiche technique 7. Définition des objectifs
- Fiche technique 8. Élaboration des actions
- Fiche technique 9. Estimation des besoins humains, logistiques et financiers
- Fiche technique 10. Planification du projet
- Fiche technique 11. Recherche des sources de financement
- Fiche technique 12. Suivi du projet
- Fiche technique 13. Évaluation
- Fiche technique 14. Communication autour du projet

FIGURE 1

Monter un projet



Fiche technique 1. Comité de pilotage (Copil)

Les missions et la composition du Copil ont été définies dans le guide méthodologique « Prise en charge sanitaire des personnes sous main de justice »¹. Elles sont détaillées ci-dessous.

MISSIONS

Le Copil a pour mission d'élaborer, ou de valider, le programme annuel ou pluriannuel d'éducation pour la santé. Pour cela, il :

- définit des priorités dans l'établissement notamment au regard des besoins des personnes détenues dans l'établissement et des politiques de santé régionales et nationales ;
- valide les propositions d'actions et le choix des intervenants ;
- échange l'information sur les actions menées et/ou financées ;
- suit la mise en œuvre et la cohérence des actions ;
- analyse les évaluations des actions mises en œuvre et propose des adaptations ou changements nécessaires, le cas échéant.

Il se réunit au minimum une fois par an.

1. Ministère chargé de la santé. *Circulaire interministérielle n° 27 du 30 octobre 2012 relative à la publication du guide méthodologique sur la prise en charge sanitaire des personnes sous main de justice*. En ligne : http://circulaire.legifrance.gouv.fr/pdf/2012/11/cir_36019.pdf

En pratique, le comité de pilotage définit le programme annuel ou pluriannuel dans une approche globale de promotion de la santé.

Il s'appuie sur une équipe projet **[FT 2, p. 55]**.

L'équipe projet élabore un programme d'actions **[FT 5, p. 65]**.

COMPOSITION

Le comité de pilotage est présidé par le directeur d'établissement de santé ou son représentant (article R. 6112-20 du Code de la santé publique).

Le médecin coordonnateur de l'unité sanitaire (US) et/ou le cadre de santé (ou leur représentant) coordonne le comité de pilotage :

- il veille à la pertinence de la composition du comité de pilotage ;
- il initie la réflexion sur l'orientation stratégique d'intervention et les objectifs du programme annuel ou pluriannuel ;
- il s'assure de la périodicité des réunions.

Le comité de pilotage est une instance de réflexion et de validation. Sa composition doit être la plus représentative possible des intervenants dans l'établissement. Ainsi, il inclura par exemple :

- le médecin responsable du dispositif de soins somatiques ;
- le cadre de santé du dispositif de soins somatiques (DSS) ;
- le médecin responsable du dispositif de soins psychiatriques (DSP) ;
- le cadre de santé du dispositif de soins psychiatriques ;
- des personnels soignants de l'unité sanitaire (DSS et DSP) ;
- le directeur de l'établissement pénitentiaire (ou son représentant) ;
- un représentant des personnels de surveillance ;
- un représentant du Service pénitentiaire d'insertion et de probation (SPIP) ;
- un représentant de la Protection judiciaire de la jeunesse (PJJ) dans les établissements accueillant des mineurs ;
- d'autres partenaires jugés utiles en fonction des situations locales (représentant de l'Éducation nationale, Ireps/Codes, associations, CSAPA référents, etc.).

Le bon fonctionnement du comité de pilotage repose sur au moins une réunion annuelle lui permettant de valider les orientations. Ces réunions favorisent la construction d'une identité commune et la cohésion multi-partenaire et intersectorielle.

Les ARS et les directions interrégionales des services pénitentiaires (DIRSP) peuvent être invitées dans les comités de pilotage en tant que de besoin. En effet, étant parties prenantes et/ou financeurs potentiels, ils ne sont pas membres du Copil.

Fiche technique 2.

Équipe projet

BASE MÉTHODOLOGIQUE

L'organisation d'un projet s'appuie, pour sa mise en œuvre, sur une équipe projet animée par un chef de projet.

La concertation entre les professionnels de la santé et de l'administration pénitentiaire (AP) conditionne sa réussite.

Un organigramme répertoriant les membres composant l'équipe-projet et précisant leurs coordonnées, leur fonction, leur organisme de rattachement, leur rôle au sein du projet permet de rendre visible cette partie de l'organisation du projet.

LE CHEF DE PROJET

Le chef de projet porte la responsabilité du projet, en assure la coordination, la construction et la mise en œuvre au sein d'une équipe. Il est choisi sur décision du comité de pilotage de l'établissement en prenant en compte la capacité de leadership, l'expertise et les compétences pour mettre en œuvre un projet (savoirs, savoir être, savoir-faire et faire savoir). Il doit posséder de réelles capacités de communication, de management de projet et d'équipe.

Le chef de projet n'est pas obligatoirement membre du comité de pilotage. Il peut être extérieur à l'établissement de santé ou à l'établissement pénitentiaire.

En fonction de la situation locale, le chef de projet peut être issu de structures diverses (service public hospitalier, administration pénitentiaire dont le SPIP, milieu associatif, Éducation nationale, PJJ dans les établissements accueillant les mineurs etc.).

L'ÉQUIPE PROJET

Animée par le chef de projet, son rôle est de construire le projet en lien avec le comité de pilotage. Le rôle et les responsabilités de chacun sont clairement définis et identifiés afin d'assurer la coordination avec les différents acteurs et partenaires et de veiller à son organisation, sa mise en œuvre et son adaptation. Elle élabore la ou les actions structurant le projet. Sa composition et sa taille dépendent des différentes parties en présence **[FT 6, p. 67]**. L'équipe projet doit être dotée d'une expertise technique et opérationnelle. Seront également définies les modalités de déroulement du suivi du projet au cours de réunions qui préciseront : la fréquence des réunions, les procédures de validation des documents, les outils de communication et de suivi. Les comptes rendus de ces réunions seront systématiquement adressés aux membres du comité de pilotage.

EN PRATIQUE

La constitution de l'équipe projet nécessite d'identifier au préalable le périmètre du projet, les enjeux, les conditions de réussite et les points faibles, les personnes ressources susceptibles de participer au projet ou d'avoir un impact sur sa mise en œuvre et les acteurs potentiels. Elle comprend au minimum un membre de l'équipe soignante et un membre de l'administration pénitentiaire et/ou de la PJJ dans les établissements accueillant des mineurs.

Selon le projet, il peut être fait appel à d'autres partenaires : soignants, personnels techniques, etc. **[FT 6, p. 67]**.

L'ESSENTIEL

Le comité de pilotage valide le projet et le confie à un chef de projet clairement identifié et légitime qui constituera son équipe.

Le rôle de chacun des membres de l'équipe projet est clairement identifié.

Tous les axes du projet ont un représentant au sein de l'équipe projet.

La présence d'une ou plusieurs personnes détenues au sein de l'équipe projet est un facteur de réussite.

L'équipe projet est opérationnelle. Elle veille à la mise en place de l'action ou des actions structurant le projet et en informe le comité de pilotage.

Le nombre de réunions varie en fonction de la nature du projet. Ces réunions favorisent la construction d'une culture commune et la cohésion multipartenariale et intersectorielle indispensable dans le respect des missions de chaque intervenant.

Fiche technique 3.

Analyse de la situation et caractérisation de la population concernée

BASE MÉTHODOLOGIQUE

L'analyse de la situation, réalisée par le chef de projet, est une phase de diagnostic exploratoire à partir de laquelle il est possible de dégager des priorités d'action, de mieux définir la population concernée et les ressources existantes.

Cette étape indispensable permet de connaître les besoins de la population de l'établissement et d'explorer l'existant. Elle permet de repérer les freins et les leviers à la mise en place du projet ou des actions constituant le projet. Elle identifie les relais, les intervenants, les partenaires et les autres acteurs à associer au projet **[FT 6, p. 67]**, les sources de financement potentielles ; elle permet aussi de prendre connaissance des politiques locales de santé publique et des actions qui existent déjà. En effet, certaines actions élaborées par les collectivités peuvent rejoindre ou alimenter le projet.

L'analyse de la situation doit également préciser la vie sociale de l'établissement, qui constitue autant de leviers, de ressources matérielles et humaines sur lesquelles un projet peut s'appuyer : durée moyenne de séjour dans l'établissement, nombre de personnes inscrites au sport, nombre de personnes scolarisées, fréquentation de la bibliothèque, niveau de lecture, nombre de personnes classées au travail, existence d'un journal interne, etc. Il sera nécessaire de prendre en compte les fluctuations des données au cours du temps en fonction de la durée de vie du projet **[FT 12, p. 87]**.

Elle fait le point sur les cadres législatifs et les aspects réglementaires dans lesquels le projet peut s'intégrer. L'inscription du projet dans les priorités d'action de l'institution lui donne une légitimité ainsi qu'une perspective de pérennisation.

Associer les personnes détenues et celles qui interviennent auprès d'elles ainsi que les partenaires potentiels à cette phase de recueil d'information permet de mieux prendre en compte les attentes des personnes détenues et favorise leur implication rapide dans le projet. Le plus souvent, les besoins identifiés sont multiples et ne peuvent pas tous être pris en compte simultanément : les hiérarchiser permet de dégager des priorités d'action.

Le choix des priorités tient également compte des ressources, des financements [FT 10, p. 82 et FT 11, p. 84] et du degré de mobilisation des partenaires et de la population concernée.

La restitution des résultats de la phase de diagnostic au comité de pilotage et à l'ensemble des personnes qui ont été sollicitées peut constituer déjà un projet en soi ou une première étape de mobilisation.

Cette analyse repose sur l'utilisation de techniques de recueil d'information (certaines d'entre elles pouvant nécessiter des compétences particulières) comme par exemple l'analyse documentaire, l'observation, le questionnaire ou l'entretien de groupe ou individuel.

L'ESSENTIEL

- L'analyse de la situation permet parfois de repérer des actions déjà réalisées mais non identifiées.
- Les besoins doivent être hiérarchisés.
- Cette phase de diagnostic est une étape essentielle dans la mise en place du projet.
- La participation des personnes détenues à la phase de diagnostic améliore leur adhésion future au projet.

EN PRATIQUE

Champs de l'analyse

L'analyse de la situation en fonction du projet porte sur :

- la population concernée ;
- les actions de prévention déjà mises en œuvre dans l'établissement, dans d'autres établissements et en dehors du milieu carcéral ;
- l'offre existante en lien avec le projet choisi ;
- les obstacles et les leviers à la réalisation d'une action ou des actions du projet ;
- les cadres législatifs, réglementaires et institutionnels dans lesquels le projet peut s'inscrire ;
- le repérage des ressources internes et externes (intervenants, partenaires...).

Population concernée

Plusieurs éléments sont à prendre en compte :

- la typologie de la population à laquelle le projet s'adresse : hommes, femmes, mineurs, tranche d'âge, etc. ;
- l'état de santé et/ou les déterminants de santé des personnes détenues pour établir une photographie selon les objectifs du projet. Par exemple : indice de masse corporelle, habitudes alimentaires, activité physique, diabète pour un projet sur la nutrition, etc. ;
- les conduites à risque (consommation de substances psychoactives, tabac) reflétées par le taux de personnes sous anxiolytiques, la proportion de fumeurs, etc.

L'objectif n'est pas de refaire une étude. Le plus souvent, ces données peuvent être obtenues grâce à différentes sources : administration pénitentiaire, CPAM, référent local d'enseignement, services de gestion déléguée, activité de l'unité sanitaire (DSP et DSS). Bien entendu, il n'est pas question de divulguer des diagnostics individuels pour cibler telle ou telle personne ; il s'agit de définir un projet qui compte tenu des données populationnelles globales sera le plus pertinent **[Mise en oeuvre pratique : deux programmes concrets, p. 101]**.

Exemple : Identifier que 75 % des plus de 50 ans ne pratiquent aucune activité sportive peut conduire à un projet visant l'ensemble des plus de 50 ans.

Des approches complémentaires peuvent être pertinentes : études d'observation par questionnaires ou études qualitatives sous forme d'entretiens individuels ou collectifs (*focus groups*).

Selon l'ampleur du projet, l'appui méthodologique d'un professionnel issu du pôle régional de compétences, d'une instance régionale d'éducation pour la santé (Ireps) ou du Comité départemental d'éducation à la santé (Codes) peut s'avérer utile **[Liste et coordonnées des pôles régionaux de compétences , p. 202]**.

Les actions de prévention en santé déjà mises en œuvre localement

Une identification des actions intersectorielles déjà mises en œuvre sur le plan local permet de s'assurer que le projet s'inscrit bien en complémentarité d'autres projets. Elle favorise également la synergie entre les différents projets. Le chef de projet et le comité de pilotage veillent à cette articulation.

L'offre existante en lien avec le projet choisi

L'étude de cette offre permet d'éviter les doublons, de s'orienter vers des actions complémentaires et de s'appuyer sur les ressources ou de les compléter.

Les obstacles à la mise en œuvre et les leviers d'action

L'analyse de la situation permet d'identifier les obstacles à la mise en place et les leviers d'action. Le recueil de ces informations qui sont de plusieurs

ordres (institutionnel, environnemental, organisationnel, social et individuel) peut nécessiter la mise en œuvre de différentes méthodes : recensement des infrastructures, enquête auprès des personnes ou de leur entourage, etc. À titre d'exemple, voici quelques obstacles (réels ou perçus) que l'analyse peut mettre en évidence.

- Obstacle institutionnel : contraintes pénitentiaires sécuritaires
- Obstacle environnemental : absence de local disponible
- Obstacle organisationnel : horaires inadaptés
- Obstacle social : attitude négative de l'environnement social (famille, personnels...), projet ou actions du projet vécu(es) comme dévalorisant(es) ou discriminant(es)
- Obstacle individuel : démotivation, désintérêt voire hostilité aux actions ou programme proposé(es), durée de séjour dans l'établissement trop court notamment en maison d'arrêt (MA) (libération, transfert...)

Identifier un obstacle ou un frein ne doit pas faire interrompre le projet mais engage à tenter de trouver des solutions pour y remédier (modification des horaires, acquisition de petit matériel, utilisation à temps partiel d'un local par exemple).

Les leviers d'actions sont les éléments facilitateurs du projet ou de l'action qui existent déjà mais qui ne sont pas toujours identifiés. Ils sont de toutes natures : structureaux, organisationnels et humains **[Mise en oeuvre pratique : deux programmes concrets, p. 101]**.

Les cadres législatifs, réglementaires et institutionnels dans lesquels le projet peut s'inscrire

Ils permettent de légitimer la mise en place du projet. Ils peuvent également comporter certaines mesures susceptibles de venir en appui du projet ou constituer un élément le renforçant.

Le repérage des ressources internes et externes (intervenants et partenaires)

À ce stade de l'analyse de la situation, le repérage de « partenaires » potentiels internes ou externes permet de conforter des appuis au projet et d'affiner la recherche de partenaires **[FT 6, p. 67]**. De même, un repérage des ressources utiles au projet (matériels, locaux, services dont reprographie, etc.) peut être fait à ce stade.

Techniques d'analyse

L'analyse de la situation peut faire appel à différentes techniques comme par exemple l'analyse documentaire, l'observation, le questionnaire et l'entretien collectif ou *focus group*.

L'analyse documentaire

L'analyse documentaire prévoit l'étude de divers documents généraux (textes réglementaires, littérature scientifique, retours d'expériences), ou plus spécifiques comme par exemple le registre de présence aux sports, le nombre de personnes sous traitement par psychotropes, le nombre de personnes sous substitution, le nombre d'inscrits à l'école, les rapports d'activité, les textes réglementaires, le tableau des équipements, etc.

L'observation

Technique de recueil et d'analyse des données verbales et non verbales, l'observation permet de rassembler rapidement des informations sur un sujet. Elle peut par exemple porter sur le repérage de personnes ne sortant pas en promenade, sur le nombre de personnes fréquentant la bibliothèque, sur les locaux éventuellement disponibles ou à réaffecter, sur la fréquentation des unités de vie familiale (UVF) si l'établissement en possède, sur l'aménagement des cours de promenade, sur les espaces d'affichage, etc.

Le questionnaire

Fréquemment utilisé pour recueillir des informations sur les connaissances et les comportements déclarés avant l'action, le questionnaire peut contribuer à la réalisation d'une évaluation avant / après. Il est utile lorsque la population d'étude est importante. À titre d'exemple, un questionnaire permettra d'étudier la pratique d'activité physique des personnes mais aussi leur motivation par rapport à cette pratique, etc. Il ne faut pas sous-estimer le temps et la technicité que requièrent l'exploitation des données et la mise en forme des résultats ; il peut être intéressant de faire appel à des professionnels pour ce type d'enquête.

L'entretien collectif et le *focus group*

L'entretien collectif permet de recueillir simultanément des opinions diverses sur un thème donné. Ce type d'entretien qualitatif se caractérise par une animation semi-directive qui incite les participants à exprimer leurs opinions librement. Un *focus group* a pour but de collecter des informations sur un nombre limité de questions définies à l'avance.

L'organisation d'un *focus group* auprès des professionnels de santé, des personnels de surveillance ou des personnes détenues par exemple permet de faire émerger leurs représentations sur le thème du projet ou des actions constituant le projet, et de faire évoluer collectivement ces représentations.

Un questionnaire court (type enquête flash) peut être proposé. Il permettra d'identifier des problématiques sur un thème donné et dont les résultats orientent les actions à mener **[tableau I]**.

TABLEAU I**Exemple d'orientation des actions grâce aux résultats d'un questionnaire**

	Total (%)
J'ai peur du dentiste.	48
Les horaires ne me vont pas.	31
Je n'ai personne pour m'y emmener.	24
J'ai peur d'avoir mal.	20
Je n'ai pas d'argent.	17
J'oublie les rendez-vous.	16
On ne m'a jamais convoqué.	10

Dans cet exemple, les actions peuvent être orientées sur la représentation du dentiste, sur l'aménagement des horaires ou encore sur l'organisation de l'accompagnement.

Pour en savoir plus

Les sites internet mentionnés ont été consultés le 27/05/2014.

- Moscovici S., Buschini F., dir. *Les méthodes des sciences humaines*. Paris : Presses universitaires de France, 2003 : 472 p.
- Ferreol G. dir. *Sociologie : cours, méthodes et applications*. Paris : Bréal, coll. Grand Amphi Sociologie, 2004 : 400 p.
- De Singly F. *L'enquête et ses méthodes : le questionnaire*. Paris : Nathan Université, coll. 128, 1992 : 128 p.
- CRES Languedoc-Roussillon. *Techniques d'animation en éducation pour la santé. Fiches synthétiques proposées par le Comité régional d'éducation pour la santé Languedoc-Roussillon*. Montpellier : CRES Languedoc-Roussillon, 2009 : 46 p. En ligne : <http://education-sante-patient.etud.univ-montp1.fr/files/2011/05/Techniques-danimation.pdf>
- CRES Bretagne. *Quelques expériences de techniques d'animation en formation*. Rennes : Comité régional d'éducation pour la santé, 2008 : 13 p. En ligne : <http://www.irepsbretagne.fr/IMG/pdf/techniques-animation.pdf>

Fiche technique 4.

Participation des personnes détenues

BASE MÉTHODOLOGIQUE

La participation des personnes détenues désigne le processus par lequel elles sont sensibilisées et impliquées dans la mise en œuvre d'actions de santé.

La stratégie de promotion de la santé sollicite l'avis, les compétences et les questionnements des personnes appartenant à une population donnée.

L'état des lieux sur les actions de prévention réalisé en 2010 montre que la demande spontanée des personnes détenues dans le choix des thèmes est modeste.

En milieu carcéral, cette démarche associe les personnes détenues comme « acteurs » et prend toute sa valeur car elle est relayée par une réflexion collective avec les professionnels concernés pour aboutir à des changements concrets.

EN PRATIQUE

La participation des personnes détenues nécessite de mettre en place un processus par lequel il leur est proposé de s'impliquer dans l'élaboration et la mise en œuvre d'actions de santé [tableau I]. L'invitation des personnes à participer constitue une étape du projet et donne lieu à un objectif spécifique et à des objectifs opérationnels.

TABLEAU I

Illustration des modes de participation des personnes détenues aux différentes phases du programme, du projet ou des actions

Phase	Exemples de participation des personnes détenues
Élaboration du programme Analyse de la situation Équipe projet Définition des objectifs Identification des partenaires Évaluation	Réponse à des questionnaires Participation à des <i>focus groups</i> /débats Demande spontanée des personnes
Réalisation de l'action	Création d'outils (supports audio, vidéo, écrits...) Coorganisation de l'action Formation par les pairs
Communication autour du projet ou des actions	Relais de l'information

Plusieurs techniques existent pour faire émerger une demande et/ou concrétiser la participation des personnes au projet ou à l'action [FT 3, p. 57] :

- l'enquête participative sous forme écrite ou orale (questionnaire, entretien) ;
- le *focus group* ;
- les ateliers d'expression ;
- les débats.

L'implication directe d'une ou de plusieurs personnes dans l'équipe projet ou dans les actions peut se réaliser de différentes manières :

- la personne est à l'origine ou demandeur du projet ou de l'action ;
- un appel à candidature est lancé ;
- il existe des compétences pertinentes pour le projet ou l'action ;
- une ou des personnes sont des représentants légitimes (comité d'expression existant dans l'établissement par exemple).

Fiche technique 5. Élaboration d'un programme annuel ou pluriannuel d'éducation pour la santé et de promotion de la santé

L'élaboration d'un programme annuel ou pluriannuel d'éducation pour la santé et de promotion de la santé est sous la responsabilité du comité de pilotage qui le valide.

Le programme doit être défini en fonction d'une phase d'analyse des besoins en éducation pour la santé des personnes détenues dans l'établissement, des demandes des personnes détenues, de leur problématique de santé et des observations des personnes à leur contact. La typologie de l'établissement est un élément essentiel à prendre en compte dans l'élaboration d'un programme d'actions car les conditions de vie et la durée de séjour sont très différentes selon qu'il s'agit d'une maison d'arrêt, d'un centre de détention ou d'une maison centrale [**Glossaire des termes pénitentiaires, p. 206**]. Les actions sur le milieu de vie ou l'organisation trouvent dans ce contexte toute leur place en termes de stratégie de promotion de la santé. Le programme intégrera aussi les priorités de santé nationales et régionales. Le programme

L'ESSENTIEL

Tout projet doit être présenté au comité de pilotage afin qu'il soit intégré (ou non) dans le programme, dans un souci de cohérence.

Une action doit s'intégrer dans un projet.

Se reporter aux schémas [**Mise en œuvre pratique : deux programmes concrets, p. 101 et arbres à objectifs, p. 108 et 139**].

ainsi validé par le comité de pilotage doit être formalisé dans un document écrit, daté et signé par le président du comité de pilotage et intégré dans le projet de service. La promotion de la santé nécessite une adaptation de ce programme aux locaux et à l'organisation du quotidien des personnes détenues et doit donc faire l'objet d'une réflexion préalable au sein de l'établissement **[FT 3, p. 57]**.

Fiche technique 6.

Identification des partenaires

BASE MÉTHODOLOGIQUE

Les partenaires sont représentés par l'ensemble des professionnels issus de différents secteurs ou structures qui travaillent ensemble pour concevoir, mettre en œuvre et évaluer le projet. Leur choix prend en compte leurs compétences et leur complémentarité (appui politique ou administratif, appui méthodologique et technique, soutien financier et analytique, acteurs relais). Il s'appuie sur les besoins spécifiques de chaque étape du projet.

Le choix des partenaires va donc être essentiel pour la mise en œuvre du projet et dépend évidemment du champ et des objectifs. Une liste des partenaires potentiels à mobiliser selon les projets est donnée dans l'**encadré 1**.

Il est utile d'identifier des partenaires et de bien préciser leur rôle. Certains sont incontournables, d'autres apporteront leur expertise en fonction des projets. Les partenaires peuvent être institutionnels ou plus opérationnels. Une phase de concertation et de sensibilisation permet d'apprécier ou d'obtenir leur adhésion au projet. Leur implication peut être formalisée sous forme d'accords ou d'engagements écrits.

IMPLICATION ET RÔLE DES PARTENAIRES

Pour la réussite du projet, il est indispensable que les partenaires soient informés des conditions de fonctionnement de l'environnement et des conditions de vie des personnes : impératifs sécuritaires, règles de vie, intervenants, maillage associatif, besoins et demandes des personnes. Des réunions de

travail peuvent être organisées entre l'équipe projet et les partenaires soit sous forme de réunions plénières dans le cadre du projet, soit sous forme de sous-groupes dans le cadre d'actions. Les partenaires sont naturellement associés aux manifestations événementielles en relation avec le projet.

ENCADRÉ 1

LISTE INDICATIVE DES PARTENAIRES POTENTIELS À MOBILISER AUTOUR D'UN PROJET OU D'UNE ACTION DANS LE CADRE DU PROJET

Acteurs locaux santé

- Direction hospitalière
- Chef de pôle
- Direction des soins
- Personnels médicaux et non médicaux des unités sanitaires (DSS et DSP)
- Le cas échéant, personnels médicaux et non-médicaux du service médicopsychologique régional (SMPR) et de l'établissement de santé de rattachement

Acteurs locaux pénitentiaires

- Direction d'établissement
- Chef de détention
- Personnels de surveillance
- SPIP

Acteurs locaux de la vie sociale et éducative

- Référent local d'enseignement (RLE)
- Éducateur sportif
- Le cas échéant, gestion déléguée
- Éducateurs PJJ

Personnes détenues

- Personne(s) détenue(s) concernée(s) en fonction de l'action ou du programme : travail, hygiène, cuisine, entretien, bibliothèque, etc.
- Représentant d'un comité d'expression des personnes détenues dans les établissements qui en possèdent un
- Personnes participant à la rédaction du journal interne pour les établissements qui en éditent un

Autres acteurs locaux

- Associations santé/social
- Association d'usagers agréée
- Association socioculturelle de l'établissement si existant
- Association des familles

- Entreprises locales
- Acteurs de communication (médias, publicitaires)
- Dispositifs médicosociaux (CSAPA, CAARUD...)
- Autres dispositifs (CDAG, CIDDIST...)

Collectivités territoriales (municipalités, communautés de communes, conseils généraux, conseils régionaux)

- Élus
- Directeurs de service (affaires scolaires, santé, personnes âgées, sports, urbanisme, transport...)

Acteurs départementaux et régionaux

- ARS ; responsables des services prévention et promotion de la santé, correspondants milieu pénitentiaire
- Direction interrégionale des services pénitentiaires
- Direction départementale des services pénitentiaires d'insertion et de probation
- Direction interrégionale de la Protection Judiciaire de la jeunesse (DIRPJJ)
- Direction territoriale de la PJJ
- Direction départementale de la cohésion sociale
- Direction régionale et départementale de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale
- Caisse d'assurance maladie
- Caisse d'assurance vieillesse
- Mutuelles
- Pôle régional de compétences en éducation pour la santé
- Ireps
- Observatoire régional de santé
- Université et institut de formation des professions paramédicales et sociales

L'équipe projet peut aussi s'appuyer sur les ressources et les structures locales dans le cadre de dispositifs mis en place dans d'autres champs **[encadré 1]**.

Chaque fois que c'est possible, la coopération avec d'autres projets ou l'inscription dans le projet de thématiques en lien direct (tabac, activité sportive, alcool, dépression, prévention du risque cardiovasculaire, virus de l'immunoséquence humaine [VIH] et hépatites...) ou indirect avec l'action projetée (sécurité routière, violence, citoyenneté, écologie et développement durable, discrimination...) est recherchée.

Le rôle des partenaires dans le projet est précisé **[tableau I]**. Leur mobilisation est facilitée par la médiatisation du projet **[FT 14, p. 97]**.

TABLEAU I

Exemple d'attribution des rôles selon les partenaires : il permet de visualiser l'implication des partenaires (à adapter en fonction du contexte)

	Personnels médicaux, paramédicaux et administratifs	Personnels de surveillance, SPIP, PJJ Administratifs	Ireps	Associations	CPAM
Contribuer à la réalisation de l'action					
Contribuer à l'organisation					
Animer l'action					
Faciliter l'accès à l'action					
Intégrer l'action dans d'autres activités ou supports					
Susciter un support environnemental favorable à l'action					
Organiser des rencontres d'information, des débats sur l'action auprès des personnels					
Informers les familles					
Organiser des événements et y participer					
Renforcer le sentiment d'efficacité ou d'appropriation des personnes détenues vis-à-vis de l'action envisagée					
Organiser les débats					
Préparer à l'action					
Accompagner dans l'action					
Prétester l'action					
Évaluer l'action					
Concevoir l'évaluation					
Réaliser l'évaluation					
Diffuser l'évaluation					

ENGAGEMENT DES PARTENAIRES

L'adhésion et le rôle des partenaires peuvent être concrétisés sous forme d'accords, d'engagements et de conventions de partenariat. Il peut s'agir par exemple d'engagements sur des aspects opérationnels ou de conventions définissant le rôle ainsi que les devoirs de chacun (convention entre une association et l'administration pénitentiaire pour faciliter l'intervention dans l'établissement ; convention établissement public de santé siège de l'unité sanitaire/CPAM/Direction interrégionale des services pénitentiaires (DISP), partenariat avec le pôle de compétence, etc.). Les conventions permettent notamment de préciser :

- l'objet de l'action ;
- l'engagement de chacun dans la mise en œuvre des actions ;
- les aspects financiers (financement direct et/ou indirect, c'est-à-dire mise à disposition de personnel, d'installations de locaux ou de matériels) ;
- le temps de travail pour la coordination du projet pour un poste existant déjà (dans l'établissement de santé, dans l'établissement pénitentiaire, dans une association, une Ireps, etc.) ou la création d'un poste spécifique dans un projet de grande envergure ;
- la mise à disposition de personnels qualifiés (ex. tabacologue, diététicien, éducateur sportif, kinésithérapeute, ergothérapeute, etc.) ;
- l'inscription du projet dans des cadres existants (axe prioritaire du Projet régional de santé (PRS) ; projet de service, projet du pôle, de l'établissement de santé, de l'administration pénitentiaire, politique de la ville ou du conseil général...) ;
- les modalités d'assurance et de responsabilité ;
- les modalités de respect des obligations inhérentes à l'établissement **[Modalités d'accès dans les établissements pénitentiaires, p. 200]** ;
- le suivi et l'évaluation ;
- la durée et les modalités de reconduction de la convention.

L'ESSENTIEL

La mobilisation multisectorielle, pluridisciplinaire et partenariale est à la base d'un projet réussi.
La signature de conventions permet d'engager les partenaires sur le projet dans la durée.

Fiche technique 7.

Définition des objectifs

BASE MÉTHODOLOGIQUE

Un programme de promotion de la santé peut se caractériser par la mise en œuvre d'une série d'actions articulées. Il s'inscrit en référence à la charte d'Ottawa et cherche à répondre le mieux possible aux cinq axes proposés, notamment par :

- une approche globale et positive mettant en valeur les ressources sociales et individuelles ;
- une conception participative.

C'est en répondant au mieux par cette approche à un ensemble de déterminants de santé individuels et environnementaux, que le programme d'actions (ou l'action) mené, aura le plus de chances d'être efficace.

Il est établi sous forme d'objectifs définis avec précision.

Les objectifs sont élaborés par l'ensemble des membres de l'équipe projet dont les personnes détenues dès lors qu'elles sont associées à la construction du projet.

Ils répondent aux questions : à quel résultat veut-on aboutir ? Que veut-on modifier ? Que veut-on apporter ?

La définition des objectifs est une étape essentielle et qui peut paraître ardue mais qui permet de structurer le projet. Cette étape permet d'identifier ce que l'on veut faire et ce que l'on peut faire mais aussi de déterminer toute la stratégie de réalisation de l'action.

Il est donc habituel que cette phase nécessite des discussions et un certain temps pour définir des objectifs communs.

Inspiré de la méthode SMART¹, le **tableau I** permet de garder à l'esprit des critères qui aideront à caractériser les objectifs au mieux.

TABLEAU I

Critères SMART	Définition
Spécifique	L'objectif fixé définit précisément et clairement ce qui doit être atteint, pour et/ou par qui.
Mesurable	Il est possible de juger objectivement de l'atteinte des résultats si l'objectif est mesurable. Pour cela, il faut fixer un indicateur lié à l'objectif fixé.
Atteignable/ambitieux	L'objectif fixé est atteignable d'un point de vue légal, moral, sécuritaire. Atteindre l'objectif est raisonnable étant donné les contraintes pointées lors de la réflexion stratégique. Il constitue cependant un réel progrès et implique un effort. Ceci s'exprime soit à travers l'objectif lui-même, soit à travers ses indicateurs.
Réaliste	L'objectif fixé est réaliste quant aux ressources disponibles. On ne peut juger de cela qu'en connaissant le contexte, la durée et les ressources nécessaires pour mener à bien le projet.
Temporellement défini	Chaque objectif fixé doit être limité dans le temps et comporter une date de fin.

Un objectif est la formulation d'un but, en d'autres termes d'un résultat à atteindre par un groupe (une entité) dans un temps et un contexte donnés. Il indique le sens du projet, contribue à mobiliser l'équipe et les partenaires. Il est repris lors de la communication sur le projet. Les objectifs sont rédigés idéalement sous forme d'une phrase claire commençant par un verbe à l'infinitif. Classiquement, un projet comporte :

- un ou plusieurs objectifs **généraux** ;
- des objectifs **spécifiques** ;
- des objectifs **opérationnels**.

Les objectifs généraux portent sur le projet dans son ensemble. Il peut s'agir d'objectifs dont les termes dépassent celui du projet lui-même.

Les objectifs spécifiques (également appelés objectifs stratégiques ou intermédiaires) précisent un aspect de l'objectif général et donc une orientation prioritaire définie lors de la réflexion stratégique. Ils précisent les résultats attendus pour chaque volet d'action du projet.

C'est au moment de définir les objectifs spécifiques qu'il est important de passer en revue les cinq axes de la charte d'Ottawa et de chercher à les prendre en compte le mieux possible. Le développement des aptitudes peut être recherché par des objectifs visant l'acquisition de compétences psychosociales et la responsabilisation des personnes : mener un projet (ou une action) jusqu'au bout avec une valorisation de l'estime de soi, développer le sentiment

1. Quint-Essenz. *Développement de la qualité en promotion de la santé et prévention. Formuler les objectifs de projet* [page internet]. 25/12/2012. En ligne : <http://www.quint-essenz.ch/fr/topics/1133>

d'utilité en apprenant aux autres. La participation du public cible doit être systématiquement recherchée pour permettre une adéquation de l'action au public, une bonne appropriation et donc une efficacité optimale.

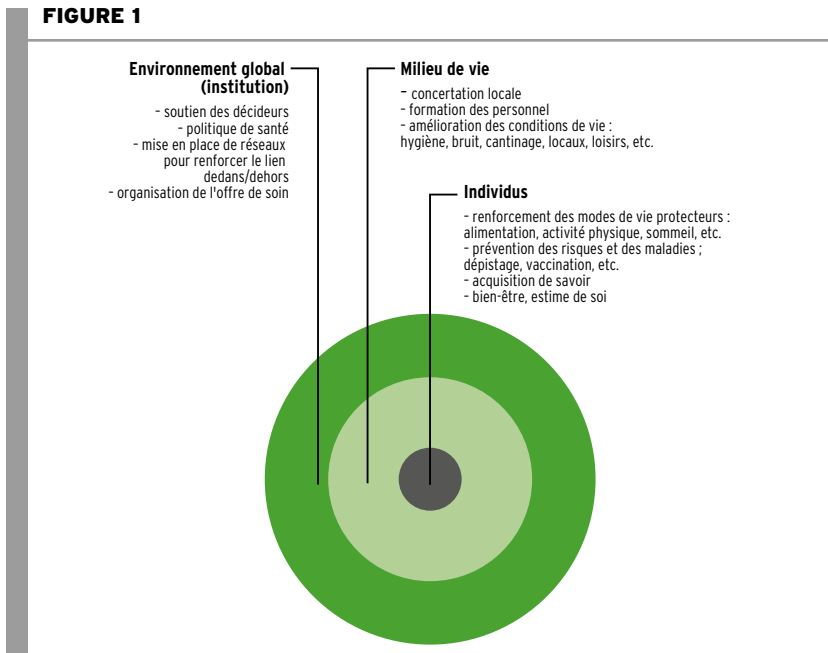
L'action doit venir interroger l'environnement pour essayer de le rendre le plus propice possible à la santé compte tenu des contraintes de l'incarcération. De même, l'action peut inciter à revoir certains éléments de politique institutionnelle à l'échelle d'un établissement pénitentiaire ou de santé pour contribuer à cette démarche (fonctionnement, formation et sensibilisation des équipes en parallèle de l'action, modes de collaborations...). Enfin, bien sûr l'articulation avec l'accès aux soins doit être également envisagée lorsqu'elle est nécessaire.

S'il est parfois difficile de mettre en place une action couvrant d'emblée les cinq axes, il est utile de systématiquement les envisager pour intégrer l'action même ponctuelle dans un ensemble plus large de déterminants qui impliquent l'ensemble des acteurs.

Les objectifs opérationnels correspondent aux différentes actions à mettre en œuvre.

Souvent, plusieurs objectifs opérationnels sont nécessaires pour atteindre un objectif spécifique.

La **figure 1** suivante illustre différentes actions agissant sur plusieurs niveaux de déterminants de santé.



LES QUESTIONS À POSER POUR FORMULER UN OBJECTIF

Les objectifs spécifiques et opérationnels répondent à cinq questions essentielles :
qui, quoi, où, quand, combien ?

Il est également important de réfléchir d'emblée au « pourquoi » et au « comment » afin de s'assurer de la cohérence avec l'objectif général et de pouvoir décliner chacun des objectifs opérationnels en actions, dans le délai envisagé.

UN EXEMPLE DE DÉCLINAISON DES OBJECTIFS

Objectif général

Améliorer la forme physique des personnes détenues de l'établissement à moyen terme.

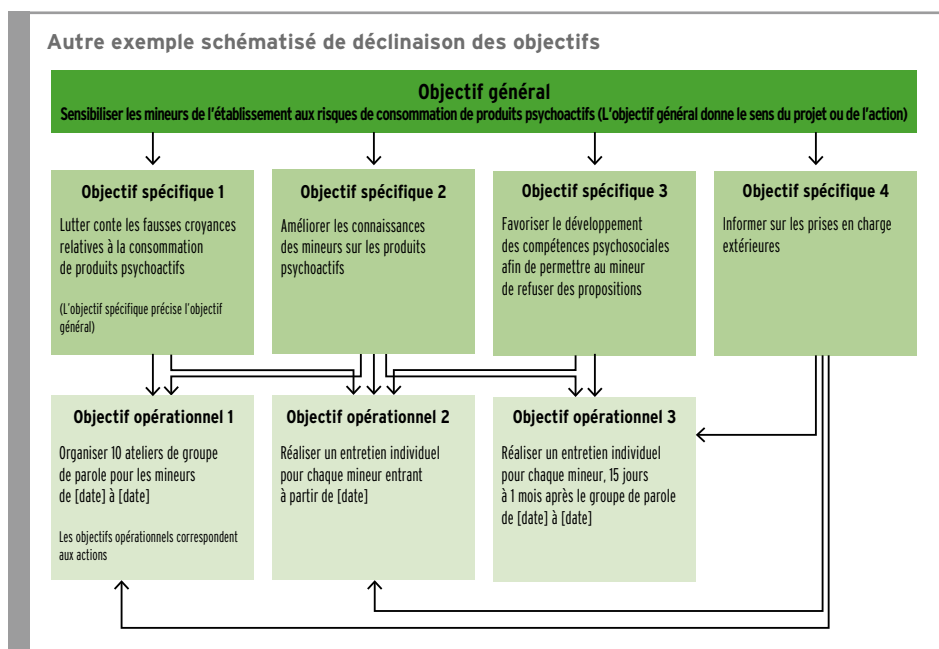
Objectif spécifique

Augmenter la pratique du sport chez les plus de 50 ans (il s'agit d'un objectif spécifique parmi d'autres possibles pour préciser l'objectif général).

Amener, dans les deux ans, X % des personnes âgées de plus de 50 ans de l'établissement à pratiquer une activité sportive. Pour y parvenir, il est décidé/proposé de mettre en place différentes actions visant notamment à améliorer l'offre de l'activité physique et sportive dans cette population. Cette offre est portée à la connaissance de l'ensemble de la population concernée.

Objectifs opérationnels (ou actions)

- De [date] à [date], organiser quatre sessions d'information des personnels de santé et pénitentiaire pour promouvoir les bienfaits de l'augmentation de l'activité sportive.
- Dans les deux ans, mettre en place avec l'association X ou l'intervenant Y des séances de gymnastique douce ou d'ateliers hebdomadaires auxquelles 50 % des personnes concernées assistent régulièrement.
- De [date] à [date], mettre en place une activité de kinésithérapie supplémentaire.
- À partir de [date], une fois par trimestre, diffuser des documents sur la gymnastique douce à faire soi-même ou une fois par mois des exercices vidéo sur le canal interne.



L'ESSENTIEL

Définir précisément les objectifs et leurs trois niveaux (individuel, social et environnemental) est primordial. La rédaction des objectifs peut être formulée à l'aide des cinq questions essentielles (qui, quoi, où, quand et combien) et couvre idéalement les trois niveaux.

Il est important de passer en revue les cinq axes de la promotion de la santé au moment de la définition des objectifs spécifiques.

Fiche technique 8.

Élaboration des actions

BASE MÉTHODOLOGIQUE

Une grande diversité d'actions peut être mise en œuvre dans un programme de promotion de la santé. Le principe est d'agir sur les trois niveaux de déterminants (environnementaux, sociaux et individuels). Les actions sont en lien avec l'analyse de la situation **[FT 3]** et les objectifs **[FT 7]**, ainsi qu'avec la prise en compte des besoins des personnes détenues et de leurs attentes exprimées **[FT 4]**.

EN PRATIQUE

Pour chaque catégorie d'actions, des exemples d'objectifs et de résultats attendus sont présentés et illustrés par des actions possibles. La sélection des actions dépend des spécificités de l'environnement local, des ressources disponibles, de l'ampleur et de la durée du projet, etc. Certaines actions peuvent être adaptées à des publics spécifiques (personnes à mobilité réduite par exemple). De même, il est important de veiller à une approche adaptée, en termes de méthodes et d'outils, à des publics ayant des difficultés par rapport à l'écrit et/ou à la maîtrise du français : pictogrammes, photolangage, interprétariat, etc.

Il convient de s'assurer que tous les dispositifs législatifs, réglementaires et institutionnels ont bien été pris en compte préalablement à la mise en place des actions.

Les actions sont également des objectifs opérationnels. Elles ont un temps défini, un début et une fin **[FT 10, p. 82]**. Elles doivent prendre en compte

les trois niveaux de déterminants selon une approche écologique. Elles sont composées de tâches, d'activités et d'interventions.

QUELQUES EXEMPLES D' ACTIONS

Actions relatives aux processus : mise en place d'un comité de pilotage, d'une équipe projet, signature d'une convention, modification d'un règlement intérieur, de règles de fonctionnement, etc.

Actions relatives à la formation : auprès des personnels et des publics.

Actions relatives à l'organisation : changement d'attribution d'un local, modification de planning, mutualisation des ressources, autorisation d'accès, rénovation, achat/location de biens et matériels, etc.

Actions relatives à des interventions : tenue d'un *focus group*, mise en place d'une évaluation des pratiques professionnelles, séance d'éducation à la santé, audit, campagne de communication, etc.

Actions relatives à des activités : création d'outils, réalisation d'une enquête, événementiel, etc.

Actions relatives à l'évaluation : prestataire externe, restitution.

Des illustrations de projets globaux, combinant plusieurs actions et prenant en compte les trois niveaux de déterminants sont détaillées **page 101 et suivantes**, **Mise en œuvre pratique : deux programmes concrets**.

Fiche technique 9.

Estimation des besoins humains, logistiques et financiers

BASE MÉTHODOLOGIQUE

L'estimation des besoins fait partie intégrante de la planification du projet et des actions, et permet de s'assurer de sa faisabilité. Elle porte sur les besoins humains, logistiques et financiers, et repose sur les étapes et points suivants :

- passer en revue les objectifs et les étapes du projet ; identifier les actions/activités à réaliser et en établir la liste. Pour chacune des actions/activités, lister les besoins en ressources humaines, financières et logistiques ;
- s'informer sur l'existant/connaitre les projets (ou les actions) semblables en cours ou déjà réalisés afin de mutualiser les moyens, sources d'économies **[FT 3, p. 57]** ;
- évaluer les ressources humaines en termes quantitatifs mais également qualitatifs afin d'anticiper le coût et la durée d'une éventuelle formation ;
- lister les partenaires à mobiliser **[FT 6, p. 67]** et les sources de financement **[FT 11, p. 84]** ;
- rechercher un appui méthodologique extérieur **[FT 6, p. 67]**.

EN PRATIQUE

Une des clés de la réussite du projet (ou de l'action) est de mobiliser et mutualiser les ressources existant localement en faisant appel à tous les acteurs de l'action.

L'estimation des besoins humains

Les besoins en ressources humaines comprennent le temps de coordination, de préparation de l'action, de réalisation (dont le temps d'intervention auprès des personnes) et d'évaluation [tableau I].

TABLEAU I

Exemple d'estimation des besoins humains et logistiques pour un projet ou une action X. Les heures indiquées sont indicatives.

Intitulé du projet (date de début et date de fin)		
	Besoins humains dans l'établissement	Besoins logistiques dans l'établissement
Préparation		
Repérage des réseaux et partenaires potentiels	[X] demi-journée(s) de travail pour [X] personne(s)	Ordinateurs, téléphones
Réunions avec les personnes détenues	[X] réunions de [x] heures pour [X] personne(s)	Salles, matériel
Réunions de concertation avec les partenaires	[X] réunions individualisées de 1 à 2 h par partenaire	Ordinateurs Salle de réunion
Sensibilisation portant sur le projet ou les actions	2 demi-journées de formation	Salle de formation Matériel pédagogique
Développement et renforcement de compétences spécifiques chez les intervenants	[x] h à [x] h de formation pour les intervenants	Salle de formation Matériel pédagogique
Travail en réseau, médiation et coordination avec les partenaires extérieurs	[X] réunions multidisciplinaires de [X] heures	Salle de réunion
Modification de fonctionnement ou aménagement	1 à 3 réunions d'environ 2 h avec l'équipe administrative 1 à 3 réunions d'environ 2 h avec les services techniques	Salle de réunion Visites sur site
Etc.		
Réalisation		
Mise en place	[x] personnes pendant [x] heures	
Animation	[x] personnes	
Surveillance	[x] personnels de surveillance pendant [x] heures	
Compte rendu des réunions	[x] personnes pendant [x] heures	
Etc.		
Évaluation		
Préparation	[x] personnes pendant [x] heures	Salle de formation Matériel pédagogique
Mise en place	[x] personnes pendant [x] heures	
Restitution	[x] personnes pendant [x] heures	
Etc.		

Les interventions auprès des personnes regroupent l'animation d'activité proprement dite (séances régulières ou manifestations plus événementielles), les temps de « mise en mots » (rencontres/débats ou supports d'enseignement) mais aussi, selon les projets, les actions de communication, les actions d'aménagements des lieux de pratique, les accompagnements des personnes, etc.

Ces différentes interventions impliquent plusieurs types d'acteurs, notamment :

- des personnels de santé médicaux et paramédicaux, pénitentiaires, administratifs, SPIP de l'établissement ;
- des animateurs, personnels administratifs, personnels médicaux et paramédicaux des institutions partenaires (établissements hospitaliers, réseau de santé, collectivités locales, associations, etc.) ;
- des bénévoles, associatifs.

En fonction des ressources locales et du projet dans lequel l'action est inscrite, le temps de coordination peut être dévolu à une personne ou à une équipe déjà constituée. Selon l'ampleur du projet, le temps de coordination doit être estimé (ex : à l'échelle d'un établissement pénitentiaire, à l'échelle d'un établissement hospitalier).

L'estimation des besoins financiers¹

Les Agences régionales de santé (ARS), les services déconcentrés de l'état, les collectivités et les fondations territoriales offrent des cadres qui assurent, le plus souvent sous forme d'appels à projets, le financement de projets et parfois leur pérennité. Ces cadres dans lesquels un projet peut s'inscrire sont :

- un axe du schéma régional de prévention (SRP) ;
- le projet d'établissement hospitalier, pénitentiaire ;
- les programmes de santé publique nationaux, régionaux et locaux.

Il est aussi possible de négocier, dans certaines conventions, des aspects financiers (financements directs et/ou mise à disposition de personnel, d'installations ou de matériel). À titre d'exemples :

- temps de travail déterminé pour la coordination du projet dans un poste existant ou création d'un poste spécifique dans un projet de grande envergure ;
- mise à disposition de matériel et/ou de locaux par convention entre deux structures : ville, établissement de santé, associations ;

1. Voir également [FT 11, p. 84].

- mise à disposition éventuelle de personnels qualifiés (ex. un club sportif délègue un éducateur pour une séance par semaine selon les termes d'une convention) ;
- allocation d'un budget spécifique à la promotion du projet (par le conseil municipal, le conseil général ou autre).

TABLEAU**Exemple d'estimation des ressources financières**

Ressources	Montant	Forme (subvention, mise à disposition, don...)
ARS		
Établissement de santé		
DISP		
SPIP		
DTPJJ		
Ressources propres		
Associations		
Mildt		
Etc.		

Fiche technique 10.

Planification du projet

BASE MÉTHODOLOGIQUE

La planification est une démarche visant à structurer, assurer et optimiser le bon déroulement du projet.

Elle consiste à définir et ordonner les tâches du projet, à estimer sa durée et son coût et à déterminer les ressources nécessaires à sa réalisation. Il s'agit d'établir un calendrier précis tenant compte des différentes étapes : analyse de la situation, conception de l'intervention, mise en œuvre du projet et évaluation. Les éléments de planification seront utiles lors des différentes phases de l'évaluation **[FT 13, p. 91]**. L'ordonnancement des actions aide le chef de projet à établir leur planification précise et à vérifier le respect du calendrier fixé. Il permet le cas échéant de réajuster le projet ou de le réorienter **[FT 12, p. 87]**. Il fait l'objet d'une présentation au comité de pilotage qui doit le valider.

La planification permet de suivre le déroulement prévu des actions et l'identification des opérateurs et destinataires. Un calendrier global de l'organisation et du déroulement du projet est ainsi élaboré. Il comprend en un seul tableau la composition de l'équipe projet et du comité de pilotage ainsi que les différents intervenants. Le programme global de planification peut être complété par un planning plus détaillé de l'une ou l'autre des activités qui composent chaque action.

Fiche technique 11.

Recherche des sources de financement

BASE MÉTHODOLOGIQUE

La mise en œuvre du projet nécessite des sources de financement interne ou externe.

- Sources internes : ressources propres de l'organisme porteur du projet (mise à disposition de ressources humaines ou matérielles, actions bénévoles).
- Sources externes :
 - subventions octroyées à l'organisme porteur du projet par d'autres organismes ;
 - mise à disposition de ressources humaines ou matérielles, actions bénévoles.

Le financement peut venir du secteur public comme du secteur privé. Tous les partenaires en lien avec le contexte de l'action peuvent être sollicités, y compris hors du domaine de la santé et de la justice (éducation, activités physiques et sportives, social, environnement, etc.).

Les financeurs demandent souvent des cofinancements qui reflètent la mobilisation de plusieurs partenaires et donnent aussi plus de légitimité au porteur de projet.

Le tableau ci-dessous précise les différents modes de financements directs et indirects possibles (non exhaustif).

	Financement direct par subvention	Financement indirect (mise à disposition humaine et/ou matérielle)
ARS	OUI	NON
Collectivités territoriales (municipalités communautés de communes, conseil général, conseil régional...)	OUI	OUI
DISP/DTPJJ	OUI	OUI
Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie (MILDT)	OUI	NON
Institut national du cancer (Inca)	OUI	NON
Mutuelles	OUI	OUI
CPAM	OUI	OUI
PRC	OUI	OUI
Fondations diverses (appel à projet de la fondation de France, etc.)	OUI	NON
Associations	NON	OUI
Caisse retraite	OUI	OUI
Carsat (appel à projet personnes âgées...)	OUI	NON
Inpes	NON	OUI
Certains services de l'État (DRJCS, DRAC, etc.)	OUI	OUI
Divers financeurs privés	OUI	OUI

En fonction des régions, les procédures peuvent être différentes. Il ne faut pas hésiter à solliciter le PRC¹, l'ARS et la DISP qui pourront vous aider dans vos recherches.

Le fonds d'intervention régional (FIR), vise à donner aux ARS une plus grande souplesse dans la gestion de certains de leurs crédits, au service d'une stratégie régionale de santé transversale. Ce fonds comporte à la fois des crédits d'assurance maladie, des crédits d'État ainsi que des crédits médicosociaux. Parmi les missions financées par le fonds d'intervention régional se trouvent :

- la prévention des maladies, la promotion de la santé, l'éducation à la santé et la sécurité sanitaire, etc. ;
- la prévention des handicaps et de la perte d'autonomie ainsi que la prise en charge et l'accompagnement des personnes handicapées ou âgées dépendantes (à l'exclusion de celles dont le financement incombe aux départements).

1. La liste des pôles régionaux de compétences et leurs coordonnées figure en annexe page 202.

EN PRATIQUE

Pour faire une demande de financement externe au niveau du secteur public, il est demandé de remplir un dossier de demande de subvention (Cerfa N° 12156*03), plus communément appelé dossier Cerfa². Une demande de subvention en ligne sur les sites des financeurs peut également être remplie. Les financements se font le plus souvent sous forme d'appels à projet qui ont lieu une fois par an.

Il convient de surveiller les dates d'ouverture et d'anticiper les dates de clôture des appels à projet.

Les financements sont en général annuels (parfois pluriannuels de trois ans).

Pour en savoir plus

Les sites internet mentionnés ont été consultés le 27/05/2014.

- Basset B. dir. *Agences régionales de santé. Les inégalités sociales de santé*. Saint-Denis : Inpes, coll. Varia, 2008 : 208 p. En ligne : <http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1251.pdf>
- Bourdillon F. dir. *Agences régionales de santé : Promotion, prévention et programmes de santé*. Saint-Denis : Inpes, coll. Varia, 2009 : 192 p. En ligne : <http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1252.pdf>
- Leuridan N. dir. *Agences régionales de santé. Financer, professionnaliser et coordonner la prévention*. Saint-Denis : Inpes, coll. Varia, 2009 : 160 p.
- Ministère de la Santé. Circulaire N° SG/2013/195 du 14 mai 2013 relative aux modalités de mise en œuvre du fonds d'intervention régional en 2013. *Bulletin officiel*, 15 juin 2013, n° 45 : p. 967. En ligne : http://circulaires.legifrance.gouv.fr/pdf/2013/05/cir_37004.pdf

2. République française. Dossier de demande de subvention Cerfa [formulaire en ligne]. 2013. En ligne : <http://vosdroits.service-public.fr/associations/R1271.xhtml>

Fiche technique 12.

Suivi du projet

BASE MÉTHODOLOGIQUE

Distinct de l'évaluation, le suivi du projet est indispensable au pilotage ; il est réalisé tout au long du projet à l'aide d'indicateurs de processus et de résultats. Les données du suivi servent à nourrir l'évaluation. Il permet de s'assurer de la réalité de sa mise en œuvre, de sa progression, de son adéquation avec la planification, et de décrire les écarts observés au regard des résultats attendus, dans le temps, l'espace ou par rapport aux indicateurs fixés. Il permet de faire des bilans intermédiaires dont il convient de définir le contenu et le rythme en fonction des destinataires et qui devront être pris en compte dans la planification **[FT 10, p. 82]**. En outre, il permet de maintenir la motivation et l'engagement des acteurs en positionnant clairement en tout temps le projet dans un contexte réel.

EN PRATIQUE

Selon l'ampleur du projet, le suivi des actions peut être assuré par le comité de pilotage ou l'équipe projet dans un temps dédié, déterminé préalablement.

Le suivi est réalisé à partir d'indicateurs spécifiques. Un indicateur est une information simple, qui peut être quantifiée ou qualifiée de manière claire, liée au calendrier d'avancement du projet et qui permet d'en suivre l'évolution. Par exemple, un indicateur peut concerner le processus de pilotage de l'action : nombre de réunions de l'équipe projet et taux de participation à ces

réunions. Il doit être le plus simple possible et se concentrer seulement sur un ou deux indicateurs de progrès pour chaque activité. Les indicateurs de suivi sont idéalement des indicateurs de processus et de résultats qui portent sur les trois niveaux d'intervention (individu, milieu de vie, institution).

La mise en place du suivi comprend plusieurs étapes :

- définir des indicateurs de suivi (processus et résultats/impacts) pertinents ;
- élaborer un tableau de bord et des fiches de suivi ;
- collecter des données nécessaires pour remplir le tableau ou des fiches ;
- analyser des bilans ou des rapports intermédiaires selon des échéances régulières prédéfinies ;
- présenter l'information et son utilisation.

EXEMPLES DE QUESTIONS PERMETTANT DE SÉLECTIONNER LES INDICATEURS DE SUIVI CLÉS

- a) Quelle information indique que l'objectif opérationnel (action) a été réalisé ?
- b) Quelle information peut être collectée et analysée de manière précise et fiable ?
- c) Quels sont les besoins en information des partenaires, des financeurs et des bénéficiaires ?

LA DÉMARCHÉ QUALITÉ

En promotion de la santé, c'est l'ensemble des caractéristiques liées à une action qui permettent de proposer la meilleure réponse possible aux besoins de santé des populations.

S'assurer de la qualité c'est mettre en place une démarche systématique pour identifier les composantes de l'action et pour repérer toutes les possibilités d'amélioration. Il faut donc se questionner entre autres sur la cohérence entre les valeurs, la démarche du porteur de l'action et les principes de promotion de la santé¹.

L'ESSENTIEL

Élaborer et suivre des indicateurs de processus et de résultats portant sur les trois niveaux d'intervention (individu, environnement physique et structurel, institutionnel).

Faire des retours réguliers sur le suivi à tous les acteurs.

1. Hamel E., Bodet E., Moquet M.-J., dir. *Démarche qualité pour les associations intervenant en promotion de la santé*. Saint-Denis : Iripes, coll. Santé en action, 2012 : 116 p.

Et voici un exemple de fiche relative aux actions (activités) destinées à recueillir les données de résultats.

Fiche de suivi - recueil de données		
Description		
<ul style="list-style-type: none"> ◇ Réunion de coordination du projet (réunion du comité de pilotage, rencontre avec les partenaires, etc.) ◇ Temps d'élaboration des modules de formation ◇ Temps d'élaboration d'outils ◇ Réunion avec les partenaires et intervenants ◇ Session de formation-action ◇ Autre activité : 		
Pour l'activité	Prévu	Réalisé
Nombre de participants (y compris le comité de pilotage)		
Calendrier		
Matériel/moyens (salle, support pédagogique, etc.)		
Objectif(s)		
Commentaires		
<p>Ce qui peut expliquer la différence entre ce qui était prévu et ce qui s'est effectivement déroulé</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>		
<p>Ce qui a été satisfaisant et qui a bien fonctionné</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>		
Fait le : ... / /		Par (noms) :

Voici un exemple de fiche de recueil de données de processus pour constituer un carnet de bord.

Fiche de suivi d'activités	
Intitulé de l'activité :	
Date de l'activité :/...../.....	
Lieu de l'activité :	
Description de l'activité	
<p>■ Caractéristiques des personnes destinataires de l'activité : À quelles personnes s'adressait cette activité ? Combien de personnes étaient prévues pour cette activité ? </p>	
<p>■ Mesure de la participation Combien de personnes ont-elles effectivement participé à l'activité ? </p>	
<p>■ Description succincte de l'activité prévue </p>	
<p>■ Quels outils (ex : supports pédagogiques, questionnaires, etc.) - aviez-vous prévu d'utiliser ? </p>	
<p>- avez-vous effectivement utilisés ? </p>	
<p>■ Durée de l'action En minutes : Ou en heures : Commentaires</p>	
Votre opinion sur la comparaison entre ce qui était prévu et ce qui a été réalisé	
<p>■ Si vous avez pu réaliser ce qui était prévu dans votre activité Expliquer ce qui a bien fonctionné, ce qui a été facilitant, ce qui a permis de contourner un éventuel obstacle, etc. </p>	
<p>■ Si vous n'avez pas pu réaliser tout ce qui était prévu dans votre activité Expliquer pourquoi : les difficultés rencontrées, les obstacles à la bonne réalisation de l'activité, etc. </p>	
<p>■ Si vous avez transformé ou ajusté volontairement votre activité Expliquer pourquoi : adaptation aux personnes ? Personnalisation de la démarche ? Demande du groupe ? Etc. </p>	
L'opinion et l'intérêt des destinataires de l'activité	
<i>Présentation de l'échelle : 1 pour faible adhésion/10 pour forte adhésion</i>	
■ Mesure moyenne de la satisfaction des personnes ayant participé à l'action sur une échelle de 1 à 10	.../10
<p>■ Quels sont leurs principaux motifs ? </p>	
■ Mesure moyenne de leur envie de poursuivre cette action sur une échelle de 1 à 10 ?	.../10
<p>Commentaires </p>	

Fiche technique 13.

Évaluation

BASE MÉTHODOLOGIQUE

Chaque programme, projet ou action doit faire l'objet d'une évaluation qui repose sur le recueil et l'analyse d'informations pour permettre de formuler une appréciation. Elle est réfléchie et activée dès la phase d'élaboration. Cette démarche est indispensable. Elle est au service de tous les acteurs, qu'il s'agisse des décideurs, des opérateurs, des gestionnaires du programme et des actions ou des bénéficiaires : elle doit donc être organisée et mobiliser l'ensemble des acteurs.

L'évaluation remplit ainsi plusieurs fonctions :

- rendre des comptes sur l'action ;
- éclairer le décideur sur les choix à faire, aider au pilotage du programme ;
- ajuster pour optimiser le projet ;
- permettre un débat avec tous les acteurs, contribuer à les faire progresser collectivement.

Elle diffère du suivi [FT 12, p. 87] qui consiste à apprécier au fil de l'eau le degré de déploiement du projet. Un suivi bien construit sera d'une grande utilité pour l'évaluation.

LA PRÉPARATION DE L'ÉVALUATION

Elle précise le périmètre de l'évaluation, le groupe de travail ou la personne chargée de l'évaluation, et prépare les questions auxquelles l'évaluation devra répondre.

Le périmètre de l'évaluation : que veut-on évaluer ?

Il peut concerner le projet global, un objectif spécifique ou un objectif opérationnel. L'évaluation doit être proportionnée à l'action, à son budget et à sa durée.

Qui a en charge l'évaluation ?

L'équipe projet.

Les questions évaluatives

La rédaction des questions résulte d'un travail collectif. Clairement formulées, elles facilitent la rédaction d'une fiche d'évaluation et renvoient aux différents critères d'évaluation : ces critères sont appréciés par des indicateurs qualitatifs ou quantitatifs. Pour apprécier le degré de satisfaction au critère, il faut disposer d'une valeur seuil qui fixe le degré d'atteinte du résultat. Cette valeur peut être fixée par une norme ou être définie par les acteurs.

- **Pertinence** : la pertinence interroge l'adéquation entre la nature du problème à résoudre et la nature de l'intervention.
- **Cohérence** :
 - la cohérence interne interroge l'adéquation entre les objectifs de l'intervention, les moyens alloués et les actions prévues et permet de repérer un rapport bénéfice/coût disproportionné,
 - la cohérence externe évalue l'adéquation de la construction de l'intervention avec d'autres interventions visant les mêmes effets.
- **Implantation** : l'analyse de l'implantation s'intéresse aux conditions de mise en œuvre effective de l'intervention (facteurs facilitants, contraintes...).
- **Atteinte des objectifs** : ce critère apprécie l'écart entre ce qui est attendu et ce qui est obtenu. Il peut s'agir par exemple d'objectifs opérationnels (ex. réalisation de sessions de formations).
- **Efficacité** : ce critère apprécie la réalisation des objectifs d'une intervention en comparant les effets obtenus aux effets attendus, ces effets étant imputables à cette intervention.
- **Efficience** : l'efficience met en rapport les ressources (humaines, matérielles, financières) mises en œuvre et les effets de l'intervention. Cela suppose d'avoir au préalable démontré l'efficacité de l'intervention.
- **Impact** : ce critère apprécie l'ensemble des effets – sanitaires, sociaux, économiques, environnementaux, qu'ils soient positifs ou négatifs, prévus ou non, immédiats ou différés – qui sont imputables à une intervention.

Indicateur de processus

Il précise les points clefs qui seront suivis lors de la mise en œuvre de l'action ; par exemple quelle a été la répartition des tâches ? comment a fonctionné l'organisation ? satisfaction des intervenants ?

Indicateurs de résultats

Données mesurables permettant de juger de l'atteinte des objectifs. Par exemple pour une action de sensibilisation : pourcentage de bénéficiaires se déclarant mieux informés sur le sujet, pourcentage de bénéficiaires faisant mention d'au moins 3 connaissances acquises, etc.

COLLECTE DES DONNÉES ET RÉSULTATS

Les travaux portent successivement sur la rédaction de la fiche d'évaluation, le recueil et l'analyse des données, la rédaction éventuelle d'un rapport intermédiaire (pour évaluer un programme de grande envergure) et le rapport final présentant les résultats et les recommandations (selon les conventions établies) qui seront ensuite diffusés [FT 14, p. 97].

EN PRATIQUE

Il est important de bien définir le champ de l'évaluation, c'est-à-dire ce que l'on veut évaluer. Il peut s'agir du territoire d'intervention, de la population concernée, etc.

L'évaluation peut être confiée à un prestataire externe. Il est donc essentiel de prévoir d'une part son financement dès la phase initiale du projet ou du programme et d'autre part les modalités d'accès au sein de l'établissement [Modalités d'accès dans les établissements pénitentiaires, p. 200].

L'ESSENTIEL

L'évaluation concerne à la fois le programme annuel ou pluriannuel, les projets et les actions dans le cadre du programme. Il convient de veiller dès l'élaboration du programme et du projet à lui dédier un financement et un temps spécifique et d'assurer un suivi régulier de la démarche. Sa construction et sa mise en œuvre débutent en même temps que l'élaboration du projet. En fonction des objectifs à mesurer, elle peut se poursuivre au-delà du temps du projet (évaluation à court, moyen et long terme).

Deux ou trois indicateurs simples suffisent en général par action/objectifs opérationnels.

Le tableau ci-après est une illustration de différentes questions possibles d'évaluation sur les différentes phases du projet (de la conception à l'évaluation). Deux ou trois indicateurs simples par action sont souvent suffisants [Mise en œuvre concrète, p. 101].

TABLEAU**Exemples de questions évaluatives**

La raison d'être, les cibles et les objectifs du projet	
La raison d'être du projet	<p><i>Diagnostic de l'état de santé de la population ciblée</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Est-ce que le diagnostic a été réalisé avec les professionnels compétents ? Le diagnostic a-t-il été partagé ? • Pour ce qui concerne les données sur l'état de santé, l'ensemble des sources d'information a-t-il été bien pris en compte ? Les sources de données sont-elles fiables ? Les données sont-elles cohérentes par rapport aux connaissances des acteurs de terrain ? • Le diagnostic a-t-il bien porté sur la population retenue pour les actions ?
	<p><i>Diagnostic de l'état des lieux</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Les sources de données pour apprécier les obstacles et facteurs facilitants du projet ou des actions correspondent-ils bien à la population et au territoire de réalisation du projet ? Pertinence. • L'offre existante a-t-elle bien été prise en compte sous toutes ses formes ? • L'appréciation des obstacles a-t-elle bien pris en compte les caractéristiques spécifiques en termes de culture et d'environnement des populations ciblées ?
Les cibles du projet	<p><i>Définitions des priorités</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • La question soulevée est-elle prioritaire eu égard aux autres problèmes de santé de la population ciblée ? Cohérence externe. • Les priorités ont-elles été bien décidées de façon participative (notamment avec les personnes détenues) ?
Les objectifs du projet	<p><i>Processus d'élaboration des objectifs (comment, avec qui, faisabilité...)</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Les objectifs ont-ils été bien définis en lien avec les partenaires compétents sur la santé des personnes détenues ?
	<p><i>Nature des objectifs du projet (caractéristiques, formulation...)</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Les objectifs opérationnels (actions) : répondent-ils bien aux 5 questions essentielles (Qui, Quoi, Où, Quand, Combien) ? • Les objectifs retenus sont-ils pertinents ?
La structuration du projet	
La nature et la cohérence du projet	<p><i>Conception/structuration/articulation dont la mobilisation des acteurs</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • L'équipe projet a-t-elle bien été mise en place, le rôle de chacun bien défini en interne et vis-à-vis des hiérarchies respectives ? Cohérence interne. • Les partenaires ont-ils été sollicités et mobilisés avec les bonnes stratégies ? • L'organisation du projet a-t-elle pris en compte le mode de fonctionnement des acteurs respectifs sur le projet ? • L'information et la formation ont-elles bien été prises en compte ? • Le projet a-t-il pris en compte d'éventuels autres projets existant déjà : recouvrements, concurrence, synergie ? • S'inscrit-il dans les orientations ou objectifs de santé au niveau de la région, voire au niveau national ?
	<p><i>Dynamique du projet (capacité à évoluer...)</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Dans la conception du projet, un ajustement est-il prévu en fonction des premières réalisations (des obstacles rencontrés, des réactions des populations, des besoins émergents et des premiers résultats...) ? En effet, plutôt que d'arrêter l'activité, peut-être, à partir de l'identification des freins, serait-il pertinent de modifier l'une ou l'autre des composantes de cette activité pour lever d'éventuels blocages ? Cohérence interne.
La mise en œuvre et l'implantation du projet	
Le bilan des ressources investies	<p><i>Participations financières, humaines et matérielles des partenaires financeurs</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Dans quelle mesure les participations retenues ont-elles été à la hauteur de ce qui avait été envisagé ? • Les partenaires du projet ont-ils réellement mis à la disposition le temps d'intervention convenu ?
	<p><i>Répartition de l'utilisation des ressources</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Les ressources ont-elles été utilisées en cohérence avec les objectifs ? • Y a-t-il eu mutualisation des ressources (avec d'autres services ou d'autres établissements) ?



TABLEAU (suite)

Le pilotage de la mise en œuvre du projet	<p><i>Procédures (organisation du pilotage, programmation annuelle, modalités de suivi...)</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Le chef de projet est-il bien identifié et reconnu par les différents partenaires et publics concernés ? • Les réunions ont-elles mobilisé les bonnes personnes tout au long du projet ? Le nombre de réunions réalisées est-il pertinent par rapport au champ du projet ? • L'équipe est-elle organisée avec une programmation, un calendrier ? • Existe-t-il un outil de suivi du pilotage ?
	<p><i>Concertation et appropriation (animation, communication...)</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Des réunions de concertation élargies ont-elles eu lieu ? • Les modes de communication ont-ils permis d'atteindre les personnes concernées, que ce soit les professionnels, les personnes cibles, les financeurs ou les personnes facilitatrices ? • Les différents médias (presse locale, journaux internes, canal vidéo interne, site web) ont-ils permis la mobilisation des acteurs ?
Les réalisations, résultats et atteintes des objectifs opérationnels	<p><i>Actions (déroulement effectif, populations ciblées présentes, participantes...)</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Les actions prévues ont-elles été réalisées ? • Les objectifs sont-ils atteints ?
	<p><i>Participation, mobilisation des acteurs</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Tous les partenaires prévus participent-ils régulièrement ? • La mobilisation des acteurs a-t-elle été effective et efficace (par exemple, les messages transmis sont-ils cohérents avec le projet ?)
Les impacts du projet	
Les impacts du projet et l'atteinte des objectifs	<p><i>Pour juger de ces impacts, il est opportun de construire, dans le cadre de la planification du projet, des outils de suivi [FT 12, p. 87], ne serait-ce que pour pouvoir disposer de données précises qui permettront de juger du déploiement du projet.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Y a-t-il eu des interactions entre l'établissement et des structures extérieures ? • Une offre complémentaire à ce qui existait a-t-elle été proposée ? • Quelles modifications sont apparues dans les relations entre partenaires ?
	<p><i>Création d'un environnement favorable</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • L'attitude des personnes cibles, des familles (si impliquées), des personnels a-t-elle évolué ? • Les représentations des partenaires sur le milieu carcéral se sont-elles modifiées ? • Le climat social à l'intérieur de l'établissement a-t-il évolué ?
	<p><i>Renforcement de l'attitude positive des personnes cibles et de l'estime de soi</i></p> <p>Pour répondre, il sera nécessaire de pouvoir mesurer l'évolution de l'estime de soi et donc de disposer d'un recueil de données initiales sur les représentations et attitudes sur la problématique ciblée par le projet ou l'action.</p> <ul style="list-style-type: none"> • A-t-on perçu ou mesuré une évolution de comportement en rapport avec le projet ?
	<p><i>Niveau de participation aux actions (ou activités)</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Nombre de personnes participant ? Impact sur des activités antérieures (remplacement ? complément ?)
	<p><i>État de santé des personnes</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • A-t-on observé une appropriation des questions de santé liées au projet ?
	<p><i>Y a-t-il des impacts négatifs ?</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Sur l'organisation ? Les professionnels ? Les personnes ciblées ? Les partenariats ? La santé ?
	<p><i>Coût des interventions de promotion de la santé</i> en intégrant le surcoût des mises à disposition spécifiquement dédiées, à mettre en lien avec les réalisations, résultats et atteintes des objectifs opérationnels des actions. <i>Efficience</i></p> <p><i>En fonction des impacts directs et indirects</i></p> <p>L'efficience peut se définir comme le rendement des moyens mis en œuvre (ce qui renvoie à la notion de performance) : il pourrait être intéressant de prendre en compte, outre l'efficience budgétaire, l'efficience du management et l'efficience des moyens matériels.</p>
Le rendement des ressources (efficience)	

Pour en savoir plus

Les sites internet mentionnés ont été consultés le 27/05/2014.

- Espace Régional de Santé Publique Rhône-Alpes. *L'évaluation en neuf étapes. Document pratique pour l'évaluation des actions santé et social*. Lyon : ERSP, 2008 : 36 p. En ligne : http://www.ersp.org/evaluation/pdf/eval_9_etapes_o8.pdf
- Gerhart C. Évaluation régionale des plans régionaux de santé publique : quelques repères pour les acteurs : document de travail. Paris : Direction générale de la santé, 2008 : 46 p. En ligne : http://fulltext.bdsp.ehesp.fr/Ministere/Dgs/Publications/2008/Evaluation_regionale_PRSP_2008o4.pdf
- Molleman M., Peters L., Hommels L., Ploeg M. *Outil de pilotage et d'analyse de l'efficacité attendue des interventions en promotion de la santé. Preffi 2.o*. [Traduction en français par l'Inpes] Woerden : Institut pour la Promotion de la Santé et pour la Prévention des Maladies (NIGZ) 2003 : 37 p. En ligne : http://www.inpes.sante.fr/preffi/Preffi2_Outil.pdf
- ARS Île-de-France. *Demande de soutien d'actions en prévention et promotion de la santé. Guide pour les promoteurs d'actions année 2013*. Paris : ARS Île-de-France, 2013 : 82 p. En ligne : <http://www.ars.iledefrance.sante.fr/Prevention-et-de-promotion-de.146o83.o.html>

Sites internet

Les sites internet mentionnés ont été consultés le 27/05/2014.

- Société française de l'évaluation [site internet]. 2011. En ligne : <http://www.sfe-asso.fr/>
- Le Groupe-ressource en Évaluation de l'Espace Régional de Santé Publique [page internet]. 2011. En ligne : <http://www.ersp.org/evaluation/evaluation.asp?id=13>

Fiche technique 14.

Communication autour du projet

BASE MÉTHODOLOGIQUE

La communication est nécessaire au bon fonctionnement du projet ou de l'action. Elle a plusieurs objectifs :

- informer, éduquer, sensibiliser les personnes et leur entourage et encourager leur participation ;
- mobiliser les partenaires décideurs et favoriser leur adhésion au projet,
- participer à une culture commune d'action ;
- valoriser le projet et soutenir ainsi sa pérennisation.

Elle permet d'exposer la diversité des points de vue, de nourrir la réflexion et de mutualiser les connaissances. Pour être efficace, la communication doit se dérouler avant, pendant et après le projet.

Différents types de communication peuvent être distingués.

La communication interne donne lieu à deux grands types d'action :

- le premier concerne une communication à visée éducative qui correspond à un objectif opérationnel du projet. Elle se fait à destination des personnes détenues ciblées, participe de leur éducation et accompagne leur changement de comportement par la transmission de messages clés ;
- le second concerne une communication interne à visée informative. Elle se fait à destination des personnes détenues ciblées, mais également

des professionnels concernés et contribue à faire connaître les projets et l'offre d'actions. Au sein du groupe projet, elle permet à chaque acteur d'avoir une vision globale du projet et de la complémentarité des actions ;

- la communication externe, destinée à un public plus large, participe à la notoriété du projet mais aussi à la mobilisation des décideurs, acteurs, partenaires et autres bénévoles. Elle est un des éléments du support social et est essentielle à la pérennisation des actions.

La communication intègre plusieurs stratégies complémentaires :

- la mobilisation administrative, les relations publiques : démarche de communication favorisant la participation des institutionnels au projet ;
- la mobilisation communautaire : actions d'information et de sensibilisation ; démarche de communication sur les objectifs du projet mais aussi sur les actions mises en œuvre, ce qui favorise l'adhésion de la population, des décideurs, des acteurs et par ricochet de la population cible ;
- la communication interpersonnelle (familiale, intergénérationnelle...) afin de mobiliser l'entourage des personnes détenues et la mise en œuvre du soutien social ;
- la publicité et la promotion des comportements favorables à la santé *via* les médias (radio, télévision, journaux, Internet...);
- la communication factuelle qui donne des éléments d'accessibilité et de disponibilité de l'offre de service (document d'information ciblé).

Pour chaque projet ou action, il est utile d'élaborer un plan de communication.

La communication est adaptée à la réalité locale, en donnant aux acteurs de terrain les moyens de se réapproprier les messages. Ceci implique le choix de supports de communication adaptés aux milieux et à la population concernés. Pour être efficace, l'élaboration d'une stratégie de communication nécessite de répondre aux questions suivantes : Pourquoi je communique ? Vers qui ? Comment ?

QUELQUES EXEMPLES POSSIBLES

- Création d'un nom ou slogan, d'un logo ou d'un acronyme pour le projet
- Annonce des journées événementielles aux populations cibles et à leurs proches
- Réalisation par la population cible d'affiches, de flyers, d'une brochure, d'une exposition, etc.
- Annonce *via* le canal interne vidéo
- Utilisation des sites internet professionnels, municipaux, etc.

- Rencontres/débats avant, pendant et après le projet
- Valorisation du projet (publication d'un article, intervention dans des journées de rencontres institutionnelles ou scientifiques, congrès, etc.)
- Communiqué de presse (dans la presse locale ou régionale, communautaire, hospitalière, professionnelle)
- Information régulière des publics sur l'état d'avancement du projet (par affichage par exemple)
- Information des partenaires et des institutions *via* les comptes rendus de suivi de projet **[FT 12, p. 87]** et les comptes rendus du comité de pilotage
- Diffusion des résultats d'évaluation, sous forme de document intégral, de résumé ou d'une présentation aux personnels d'un établissement et aux partenaires
- Événementiel de restitution du projet

Section III | **Mise en œuvre pratique :
deux programmes concrets**



Introduction

Les deux programmes présentés dans les pages suivantes illustrent différentes combinaisons d'actions qui s'appuient concrètement sur l'exercice d'acteurs de terrain. Le premier s'appuie sur l'expérience des établissements lillois et le second sur celle de la maison d'arrêt de Grenoble-Varces.

Il est important de préciser que dans ces établissements, la promotion de la santé bénéficie de moyens spécifiques. Ces choix stratégiques relèvent de l'établissement de santé soit sous forme de temps médical et paramédical dévolu à cette activité, soit sous forme de recrutement d'un animateur en santé au sein de l'équipe médicale de l'unité sanitaire.

Ces programmes sont illustrés chacun dans un schéma général appelé « arbre à objectifs », pages 108 (Lille) et 139 (Grenoble-Varces).

Dans chaque « arbre à objectifs », différents types d'objectifs opérationnels ont été distingués :

- les objectifs opérationnels dits « en cours » sont des objectifs mis en place, suivis et/ou renouvelés. Ils apparaissent en gris ;
- les objectifs opérationnels « atteints » sont des objectifs mis en place pour lesquels la méthodologie est déjà faite. Ils apparaissent en vert pâle ;
- les objectifs opérationnels « en projet » sont des objectifs dont le thème est défini mais qui restent à construire. Ils apparaissent en vert foncé.

Les objectifs opérationnels qui sont détaillés apparaissent en gras.

Ces programmes peuvent évoluer, chaque objectif opérationnel pouvant en déclencher un autre dans un effet de cascade au cours du temps.

Le lecteur notera que ces deux programmes sont établis sur plusieurs années. Il est important lors de la conception d'un programme que les objectifs opérationnels visent les différents niveaux d'intervention (individuels, collectifs, organisationnels, etc.) pour une meilleure prise en compte des déterminants de santé. Ces différents niveaux concernent par exemple le milieu de vie, l'environnement de la structure, le support social et l'individu.

Milieu de vie

- Inclure des partenaires extérieurs
- Inclure les personnes concernées dès la phase d'élaboration
- Travailler en pluridisciplinarité

Environnement de la structure

- Augmenter ou modifier l'offre
- Former et sensibiliser les partenaires ou les intervenants
- Informer les publics

Support social

- Organiser des événementiels
- Communiquer
- Médiatiser

Individu

- Modifier les comportements
- Développer des compétences psychosociales

Dans ces deux programmes concrets, cinq actions sont détaillées (deux pour le programme du Nord - Pas-de-Calais et trois pour la maison d'arrêt de Grenoble-Varces) en s'appuyant sur les différentes fiches techniques **[encadré 1, p. 52]**.

Le plan utilisé pour détailler la mise en œuvre de ces objectifs opérationnels (actions) est identique pour les deux programmes et le lecteur est invité à s'en inspirer pour construire son propre programme ou sa propre action.

Un document électronique disponible sur le site de l'Inpes dans l'espace thématique Santé en milieu pénitentiaire regroupe l'ensemble des figures et tableaux que le lecteur peut télécharger et utiliser à sa convenance : *Référentiel d'intervention en milieu pénitentiaire. Recueil des outils.*

Exemple des établissements pénitentiaires de Lille – Loos-Sequedin et Annoeulin

PRÉSENTATION DES ÉTABLISSEMENTS

Le centre pénitentiaire de Lille – Loos-Sequedin comprend :

- deux quartiers des hommes majeurs de 180 et 240 places ;
- un quartier des femmes de 150 places ;
- un centre national d'évaluation de 30 places.

Le centre pénitentiaire d'Annœullin comprend :

- deux quartiers « maison d'arrêt » de 150 et 210 places ;
- un quartier « centre de détention » de 210 places ;
- un quartier « maison centrale » pour les longues peines de 28 places ;
- un quartier « Service médicopsychologique régional » (SMPR) de 40 places ;
- un quartier « accueil » pour les nouveaux arrivants de 50 places ;
- six unités de vie familiale (UVF).

L'établissement public de santé de rattachement des deux unités sanitaires est le CHRU de Lille.

Les deux unités sanitaires sont intégrées dans le pôle d'activité de Psychiatrie, de Médecine légale et de Médecine en milieu pénitentiaire.

Au sein de l'effectif soignant des deux unités, il existe une unité fonctionnelle (UF) intitulée Prévention – Éducation – Santé composée de 0,8 équiva-

lent temps plein (ETP) de praticiens hospitaliers, 1 ETP Infirmier(e) diplômé(e) d'état (IDE), 0,8 ETP diététicienne. Cette UF a pour missions de promouvoir et développer la prévention, l'éducation à la santé, la promotion de la santé et l'éducation thérapeutique dans l'ensemble des structures de soins des établissements pénitentiaires rattachés au CHRU de Lille.

En 2004, 0,3 ETP de temps médical avait été dédié à cette mission au sein de l'unité sanitaire. Une UF a ensuite été inscrite dans le projet d'établissement en 2010, est devenue opérationnelle en 2011 et comprend un effectif complet depuis 2012.

Comités de pilotage des actions de prévention

Le comité de pilotage de Sequedin comprend un représentant :

- de l'unité sanitaire (DSS) ;
- du Dispositif de soins psychiatriques (DSP) ;
- de la direction de l'établissement pénitentiaire ;
- du personnel de surveillance ;
- du Service pénitentiaire d'insertion et de probation (SPIP) ;
- de l'Éducation nationale ;
- de Sodexo Justice Services (gestion déléguée).

Il se réunit quatre fois par an.

Le comité de pilotage d'Annœullin comprend un représentant :

- de l'unité sanitaire (DSS) CHRU Lille ;
- du DSP et SMPR CHRU Lille ;
- de la direction de l'établissement pénitentiaire ;
- du personnel de surveillance ;
- du SPIP ;
- de l'Éducation nationale ;
- de Themis FM Sogères (gestion déléguée).

Il se réunit quatre fois par an.

Partenaires

Les partenaires sur lesquels les programmes s'appuient depuis plusieurs années sont :

- sur le plan médical et paramédical : les services médicaux du CHRU de Lille, le COREVIH, la Faculté dentaire, l'Institut Pasteur de Lille ;
- sur le plan institutionnel : l'Agence régionale de santé (ARS), la DIRSP, l'Éducation nationale ;
- sur le plan de l'Administration pénitentiaire et de ses partenaires : Sodexo justice service, Themis FM Sogères ;

- sur le plan communautaire :
 - les réseaux : « hépatites » Nord – Pas-de-Calais, « Diabète Obésité Métropole Lilloise », réseau CETRADIM Roubaix, réseau « HTA Vasc » ;
 - les associations : associations gérant les centres de soins d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA), SOS Hépatites, Association GT 59 62, Association Baptiste pour l'Entraide et la Jeunesse – solidarité Lille (ABEJ)¹, Association CIPD-Point Accueil Oxygène², Carrefour d'initiatives et de réflexions pour les missions relatives à la vie affective et sexuelle (CIRM) et Centre Régional d'Information et de Prévention du Sida (CRIPS), Groupement Régional de Promotion de la Santé (GRPS), Association Sida Info Service.

L'arbre à objectifs du programme d'Annoeulin est un exemple de programmation sur plusieurs années **[figure 1]**.

L'objectif général « promouvoir et développer la promotion de la santé au sein du centre pénitentiaire » est un objectif général portant sur le long terme qu'il n'est pas possible d'évaluer directement. L'évaluation de l'ensemble des objectifs généraux de ce programme passera par l'évaluation des objectifs spécifiques (à moyen terme) et des objectifs opérationnels (à la fin de l'action en pratique) plus concrets et SMART **[FT 7, p. 71]**.

L'identification d'une structure dédiée à la prévention au sein de l'unité sanitaire peut être un des premiers objectifs généraux du programme. Dans cet exemple, les objectifs spécifiques qui le précisent sont de l'ordre du processus et sont facilement évaluables. Ils sont considérés comme terminés (contractualisation, inscription dans le projet médical, etc.).

Les objectifs opérationnels sont les actions mises en œuvre qui vont permettre de contribuer à la réalisation de l'objectif spécifique. Ces actions sont de plusieurs ordres et peuvent correspondre à des processus (par exemple l'écriture d'un projet, la mise en place d'une structure de coordination, la mise en place d'un groupe de travail) et à des activités (formations, ateliers du goût, mise en place d'une activité sportive, etc.).

Les objectifs opérationnels ont des résultats attendus qui sont facilement évaluables.

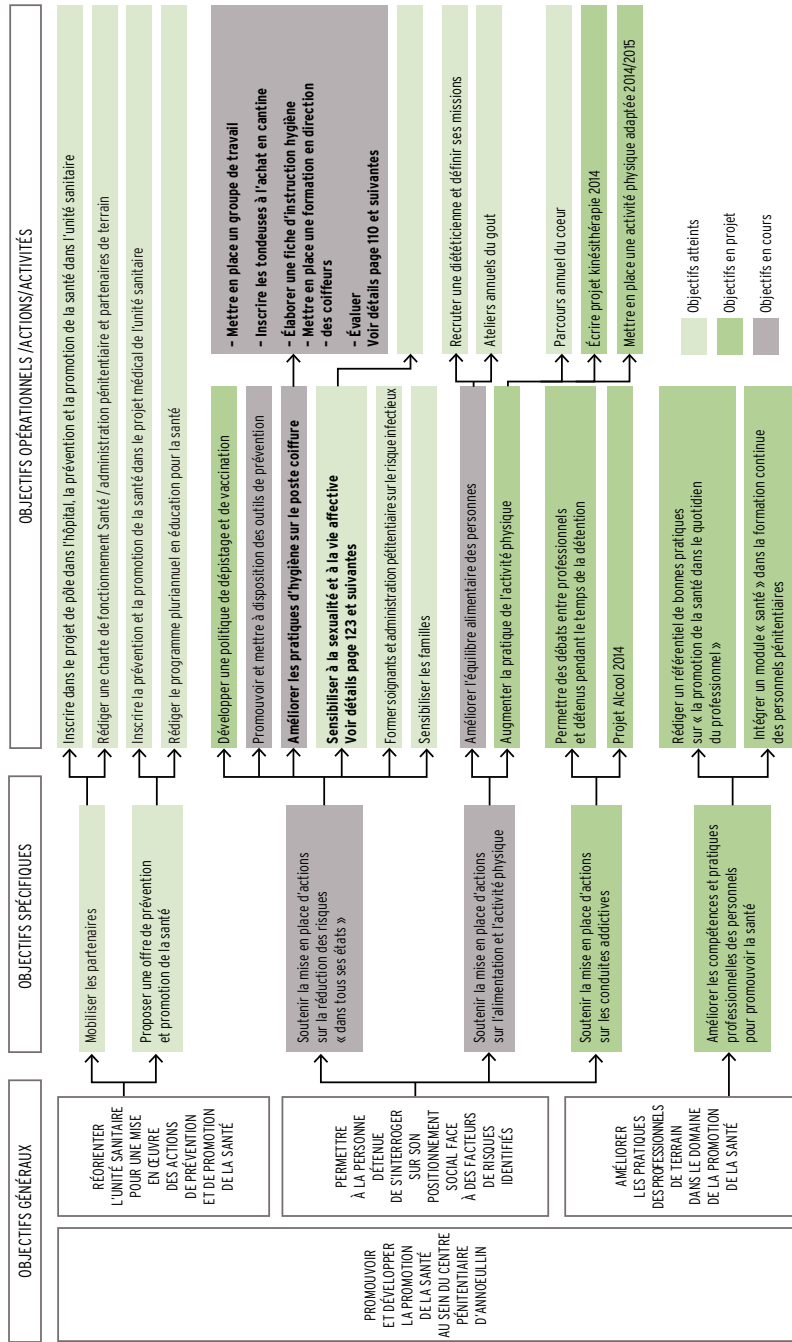
L'action « Améliorer les pratiques d'hygiène sur le poste coiffure » est une action très technique. Cette action agit sur les pratiques de manière directe mais également sur l'environnement (ici la modification du fonctionnement de la structure). C'est un exemple de collaboration pluriprofessionnelle et pluri-institutionnelle **[p. 110]**.

1. L'association ABEJ-solidarité Lille : accueil, hébergement, accompagnement des personnes sans abri.

2. Association CIPD (conseil intercommunal pour la prévention de la délinquance) comprend un pôle point accueil oxygène : prévention des dépendances.

FIGURE 1

Arbre à objectifs du programme pluriannuel Lille 2011/2015 centre pénitentiaire d'Annoeulin



La mise en place de l'objectif opérationnel « sensibiliser à la sexualité et à la vie affective » a été réalisée chez les hommes dans l'établissement d'Annœullin et chez les femmes dans la maison d'arrêt de Sequedin. Cette action a été détaillée au niveau de la maison d'arrêt de Sequedin pour illustrer le projet réalisé chez les femmes [p. 123]. Il est très intéressant de constater que cette action a conduit un groupe de femmes à prendre totalement en main des actions ultérieures sous forme d'un groupe pérenne force de proposition. Il s'agit là d'un exemple typique « d'*empowerment* ».

Il est à souligner que le programme d'actions réalisé dans cet établissement adapté au contexte et partenaires locaux a ensuite été et mis en place dans un établissement voisin grâce à la transversalité de l'équipe de prévention.

OBJECTIF OPÉRATIONNEL : AMÉLIORER LES PRATIQUES D'HYGIÈNE SUR LE POSTE COIFFURE

Résumé de l'action (objectif opérationnel)

Objectif spécifique	Soutenir la mise en place d'actions sur la réduction des risques « dans tous ses états »
Objectif opérationnel (action)	Améliorer les pratiques d'hygiène sur le poste coiffure
Public cible	Auxiliaires de coiffure Personnes détenues de l'établissement Personnels pénitentiaires
Lieu	Centre pénitentiaire d'Annoëullin
Équipe projet	Équipe prévention, équipe de l'Unité de lutte contre les infections nosocomiales (ULIN), gradé pénitentiaire, gestion déléguée
Activités	Mettre en place un groupe de travail Rédiger une fiche d'instruction Modifier l'offre de cantinage Modifier un cahier des charges Former les personnels Former les auxiliaires Informer les publics
Durée	1 an du 01/01/2013 au 31/12/2013 Reconductible

Cet objectif opérationnel (ou action) se décline lui-même comme un projet dans la mesure où il nécessite de mettre en place plusieurs activités (actions en cascade).

Cette action s'inscrit dans l'objectif spécifique Soutenir la mise en place d'actions sur la réduction des risques « dans tous ses états » [figure 1, p. 108].

Équipe projet (FT 2)

L'équipe projet comprend l'unité fonctionnelle « Prévention, Éducation, Santé », composée d'un médecin et d'un infirmier, une IDE du Service de gestion du risque infectieux, des vigilances et d'infectiologie (SGRIVI) du CHRU de Lille, une IDE du centre pénitentiaire de Sequedin et une IDE du centre pénitentiaire d'Annoëullin, un gradé de l'administration pénitentiaire, un représentant Sogeres (partenaire privé).

La composition de l'équipe projet inclut des partenaires hors secteur santé et des partenaires extérieurs à l'établissement, ici l'infirmière du SGRVI. Elle peut également comprendre une personne détenue.

Analyse de la situation (FT 3)

- L'enquête Prévacar, met en évidence une prévalence de l'hépatite C chronique en détention cinq fois supérieure en moyenne à celle du milieu libre.

Ces données épidémiologiques confortent la raison d'être du projet et de l'action.

- L'administration pénitentiaire propose un salon de coiffure par bâtiment d'hébergement chez les hommes. Une personne détenue est recrutée comme coiffeur et accueille les personnes qui en font la demande tous les jours de la semaine matin et après-midi (le salon est fermé le samedi et le dimanche). Le salon peut recevoir cinq à dix personnes chaque jour.
- Le matériel de coiffure et les produits désinfectants sont fournis par la société Sogeres dans le cadre d'un contrat de fonctionnement et sont remis au détenu « coiffeur » par l'administration pénitentiaire, et stockés dans le salon de coiffure.
- L'administration pénitentiaire réfléchit à la possibilité d'inscrire la tondeuse sur la liste des produits « cantinables ».
- Une visite inopinée du salon de coiffure par une infirmière permet de faire les constats suivants :
 - une serviette unique est utilisée par le coiffeur pour l'ensemble des détenus coiffés de la journée ;
 - la décontamination s'effectue par boîte ultraviolet qui est inefficace sur les virus ;
 - le produit de désinfection utilisé (eau de javel à 4°) est inefficace sur les virus ;
 - il n'y a pas de formation ni de recommandations de bonnes pratiques pour les « coiffeurs » ;
 - le matériel fourni est en plus ou moins bon état de fonctionnement, non démontable et n'offre pas de garantie suffisante eu égard aux risques infectieux encourus.

Une courte enquête auprès des utilisateurs peut également apporter des précisions sur leurs attentes et leur confiance dans le service. Elle peut, en outre, servir de base pour mettre en place un indicateur de résultat (par exemple la confiance dans le service proposé avant et après la mise en place de la nouvelle procédure).

Leviers identifiés

- Loi HPST et mission de prévention des établissements publics de santé
- Plan stratégique santé des personnes sous main de justice 2010 – 2014
- Guide méthodologique : celui-ci précise que dans le cadre de la prévention des risques infectieux le médecin de l'unité sanitaire conseille la direction de l'établissement pénitentiaire sur les techniques et les produits à utiliser, notamment en matière de décontamination du matériel de coiffure. Il transmet à la direction de l'établissement pénitentiaire le protocole à suivre.

Les cadres législatifs ou réglementaires légitiment la mise en place de l'action.

- Implication des personnels soignants et pénitentiaires sur la question de la réduction des risques
- Existence du SGRIVI/ULIN sur le CHRU de Lille, qui peut être mobilisé dans l'action
- Existence d'un marché liant le CHRU de Lille et une société privée de fourniture de matériel de rasage
- Existence d'un cahier des charges liant l'administration pénitentiaire et une société privée incluant le matériel de coiffure et les produits de désinfection

L'inventaire de l'existant (ici l'existence de structures de validation et/ou de contrat/cahier des charges) permet de limiter le temps d'élaboration de documents et les ressources humaines nécessaires. Il ne sera pas utile, par exemple, de créer un groupe de validation celui-ci existant déjà (ULIN)], ni de rédiger un cahier des charges complet.

Freins identifiés

- Absence de budget spécifique
- Absence de possibilité d'achat de tondeuses en cantinage
- Participation financière éventuelle des personnes détenues si un professionnel extérieur est retenu
- Nécessité de rédiger un avenant au cahier des charges pour l'entretien du matériel par la société privée partenaire

- Petit nombre et caractère peu explicite des textes réglementant les activités de coiffure professionnelle³, qui ne permettent pas de se passer d'une rédaction personnelle
- Diversité des pratiques en fonction des établissements, qui ne permet pas de récupérer des écrits validés

On comprend bien ici l'intérêt de passer du temps sur l'analyse de la situation.

Participation des personnes détenues (FT 4)

Les personnes détenues ont exprimé oralement auprès des personnels de surveillance et des personnels soignants le souhait de pouvoir bénéficier d'une tondeuse individuelle.

Elles participeront à l'évaluation du dispositif.

Les personnes détenues peuvent participer à plusieurs niveaux : enquête de besoins, demande, évaluation et équipe projet.

Identification des partenaires (FT 6)

Le partenaire extérieur possible est l'école de coiffure avec participation des stagiaires y compris pour la formation des auxiliaires.

Le partenaire interne est l'ULIN de l'établissement hospitalier.

Dans le projet définitif, l'appel à des professionnels extérieurs n'a pas été retenu car trop coûteux et trop complexe à mettre en place.

Objectif spécifique de l'action (FT 7)

Soutenir la mise en place d'actions sur la réduction des risques « dans tous ses états ».

3. Loi du 15 janvier 1902 relative à la protection de la santé publique, Arrêté du 3 août 1955 relatif au règlement sanitaire des salons de coiffure (articles 89b et 89c), Circulaire du 9 août 1978 relative à la révision du règlement sanitaire (article 118).

Élaboration des actions (FT 8)

Il est décidé de ne pas solliciter de professionnels extérieurs (stagiaires de coiffure).

- Mettre en place et réunir un groupe de travail de décembre 2011 à janvier 2012.
- Inscrire les tondeuses à l'achat libre en cantinage et faire une étude de marché en 2012 pour toutes les personnes détenues de l'établissement pénitentiaire.
- Élaborer une fiche d'instruction d'hygiène de décontamination en direction des personnels auxiliaires (détenus-coiffeurs) menant cette activité pour l'année 2013. Faire valider cette fiche par le SGRIVI/ULIN du CHRU en 2013. La remettre à chaque auxiliaire au moment de l'embauche en 2013 [tableau, p. 121 et figure 3, p. 122].
- Mettre en place une information auprès de l'ensemble des hommes détenus des bâtiments A, B, C et QLP et pour tous les arrivants hommes à compter du 1^{er} janvier 2014. Cette information inclut l'utilisation d'une tondeuse achetée en cantine et le fonctionnement du poste coiffure.
- Mettre en place une formation proposée aux détenus « coiffeurs » et aux personnels pénitentiaires les encadrant en 2013.
- Mettre en place une évaluation par audit inopiné six mois après la mise en place des nouvelles mesures, en recueillant des éléments quantitatifs et en réalisant une enquête de satisfaction en 2014.
- Mettre en place un dispositif d'évaluation au long cours à compter de 2015.

Dans cet exemple :

- le groupe de travail est également le groupe projet ;
- le calendrier permet de donner un ordre d'idées sur les échéances à venir. Il dépend également des différentes validations. Il suffit de réactualiser la planification à l'aide du tableau en cas de retard ;
- comme décrit dans la FT 8, les objectifs opérationnels sont des actions. Commencer par un verbe à l'infinitif permet d'être pragmatique.

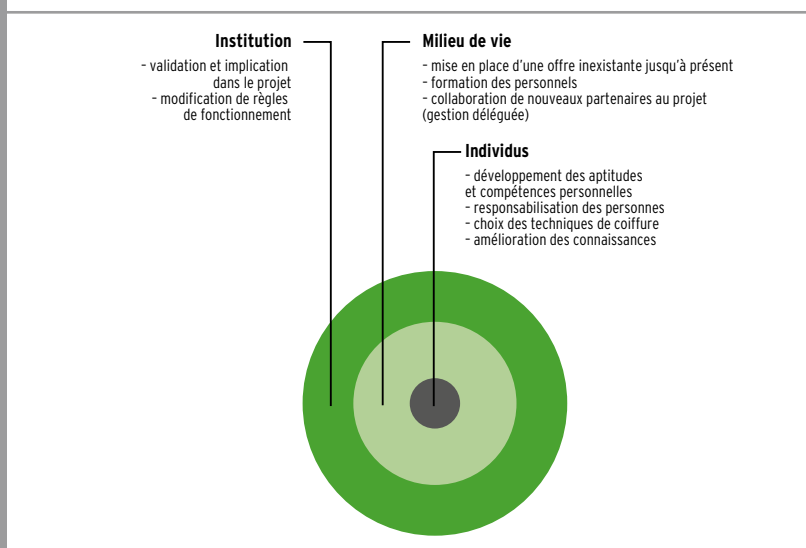
Ces objectifs permettent de prendre en compte les axes de la charte d'Ottawa et d'agir sur les trois niveaux de déterminants [figure 2].

Au niveau individuel : développement des aptitudes, responsabilisation des personnes, choix des techniques (ici, de coiffure), amélioration des connaissances.

Au niveau de l'environnement : mise en place d'une offre inexistante jusqu'à présent, formation des personnels, collaboration de nouveaux partenaires au projet (gestion déléguée).

Au niveau institutionnel : validation et implication dans le projet, modification de règles de fonctionnement.

FIGURE 2



CRITÈRES SMART APPLIQUÉS À L'OBJECTIF OPÉRATIONNEL

Spécifique : l'objectif est précis et concerne le poste de coiffure.

Mesurable : l'objectif peut être mesuré par des indicateurs simples.

Atteignable : atteindre l'objectif est raisonnable et nécessite de modifier l'environnement. Il n'y a pas de difficultés prévisibles sur le plan sécuritaire et légal.

Réaliste : compte tenu de l'analyse de la situation, l'objectif poursuivi (réduire le risque infectieux sur le poste coiffure) est faisable.

Temporellement défini : le projet sera mis en place pour une durée de 1 an et reconduit en fonction de l'évaluation.

Les éléments de contenu de la formation proposée aux personnes détenues « coiffeurs » sont listés ci-après.

- Agents infectieux et coiffure : parasites (poux, gale), bactéries (plaies), virus (hépatites, virus de l'immunodéficience humaine (VIH)), mycoses (teignes)
- Concept général de l'hygiène et déclinaison sur le poste coiffure (local, matériel, coiffeur, coiffé)
- Présentation du protocole : matériels et produits mis à disposition, articulations avec les personnels pénitentiaires et soignants, fiche de poste, organisation du poste coiffure
- Évaluation des acquisitions

Estimation des besoins humains et logistiques (FT 9)

Risque infectieux coiffure		
	Besoins humains dans l'établissement	Besoins logistiques dans l'établissement
Écriture du projet	1 journée de travail/1 personne	Ordinateurs, téléphones
Réunions avec l'équipe projet	4 réunions de 2 h/6 personnes	Salles, matériel
Rédaction de la fiche d'instruction d'hygiène	2 jours de travail/1 personne	Ordinateurs
Présentation au Comité de lutte contre les infections nosocomiales (CLIN)	2 heures/1 personne	...
Étude de marché et appel offre tondeuse	1 personne, 1 journée	Ordinateur/Internet
Visite des locaux de coiffure/État des lieux	2 heures de visite 2 heures de rédaction de compte rendu de visite 1 personne de l'équipe projet	Aucun Papeterie
Information des personnels	1 rencontre d'environ 1 h avec l'équipe soignante 4 rencontres d'environ 1/2 h avec l'équipe pénitentiaire	Salle de réunion
Information des publics	Intégré à l'accueil des arrivants Pas de besoin supplémentaire	Impression de documents
Compte rendu des réunions	1/2 heure x 8 rencontres	Ordinateur
Communications

Le tableau est un bon moyen de garder une vue d'ensemble de la planification du projet et de son suivi.

Sources de financements (FT 11)

Pas de financement demandé.

Le coût correspond au différentiel entre les pratiques antérieures et les nouvelles pratiques [FT 13, p. 91] et entre dans le coût de fonctionnement de l'établissement. L'éventuel surcoût lié aux recommandations doit s'inscrire dans la contractualisation entre l'administration pénitentiaire et le partenaire privé (achat de produits et de matériel de désinfection).

Les tondeuses individuelles qui seront disponibles à l'achat en cantine sont à la charge des personnes. Le prix estimé est de 20 euros.

Dans cet exemple, le coût de l'action se résume à l'achat de produits désinfectants et au coût d'un document écrit d'information.

Suivi du projet (FT 12)

Cette action s'intègre dans l'objectif spécifique de réduction des risques. Elle est complémentaire des autres actions [figure 1, p. 108]. Elle fait l'objet d'un suivi sur les éléments d'évaluation.

Fiche de suivi - recueil de données

Description

- ◇ Réunion de coordination du projet (réunion du comité de pilotage, rencontre avec les partenaires, etc.)
- ◇ Temps d'élaboration des modules de formation
- ◇ Temps d'élaboration d'outils
- ◇ Réunion avec les partenaires et intervenants
- ◇ Session de formation-action
- ◇ Autre activité : appel d'offres tondeuses

Pour l'activité	Prévu	Réalisé
Nombre de participants (y compris le comité de pilotage)		
Calendrier	Avril 2013	En partie
Matériel/moyens (salle, support pédagogique, etc.)	Sans objet	Sans objet
Objectif(s) Hygiène poste coiffure		

Commentaires

Ce qui peut expliquer la différence entre ce qui était prévu et ce qui s'est effectivement déroulé

Retard pour la validation de la fiche d'hygiène

Ce qui a été satisfaisant et qui a bien fonctionné

Réunion des partenaires/audit des lieux/modification de l'offre en cantinage/

Fait le : /avril/2013

Par (noms) :

Une autre fiche de suivi des actions pourra être renseignée lors de la mise en place des formations des auxiliaires « coiffeurs » et du personnel de surveillance selon le modèle proposé dans la FT 12.

Évaluation du projet (FT 13)

Le champ de l'évaluation de l'action concerne l'ensemble des actes relatifs à la réalisation de l'action en distinguant le processus et les résultats dont font partie les conditions de pratique d'hygiène du salon de coiffure.

- a. Réalisation des actions programmées.
- b. Conformité par rapport au calendrier.
- c. Rédaction de l'avenant au cahier des charges.
- d. Réalisation d'un audit inopiné tous les six mois. Première enquête trois mois après la mise en place du nouveau protocole. Il est attendu plus de 90 % de conformité avec la fiche d'instruction d'hygiène.
- e. Quantification annuelle de l'achat de tondeuses individuelles à partir du 01/09/2013. Cela permet d'évaluer la portée de l'information au public et la pertinence de l'action par rapport au besoin.
- f. Quantification annuelle des produits de désinfection commandés.
- g. Enquête de satisfaction des personnes détenues une fois par an. Questionnaire court sur la confiance dans le service proposé et le sentiment de sécurité/propreté dans les nouvelles pratiques de coiffure.
- h. Enquête de satisfaction trois mois après la mise en place de la nouvelle procédure chez les auxiliaires chargés du poste coiffure sur les conditions d'exercice et les formations dispensées.

Quelques indicateurs choisis comprennent des indicateurs de processus (a, b) et des indicateurs de résultats (c, d, g, h). Les indicateurs quantitatifs sont simples et nécessitent que l'action soit suivie avec l'ensemble de l'équipe projet.

Communication autour du projet (FT 14)

- Comptes rendus au comité de pilotage
- Réunions inter UCSA/ARS/DISP
- Présentation au SGRIVI/ULIN
- Insertion dans le rapport d'activité
- Repas de service
- Utilisation à titre d'exemple dans un article, journal, etc.

L'établissement ne possède pas de canal vidéo internet opérationnel. Le projet étant en cours, les actions de communication ne sont pas terminées. Il est possible d'envisager une présentation dans un congrès professionnel, une présentation dans diverses journées régionales, une information sur un site professionnel, etc.

Fiche d'instruction (soumise pour validation)**CHECK-LIST COIFFEUR****INSTRUCTIONS**

Fiche à remplir au début et à la fin de chaque poste.

Fiche à rendre à la personne en charge du contrôle de fin de poste avec le matériel.

Fiche pouvant servir à la commande de matériel manquant.

Fiche à mettre quotidiennement dans la boîte aux lettres Unité de consultations et de soins ambulatoires (UCSA) par la personne en charge du contrôle.

Fiche remplie en présence du personnel de surveillance.

LINGE	Début	Fin
--------------	-------	-----

Chiffonnette	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------	--------------------------	--------------------------

MATÉRIEL

1 tondeuse en charge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
----------------------	--------------------------	--------------------------

2 paires de ciseaux à bouts ronds	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-----------------------------------	--------------------------	--------------------------

1 paire de ciseaux à désépaissir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
----------------------------------	--------------------------	--------------------------

2 peignes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-----------	--------------------------	--------------------------

1 sèche-cheveux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-----------------	--------------------------	--------------------------

1 valisette de transport	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------

1 sac poubelle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
----------------	--------------------------	--------------------------

MATÉRIEL À USAGE UNIQUE

Sabots à usage unique (en fonction du nombre de coiffés prévus)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
---	--------------------------	--------------------------

Rasoirs à usage unique (5)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
----------------------------	--------------------------	--------------------------

PRODUITS D'ENTRETIEN

Spray de nettoyage et décontamination	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
---------------------------------------	--------------------------	--------------------------

REMARQUES

.....

.....

Date :

Nombre de personnes prévues :

Nombre de personnes coiffées :

Bâtiment :


Surveillant (initiales) :

Coiffeur (nom, signature) :

FIGURE 3

Fiche d'instruction hygiène (soumise pour validation)

CENTRE PÉNITENTIAIRE DE SEQUEDIN		
RÉDACTION	VÉRIFICATION	APPROBATION
Représentant personnel des centres pénitentiaires	Société privée : SOGERES THEMIS FM?	Direction : ?

SGRIVI	FICHE D'INSTRUCTIONS	FI/ULI/068
	HYGIÈNE DU MATÉRIEL DE COIFFURE CENTRE PÉNITENTIAIRE	V : 01 de 01.2012 Page 1 sur 1
RÉDACTION	VÉRIFICATION	APPROBATION
Groupe de travail UCSA UF prévention et éducation en santé IDE UCSA SGRIVI	NOM : DR. B. GRANDBASTIEN FONCTION : COORDONNATEUR DE L'ULIN Visa :	NOM : Pr. JM Rigot Fonction : Président de la sous commission QSS Visa :

OBJECTIF : Prévenir le risque de transmission croisée (virus transmis de façon hémotogène-HVB-HVC).

RÉFÉRENCES : elles sont issues des recommandations du guide méthodologique relatif à la prise en charge sanitaire des personnes détenues de septembre 2004 et du plan d'action stratégique 2010-2014 : « il appartient à l'USCA de conseiller, **sous la forme d'un protocole écrit**, la direction de l'établissement pénitentiaire sur les techniques et les produits à utiliser, notamment en matière de **décontamination du matériel de coiffure**. » Le matériel coupant doit être désinfecté après chaque coupe.

PRÉ-REQUIS : les personnes présentant une pédiculose active (présence de poux et/ou de lentes) et les personnes n'ayant pas apporté leur serviette personnelle ne pourront accéder à un rendez-vous de coiffure.


LISTE DU MATÉRIEL DE COIFFURE

Dans une valisette :

- 1 tondeuse électrique et lames à usage unique
- 2 paires de ciseaux à cheveux (1 à désépaissir, 1 à couper)
- 1 peigne
- 1 sèche-cheveux
- 2 rasoirs à usage unique
- 1 sac poubelle

LISTE DU MATÉRIEL DE DÉSINFECTION

- **mousse** détergente désinfectante en spray (virucide, bactéricide, fongicide)
- 1 chiffon/lavette (à changer tous les jours)

Activités	INSTRUCTIONS OPÉRATOIRES
Responsables Le surveillant et l'auxiliaire	
Vérification du matériel Le surveillant et l'auxiliaire	• Remplir la fiche check-list/coiffeur en début de séance
Désinfection du matériel entre chaque personne coiffée L'auxiliaire 	<ul style="list-style-type: none"> • Jeter les rasoirs usagés à usage unique dans le sac poubelle du local de coiffure • Retirer la lame de tondeuse usagée et la jeter dans le sac poubelle du local de coiffure • Appliquer la mousse détergente désinfectante sur le chiffon/lavette (1 pression) • Bien répartir le produit sur le peigne, les ciseaux (ouverts), le manche de tondeuse • Laisser agir 5 minutes • Ne pas rincer
En fin de séance L'auxiliaire	<ul style="list-style-type: none"> • Désinfecter le matériel de coiffure • Désinfecter la valisette avec le chiffon/lavette imbibé(e) de mousse détergente désinfectante (1 pression) • Vérifier le matériel et compléter la check-list avec le surveillant
Élimination des déchets Le surveillant et l'auxiliaire	• Jeter le sac poubelle du local de coiffure dans le sac DASRI jaune de la salle de soins UCSA du bâtiment, dont l'ouverture sera assurée par le surveillant

OBJECTIF OPÉRATIONNEL : SENSIBILISER À LA SEXUALITÉ ET À LA VIE AFFECTIVE CHEZ LES FEMMES

Résumé de l'action (objectif opérationnel)

Objectif spécifique	Soutenir la mise en place d'actions sur la réduction des risques « dans tous ses états ».
Objectif opérationnel	Sensibiliser à la sexualité et à la vie affective chez les femmes.
Public cible	Femmes du centre pénitentiaire Lille - Loos-Sequedin.
Lieu	Quartier des femmes
Équipe Projet	Équipe soignante, direction et personnels de surveillance de l'établissement, association, SPIP, femmes détenues.
Activités	Rédiger, diffuser et analyser des questionnaires sur les attentes des femmes. Mettre en place des ateliers d'expression artistique. Réaliser une plaquette d'information. Mettre en place un atelier jeu de société. Exposer les productions au cours d'un forum annuel de santé dans l'établissement.
Durée	1 an du 01/01/2012 au 31/12/2012. Reconduite

Contexte du quartier des femmes de l'établissement

Environ cent femmes détenues prévenues ou condamnées sont incarcérées dans le centre pénitentiaire de Sequedin.

Il existe une « nurserie » de cinq places pour des femmes détenues qui peuvent ainsi garder leur enfant auprès d'elles jusqu'à l'âge de 18 mois.

Une consultation ambulatoire est assurée sur place en gynécologie obstétrique une fois par semaine.

Un quartier scolaire est intégré à la détention.

L'association Genépi intervient dans le quartier des femmes et des activités thérapeutiques ont été mises en place par le dispositif de soins psychiatriques et le CSAPA : art thérapie, socio-esthétique, atelier de médiation corporelle, aromathérapie...

Équipe projet (FT 2)

Elle est constituée de l'équipe soignante, de la directrice du quartier des femmes, des personnels de surveillance, du service SPIP, du référent local d'établissement pour l'Éducation nationale et de l'enseignante du quartier des femmes.

Analyse de la situation (FT 3)

Ce projet est la version révisée d'un projet mis en place en 2010. Il s'appuie sur l'analyse des éléments à l'origine de cet échec **[encadré 1]**.

ENCADRÉ 1**LES RAISONS DE L'ÉCHEC INITIAL EN 2010**

- Le projet initial avait été élaboré sans prise en compte des besoins et attentes des personnes détenues, notamment au regard de l'abord difficile (voire tabou) du sujet de la vie affective et sexuelle des femmes en détention.
- Les personnels de surveillance étaient peu impliqués.
- L'accès à l'établissement s'est révélé difficile pour les partenaires extérieurs.
- Les invitations destinées aux personnes détenues n'étaient pas adaptées, trop médicalisées et mal formulées.

Un état des lieux sur la question de la sexualité et de la vie affective a été réalisé en avril 2011 sur la base d'un questionnaire destiné à l'ensemble des femmes détenues **[figure 4]**.

L'analyse du questionnaire intitulé Questions de femmes ? a permis de dégager les attentes des femmes **[figure 5]** et de reconstruire le projet.

Leviers identifiés

- L'analyse de l'échec antérieur.
- Le financement obtenu préalablement.
- L'implication et la disponibilité des soignants dans le domaine de la promotion de la santé.
- L'implication de l'enseignante, de deux professionnelles du SPIP, du lieutenant du quartier dans le projet.
- L'existence d'une association partenaire conventionnée et d'une spécialiste en gynéco obstétrique qui intervient ponctuellement dans le quartier des femmes, l'analyse du questionnaire.

Freins identifiés

- La participation aléatoire des personnes.

Objectifs du projet (FT 7)

Objectif général : permettre aux personnes de s'interroger sur leur positionnement personnel et social face à des facteurs de risques identifiés.

Objectif spécifique : soutenir la mise en place d'actions sur la réduction des risques « dans tous ses états ».

CRITÈRES SMART APPLIQUÉS À L'OBJECTIF OPÉRATIONNEL

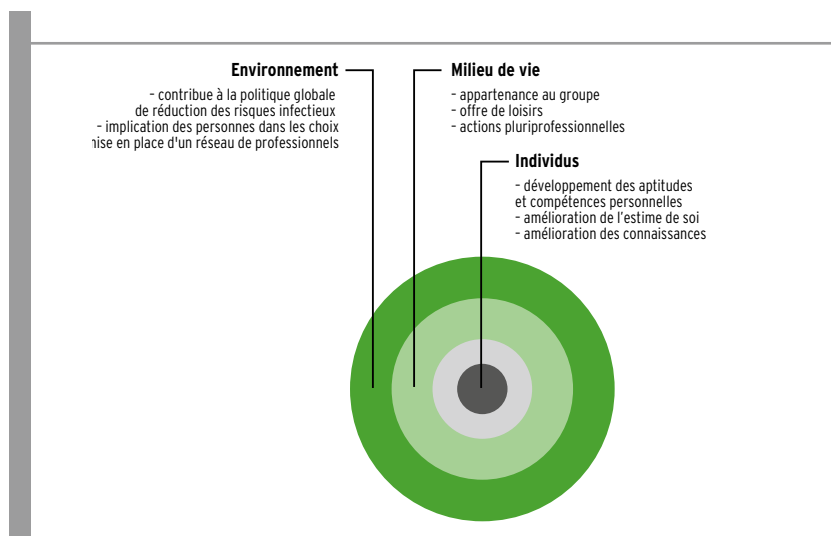
Spécifique : l'objectif est précis. Le public concerné est identifié : femmes du centre pénitentiaire Lille - Loos-Sequedin.

Mesurable : l'objectif est évaluable (mise en place effective des activités).

Atteignable : mettre en place des actions est un objectif réaliste si l'on tient compte des demandes des personnes et de l'état des lieux.

Réaliste : compte tenu de l'analyse de la situation et de l'expérience des partenaires, l'objectif poursuivi est faisable.

Temporellement défini : le projet est mis en place pour une durée d'un an et renouvelable en fonction de l'évaluation.



L'ESSENTIEL

Développer les connaissances des femmes dans le domaine de la sexualité, de la contraception et des risques infectieux permet de travailler plusieurs niveaux de déterminants de la charte d'Ottawa.

Au niveau individuel : progression des aptitudes et compétences personnelles, amélioration de l'estime de soi en développant la capacité de choix dans la sexualité et réduction des risques infectieux.

Au niveau du milieu de vie : appartenance au groupe.

Au niveau environnemental : contribution à la politique globale de réduction des risques infectieux chez les personnes incarcérées dans l'établissement, actions pluriprofessionnelles, implication des personnes dans le projet.

Plusieurs activités ont été mises en place pour réaliser l'action.

- Animer et informer deux classes par les professionnels de santé et une gynécologue/sexologue.
 - Premier volet : le corps de la femme (images, caractéristiques, évolution, physiologie, le corps de la femme et la loi). 10/2011 à 01/2012.
 - Deuxième volet : appareil génital féminin, cycles menstruels, contraception, suivi médical, infections sexuellement transmissibles (IST). 02/2012 à 04/2012.
- Réaliser une plaquette d'information sur le thème de la sexualité en général par le biais d'un atelier d'écriture au 2^e trimestre 2012 et la diffuser à l'ensemble des femmes de l'établissement. Cette action contribue au sentiment de responsabilisation (réalisation concrète), d'utilité (transmission du savoir) et d'amélioration des compétences.
- Mettre en place des ateliers d'expression artistique de novembre 2011 à juin 2012 pour les femmes volontaires suivant un cursus scolaire afin d'améliorer les connaissances, de rompre le sentiment de solitude et d'isolement par des activités de groupe, de contribuer au bien-être psychique, d'éveiller à la culture, de travailler sur les représentations de la femme « à la façon de... ».
- Utiliser un jeu de société afin de partager autour d'un temps collectif sur une période estivale habituellement pauvre en activité, ce qui permet de lutter contre l'isolement en participant à une activité de groupe. Cette action contribue au sentiment de responsabilisation (réalisation concrète), d'utilité (transmission du savoir) et d'amélioration des compétences. Été 2012.
- Intégrer cette thématique dans un forum santé en septembre 2012 (exposition des travaux réalisés, débat image de la femme incarcérée, présentation de la plaquette, le corps de la femme et la justice, atelier contraception). Contribue à améliorer les compétences, et la responsabilisation ; sur le plan environnemental, contribue à promouvoir un environnement favorable à la santé dans l'ensemble de l'établissement.

Ces quatre actions contribuent également à améliorer l'estime de soi et à acquérir des connaissances.

Identification des partenaires (FT 6)

Les partenaires regroupent l'association CIRM-CRIPS, une gynécologue obstétricienne intervenant au quartier des femmes, la pédagothèque de la région de Lille (GRPS).

L'association CIRM-CRIPS est un partenaire habituel et l'intervention a nécessité la rédaction d'une convention.

Participation des personnes détenues (FT 4)

Plus des deux tiers des femmes ont répondu au questionnaire lors de l'analyse de la situation.

Les femmes ont participé à l'animation des ateliers d'été « Jeu de société ».

Élaboration des actions (FT 8)

- *L'atelier d'expression artistique* s'est déroulé de novembre 2011 à juin 2012 sous la forme de 26 séquences d'une durée de 1 heure dans la classe.
 - L'animation était assurée par l'enseignante.
 - L'information sur l'heure et la date de l'atelier était faite par l'enseignante.
 - Le nombre de personnes maximum autorisé était de 12.
 - L'inscription des personnes détenues se faisait sur certains critères : inscrites dans un cursus scolaire, volontaires, disponibles en dehors du temps scolaire. La liste était établie et remise chaque semaine à l'administration pénitentiaire.

- *L'atelier d'écriture d'une plaquette d'information* s'est déroulé par séances de 1 heure par semaine pendant 10 semaines dans les locaux de l'école.
 - L'animation était assurée par l'infirmière éducation et l'enseignante.
 - L'inscription des personnes détenues se faisait sur certains critères : inscrites dans un cursus scolaire et ayant participé au début du projet ou inscrites à l'atelier « histoire de l'art », volontaires, disponibles en dehors du temps scolaire. La liste était établie et remise chaque semaine à l'administration pénitentiaire.

- *Le jeu de société* :
 - L'animation était assurée par l'infirmière éducation et deux détenues ayant participé au début de l'action (8 détenues concernées).
 - L'information sur l'heure et la date de l'atelier était faite par l'infirmière auprès de l'administration pénitentiaire.
 - Le nombre de personnes maximum autorisé était de 6.
 - L'inscription s'est faite sur certains critères : invitations réalisées et envoyées par les détenues animatrices à l'ensemble de la détention. La liste était établie pour 10 interventions et remises chaque semaine à l'administration pénitentiaire (1 intervention par semaine).

Le jeu de société a été emprunté gratuitement à la pédagogie du Groupe régional en promotion de la santé de Lille.

Le forum de santé s'est déroulé en septembre 2012 dans le quartier des femmes. Programme :

- exposition des travaux réalisés et présentation de la plaquette par une personne détenue animatrice accompagnée de l'enseignante ;
- le corps de la femme et la justice (une personne détenue animatrice accompagnée d'une professionnelle du SPIP) ;
- contraception et IST (une personne détenue animatrice accompagnée d'une infirmière) ;
- débat, animé par la gynécologue obstétricienne (diplômée également en sexologie) intervenant en consultation ambulatoire sur le quartier.

Les femmes inscrites ont été réparties en trois groupes et ont pu à tour de rôle débattre dans les trois ateliers. L'ensemble des détenues (animatrices et participantes) était présentes en fin d'action pour participer au débat. Le nombre de personnes participantes maximum autorisé était de trente. L'inscription s'est faite sur invitations réalisées et envoyées par les détenues animatrices (huit détenues) à l'ensemble de la détention. La liste était établie et remise à l'administration pénitentiaire par l'infirmière éducation.

Estimation des besoins (FT 9)

Questions de femmes		
	Besoins humains dans l'établissement	Besoins logistiques dans l'établissement
Préparation		
Écriture du projet	12 heures/1 personne	Ordinateurs, téléphones
Réunions avec l'équipe projet	17 réunions de 1 h/6 personnes	Salles, matériel
Réunion avec l'association partenaire	5 réunions d'1 h/4 personnes	Ordinateurs
Information des personnels	3 réunions d'environ 1/2 h avec l'équipe pénitentiaire 1 réunion d'environ 1 h avec l'équipe soignante	Salle de réunion
Compte rendu des réunions	22 heures	Ordinateur
Communications	Personnels enseignants : 4 heures Personnels pénitentiaires : 4 heures Personnels soignants : 4 heures Congrès des professionnels de santé : 4 heures	Ordinateur
Modification de fonctionnement ou aménagement	1 à 3 réunions d'environ 2 h avec l'équipe administrative 1 à 3 réunions d'environ 2 h avec les services techniques	Salle de réunion Visites sur site
Réalisation		
Expression artistique	1 personne/26 x 1 h	Papeterie, matériel de projection audiovisuel
Atelier d'écriture	2 personnes/10 x 1 h	Papeterie, matériel de projection audiovisuelle
Jeu de société	1 personne/10 x 1 h	Jeux de société Tables chaises
Forum santé	1 personne/3 journées	Tableaux à peindre Matériel de peinture
Évaluation		
Préparation et compte rendu	1 personne/2 journées	Ordinateur

Sources de financements (FT 11)

Le financement a été obtenu sur deux années consécutives, 2009 et 2010, et s'élève à 4 500 euros par an sur appel à projet de l'ARS.

La totalité du financement a financé l'association partenaire.

Suivi du projet « Réduction des risques » (FT 12)

Cette action s'intègre dans l'objectif général de réduction des risques. Elle a fait l'objet d'un suivi sur les éléments d'évaluation.

Cette action a permis la constitution d'un groupe de parole de dix femmes environ qui se réunit tous les quinze jours depuis fin 2012.

Fiche de suivi - recueil de données

Description

- ◇ Réunion de coordination du projet (réunion du comité de pilotage, rencontre avec les partenaires, etc.)
- ◇ Temps d'élaboration des modules de formation
- ◇ Temps d'élaboration d'outils
- ◇ Réunion avec les partenaires et intervenants
- ◇ Session de formation-action
- ◇ Autre activité : réunions d'information des femmes

Pour l'activité	Prévu	Réalisé
Nombre de participants (y compris le comité de pilotage)		
Calendrier	2010	2012
Matériel/moyens (salle, support pédagogique, etc.)	Sans objet	Sans objet
Objectif(s)		

Commentaires

Ce qui peut expliquer la différence entre ce qui était prévu et ce qui s'est effectivement déroulé

Le décalage entre le début du projet et sa mise en place par absence de recueil adapté des attentes
La constitution d'un groupe de femmes autonomisées

Ce qui a été satisfaisant et qui a bien fonctionné

Le retour des questionnaires/Les réunions des femmes/L'intervention de la gynécologue/L'accompagnement par le CIP/L'accompagnement des agents de surveillance

Fait le : /avril/2012

Par (noms) :

Dans cet exemple, le projet a abouti à la constitution d'un groupe de femmes qui s'est autonomisé et est devenu force de propositions. Quelques femmes sont également devenues coanimatrices des actions. La fiche de suivi ci-dessus est une illustration construite pour le référentiel.

Évaluation du projet (FT 13)

Le champ de l'évaluation de l'action concerne la population des femmes de l'établissement :

- nombre de femmes présentes aux différents ateliers ;
- nombre de femmes présentes au forum santé ;
- nombre de personnes inscrites aux ateliers et au forum santé ;
- production de la plaquette ;
- nombre total de femmes sur l'année civile à avoir bénéficié d'au moins une intervention.

D'autres indicateurs non prévus initialement peuvent se rajouter en fonction du suivi du projet. Dans cet exemple on pourrait rajouter l'évolution des connaissances des femmes sur les risques infectieux liés à la vie affective et sexuelle *via* un questionnaire avant/après, le nombre total de femmes ayant coanimé des ateliers et/ou le nombre de réunions du groupe de femmes « autoconstitué ». Ce sont des critères quantitatifs, mais ils témoignent également de la qualité des actions proposées, puisque les personnes concernées ont pu s'emparer de ces questions (exemples d'*empowerment*).

Communication autour du projet (FT 14)

- Comptes rendus au comité de pilotage
- Communication en réunion de service annuelle
- Réunion annuelle des enseignants en milieu pénitentiaire dans la région Nord – Pas-de-Calais
- Congrès des unités sanitaires

FIGURE 4

Questionnaire à destination des femmes pour recueillir leurs attentes

Mesdames,

Nous vous proposons ce petit questionnaire (5 questions) afin d'être au plus près de ce qui vous tracasse en temps que femme et de mieux répondre à vos préoccupations lors de nos interventions. Le point sur les réponses sera fait avec vous dans la deuxième quinzaine de Mai.

Merci pour votre participation

Les animatrices de l'atelier « questions de femmes »

(Les questionnaires seront remis à l'UCSA qui est chargé de les récupérer)

Question 1 : (cochez ce qui est important pour vous)

Est-ce que vous aimez

- être bien coiffé
- être maquillée
- sentir le parfum
- être bien habillée

Question 2 : (cochez ce qui est important pour vous)

Un beau corps pour vous est

- mince
- avec des bourrelets
- rond
- lorsqu'il est « appétissant »
- quand une femme a des fesses et des seins (gros ou petits)

Question 3 : (cochez ce que vous savez)

Connaissez-vous les organes sexuels d'une femme ?

- Vagin - clitoris - utérus - vulve - trompes - ovaies

Question 4 : (cochez ce qui est important pour vous)

Pour vous le plaisir féminin c'est

- se caresser
- se faire des caresses

(tournez la page pour la suite du questionnaire)



FIGURE 4 (suite)**Questionnaire à destination des femmes pour recueillir leurs attentes**

-se faire des caresses intimes

-être caressée

-être pénétrée

-parler de sexualité

Question 5 : (exprimez votre façon de voir)

Pour vous c'est quoi être une femme .

FIGURE 5

Analyse des résultats des questionnaires

« Questions de femmes »

Nombre de questionnaires distribués : 92

Nombre de questionnaires renseignés : 34

Nous vous avons remis voici quelques temps un petit questionnaire sur l'intimité et la sexualité des femmes. Vous avez été nombreuses à répondre et nous vous en remercions. Voici ce qui en ressort, les grandes tendances et les thèmes qui pourraient être abordés lors de nos groupes de travail.

Rappel de l'objectif :

- Etre capable de se positionner en tant que femme pour éviter et prévenir des situations de mise en danger et des difficultés liées à ses choix ou non choix sexuels (agressions, violences, viols, maternités non souhaitées, IST...)

Question n° 1

Est-ce que vous aimez :

- Etre bien coiffée
- Etre maquillée
- Sentir le parfum
- Etre bien habillée

Vous avez été unanimes à dire que prendre soin de son corps et le mettre en valeur était essentiel pour soi et par rapport aux autres. Pour soi, vous faites ressortir la notion de bien être, de plaisir et de respect, et face aux autres, respect et dignité. Vous précisez bien sûr qu'il faut un minimum de moyens pour cela.

Question n°2

Un beau corps pour vous c'est :

- Mince
- Avec des bourrelets
- Rond
- Lorsqu'il est appétissant
- Quand une femme a des fesses et des seins (gros ou petits)

Etre mince est majoritairement synonyme de beau pour vous. Est-ce une question de mode, de beau à voir ou de se sentir bien, c'est à creuser. Avoir « l'air d'une femme » avec des « arguments » de femmes, « fesses, seins et être appétissant » est tout aussi important pour la moitié des réponses faites.



FIGURE 5 (suite)

Analyse des résultats des questionnaires

Question n° 3

Connaissez-vous les organes sexuels d'une femme ?

- Vagin
- Clitoris
- Utérus
- Vulve
- Trompes
- Ovaires

Si majoritairement vous dites connaître les organes tel que « clitoris » et « vagin », le mot « vulve » est peu retenu, quant aux organes internes « ovaires, utérus, trompes », pour la moitié des réponses, ils ne sont pas cités, ils ne sont de fait pas visibles et peu accessibles.

Question n°4

Pour vous le plaisir féminin c'est :

- Se caresser
- Se faire des caresses
- Se faire des caresses intimes
- Etre caressée
- Etre pénétrée
- Parler de sexualité

Vous avez répondu majoritairement « être caressée » puis secondairement « être pénétrée ». A voir si c'est une recherche personnelle ou si c'est un « passage obligé ». Pour beaucoup « la caresse intime » et « se faire caresser » est important. Parler de sexualité est coché dans la moitié des réponses retournées.

Vous faites référence au plaisir et au désir surtout à l'attention à porter à soi-même avec sa propre intimité mais d'avantage encore à l'attention que l'on doit vous porter.

Question n° 5

Pour vous, c'est quoi être une femme ?

Vous vous êtes largement exprimées par rapport à votre expérience, votre vécu et surtout vos souhaits.

- « Prendre soin de soi, être bien dans sa tête, se sentir belle, être élégante, être propre sur soi » est pour la majorité d'entre vous ce qui caractérise une femme.

FIGURE 5 (fin)**Annalyse des résultats des questionnaires**

Vous faites ressortir ensuite des qualificatifs voire des qualités tels que :

- Douceur, écoute, tolérance, aider, sensualité, disponibilité, être gaie, assumer sa vie, maturité.

Ce qui est important voir presque sacré c'est ce qui touche pour vous à la maternité, l'enfant, l'éducation :

- « Mettre au monde », « faire grandir un enfant », c'est « femme par excellence ».

Les relations hommes/femmes sont décrites comme indispensables et valorisent la « femme ». Si séduire et plaire sont incontournables, plaire à son homme, être aimée et respectée reste prioritaire.

Si quelques unes d'entre vous insistent sur le fait qu'il ne faut pas « dépendre d'un homme », une large part de réponses insistent sur le rôle spécifique voire les charges qui reviennent aux femmes et qui feraient par extension « la femme » :

- « mère, épouse, amante, tâches ménagères, être sexuellement disponible, tenir sa maison et les cordons de la bourse »

Certaines réponses font état de la femme en posture de femme incarcérée (difficultés d'accès aux produits d'hygiène, au sport).

Prison et femme seraient incompatibles (culpabilité).

De grandes tendances ressortent des réponses que vous avez apportées :

- Importance de l'apparence et du soin du corps en tant que femme, allure, élégance, se sentir bien dans sa tête, son corps et y prendre plaisir.
- Avoir de meilleures connaissances sur ce qui fait physiquement la spécificité féminine (organes génitaux, corps, réactions physiques et sexuelles)
- Se situer dans la relation avec son et ses partenaires affectifs et sexuels (choisir, se positionner, de mander de l'aide, modifier ses comportements ...)

Exemple de la maison d'arrêt de Grenoble-Varces

PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT

La maison d'arrêt de Grenoble-Varces est entrée en service le 25 octobre 1972 et a remplacé la prison Saint-Joseph. L'établissement est situé sur la commune de Varces-Allières et Risset, à une dizaine de kilomètres de Grenoble. Un quartier pour les mineurs a été construit en septembre 2005.

L'établissement est en outre pourvu d'un SMPR.

La capacité d'accueil est de 233 places dont :

- 193 au quartier de détention des hommes majeurs ;
- 20 au quartier de détention des mineurs ;
- 14 au SMPR ;
- 6 au quartier des arrivants.

Le comité local de pilotage des actions d'éducation pour la santé (éducation pour la santé) **[FT 1, p. 53]** dans cet établissement rassemble régulièrement et de façon non limitative l'unité sanitaire, le SMPR, la direction de l'établissement, le chef de détention, le gradé formateur, le SPIP, la Protection judiciaire de la jeunesse (PJJ), l'Éducation nationale, l'Association des détenus.

Il se réunit trois à quatre fois par an, ce qui améliore de manière significative la coordination des acteurs impliqués dans le bon déroulement des actions mises en place en détention.

Un animateur en santé fait partie de l'unité sanitaire depuis 2008. Avec l'équipe soignante de l'unité sanitaire et en concertation avec le groupe

d'éducation pour la santé (Copil local), il est chargé d'élaborer les projets émergents (instruction des dossiers, recherche de financement), de coordonner les actions du programme, de s'assurer de leur réalisation sur le terrain et de contribuer à leur bon déroulement. Le facteur relationnel étant une condition *sine qua non* de la réussite des actions en milieu pénitentiaire, l'animateur en santé doit veiller à faire du lien entre les différents intervenants de la détention, les partenaires et le public. Il est financé par le centre hospitalier de Grenoble.

Par ailleurs, il existe une association socioculturelle des personnes détenues¹.

L'arbre à objectifs de la maison d'arrêt de Grenoble-Varces **[figure 1]** est un exemple d'articulation d'actions sur plusieurs années.

Dans cette programmation, les objectifs spécifiques et opérationnels visent différents niveaux : individuels (développement des compétences, estime de soi et confiance en soi, intégration dans des groupes, etc.) et environnementaux (pluridisciplinarité, formation, partenariat extérieur).

Par ailleurs, plusieurs objectifs opérationnels concourent à réaliser l'objectif spécifique « Développer les compétences psychosociales des personnes détenues » tandis que l'objectif opérationnel « Mettre en place un atelier de relaxation » permet d'atteindre deux objectifs spécifiques (« Prendre en compte les plaintes physiques douloureuses » et « Prendre en compte la souffrance psychologique »).

Le repérage des difficultés d'expression orale chez les mineurs permettra de faciliter l'intégration dans un groupe social, d'améliorer l'accès à l'information, à la culture et à l'éducation, de renforcer l'estime de soi et la confiance en soi. En ce sens, il s'agit d'une intervention entrant pleinement dans le champ de la promotion de la santé.

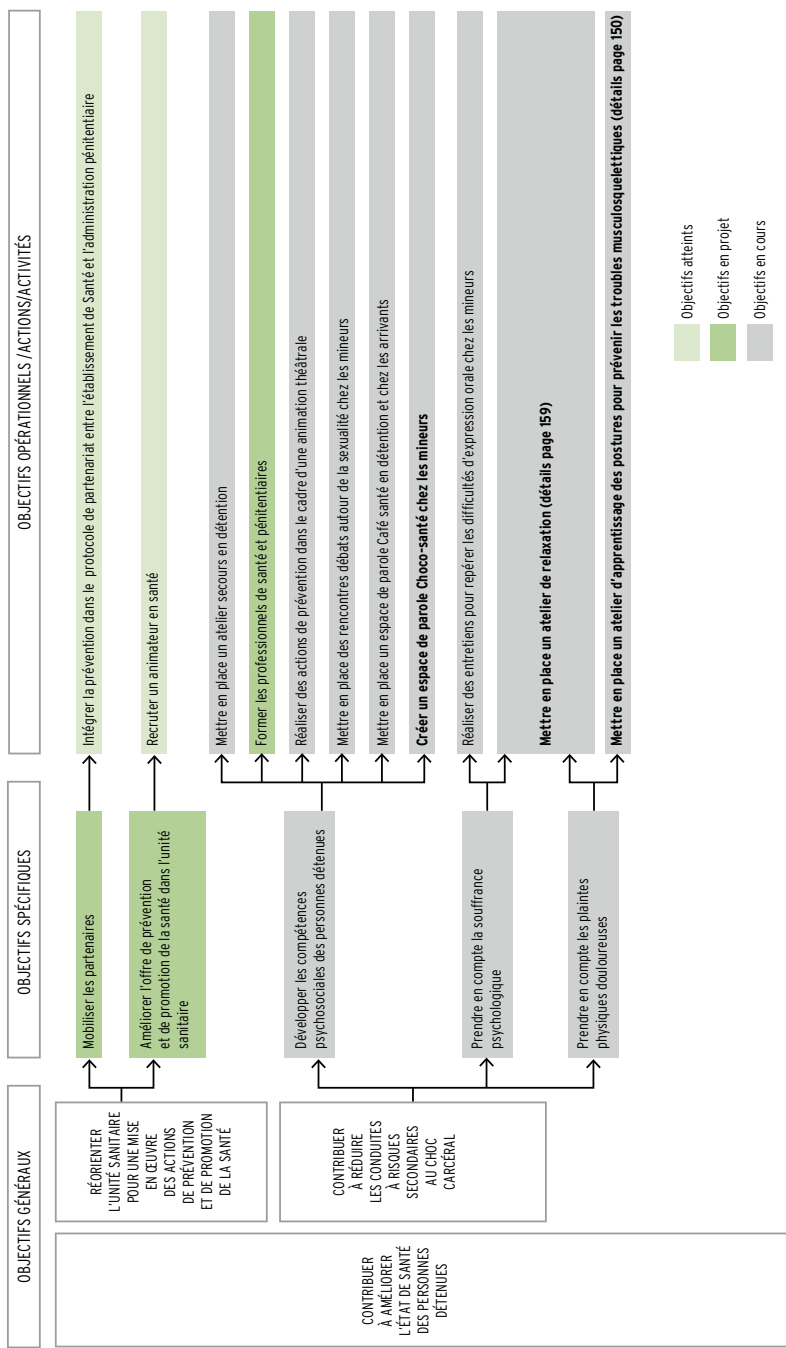
La mise en place d'un espace de parole intitulé « Café santé » auprès de détenus majeurs de l'établissement a ensuite été décliné chez les arrivants (« Spresso ») puis chez les mineurs (« Choco-santé ») avec la même méthodologie et les mêmes objectifs mais en mobilisant des partenaires différents. Ce dernier exemple (« Choco-santé ») est détaillé **page 141 et suivantes**. Il a paru intéressant au groupe de travail, dans la mesure où là encore la collaboration avec un ou plusieurs partenaires (ici la PJJ) est essentielle à la mise en place de l'action.

La programmation en direction de différents publics (majeurs et mineurs) et en différents lieux (détention, arrivants) est un élément important pour la cohérence du programme et pour l'amélioration de l'implication des partenaires et des publics dans l'ensemble de l'établissement.

1. Nées d'initiatives diverses, des associations socioculturelles et sportives (ASCS) existent auprès de l'ensemble des établissements pénitentiaires. Elles mettent en place et développent des activités sportives, culturelles, pédagogiques et éducatives auprès de la population incarcérée, en lien avec les SPIP. Définies en application de l'article D 442 du Code de procédure pénal (CPP) et par la circulaire du 7 janvier 1985, ces associations manifestent une présence et un engagement de la société civile auprès de la population détenue.

FIGURE 1

Arbre à objectifs du programme pluriannuel Grenoble 2011/2013 maison d'arrêt Grenoble Varces



On notera également que la coordination des actions par un animateur en santé est un facteur facilitant la préparation, le recueil des demandes, l'organisation, la mise en place et le suivi du programme et des actions.

Le taux de participation des publics aux actions proposées est le plus souvent imprévisible. Cependant, la multiplicité des actions à différents niveaux permet que l'ensemble du public concerné puisse être touché à un moment donné.

OBJECTIF OPÉRATIONNEL : CRÉER UN ESPACE DE PAROLE « CHOCO-SANTÉ » CHEZ LES MINEURS

Résumé de l'action (objectif opérationnel)

Objectif spécifique	Développer les compétences psychosociales des personnes détenues.
Objectif opérationnel	Créer un espace de parole « Choco-santé » chez les mineurs.
Public cible	Personnes détenues mineures de l'établissement.
Lieu	Salle de cuisine du quartier des mineurs.
Équipe projet	Animateur en santé, cadre de santé, chef de détention, psychologue, IDE, un éducateur de la PJJ.
Activités	Organiser un petit-déjeuner convivial pour les mineurs au moins une fois par semaine pendant les vacances scolaires.
Durée	Un an du 01/01/2009 au 31/12/2009. Reconductible.
Coût	Celui des denrées alimentaires.

Équipe projet (FT 2)

Chef de projet : le médecin responsable de l'unité sanitaire puis l'animateur en santé de l'établissement.

Équipe projet : animateur en santé, médecin de l'unité sanitaire, cadre de santé, chef de détention, psychologue, IDE, éducateur de la PJJ.

« Choco-santé » : donner un nom au projet permet de l'identifier rapidement et facilite l'appropriation par tous et en particulier par le public concerné.

Analyse de la situation (FT 3)

L'établissement accueille des mineurs dont la durée d'incarcération (ou durée de séjour) ne permet que rarement d'entreprendre un vrai travail d'élaboration. Le rôle des soignants est alors essentiellement de faire réfléchir les mineurs sur leur capacité à faire des choix positifs dans leur existence.

En complément des activités et de l'emploi du temps en période scolaire, il existe pendant les congés scolaires une opportunité de temps pour mettre en place un espace de parole. Cette action est complémentaire d'autres actions réalisées en direction de ce public : repérage des difficultés d'expression orale, rencontres/débats autour de la sexualité.

Donner un espace de parole à des mineurs dont le mode d'expression passe souvent par le passage à l'acte : ce temps et cet espace de parole permettent parfois à ces jeunes de prendre conscience d'une souffrance généralement banalisée et surtout vécue avec fatalité.

Proposer un espace de rencontre convivial semblait une solution d'autant plus intéressante à envisager chez les mineurs qu'elle a déjà fait ses preuves chez les majeurs (évaluation positive du Café santé).

Leviers identifiés

- Activité consensuelle, dont toute personne intervenant en prison saisit immédiatement l'intérêt comme une évidence (un espace de dialogue)
- Activité connue pour ses effets bénéfiques sur le plan psychique. Nombreux écrits dans la littérature. Mise en place avec succès chez les détenus majeurs
- Motivation de l'ensemble des intervenants pour la mise en place de l'atelier de groupe
- Partenariat spécifique (avec la PJJ)
- Temps et locaux disponibles pendant les congés scolaires

Freins identifiés

- Absence initiale d'un financement assuré
- Aléas de la détention (organisation, événement imprévu, etc.)

Participation des personnes détenues (FT 4)

Les mineurs n'ont pas été associés à l'élaboration du projet qui était déjà mis en place dans l'établissement. Néanmoins, ils contribuent à l'organisation et la mise en place de l'activité et à son évaluation.

Identifier les partenaires (FT 6)

	Personnels médicaux paramédicaux et administratifs	Personnels de surveillance Encadrement DAP	SPIP*	PJJ	Associations	Autres
Contribuer à la réalisation de l'action						
Contribuer à l'organisation	Équipe projet	Personnel AP Chef de détention		PJJ	Association socioculturelle et sportive de l'établissement**	Services de la cuisine
Animer l'action	Animateur en santé				Sans objet	
Faciliter l'accès à l'action	Ensemble des intervenants	Personnel de surveillance				
Intégrer l'action dans d'autres activités ou supports	Équipe projet					
Susciter un support environnemental favorable à l'action						
Présenter au Copil	Équipe projet					
Informers les professionnels santé et justice	Équipe projet					
Informers les publics	Équipe projet	Personnel de surveillance		PJJ		

* Le SPIP n'intervient pas dans les quartiers des mineurs.
** Voir présentation de l'établissement page XX.

Objectifs (FT 7)

- **Général** : contribuer à réduire les conduites à risques secondaires au choc carcéral.
- **Spécifiques** : développer des compétences psychosociales. Encourager les jeunes mineurs de l'établissement à mener une vie plus positive et plus saine, tant en détention qu'à leur sortie et prendre en compte la douleur psychique.
- **Opérationnels** : mettre en place à partir de 2009 un espace de parole sous forme d'un petit-déjeuner pour l'ensemble des mineurs de l'établissement pendant les congés scolaires. Reconduire l'action en fonction de l'évaluation.

CRITÈRES SMART APPLIQUÉS À L'OBJECTIF OPÉRATIONNEL

Spécifique : en ce qui concerne l'objectif opérationnel, le public concerné est clair (mineurs).

Mesurable : le nombre de séances, la fréquentation et la dynamique de groupe sont de bons éléments d'évaluation.

Atteignable : l'objectif est raisonnable et ne pose pas de difficulté au plan légal ou sécuritaire.

Réaliste : la mise en place d'un espace de parole est réalisable pendant les congés scolaires.

Temporellement défini : il s'adresse aux personnes mineures durant l'année et notamment pendant les congés scolaires.

LES DIFFÉRENTS NIVEAUX D'INTERVENTION

La mise en place d'espaces de paroles pour les mineurs permet d'agir sur plusieurs niveaux de déterminants.

Au niveau individuel : renforcement de l'estime de soi (participation à une action collective), transmission du savoir et des idées, respect de la parole de l'autre (tolérance), renforcement des connaissances et compétences personnelles.

Au niveau du milieu de vie : pluridisciplinarité des intervenants, formation des personnels, action commune dans l'établissement.

Au niveau environnemental : mise en place d'une offre de soins/prévention, soutien de l'institution.

La dynamique de groupe comprend entre autres la qualité et le nombre des échanges, la distribution de la parole, le respect de la parole de l'autre, la socialisation, l'ambiance du groupe, les suites éventuelles, les liens tissés pendant ou après l'échange, les décisions éventuelles consécutives aux échanges, etc.

Élaboration des actions (FT 8)

Processus : la rédaction de cet objectif opérationnel a eu lieu en concertation avec la PJJ en sachant que cette action avait déjà été mise en place préalablement chez les adultes.

Information des personnes : une information est diffusée aux mineurs oralement lors des entretiens avec l'éducateur de la PJJ, les surveillants pénitentiaires, le lieutenant de détention et l'équipe soignante.

Information des personnels : l'information des personnels se fait *via* la présentation au comité de coordination, au cours des réunions hebdomadaires multiservices et *via* le rapport d'activité de l'établissement.

Déroulement de l'activité. : les réunions se déroulent pendant les vacances scolaires une fois par semaine. Les réunions ont lieu dans une petite salle à manger et dans la cuisine du quartier des mineurs, le matin, à partir de 9 h.

Le chocolat est préparé par l'éducateur PJJ en commun avec les mineurs présents. Les viennoiseries sont achetées à l'extérieur et apportées par l'éducateur de la PJJ. Le rangement en fin de séance s'effectue de façon collective (animateurs et mineurs).

Participent aux discussions les mineurs, l'éducateur de la PJJ et l'animateur, ainsi que tout acteur de la santé (professionnel du soin ou associatif) volontaire et intéressé par l'expérience.

Les agents de surveillance pénitentiaires peuvent en théorie se joindre au groupe mais le fait est qu'ils sont presque toujours sollicités ailleurs ou occupés simultanément à d'autres tâches.

La durée de ce temps d'échange varie de 30 mn à 90 mn selon la dynamique de groupe.

Ce temps de parole est centré sur l'échange. Les dynamiques de groupe et les thèmes sont bien évidemment différents en fonction des participants.

L'animateur utilise les techniques habituelles en dynamique de groupe. Sauf intervention ciblée d'avance, aucun sujet de discussion n'est *a priori* imposé ou interdit. La réunion se décompose en trois parties.

Instaurer une dynamique de groupe

- Permettre de se présenter, de faire connaissance
- Créer un climat de confiance
- Connaître le groupe et se connaître

Recueillir les besoins, les plaintes, les attentes

- Stimuler l'expression des représentations, des idées, des opinions avec les pairs

Construire avec le groupe

- Favoriser le débat sur des conduites à risques et des modes de vie (sommeil, alimentation, etc.), confronter des positions (fumeurs/non-fumeurs, sport/pas de sport, etc.)
- Solliciter surtout des avis, des propositions et des modalités d'action

Calendrier prévisionnel. Le calendrier des congés scolaires est établi de janvier à décembre pour chaque année.

En théorie, le « Choco-santé » a lieu une fois par semaine mais la formule s'est révélée assez souple et il y a parfois eu plusieurs ateliers par semaine.

Estimation des besoins humains et logistiques (FT 9)

TABLEAU

Estimation des besoins humains et logistiques pour la mise en place du « Choco-santé »

Mise en place de l'espace de parole « Choco-santé » du 01/01/2009 au 31/12/2009		
	Besoins humains dans l'établissement	Besoins logistiques dans l'établissement
Écriture du projet	1 journée de travail/1 personne	Ordinateurs, téléphones
Travail de concertation avec les partenaires dont PJJ	Échanges informels 1 réunion de 2 h/2 personnes	Ordinateurs Salle de réunion
Sensibilisation des personnels	Relais sur place entre l'équipe de la PJJ et l'animateur US1	Salle des surveillants référents QM
Organisation : achat des denrées alimentaires	1 personne	...
Animation de l'atelier	Animateur plus éducateur PJJ	Salle de cuisine équipée du quartier des mineurs
Surveillance de l'atelier	1 surveillant	...
Compte rendu des réunions	Sans objet	...
Évaluation

Compte tenu de la configuration des locaux, la séance n'est pas surveillée *stricto sensu*, les personnels de surveillance étant, de fait, à proximité immédiate de la salle de cuisine. Il n'y a pas de compte rendu systématique de chaque réunion mais un point sur le déroulement de l'activité à la fin de chaque période de vacances scolaires au sein de l'équipe projet.

Estimation des ressources financières (FT 9)

Estimation des ressources financières pour la mise en place d'un espace de parole « Choco-santé » (coût hebdomadaire)

Ressources	Montant	Forme
ARS		
PJJ	20 euros	Denrées alimentaires
AP		
Hôpital	0,1 etp	Mise à disposition
PJJ	0,1 etp	Mise à disposition

Dans cet exemple, l'estimation des ressources financières ne fait apparaître qu'un partenaire.

Suivi de l'activité (FT 12)

Fiche relative aux suivis des activités

Fiche de suivi d'activités	
Intitulé de l'activité : Choco-santé.....	
Date de l'activité : le 12/07/2012	
Lieu de l'activité : maison d'arrêt de Grenoble-Varces/quartier des mineurs	
Description de l'activité	
<p>■ Caractéristiques des personnes destinataires de l'activité À quelles personnes s'adressait cette activité ? Détenus, mineurs. Combien de personnes étaient prévues pour cette activité ? 5</p> <p>.....</p>	
<p>■ Mesure de la participation Combien de personnes ont-elles effectivement participé à l'activité ? 4</p> <p>.....</p>	
<p>■ Description succincte de l'activité prévue Petit-déjeuner avec des mineurs écroués à la maison d'arrêt de Varces permettant d'aborder diverses questions de santé, sous forme de conversations à bâtons rompus, dans un moment convivial. L'animation était assurée conjointement ce jour avec l'association Aides.</p> <p>.....</p>	
<p>■ Quels outils (ex : supports pédagogiques, questionnaires, etc.) aviez-vous prévu d'utiliser ? Pas d'outils spécifiques. Les outils sont ceux de la parole et de la connaissance des problèmes de santé publique (tabagisme, consommation de stupéfiants, comportement alimentaire, exercices physiques, hygiène du sommeil, hygiène de vie, etc.) : questionnements dans le fil de la conversation, avec des interrogations orientées vers la santé avec rhétorique.</p>	
<p>Les avez-vous effectivement utilisés ? Oui</p>	
<p>■ Durée de l'action En minutes : 90 Commentaires : séance ordinaire</p>	
Votre opinion sur la comparaison entre ce qui était prévu et ce qui a été réalisé	
<p>■ Si vous avez pu réaliser ce qui était prévu dans votre activité Expliquer ce qui a bien fonctionné, ce qui a été facilitant, ce qui a permis de contourner un éventuel obstacle, etc. La coopération des acteurs (PJJ, USI et AP) est décisive. La convivialité et la souplesse de la formule facilitent la rencontre avec les mineurs et la capacité de réflexion de chacun. L'important est d'avoir le sens de la relation, du tact et de ne pas aborder des sujets qui ne sont pas problématiques pour les mineurs.</p>	
<p>■ Si vous n'avez pas pu réaliser tout ce qui était prévu dans votre activité Expliquer pourquoi : les difficultés rencontrées, les obstacles à la bonne réalisation de l'activité, etc. Un des mineurs n'étant pas francophone, sa capacité de verbaliser était réduite.</p>	
<p>■ Si vous avez transformé ou ajusté volontairement votre activité Expliquer pourquoi : adaptation aux personnes ? Personnalisation de la démarche ? Demande du groupe ? Etc. Aucun ajustement, sinon celui du groupe en présence, avec ses particularités du moment.</p>	
L'opinion et l'intérêt des destinataires de l'activité	
<i>Présentation de l'échelle : 1 pour faible adhésion/10 pour forte adhésion.</i>	
■ Mesure moyenne de la satisfaction des personnes ayant participé à l'action sur une échelle de 1 à 10	8/10
■ Quels sont leurs principaux motifs ? Sortir de cellule, bien manger, partager un moment ensemble, être dans une parole libre.	
■ Mesure moyenne de leur envie de poursuivre cette action sur une échelle de 1 à 10 ?	8/10
Commentaires	

Cette fiche permet de se faire une idée du déroulement de l'action. Elle peut être jointe à titre d'exemple dans le rapport d'activité.

Évaluation (FT 13)

L'évaluation qualitative se fait par le public (les mineurs) et les intervenants. On peut évaluer le niveau de participation, l'intérêt, l'analyse critique, le degré de satisfaction, le ressenti et la dynamique de groupe.

Nombre de jeunes ayant participé au total dans l'année 2009 : 25.

Le nombre de détenus mineurs écroués dans l'établissement est d'environ 50 par an. La durée moyenne de séjour en détention est d'environ 4 mois pour la plupart, mais il existe des mineurs incarcérés pour des durées supérieures à 1 an.

Il n'a pas été jugé pertinent de faire remplir des questionnaires de satisfaction dans cette faible population peu concernée par l'écrit.

La reconduction de cette action dépend bien évidemment des possibilités du partenaire principal (ici l'éducateur PJJ). Dans cet exemple, l'action a été interrompue en 2011 pour reprendre en 2012 et 2013.

Communication (FT 14)

Cette action n'a pas fait l'objet d'une communication spécifique à l'extérieur de l'établissement en dehors d'une communication institutionnelle : rapport d'activité en fin d'année présenté au Copil et rapport d'activité de la PJJ.

Il est possible d'imaginer un échange de pratiques avec les autres établissements accueillant des mineurs (EPM ou quartiers des mineurs) pour mutualiser les savoir-faire.

OBJECTIF OPÉRATIONNEL : METTRE EN PLACE UN ATELIER D'APPRENTISSAGE DES POSTURES POUR PRÉVENIR LES TROUBLES MUSCULOSQUELETTIQUES

Cet objectif opérationnel/action s'inscrit dans le cadre de la réalisation de l'objectif spécifique « Prendre en compte la douleur physique ».

Résumé de l'action (objectif opérationnel)

Objectif spécifique	Prendre en compte les plaintes physiques douloureuses.
Objectif opérationnel	Mettre en place un atelier d'apprentissage des postures pour prévenir les troubles musculosquelettiques.
Public cible	Personnes détenues majeures de l'établissement.
Lieu	Salle d'activité.
Équipe projet	Équipe prévention, kinésithérapeute, SPIP.
Activités	Mettre en place des modules de 3 séances avec 5 personnes par séance. Faire connaître l'offre. Évaluer la participation et la satisfaction.
Durée	Un an du 01/01/2012 au 31/12/2012. Reconductible.
Coût	2 800 euros par an. Colonne lombaire la première année.

Équipe projet (FT 2)

Chef de projet : le médecin responsable de l'unité sanitaire jusqu'à la phase de réalisation, puis l'animateur en santé de l'établissement.

Équipe projet : animateur en santé, médecin de l'unité sanitaire, cadre de santé, chef de détention, IDE, représentant du SPIP, kinésithérapeute.

La kinésithérapeute est sollicitée en tant que monitrice employée par l'association socio-culturelle des personnes détenues.

Analyse de la situation (FT 3)

Les plaintes somatiques et les consommations d'antalgiques sont nombreuses dans l'établissement. Les détenus se font souvent mal dans des pratiques de musculation intenses, inadaptées ou excessives (pompes, tractions, etc.).

Il est toujours intéressant de pouvoir disposer de données factuelles comme par exemple la consommation mensuelle d'antalgiques de niveau 1 ou d'anti-inflammatoires non stéroïdiens, ou encore le nombre de consultations pour douleurs lombaires en trois mois. Ces données pourraient servir d'indicateurs pour cette action, voire pour une autre action.

Leviers identifiés

- La relaxation est une activité connue pour ses effets bénéfiques sur le plan physique.
- Motivation de l'ensemble des intervenants pour la mise en place de cette activité.
- Professionnel repéré et disponible inclus dans l'équipe projet connaissant bien la détention.
- Locaux disponibles.
- Matériel requis disponible.

Le matériel utilisé dans le cadre de l'atelier relaxation est réutilisé dans ce projet (mutualisation).

Freins identifiés

- Incertitude sur la fréquentation de l'atelier par les personnes
- Gestion du tabac chez les personnes très dépendantes (atelier non-fumeur)
- Nécessité de trouver une colonne lombaire pédagogique
- Financement

Participation des personnes détenues (FT 4)

Dans ce projet, les personnes n'ont pas été directement associées à la construction du projet.

Elles ont néanmoins été entendues puisque ce sont les plaintes exprimées qui sont à l'origine de l'action **[figure 1, p. 52]**.

Identifier les partenaires (FT 6)

	Personnels médicaux, paramédicaux et administratifs	Personnels de surveillance Encadrement DAP	SPIP	PJJ	Associations	Autres
Contribuer à la réalisation de l'action						
Contribuer à l'organisation • Autorisation d'utiliser du matériel vidéo • Emprunt du matériel vidéo • Prêt de livres	Équipe projet	Personnel AP Chef de détention				Bibliothécaire
Animer l'action	Kinésithérapeute					
Faciliter l'accès à l'action	L'ensemble des intervenants	Personnel de surveillance				
Intégrer l'action dans d'autres activités ou supports	Équipe projet					
Susciter un support environnemental favorable à l'action						
Présenter au Copil	Équipe projet					
Informers les professionnels	Équipe projet	Personnel de surveillance				
Informers les publics	Équipe projet	Personnel de surveillance	SPIP			

Objectifs (FT 7)

Objectif général : contribuer à réduire les conduites à risques secondaires au choc carcéral.

Objectif spécifique : prendre en compte les plaintes physiques douloureuses.

Objectif opérationnel : mettre en place un atelier d'apprentissage des postures chez les hommes majeurs des bâtiments en 2012, pour prévenir les troubles musculosquelettiques. Faire connaître l'offre. Reconduire l'action en fonction de l'évaluation.

L'action vise le niveau individuel : participation à une action collective, renforcement des connaissances et transmission du savoir, sensibilisation à un comportement bénéfique pour la santé à moyen et long terme.

CRITÈRES SMART APPLIQUÉS À L'OBJECTIF OPÉRATIONNEL

Spécifique : l'objectif opérationnel est précis, le public concerné est clair (hommes majeurs des quartiers de détention). L'objectif spécifique est clairement formulé mais difficile à évaluer directement.

Mesurable : la fréquentation générale et régulière de l'atelier est un élément d'évaluation.

Atteignable : l'objectif est raisonnable et ne pose pas de difficultés au plan légal ou sécuritaire.

Réaliste : ressources logistiques et humaines disponibles, disponibilité du professionnel et du matériel.

Temporellement défini : l'objectif s'adresse aux personnes majeures de l'établissement. L'action est prévue pour l'année 2012 et renouvelable en fonction de l'évaluation.

Élaboration des actions (FT 8)

Processus : rédaction du projet avec la kinésithérapeute et le médecin responsable de l'unité sanitaire.

Information des personnes : une information sur l'offre d'activité de relaxation est diffusée aux personnes *via* :

- l'unité sanitaire lorsqu'une plainte douloureuse est exprimée ;
- le bouche à oreille en détention ;
- l'animateur en santé très présent en détention.

Information des personnels : l'information des personnels se fait *via* la présentation au comité de coordination et le rapport d'activité de l'établissement. Des rencontres sur les lieux de détention permettent également de faire passer les informations.

Déroulement du module

L'atelier comprend un module composé de trois séances. La première séance consiste en l'acquisition de connaissances factuelles sur l'anatomie (utilisation d'un modèle pédagogique de colonne lombaire) et se termine par une séance de relaxation. La seconde séance propose des conseils gestuels et posturaux (approche théorique sur un support tableau) puis des conseils ergonomiques dans des situations à risques (port et déplacement d'objets lourds, pratique d'une activité physique non encadrée : pompes, tractions, musculation, etc.), suivis d'une gymnastique de base. La dernière séance s'articule autour d'un atelier de gymnastique, du visionnage d'une vidéo assorti d'un débat, d'un temps de relaxation puis, pour finir, de l'évaluation du module.

Les personnes inscrites au module reçoivent trois convocations par courrier nominatif avec les dates des trois rendez-vous.

Le nombre de personnes par séance est de cinq. Une séance dure 90 mn.

Aucun matériel n'est requis à la charge du public hormis une serviette de toilette et, lorsque les personnes détenues en ont besoin, leurs lunettes de vue pour la dernière séance consacrée à la projection d'une vidéo.

Une attestation de présence nominative est remise en fin de cycle à chacun, avec un document récapitulatif des exercices à pratiquer.

La séance a lieu dans la salle d'activités du bâtiment.

Le calendrier prévisionnel pour les vingt séances programmées est établi de janvier à décembre pour chaque année.

Les livres sont prêtés par le bibliothécaire et la colonne lombaire a été achetée par l'association socioculturelle des personnes détenues.

Quelles sont les lignes de travail de cet atelier ?

Quelles sont les situations à risques ?

- La musculation.
- Le lit : lit superposé, matelas, lieu de séjour...
- L'échelle de lit : le poids, la taille, l'âge empêchent de monter sur le lit du dessus. « Pourquoi ne pas installer (visser, souder) une barre à l'arrière du lit, à 40 cm du sol, entre les deux lits ? ».
- Le ménage en cellule : comment balayer sous le lit ? Comment passer la serpillière au sol ? Un balai est censé être mis à disposition à chaque étage, à demander au surveillant. Il semblerait qu'à certains étages, ces balais soient de fait inaccessibles.
- La cellule : comment regarder la télé à deux dans 9 m² ? Mal aux cervicales.
- Reconstruction d'une cellule pour comprendre l'espace, l'exiguïté de la pièce et l'agencement intérieur.

Dans l'optique d'une stratégie de promotion de la santé, des actions en amont sur les déterminants liés à l'environnement sont pertinentes compte tenu des lignes de travail ci-dessus. Par exemple, un questionnement autour du renouvellement des matelas qui montre que 75 % des matelas ont été changés en 2013 (25 % seront changés en 2014) ou encore un travail avec l'administration pénitentiaire sur le circuit de mise à disposition des balais et autre matériel de nettoyage, y compris l'eau de Javel.

Estimation des besoins humains et logistiques (FT 9)

Estimation des besoins humains et logistiques pour la mise en place de l'atelier d'apprentissage des postures

Mise en place de l'atelier d'apprentissage des postures du 01/01/2012 au 31/12/2012		
	Besoins humains dans l'établissement	Besoins logistiques dans l'établissement
Écriture du projet	1 journée de travail/1 personne	Ordinateurs, téléphones
Réunions de concertation avec les partenaires dont la kinésithérapeute et le/la bibliothécaire	3 réunions de 1 h/3 personnes	Ordinateurs Salle de réunion
Sensibilisation des personnels	1/2 journée/1 personne	Salle de réunion Locaux de détention
Préparation de la salle	Public La kinésithérapeute + l'animateur 30 mn par semaine	Tapis de sol, chaise, tableau blanc, modèle de colonne lombaire, balai et balayette Matériel vidéo
Animation de la séance	90 mn/1 personne par semaine x 20 séances	
Surveillance de l'atelier	[X] surveillants	
Rangements de la salle	Le public La kinésithérapeute + l'animateur	
Compte rendu des réunions	Débriefing	
Évaluation	Oui, • avec le public, à la fin de chaque séance • entre la kinésithérapeute et l'animateur à l'UCSA (15 mn environ)	

Estimation des ressources financières (FT 9)

Estimation du coût annuel de l'action

2012	Montant
Prévisionnel	2 800 €
Prix de la séance TTC/90 mn	139,99 €
Séances prévues	20

Estimation des ressources financières pour la mise en place de l'atelier d'apprentissage des postures

Ressources	Montant	Forme
ARS	2 800 €	Subvention
DISP		
SPIP		
Association	0	Bénévolat
Hôpital	Montant correspondant à 0,1 etp d'animation	Mise à disposition

Suivi de l'activité (FT 12)

Le modèle de fiche de suivi peut aider au moment de la mise en place de l'action à repérer les difficultés et le ressenti de l'action. Il est intéressant également dans la mesure où il permet de recueillir les impressions des participants et leur degré de satisfaction.

Fiche de suivi d'activités	
Intitulé de l'activité : atelier d'apprentissage des postures	
Date de l'activité : le/...../.....	
Lieu de l'activité : salle d'activité	
Description de l'activité	
<ul style="list-style-type: none"> ■ Caractéristiques des personnes destinataires de l'activité : À quelles personnes s'adressait cette activité ? Combien de personnes étaient prévues pour cette activité ? Cette activité s'adresse aux personnes volontaires pour effectuer trois modules..... 	
<ul style="list-style-type: none"> ■ Mesure de la participation Combien de personnes ont-elles effectivement participé à l'activité ? Quatre personnes sur cinq par séance 	
<ul style="list-style-type: none"> ■ Description succincte de l'activité prévue Voir page précédente 	
<ul style="list-style-type: none"> ■ Quels outils (ex : supports pédagogiques, questionnaires, etc.) - avez-vous prévu d'utiliser ? 	
<ul style="list-style-type: none"> - avez-vous effectivement utilisés ? 	
<ul style="list-style-type: none"> ■ Durée de l'action En minutes : Ou en heures : 	
Commentaires	
Votre opinion sur la comparaison entre ce qui était prévu et ce qui a été réalisé	
<ul style="list-style-type: none"> ■ Si vous avez pu réaliser ce qui était prévu dans votre activité Expliquer ce qui a bien fonctionné, ce qui a été facilitant, ce qui a permis de contourner un éventuel obstacle, etc. Aucun matériel n'est requis. Les personnes apportent leur matériel. La remise d'une attestation de présence officialise la présence à l'ensemble des modules. 	
<ul style="list-style-type: none"> ■ Si vous n'avez pas pu réaliser tout ce qui était prévu dans votre activité Expliquer pourquoi : les difficultés rencontrées, les obstacles à la bonne réalisation de l'activité, etc. 	
<ul style="list-style-type: none"> ■ Si vous avez transformé ou ajusté volontairement votre activité Expliquer pourquoi : adaptation aux personnes ? Personnalisation de la démarche ? Demande du groupe ? Etc. Pas de modification de l'activité 	
L'opinion et l'intérêt des destinataires de l'activité	
<i>Présentation de l'échelle : 1 pour faible adhésion/10 pour forte adhésion</i>	
<ul style="list-style-type: none"> ■ Mesure moyenne de la satisfaction des personnes ayant participé à l'action sur une échelle de 1 à 10 	.../10
<ul style="list-style-type: none"> ■ Quels sont leurs principaux motifs ? 	
<ul style="list-style-type: none"> ■ Mesure moyenne de leur envie de poursuivre cette action sur une échelle de 1 à 10 ? 	.../10
Commentaires Les séances affichent complet depuis leur mise en place	

Évaluation (FT 12)

L'évaluation se fait par les personnes détenues concernées, à la fin de chaque séance.

Nombre de personnes ayant participé au total dans l'année 2012 : 59

Nombre de personnes par séance en moyenne : 4 sur 5 attendues

Nombre de séances réalisées : 15

Les autres critères d'évaluation recherchés peuvent être : l'ambiance générale du groupe, l'appréciation sur le travail de l'intervenant, le ressenti immédiat et à moyen terme, l'acquisition des connaissances, les changements de pratiques, le recours aux médicaments antalgiques.

Année 2012 - Apprentissage postural	Nombre
Nombre de séances	15
Nombre de cycles	5
Nombre de candidats	42
Convocations	82
Présents (total)	59

Dans cet exemple, l'évaluation chiffrée en fin d'année est fournie dans un tableau.

Communication (FT 14)

Il n'y a pas eu d'actions de communication spécifique pour cette action en dehors du rapport d'activité en fin d'année présenté au Copil.

OBJECTIF OPÉRATIONNEL : METTRE EN PLACE UN ATELIER DE RELAXATION

Résumé de l'action (objectif opérationnel)

Objectif spécifique	Prendre en compte la souffrance psychologique
Objectif opérationnel	Mettre en place un atelier de relaxation
Public cible	Hommes majeurs de la détention
Lieu	Quartiers de détention
Équipe projet	Équipe soignante, chef de détention, psychologue, IDE, SPIP
Activités	<ul style="list-style-type: none"> • Contractualiser avec le professeur • Faire connaître l'offre par voie d'affichage • Rédiger un formulaire d'inscription • Réaliser les séances • Évaluer
Durée	1 an du 01/01/2012 au 31/12/2012 Reconduite
Coût	3 870 euros

Équipe projet (FT 2)

Chef de projet : le médecin responsable de l'unité sanitaire jusqu'à la phase de réalisation, puis l'animateur en santé de l'établissement.

Équipe projet : animateur en santé, médecin de l'unité sanitaire, cadre de santé, chef de détention, psychologue, IDE, représentant du SPIP.

Analyse de la situation (FT 3)

L'idée de proposer un atelier de relaxation aux personnes détenues dans cet établissement résulte de l'observation des conditions locales de détention génératrices de stress et de la prise en compte de l'intérêt exprimé par une partie du public pour une activité physique qui ne relève ni de la compétition sportive ni des exercices de musculation.

Proposer un cours régulier de relaxation semblait une solution d'autant plus intéressante à envisager dans cet établissement qu'on savait l'expérience possible puisqu'elle avait déjà fait ses preuves dans d'autres établissements et potentiellement bénéfique en contexte carcéral eu égard à la fréquence :

- de troubles du comportement, de l'humeur ou du sommeil consécutifs à la privation de liberté ;
- de certains risques accentués par l'enfermement ou aggravés par la promiscuité (stress, agressivité, auto-mutilations, etc.) ;
- des états d'agitation, d'anxiété ou d'angoisse en cellule.

Leviers identifiés

- Activité physique accessible *a priori* à un large public, y compris aux personnes sédentaires, âgées, porteuses de maladies chroniques, etc.
- Activité consensuelle, dont toute personne intervenant en prison saisit immédiatement l'intérêt comme une évidence (un espace de calme et de répit dans un environnement stressant, où les tensions et les pressions sont incessantes).
- Activité connue pour ses effets bénéfiques sur le plan de la qualité de vie, réputée efficace dans plusieurs circonstances et souvent citée pour sa dimension thérapeutique dans la littérature clinique².
- Motivation de l'ensemble des intervenants pour la mise en place de l'atelier.
- Identification d'un professionnel compétent pour animer l'atelier et motivé pour intervenir en milieu pénitentiaire.

Freins identifiés

- Établissement bâti au début des années 1970 selon une architecture peu favorable aux activités de ce type : aucun local n'est adapté.
- Dans une détention pour hommes, constitué majoritairement d'adultes jeunes, il peut y avoir un obstacle symbolique à l'idée de participer à une activité perçue parfois comme plutôt faite « pour les femmes ».
- La rotation relativement importante du public en maison d'arrêt est un phénomène à prendre en compte lors de la mise en place d'une activité au long cours : le turn-over compromet bien souvent la dynamique de groupe et les effets d'entraînement positifs induits par le bouche à oreille.
- Absence initiale d'un financement assuré.
- Facteur humain : il est impossible de déterminer *a priori* si le professionnel pressenti pour diriger le cours a, non pas les compétences techniques, mais le savoir être nécessaire à la réussite du projet.

Faire un état des lieux soigné de la situation en y consacrant le temps nécessaire permet d'identifier des leviers et des freins à l'action. Un état des lieux peut également déboucher sur une action à réaliser (visite de locaux, recensements de matériel, etc.).

2. Barnes P.-M., Bloom B., Nahin R. Complementary and Alternative Medicine Use Among Adults and Children : United States, 2007. *CDC National Health Statistics report*, 10/12/ 2008, n° 12 : p. 1-20. En ligne : <http://nccam.nih.gov/sites/nccam.nih.gov/files/news/nhsr12.pdf>. Beard C., Stason W.-B., Wang Q., Manola J., Dean-Clover E., Duseket J.-A. *et al.* Effects of Complementary Therapies on Clinical Outcomes in Patients Being Treated With Radiation Therapy for Prostate Cancer. *Cancer*, 2010, vol. 117, n° 1 : p. 96-102. Dickinson H., Campbell F., Beyer F., Nicolson D., Cook J., Ford G. *et al.* Relaxation Therapies for the Management of Primary Hypertension in Adults : a Cochrane Review. *Journal of Human Hypertension*, 2008, vol. 22, n° 12 : p. 809-820.

Participation des personnes détenues (FT 4)

Dans ce projet, les personnes détenues n'ont pas été officiellement ou formellement incluses dans l'équipe projet. Leur parole a néanmoins été entendue, portée et relayée par le chef de projet dans le comité de pilotage. On peut considérer qu'elles ont été, en un sens, le premier moteur de l'élaboration du projet.

Identifier les partenaires (FT 6)

	Personnels médicaux, paramédicaux et administratifs	Personnels de surveillance Encadrement DAP	SPIP	Ireps	Associations	Autres
Contribuer à la réalisation de l'action						
Contribuer à l'organisation	Équipe projet	Personnel de l'administration pénitentiaire Chef de détention	SPIP		Association socioculturelle et sportive de l'établissement	Sans objet
Animer l'action	Moniteur				Sans objet	
Faciliter l'accès à l'action	L'ensemble des intervenants	Personnel de surveillance				
Intégrer l'action dans d'autres activités ou supports	Équipe projet					
Susciter un support environnemental favorable à l'action						
Présenter au Copil						
Informers les professionnels	Équipe projet					
Information informelle	Équipe projet					Public destinataire

Objectifs (FT 7)

Objectif général : contribuer à réduire les conduites à risque secondaires au choc carcéral.

Objectif spécifique : prendre en compte la souffrance psychologique des personnes détenues hommes majeurs de la maison d'arrêt pendant la durée de la détention.

Objectif opérationnel : mettre en place un atelier de pratique de la relaxation (contrôle de soi, gestion du stress, décontraction) pour les personnes détenues volontaires de l'établissement. Faire connaître l'offre par voie d'affichage et réaliser un formulaire d'inscription. Évaluation et suivi.

CRITÈRES SMART APPLIQUÉS À L'OBJECTIF OPÉRATIONNEL

Spécifique : l'objectif est précis, le public concerné est clair (hommes majeurs de la détention).

Mesurable : il est difficile de mesurer quantitativement cet objectif. Néanmoins, le nombre de séances réalisées, la fréquentation de l'atelier, l'assiduité... sont de bons éléments d'évaluation.

Atteignable : l'objectif est raisonnable et ne pose pas de difficultés au plan légal ou sécuritaire.

Réaliste : ressources humaines et matérielles disponibles.

Temporellement défini : il s'adresse aux personnes majeures pendant la durée de leur détention.

Élaboration des actions (FT 8)

Processus : contractualisation avec le professeur de relaxation.

Information des personnes : une information est diffusée aux personnes détenues par voie d'affichage. Les personnes intéressées peuvent s'inscrire par écrit auprès de l'unité sanitaire, par candidature spontanée à l'aide d'un formulaire d'inscription remis sur le quartier des arrivants, ou être orientées sur recommandation, à la suite d'un entretien individuel avec un psychologue, une infirmière ou un médecin (unité sanitaire/SMPR).

Information des personnels : l'information des personnels se fait *via* la présentation au comité de coordination et le rapport d'activité de l'établissement.

Déroulement de l'activité : action hebdomadaire le mercredi matin dans une salle de la détention, avec des tapis de sol, sous la conduite de l'intervenant.

L'atelier a lieu de 8 h 45 à 10 h 30 (ces horaires sont indicatifs) pour une durée théorique de 90 mn.

L'intervenant utilise les techniques habituelles en gestion du stress (silence ou nappe de musique, gestes lents effectués en position debout, assise ou allongée, respiration contrôlée, visualisation, représentation, concentration, etc.).

Un calendrier est établi de janvier à décembre.

La contractualisation avec l'intervenant peut consister à mettre simplement par écrit les services attendus, les modalités d'exercice, le respect des réglementations et la durée de l'intervention.

Estimation des besoins humains logistiques et financiers (FT 9)

Estimation des besoins humains et logistiques pour la mise en place d'un atelier relaxation

Atelier de relaxation du 01/01/2012 au 31/12/2012		
	Besoins humains dans l'établissement	Besoins logistiques dans l'établissement
Préparation		
Repérage d'un intervenant	1 journée de travail/1 personne	Ordinateur avec accès à Internet Téléphone
Réunion avec l'intervenant	7 réunions téléphoniques puis rencontre/invitation de l'intervenant de 1 h/2 personnes	Salles, matériel
Réunions de concertation avec les partenaires	1 réunion individualisée de 1 h/3 personnes	Ordinateur Salle de réunion
Sensibilisation des personnels de surveillance portant sur le projet ou les actions	2 demi-journées d'information auprès des surveillants	Salle de formation Matériel pédagogique
Modification de fonctionnement ou aménagement	1 réunion d'environ 2 h avec l'équipe administrative (3 personnes)	Visites sur site
Réalisation		
Mise en place	1 personne/30 mn	
Animation	1 personne/1 h	Chaîne stéréo CD Tapis de sol Salle
Surveillance	2 personnels de surveillance/1 heure	
Évaluation		
Préparation	1 journée/1 personne	
Mise en place	1 journée/1 personne	
Restitution	1 journée/1 personne	Matériel informatique

Dans cet exemple, le tableau a été simplifié pour s'adapter à la dimension de l'action. Il est important de ne pas sous-estimer le temps passé pour chacune des personnes concernées par les tâches listées (élément d'évaluation du processus).

Suivi de l'activité (FT 12)

Le suivi de l'activité est construit dans un tableau Excel qui comprend :

- nombre d'inscrits : 18 (capacité maximale) ;
- nombre/noms des excusés ;
- nombre/noms des absents sans motif ;
- nombre/noms des présents ;
- l'absence à deux séances consécutives entraîne la radiation de la participation quel que soit le motif : libération, transferts, changement d'emploi du temps (travail, école, etc.) ;
- recueil des verbatim des personnes bénéficiant des séances.

La fiche de suivi de l'activité plus complète **[FT 12, p. 87]** peut s'avérer utile notamment au moment de la mise en place de l'action car elle permet par l'analyse du déroulé de procéder à des ajustements.

Évaluation (FT 13)

L'évaluation se fait principalement par l'assiduité de la personne aux cours. Tant qu'une personne est présente au cours, son nom est maintenu sur la liste transmise au bureau de gestion de la détention la veille de l'activité – sauf désistement, ou changement de situation (emploi du temps modifié et incompatible avec l'activité, libération, transfert d'établissement, etc.).

Les personnes qui sont convoquées et ne viennent pas deux fois de suite sans motif sont automatiquement radiées de la liste des inscrits.

Le recueil de l'avis des participants en fin de séance se fait de vive voix, en groupe et en aparté, avec le professeur et l'animateur de l'unité sanitaire.

Les indicateurs de l'activité sont les suivants :

- l'activité a-t-elle finalement pu être mise en place ?
- le public intéressé/inscrit/convoqué était-il au rendez-vous ?
- combien y a-t-il eu de séances prévues ?
- quel est le nombre de séances effectivement réalisées par an ?
- quel est le nombre de personnes prévues par an ?
- quel est le nombre de personnes venues par an ?

Indicateurs pour l'année 2012

Année 2012	Relaxation en détention
Nombre de séances	38
Candidats connus	150
Convocations	658
Présences (total)	332
Bénéficiaires directs	52
Présents/séance (moyenne)	8,7
Nouveaux venus/séance (moyenne)	1,4

En complément de ces indicateurs, un recueil des motifs des abandons pourrait s'avérer pertinent de manière à pouvoir engager une (ou des) action(s) correctrice(s) si nécessaire. Dans cet exemple, le *turn over* est faible car les personnes inscrites sont assidues, ce qui explique le nombre de personnes en attente.

Communication (FT 14)

Peu d'actions de communication externe ont été réalisées. Une information dans le journal interne est en cours de rédaction.

La communication interne se fait par voie d'affichage, en détention et au niveau de la bibliothèque. La transmission des informations par le bouche à oreille est un élément très important. Le bilan de l'activité est intégré au rapport d'activité présenté au Copil en fin d'année.

Toutes les initiatives ne sont pas des réussites : analyse d'un échec... pour mieux rebondir !

En 2007, une activité « Yoga » avait été définie avec les mêmes objectifs de relaxation et organisée dans une salle difficile d'accès et très bruyante. Sur le papier, tandis qu'on comptait une dizaine de noms inscrits sur la liste de convocation, l'intervenant se retrouvait régulièrement seul dans la salle, à ne jamais voir arriver les intéressés. Il y eut quelques séances d'essai, mais le constat d'échec était fort : l'activité fut donc rapidement interrompue.

Le chef du projet, médecin responsable de l'unité de soins et de consultation, en prit acte mais tenait à établir clairement la cause ou les causes de l'échec constaté. Il chargea une personne, animateur recruté dans l'intervalle, de remédier autant que possible au dysfonctionnement constaté et de trouver une solution de faisabilité. Il fallut repartir à zéro, s'opposer aux résistances (« ça n'intéresse pas les détenus ») et établir un diagnostic partagé sur les causes matérielles et humaines de l'échec : salle inaccessible et inadaptée, activité peu relayée par la communication sur le terrain. Une salle d'activités fut négociée avec le SPIP, on changea la dénomination « Yoga » par « relaxation » et l'animateur se mit d'une part à un travail de terrain auprès des personnes détenues et du personnel de surveillance, et d'autre part à l'accompagnement de l'intervenant, pour veiller, d'une semaine sur l'autre, à ce que la rencontre détenus/intervenant ait effectivement lieu.

Depuis, « cette action a fait tranquillement son lit dans la détention » : l'activité tourne à un rythme « de croisière » efficace depuis plusieurs années maintenant, en dépit des aléas de la détention. Les retours des bénéficiaires de l'action sont très encourageants.

Section IV | **Annexes**



Correspondances entre les recommandations issues de l'état des lieux et les fiches techniques/sections/annexes

Tableau de correspondance entre les recommandations issues de l'état des lieux sur les conditions de réalisation des actions de prévention et les fiches techniques/sections/annexes

Recommandations	Fiches techniques/Sections/Annexes
AU NIVEAU DES ÉTABLISSEMENTS	
Recommandations relatives aux comités de pilotage (Copil)	
<p>Recommandation 1 S'assurer de l'installation d'un Copil pour chaque établissement pénitentiaire.</p> <p>Recommandation 2 sur la composition du Copil - Favoriser l'implication de la/des direction(s) des établissements de santé afin d'assurer la cohérence avec les projets d'établissement, de faciliter les démarches budgétaires et les liens avec les Agences régionales de santé (ARS). - Systématiser la participation des personnels des dispositifs de soins psychiatriques, pour une approche globale des besoins et des actions d'éducation pour la santé (éducation pour la santé). - Systématiser la participation des personnels de la Protection Judiciaire de la jeunesse (PJJ) dans les établissements pénitentiaires accueillant des mineurs.</p> <p>Recommandation 3 Sur le fonctionnement du Copil : les ARS et les Directions interrégionales des services pénitentiaires (DISP) peuvent être invitées dans les Copil en tant que de besoin.</p>	FT 1
Recommandations relatives à la procédure d'élaboration des programmes et à la définition de leur contenu	
<p>Recommandation 4 Élaborer le programme d'éducation pour la santé dans le cadre du Copil, qui le valide.</p> <p>Recommandation 5 Construire le programme à partir d'une phase d'analyse des besoins en éducation pour la santé des personnes détenues dans l'établissement. Structurer cette analyse notamment en prenant en compte les demandes des personnes détenues, leur problématique de santé et les observations des personnes à leur contact. Le programme intégrera aussi les priorités de santé nationales et régionales.</p>	FT 2 à FT 7 ; FT 13

Recommandations	Fiches techniques/ Sections/Annexes
<p>Recommandation 6 Présenter au Copil toute action proposée en dehors du programme, pour intégration au programme. Le programme doit intégrer toutes les actions menées, leur typologie, leur thématique et leur financement (montant alloué et financeur(s)) pour permettre au Copil d'en assurer la cohérence et l'évaluation.</p> <p>Recommandation 7 Veiller à ce que les actions événementielles inscrites dans le programme s'inscrivent dans une démarche globale d'éducation pour la santé. Développer les actions favorisant la participation des personnes détenues.</p> <p>Recommandation 8 Renforcer l'évaluation des actions et du programme.</p>	<p>FT 2 à FT 7 ; FT 13</p>
<p>Recommandations relatives aux moyens humains</p> <p>Recommandation 11 Favoriser l'accès à la formation continue sur l'éducation pour la santé et la promotion de la santé des personnels soignants exerçant en milieu pénitentiaire.</p> <p>Recommandation 12 Favoriser l'accès à la formation continue sur l'éducation pour la santé et la promotion de la santé des autres personnels intervenant en milieu pénitentiaire et impliqués dans les actions d'éducation pour la santé.</p> <p>Recommandation 13 Inciter au développement des formations conjointes santé-justice.</p>	<p>FT 6 ; F T9-FT 10 ; Section III</p>
AU NIVEAU REGIONAL	
<p>Recommandations relatives à la politique régionale</p> <p>Recommandation 16 Organiser une coopération, des échanges, éventuellement des actions communes entre plusieurs établissements d'une même région. Favoriser la mutualisation des expériences par des rencontres régionales de professionnels.</p> <p>Recommandation 17 Identifier le public des personnes détenues comme public cible dans les appels à projets.</p>	<p>FT 3 ; FT 5 ; FT 8 ; FT 10 ; FT 13 ; Section III</p>
<p>Recommandations relatives aux financements</p> <p>Recommandation 18 Identifier l'ensemble des financeurs et les montants alloués aux actions d'éducation pour la santé en milieu pénitentiaire pour permettre une vision globale de l'ensemble des actions dans les établissements pénitentiaires de la région et repérer notamment les financeurs et les thématiques traitées.</p> <p>Recommandation 19 Identifier et mobiliser localement des financeurs à associer à l'ARS.</p> <p>Recommandation 20 Informers les Copil sur les possibilités et les circuits de financements et leur apporter un appui dans la recherche de financements.</p>	<p>FT 10</p>
<p>Recommandations relatives aux intervenants en éducation pour la santé en milieu pénitentiaire</p> <p>Recommandation 23 Favoriser les liens vers des intervenants locaux : centres de planification familiale, CLAT, CDAG CIDDIST, Codes, Ireps...</p>	<p>FT 6 ; Section III</p>
<p>Recommandations relatives au pilotage de l'éducation pour la santé et au soutien méthodologique à apporter aux unités de consultations et de soins ambulatoires (UCSA)¹ et aux Copil dans la mise en œuvre de l'éducation pour la santé en milieu pénitentiaire</p> <p>Recommandation 24 Apporter un soutien méthodologique aux UCSA et membres des Copil pour : - l'analyse des besoins en éducation pour la santé des personnes détenues dans l'établissement ; - l'évaluation du programme et des actions d'éducation pour la santé.</p> <p>Recommandation 25 Conforter le rôle des pôles régionaux de compétences et des Ireps dans cet appui méthodologique.</p>	<p>FT 3 ; FT 12 ; Annexe p. 202</p>

1. unités paritaires (ex. UCSA).

Recommandations	Fiches techniques/ Sections/Annexes
<p>Recommandations relatives à la formation des personnels</p> <p>Recommandation 26 Inciter au développement des formations conjointes santé-justice.</p> <p>Recommandation 27 Conforter le rôle des pôles régionaux de compétence et des Ireps pour l'ensemble des formations en éducation pour la santé et promotion de la santé, à l'intention des personnes exerçant en milieu pénitentiaire.</p>	FT 6 ; FT 9
AU NIVEAU NATIONAL	
<p>Recommandations relatives à l'élaboration et au contenu des programmes et actions d'éducation pour la santé et à l'appui méthodologique à apporter aux UCSA et Copil dans la mise en œuvre de l'éducation pour la santé en milieu pénitentiaire</p> <p>Recommandation 29 Élaborer un référentiel d'intervention en éducation pour la santé en milieu pénitentiaire, qui constituera un guide à la disposition des Copil. Ce référentiel est prévu dans le plan d'actions stratégiques 2010-2014 : politique de santé des personnes placées sous main de justice. Il devra clarifier la démarche et le champ de l'éducation pour la santé en milieu carcéral.</p>	
<p>Recommandations relatives aux moyens humains et à l'organisation de l'éducation pour la santé en milieu pénitentiaire</p> <p>Recommandation 31 Dédier spécifiquement du temps soignant pour l'éducation pour la santé.</p> <p>Recommandation 32 Formaliser et articuler les fonctions de référent(s) en éducation pour la santé dans les différentes équipes soignantes et pénitentiaires.</p>	FT 1-FT 2 ; Section III

Approche du milieu

LE MILIEU PÉNITENTIAIRE

L'organisation générale

Placée sous l'autorité du garde des Sceaux depuis 1911, l'administration pénitentiaire est l'une des cinq directions du ministère de la Justice. Elle se compose d'une administration centrale, de services déconcentrés (directions interrégionales des services pénitentiaires, établissements pénitentiaires, services pénitentiaires d'insertion et de probation (SPIP)), d'un service à compétence nationale (le service de l'emploi pénitentiaire) et d'un établissement public administratif (l'École nationale de l'administration pénitentiaire).

À l'échelon central, l'administration comprend quatre sous-directions : deux d'entre elles assurent le suivi des missions (sous-directions des personnes placées sous main de justice et état-major de sécurité) et deux autres sont en charge du suivi des moyens (organisation et fonctionnement des services déconcentrés, ressources humaines et relations sociales). Deux services transversaux font également partie de la direction : l'inspection des services pénitentiaires et le service de la communication et des relations internationales.

Les neuf directions interrégionales (dont les sièges sont situés à Bordeaux, Dijon, Lille, Lyon, Marseille, Paris, Rennes, Strasbourg et Toulouse) et la mission des services pénitentiaires de l'outre-mer animent, contrôlent et coordonnent l'activité des établissements pénitentiaires et des SPIP

placés sous leur autorité. Le directeur interrégional, interlocuteur de l'administration centrale dans la région pénitentiaire, est chargé de mettre en œuvre la politique nationale définie par la Direction de l'administration pénitentiaire (DAP). Il assure les relations externes de la direction interrégionale, notamment avec les préfets pour les questions touchant à la sécurité des établissements pénitentiaires et à leur situation territoriale, avec les procureurs généraux pour les questions relatives à l'exécution des décisions judiciaires et avec les directeurs généraux des ARS pour l'ensemble des questions relevant de la prise en charge sanitaire des personnes détenues. Il exerce l'autorité et le contrôle sur l'ensemble des activités des services et établissements de la région pénitentiaire. À ce titre, les chefs d'établissement et les directeurs des services d'insertion et de probation lui sont hiérarchiquement rattachés.

L'École nationale d'administration pénitentiaire (ENAP), localisée à Agen, assure la formation initiale et continue de l'ensemble des personnels de l'administration pénitentiaire.

Le service de l'emploi pénitentiaire (SEP), situé à Tulle, est un service à compétence nationale placé sous l'autorité du directeur de l'administration pénitentiaire qui est chargé :

- d'organiser la production de biens et de services par des personnes détenues et d'en assurer la commercialisation ;
- d'assurer la gestion ou l'aide au développement d'activités de travail et de formation dans les établissements pénitentiaires, particulièrement dans les établissements pour peines ;
- de gérer la Régie industrielle des établissements pénitentiaires (RIEP) qui assure la production des biens et services par les personnes détenues.

Les missions des professionnels

Direction du ministère de la Justice, l'administration pénitentiaire est la troisième force de sécurité publique après la police et la gendarmerie. Elle est chargée d'une double mission :

- mission de surveillance, en assurant le maintien en détention des personnes qui lui sont confiées par l'autorité judiciaire. Les mesures prononcées interviennent avant ou après jugement et sont exécutées soit en milieu fermé, soit en milieu ouvert ;
- mission de prévention de la récidive menée par l'ensemble des personnels dont les personnels d'insertion et de probation. Cette mission consiste à préparer la réinsertion des personnes confiées et à assurer le suivi des mesures et peines exécutées en milieu ouvert, en collaboration avec des partenaires publics et associatifs.

L'administration pénitentiaire regroupe, pour exercer ses missions de surveillance et de réinsertion, une diversité de métiers et de compétences qui représentent plus de 35 000 personnes au total : personnels de surveillance, personnels de direction, personnels d'insertion et de probation, personnels administratifs et personnels techniques.

Le personnel de surveillance

C'est la catégorie de personnel la plus représentée au sein de l'administration pénitentiaire (plus de 26 000 agents). Sa mission est de prendre en charge les personnes confiées par l'autorité judiciaire, d'en assurer la garde et de participer à la mission de réinsertion.

Le personnel de surveillance participe à l'exécution des décisions et sentences pénales et au maintien de la sécurité publique. Il veille à faire respecter l'ordre et la discipline au sein des structures accueillant les personnes détenues.

Au contact et à l'écoute de la population pénale, le personnel de surveillance contribue à l'action de réinsertion et de prévention de la récidive aux côtés des SPIP et des partenaires.

Le service pénitentiaire d'insertion et de probation (SPIP)

En application des dispositions des articles D 572 et suivants du Code de procédure pénale (CPP), les SPIP exercent plusieurs missions.

- Aide à la décision judiciaire : le SPIP analyse l'ensemble des informations concernant la situation des personnes placées sous main de justice. Ces éléments permettent à l'autorité judiciaire de mieux individualiser la peine et de prononcer les aménagements de peine les plus adaptés ;
- Évaluation et suivi de la situation des personnes placées sous main de justice, contrôle des obligations auxquelles elles doivent se soumettre, information des autorités judiciaires sur le déroulement des mesures ;
- Préparation à la sortie pour les personnes incarcérées ;
- Développement et coordination d'un réseau de partenaires institutionnels, associatifs et privés afin de faciliter l'accès des personnes placées sous main de justice aux dispositifs de droit commun : accès aux droits sociaux, à l'emploi, à la formation, au logement.

Les SPIP travaillent plus particulièrement sur le sens de la peine, afin de concourir au maintien ou à la restauration de l'autonomie et à la responsabilisation des personnes suivies.

Les SPIP assurent le suivi de 251 998 personnes (175 200 en milieu ouvert et 76 798 sous écrou (chiffres clés de l'administration pénitentiaire au 1^{er} janvier 2013)).

Les chiffres clés¹

Nombre de personnes écrouées détenues (c'est-à-dire incarcérées)

On compte 66 572 condamnés et 16 443 prévenus dont 2 215 femmes et 724 mineurs (1,1 % des personnes détenues).

Au total, 76 798 personnes sont sous écrou dont 11 790 en aménagement de peine (personnes sous surveillance électronique ou personnes en placement extérieur non hébergées).

La surpopulation observée dans les maisons d'arrêt est une contrainte à laquelle doivent faire face l'ensemble des intervenants.

Répartition par âge des personnes écrouées, au 1^{er} janvier 2013

Âge	Nombre (%)
Moins de 16 ans	95 (0,1)
16 à moins de 18 ans	634 (0,8)
18 à moins de 21 ans	5 376 (7)
21 à moins de 25 ans	13 744 (17,9)
25 à moins de 30 ans	15 638 (20,4)
30 à moins de 40 ans	20 207 (26,3)
40 à moins de 50 ans	12 486 (16,3)
50 à moins de 60 ans	5 945 (7,7)
60 ans et plus	2 673 (3,5)

Répartition des condamnés par durée de la peine au 1^{er} janvier 2013

- 17,9 % : moins de 6 mois (10 800 personnes)
- 18,5 % : de 6 mois à moins d'1 an (11 161 personnes)
- 30,1 % : de 1 an à moins de 3 ans (18 169 personnes)
- 11 % : de 3 ans à moins de 5 ans (6 647 personnes)
- 22,5 % : 5 ans et plus (13 563 personnes)

Les services déconcentrés

- 190 établissements pénitentiaires
- 103 SPIP

Le nombre d'agents

- 35 670 agents dont 26 329 personnels de surveillance et 4 205 personnels des SPIP

1. Les chiffres clés de l'administration pénitentiaire au 1^{er} janvier 2013, DAP. En ligne : <http://www.justice.gouv.fr/prison-et-reinsertion-10036/les-chiffres-clefs-10041/ladministration-penitentiaire-en-chiffres-25722.html>

Les ressources pour la mise à jour des données

Les statistiques sur la population pénale sont mises à jour tous les mois sur le site internet du ministère de la Justice :

<http://www.justice.gouv.fr/prison-et-reinsertion-10036/les-chiffres-clefs-10041/statistiques-mensuelles-de-la-population-detenu-e-et-ecrouee-24982.html>

LA PRISE EN CHARGE SANITAIRE DES PERSONNES DÉTENUES

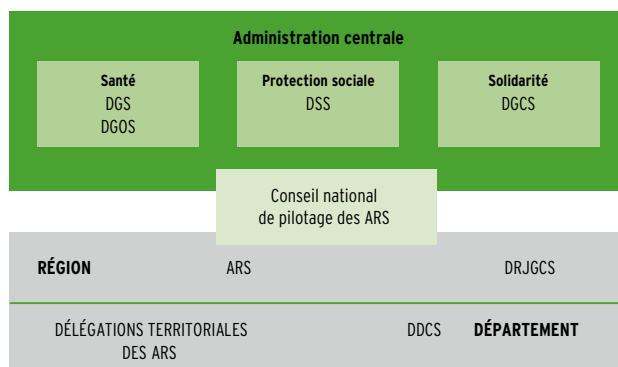
Le ministère chargé de la santé et les ARS

Le ministre des Affaires sociales et de la Santé prépare et met en œuvre la politique du gouvernement dans les domaines des affaires sociales, de la solidarité et de la cohésion sociale, de la santé publique et de l'organisation du système de soins. Sous réserve des compétences des ministres de l'Économie, des Finances et du Commerce extérieur, il prépare et met en œuvre la politique du gouvernement dans le domaine de la protection sociale².

L'organisation administrative de la prise en charge sanitaire et sociale est rappelée dans la **figure 1**. Les rôles et les missions des différentes directions et structures sont précisées **page 195, Organisation administrative sanitaire et sociale en France**.

FIGURE 1

L'organisation administrative sanitaire et sociale



2. République française. Décret n° 2012-769 du 24 mai 2012 relatif aux attributions du ministre des Affaires sociales et de la Santé. *Journal officiel* n° 0121 du 25 mai 2012 : p. 9258. En ligne : <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000025915726>

Les unités sanitaires

Organisation

L'organisation de la prise en charge sanitaire est détaillée dans le guide méthodologique des personnes placées sous main de justice³.

Les soins aux personnes placées sous main de justice s'inscrivent dans un dispositif sanitaire prenant en compte l'ensemble des problèmes de santé, qu'ils soient somatiques ou psychiatriques, et incluent tous les aspects de la prise en charge (prévention, dépistage, soins)⁴.

Ils constituent l'une des quatorze missions de service public définies par la loi portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (Loi HPST) du 21 juillet 2009 (item 12 de l'article L. 6112-1 du Code de la santé publique).

Chaque établissement pénitentiaire dispose d'une unité sanitaire rattachée à un établissement public de santé. Le personnel de santé exerçant en milieu pénitentiaire est sous l'autorité du directeur de l'établissement hospitalier. Il est soumis à l'ensemble des règles prévues dans le Code de la santé publique (CSP), tant en ce qui concerne la déontologie que l'exercice professionnel. Chaque unité dispose des mêmes moyens humains, matériels, logistiques et administratifs que toute unité hospitalière. Un protocole de fonctionnement lie l'établissement public de santé à l'établissement pénitentiaire, détermine les conditions de fonctionnement des unités sanitaires et rappelle les obligations respectives du ou des établissements de santé et de l'établissement pénitentiaire. Une convention distincte précise, le cas échéant, les modalités de fonctionnement des deux dispositifs de soins (somatiques et psychiatriques), chacun d'entre eux étant structuré en trois niveaux :

- le niveau 1 regroupe les soins, consultations, prestations et activités ambulatoires ;
- le niveau 2 regroupe les soins requérant une prise en charge à temps partiel, en hospitalisation de jour (alternative à l'hospitalisation complète) ;
- le niveau 3 regroupe les soins requérant une hospitalisation à temps complet.

Niveau 1. Soins, consultations, prestations et activités ambulatoires

Les unités sanitaires de niveau 1 (unité sanitaire/SMPR) assurent les soins relevant de consultations et actes externes. Elles incluent un dispositif de soins somatiques (DSS) et un dispositif de soins psychiatriques (DSP). Les soins somatiques peuvent également être assurés en milieu hospitalier lorsqu'ils requièrent des examens spécialisés ne pouvant être réalisés au sein de ces unités.

3. Ministère de la Santé. *Circulaire interministérielle n° 27 du 30 octobre 2012 relative à la publication du guide méthodologique sur la prise en charge sanitaire des personnes sous main de justice*. En ligne : http://circulaire.legifrance.gouv.fr/pdf/2012/11/cir_36019.pdf

4. La loi n° 94-43 du 18 janvier 1994 relative à la santé publique et à la protection sociale a confié au service public hospitalier la prise en charge sanitaire des personnes détenues.

Niveau 2. Soins requérant une prise en charge à temps partiel, en hospitalisation de jour

La prise en charge en hospitalisation à temps partiel, et plus particulièrement l'hospitalisation de jour, permet au patient de disposer de soins et/ou d'examen polyvalents, individualisés, intensifs, prodigués dans la journée.

Les soins de niveau 2 sont assurés :

- pour les soins somatiques, en milieu hospitalier. Ils se déroulent dans les services correspondant à la spécialité requise avec garde statique des forces de sécurité intérieure. Ils peuvent concerner des activités de chirurgie ambulatoire (dermatologie, ophtalmologie, etc.), des « séances » (traitements de chimiothérapie, dialyse, etc.) voire des examens complémentaires ;
- pour les soins psychiatriques, en milieu pénitentiaire, au sein des unités sanitaires. Il est convenu que chaque région dispose d'au moins une unité sanitaire de niveau 2. L'hospitalisation de jour en psychiatrie se déroule en milieu pénitentiaire et suppose un accès facilité du patient aux différentes activités et consultations tout au long de la journée. Le soin prime de manière temporaire sur les autres aspects de la détention. Les cellules d'hébergement dédiées aux patients pris en charge sont situées à proximité immédiate de l'unité de soins. Elles permettent une prise en charge optimale des patients évitant de multiples déplacements dans la journée. Leur situation au sein de l'établissement pénitentiaire doit permettre des circulations facilitées vers le lieu de soins. L'objectif de ce dispositif est que l'ensemble de la population pénale d'un secteur géographique donné puisse avoir accès à cette offre de soins. Dans la mesure du possible, le nombre de places en hospitalisation de jour au sein d'un même établissement pénitentiaire doit être limité à 20. Si la région présente une activité prévisible correspondant à plus de 20 places, un second site de niveau 2 doit être prévu (sous réserve des contraintes architecturales des établissements pénitentiaires). Le principe retenu est l'individualisation des cellules. Il est possible de prévoir des cellules doubles dans la limite d'un tiers du nombre de places. Les personnes détenues placées dans ces cellules doivent pouvoir accéder aux équipements collectifs.

Niveau 3. Soins requérant une hospitalisation à temps complet

- Pour les soins somatiques, les soins de niveau 3 sont assurés au sein de chambres sécurisées dans l'établissement de santé de rattachement ou dans les unités hospitalières sécurisées interrégionales (UHSI) **[encadré 1]**.
- Pour les soins psychiatriques, les soins de niveau 3 sont assurés au sein des unités hospitalières spécialement aménagées (UHSA) **[encadré 2]** ou des établissements de santé autorisés en psychiatrie dans le cadre des hospitalisations régies par l'article D. 398 du CPP (dans l'attente de la finalisation du programme UHSA) ou encore au sein des unités pour malades difficiles (UMD).

LES SMPR

Les 26 établissements pénitentiaires sièges de services médicopsychologiques régionaux (SMPR) disposent tous d'ores et déjà d'une offre de soins de niveau 1 (incluant les activités à temps partiel) et pour une grande partie d'entre eux d'une offre de soins de niveau 2 (permettant l'accueil de patients de leurs zones de ressort géographique en hospitalisation de jour). Tous les établissements pénitentiaires sièges de SMPR doivent mettre en place cette activité de niveau 2.

Au-delà du recours clinique de niveau 2, les SMPR ont une mission de coordination régionale impliquant :

- une coopération avec l'ensemble des acteurs de psychiatrie générale ou infantojuvénile intervenant en milieu pénitentiaire ;
- une articulation avec les DSP des unités sanitaires de leur région et les UHSA. À titre d'exemple, l'élaboration d'un projet régional d'organisation des soins psychiatriques aux personnes détenues, qui pourra être intégré au schéma régional d'organisation des soins (SROS) ;
- un rôle d'interface avec les autorités de tutelle sur les sujets généraux qui ne concernent pas un site d'implantation spécifique ;
- la mise en place de formations au niveau régional, formation initiale (étudiants hospitaliers, internes, stages d'institut de formation en soins infirmiers [IFSI], etc.) et formation continue.

ENCADRÉ 1

LES UHSI

Les UHSI sont des structures hospitalières qui prennent en charge l'ensemble des hospitalisations, hors hospitalisations urgentes et de courte durée¹ (excepté celles des établissements pénitentiaires rattachés à l'établissement de santé siège de l'UHSI), ou réclamant la proximité d'un plateau technique très spécialisé. Elles sont situées dans des centres hospitaliers universitaires et bénéficient de leur plateau technique. Huit UHSI sont réparties sur le territoire. Celles-ci accueillent des personnes détenues majeures et mineures. Elles sont sécurisées par l'administration pénitentiaire présente au sein de l'unité de soins.

¹. Il existe des lits de soins de suite dans l'UHSI de Marseille et dans l'établissement public de santé national de Fresnes.

ENCADRÉ 2

LES UHSA

Les UHSA sont des unités hospitalières qui accueillent les patients nécessitant une hospitalisation avec ou sans consentement, à temps complet, en psychiatrie. Elles sont implantées au sein d'un établissement de santé et sécurisées par l'administration pénitentiaire. Celle-ci assure les transferts, le contrôle des entrées et des sorties. Elle n'est pas présente au sein de l'unité de soins, sauf en cas de demande de prêt de main-forte du personnel soignant. Le programme de construction des UHSA inclut 17 unités pour une capacité totale de 705 places, réparties en deux tranches, l'une de 440 places pour neuf unités et la seconde de 265 places pour les huit autres unités.

Les figures ci-dessous schématisent les trois niveaux pour les soins somatiques [figure 2] et les soins psychiatriques [figure 3].

FIGURE 2

Organisation des soins somatiques

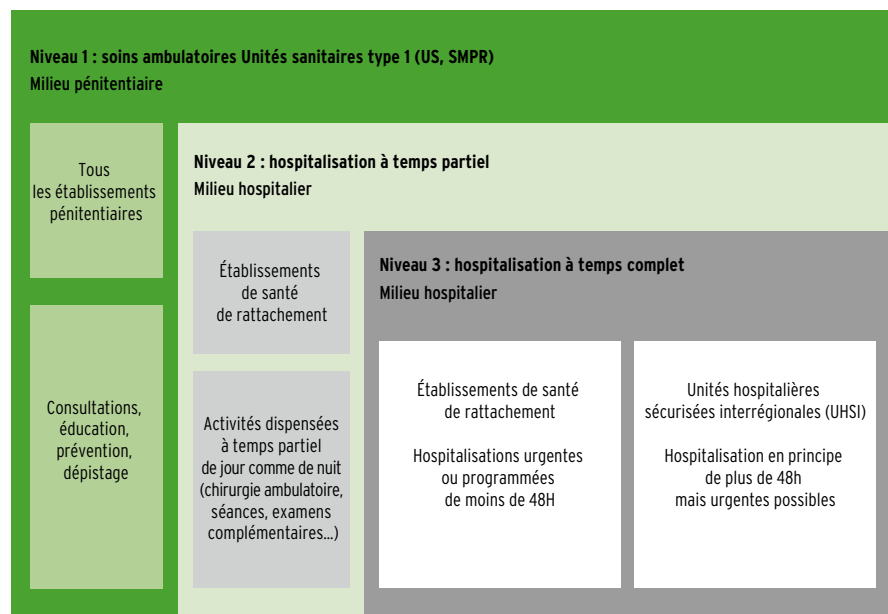
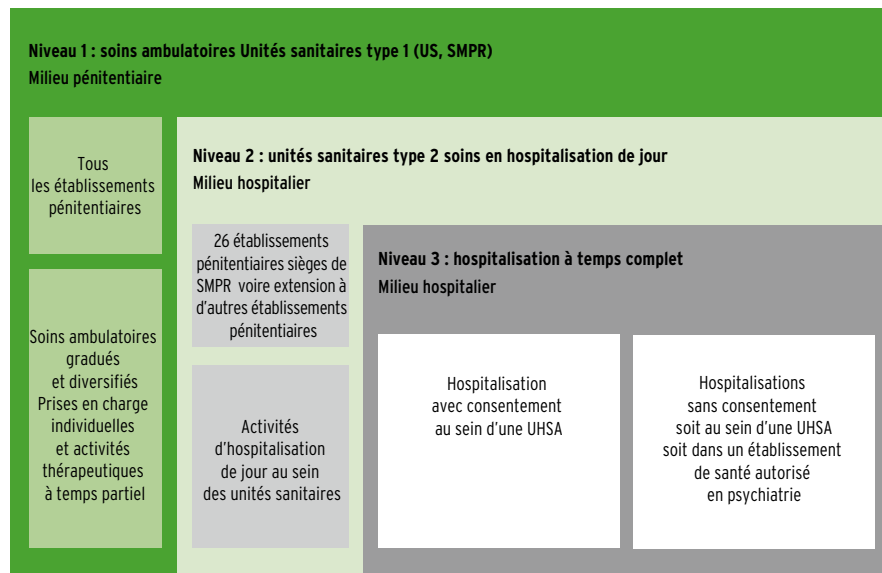


FIGURE 3

Organisation des soins psychiatriques



Missions

Le DSS assure l'ensemble des consultations de médecine générale et de spécialités dont les consultations dentaires.

Le DSP assure l'ensemble des activités de consultations, d'entretiens, de prises en charge de groupe et d'activités thérapeutiques.

Certaines missions sont communes à ces deux dispositifs, notamment les actions d'éducation et de prévention pour la santé **[Pourquoi développer la promotion de la santé en milieu carcéral ?, p. 25]** et la mise en place de la continuité des soins à la sortie.

Structures de soins en chiffres

Au 1^{er} juin 2013, on comptait :

- 178 unités sanitaires, soit une unité sanitaire dépendant de l'hôpital de proximité implantée dans chaque établissement (à l'exception des centres de semi-liberté) ;
- 8 UHSI implantées dans les CHU (Nancy, Lille, Lyon, Bordeaux, Toulouse, Marseille, Paris Pitié-Salpêtrière et Rennes) ;
- 1 établissement public de santé national à Fresnes ;
- 26 services médicopsychologiques régionaux (SMPR) implantés dans 26 établissements pénitentiaires ;
- 152 secteurs de psychiatrie intervenant dans les établissements pénitentiaires au sein des unités sanitaires ;
- 6 UHSA implantées en milieu hospitalier accueillant les hospitalisations psychiatriques, avec ou sans consentement (Lyon, Toulouse, Nancy, Orléans, Villejuif et Lille).

LA VIE EN DÉTENTION (PERSONNES DÉTENUES MAJEURES)

Les règles de vie en détention sont différentes en fonction du type d'établissement et en fonction du statut pénal de la personne **[Glossaire des termes pénitentiaires, p. 206]**.

Travail

L'article 717-3 du CPP impose une obligation de moyens à l'administration pénitentiaire en termes d'offre de travail aux personnes détenues : « Les activités de travail et de formation professionnelle ou générale sont prises en compte pour l'appréciation des gages de réinsertion et de bonne conduite des condamnés. Au sein des établissements pénitentiaires, toutes dispositions sont prises pour assurer une activité professionnelle, une formation professionnelle ou générale aux personnes incarcérées qui en font la demande. »

L'article 27 de la loi pénitentiaire du 24 novembre 2009 illustre l'importance de développer l'offre d'activités, en prévoyant que : « Toute personne condamnée est tenue d'exercer au moins l'une des activités qui lui est

proposée par le chef d'établissement et le directeur du SPIP dès lors qu'elle a pour finalité la réinsertion de l'intéressé et est adaptée à son âge, à ses capacités, à son handicap et à sa personnalité.

Lorsque la personne condamnée ne maîtrise pas les enseignements fondamentaux, l'activité consiste par priorité en l'apprentissage de la lecture, de l'écriture et du calcul. Lorsqu'elle ne maîtrise pas la langue française, l'activité consiste par priorité en son apprentissage. L'organisation des apprentissages est aménagée lorsqu'elle exerce une activité de travail. »

Organisation du travail

Il ne s'agit pas d'un contrat de travail au titre du droit commun ; l'option retenue par le législateur est celle d'une formalisation de la relation entre l'établissement et la personne détenue au travail (notamment l'énonciation des droits et devoirs), qui prend la forme d'un acte d'engagement.

Le contenu de l'acte d'engagement est précisé par l'article R. 57-9-2 du CPP : « Préalablement à l'exercice d'une activité professionnelle par la personne détenue, l'acte d'engagement, signé par le chef d'établissement et la personne détenue, prévoit notamment la description du poste de travail, le régime de travail, les horaires de travail, les missions principales à réaliser et, le cas échéant, les risques particuliers liés au poste. Il fixe la rémunération en indiquant la base horaire et les cotisations sociales afférentes. »

L'existence de ce document permet :

- d'améliorer la responsabilisation de la personne détenue par l'énoncé des règles qui précisent les droits et obligations au regard de son emploi ;
- de fixer les éléments relatifs à l'organisation et aux conditions de travail en question.

Modalités du travail

Une personne détenue peut réaliser un travail à divers titres.

■ Au titre de la concession

Les personnes détenues travaillent pour le compte d'entreprises privées qui installent leur matériel de production au sein des ateliers pénitentiaires. Il s'agit principalement d'activités du secteur secondaire.

■ Au titre du service général

Dans ce cadre de travail, les personnes détenues participent au fonctionnement et à l'entretien de l'établissement, par l'intermédiaire de différents postes de travail : buandier, cuisinier, agent de maintenance, bibliothécaire, coiffeur, etc.

L'arrêté du 23 février 2011, pris en application de l'article D. 432-1 du CPP répartit les emplois entre les différentes classes du service général, en fonction du niveau de qualification ou des compétences qu'exige leur exécution.

■ Au titre du SEP/RIEP

Les personnes détenues travaillent dans des ateliers gérés par le service de l'emploi pénitentiaire (SEP), dans le cadre de la Régie industrielle des établissements pénitentiaires (RIEP). Le SEP-RIEP intervient dans plus de onze domaines d'activités différents : confection, menuiserie-boissellerie, métallerie, mécanique, imprimerie, informatique, numérisation d'archives audiovisuelles, travail à façon, reliure, cuir, exploitation agricole et diverses activités liées au plan de sauvegarde du patrimoine.

Activités physiques et sportives

Le sport joue un rôle fondamental en détention. Sa pratique se révèle positive sur plusieurs aspects, notamment le quotidien des personnes détenues, leur projet de réinsertion et, par extension, la vie des établissements. Elle permet à la population pénale de se reconstruire une image valorisante, de rechercher un équilibre physique et psychique et de contribuer à la construction d'un projet de réinsertion sociale permettant de lutter contre la récidive. Le sport, sous réserve d'une pratique adéquate, est en effet facteur d'apprentissage des règles collectives, de socialisation et de responsabilisation.

L'administration pénitentiaire a mis en place un partenariat avec le milieu sportif afin de contribuer au développement de la pratique sportive. Un protocole d'accord entre le ministère chargé des sports et celui de la Justice ainsi que des conventions avec plusieurs fédérations sportives ont été signés afin de favoriser, développer et accompagner la mise en place de séances d'activités sportives dans le cadre du respect des dispositions de l'article 27 de la loi pénitentiaire⁵.

Le médecin de l'unité sanitaire réalise l'examen médical des personnes détenues sollicitant une attestation relative à la pratique d'une activité sportive (R. 57-8-1 du CPP). Il peut délivrer une attestation de non-contre-indication à la pratique d'un sport en particulier ou demander des examens complémentaires et avis en médecine du sport (selon le type de sport ou selon les antécédents sportifs et médicaux de la personne quels que soient le type et le niveau de sport pratiqué).

Enseignement

Conformément au CPP et aux règles pénitentiaires européennes, l'enseignement est assuré dans tous les établissements pénitentiaires et la priorité est donnée aux actions destinées aux mineurs et aux adultes sans qualification, notamment les personnes illettrées et/ou non francophones.

Le dispositif de formation comprend des formations de base (lutte contre l'illettrisme, Français langue étrangère et remise à niveau) et des formations

5. Les documents sont consultables sur <http://www.justice.gouv.fr/prison-et-reinsertion-10036/la-vie-en-detention-10039/le-sport-en-detention-11998.html>

diplômantes (du brevet, CAP, BEP aux diplômes universitaires). Par ailleurs, ce dispositif permet aussi de proposer des validations de compétences comme le Brevet informatique et internet (B2i), les différentes attestations de maîtrise de la langue française (DILF et DELF) et les attestations de sécurité routière (ASR et ASSR).

Le partenariat Éducation nationale/ministère de la Justice est bien structuré depuis 1995, date à laquelle une première convention a été signée entre les deux ministères créant les unités pédagogiques régionales en milieu pénitentiaire (UPR), qui ont pour vocation de dispenser l'ensemble des formations initiales et de préparer aux diplômes de l'Éducation nationale. Cette convention entre les deux ministères a été actualisée le 29 mars 2002 et le 8 décembre 2011.

Au cours de l'année scolaire 2011-2012, l'encadrement était assuré par 466,5 postes d'enseignants à temps plein, auxquels s'ajoutaient des vacances représentant 233,5 équivalents temps plein, soit un total de 700 équivalents temps plein d'encadrement.

Formation professionnelle

Les articles D.435 et suivants du CPP prévoient que « les détenus doivent acquérir ou développer les connaissances qui leur seront nécessaires après leur libération en vue d'une meilleure adaptation sociale. Toutes facilités compatibles avec les exigences de la discipline et de la sécurité doivent être données à cet effet aux détenus aptes à profiter d'un enseignement scolaire et professionnel... ». Ainsi, la formation professionnelle contribue, d'une part, à maintenir un lien entre la société civile et les personnes détenues et, d'autre part, à préparer la réinsertion professionnelle des personnes incarcérées.

Le temps de détention doit donc permettre le maintien des acquis sociaux et professionnels et constituer un temps permettant l'accès à de nouveaux savoirs et savoir-faire adaptés au monde professionnel. Ainsi, les dispositifs de formation professionnelle mis en œuvre dans les établissements pénitentiaires visent au développement ou à l'acquisition d'un premier niveau de qualification ou d'une qualification professionnelle reconnue permettant aux personnes détenues d'accéder ou de retourner à l'emploi.

Afin d'adapter au mieux son offre de formation à la nature des besoins et au niveau de qualification des personnes détenues, l'administration s'attache à développer des dispositifs multiples et variés : des actions de bilan/orientation, de mobilisation sur un projet, de préparation à la sortie, de préqualification, de qualification, de validation des acquis de l'expérience, ainsi que l'alternance emploi/formation.

Activités culturelles

L'accès à la culture est l'un des éléments du parcours d'insertion ou de réinsertion d'une personne placée sous main de justice. En lien avec les structures culturelles des villes et des départements, et avec le soutien des services décon-

centrés du ministère de la Culture et de la Communication, les SPIP pilotent une programmation d'activités adaptées à un public pris en charge : arts plastiques, musique, atelier d'écriture, théâtre, etc.

Maintien des liens familiaux

Des dispositifs sont développés afin de privilégier le maintien des liens familiaux des personnes détenues, l'un des meilleurs garants de leur réinsertion : accueil et hébergement des enfants de moins de 18 mois auprès de leur mère incarcérée, amélioration des parloirs et aménagement d'espaces de jeux pour les enfants, prises de rendez-vous facilitées grâce à des bornes informatiques, abris et salles d'attente pour l'accueil des familles. Parallèlement, l'administration pénitentiaire favorise les actions des associations et collectivités publiques qui interviennent sur cet aspect relationnel.

Parmi les dispositifs développés, les unités de vie familiale ont été expérimentées à partir de septembre 2003 et rendues pérennes en 2006. Au 1^{er} septembre 2013, 74 unités de vie familiale équipaient 22 établissements pénitentiaires. Elles permettent à toute personne détenue de rencontrer ses proches et de partager des moments d'intimité sans surveillance continue et directe.

L'unité de vie familiale est un appartement meublé, de type F2 ou F3, situé dans l'enceinte pénitentiaire, à l'extérieur de l'espace de détention et conçu pour y mener une vie autonome. La durée de la visite en unité de vie familiale est progressive et varie de 6 à 72 heures.

Dans le même esprit que celui des unités de vie familiale, il est apparu utile de créer des dispositifs de parloirs sans surveillance continue et directe, appelés parloirs familiaux. Au 1^{er} septembre 2013, il existait 33 parloirs familiaux répartis sur 9 établissements. Toutes les personnes détenues peuvent en bénéficier.

Les parloirs familiaux sont des salons fermés à clé par l'administration, d'une superficie variant de 12 à 15 m², pourvus de sanitaires, d'un mobilier modulable et de la possibilité de prendre une boisson chaude. La durée maximale d'un parloir familial est de 6 heures, en journée.

Dans le cadre du nouveau programme immobilier, tous les établissements en cours de conception seront dotés d'unité de vie familiale et de parloirs familiaux. Les établissements existants font également l'objet d'un plan d'actions visant à les en doter.

Éléments de vie quotidienne

À l'arrivée dans l'établissement, le greffe procède à l'écrou : enregistrement du titre de détention, établissement de la fiche pénale.

L'arrivant passe au vestiaire et est soumis à la fouille. C'est l'entrée dans l'établissement pénitentiaire. Une trousse d'hygiène corporelle est remise à chaque personne détenue et les personnes reconnues comme étant sans ressources suffisantes reçoivent du linge de corps et une tenue de sport sur demande. La

fréquence des douches varie en fonction de la structure de l'établissement : les douches peuvent être communes pour les établissements anciens et donc en accès limité (plusieurs fois par jour à plusieurs fois par semaine) ou individuelles dans les cellules pour les établissements récents. Un kit d'entretien de la cellule est également distribué chaque mois aux personnes détenues ainsi que, tous les quinze jours, un flacon de 200 ml d'eau de Javel. Ce produit a également vocation à être utilisé pour désinfecter tout matériel d'usage courant en contact avec le sang ⁶. Un examen médical est systématique pour les personnes venant de l'état de liberté. Dès les premiers jours, le SPIP et la direction de l'établissement rencontrent la personne détenue arrivante.

Les régimes de détention sont différents selon la catégorie de l'établissement. L'encellulement individuel est la règle. Il peut toutefois y être dérogé pour des raisons de surencombrement. C'est principalement le cas dans les maisons d'arrêt qui regroupent à la fois les prévenus (en attente du jugement) et les condamnés à des peines inférieures à un an.

Une journée de détention s'organise autour d'un emploi du temps précis. Si les horaires sont fixes, le contenu de la journée peut être très différent d'une personne détenue à une autre : aux mêmes heures, certains restent en cellule, d'autres participent aux activités de l'établissement, d'autres encore sont en promenade dans les cours de la détention.

Dans les établissements pour peine (maison centrale ou centre de détention), dans lesquels la durée de détention est plus longue, l'administration donne plus de place à la vie de groupe. Les personnes condamnées organisent leur quotidien dans une perspective de sortie plus lointaine, tout en se donnant des buts et des étapes par rapport à leur date de sortie.

Les journées sont rythmées par des activités telles que le travail, l'enseignement, la formation professionnelle ou le sport. Les personnes peuvent louer un téléviseur ou s'équiper en matériel informatique *via* les cantines exceptionnelles. Celui-ci doit être agréé par l'administration pénitentiaire. Les connexions internet et les périphériques de stockage ne sont pas autorisés.

Par ailleurs, les personnes détenues peuvent acheter par le dispositif de la cantine des fournitures courantes (savon, dentifrice, boissons non alcoolisées, friandises, conserves, papier à lettres, journaux, stylos, etc.). La personne détenue possède également le droit de cantiner des objets particuliers, non présents sur les bons habituels, *via* des catalogues de vente par correspondance. Néanmoins, cette cantine exceptionnelle nécessite l'autorisation du directeur de l'établissement et doit présenter un caractère d'utilité.

Aucun argent ne circule en détention : toutes les dépenses sont réglées par débit de la part disponible du compte de la personne détenue, ouvert par le service comptable de l'établissement. Les personnes reconnues comme étant sans ressources suffisantes peuvent se voir attribuer une aide financière

6. Ministère de la Santé. *Circulaire interministérielle N° 27 du 30 octobre 2012 relative à la publication du guide méthodologique sur la prise en charge sanitaire des personnes sous main de justice.*

par le chef d'établissement en se fondant sur l'avis de la commission pluridisciplinaire unique.

Les repas sont distribués dans les cellules. Les visites des proches et personnes autorisées se font *via* le système des parloirs dont la fréquence varie en fonction du statut pénal.

LES ASSOCIATIONS

Les ministères chargés de la santé et de la justice soutiennent diverses associations œuvrant dans des domaines variés, concourant de près ou de loin à la promotion de la santé et à l'éducation pour la santé.

Le ministère chargé de la santé

Le ministère chargé de la santé finance un nombre important d'associations d'envergure nationale intervenant dans des domaines variés : accès à la prévention et à l'éducation pour la santé, approches thématiques (addictions, éducation à la sexualité, prévention des infections transmissibles, nutrition, santé-environnement...), soutien et accompagnement dans le domaine des maladies chroniques (diabète, cancer, maladies cardiovasculaires...) ou approches par type de populations (jeunes, personnes en situation de précarité, personnes migrantes...).

Ce sont des associations « tête de réseau » qui peuvent également intervenir localement. Quelques-unes sont soutenues spécifiquement pour des actions en milieu carcéral (Sidaction, Observatoire international des prisons, Act Up). Les interventions de l'association Aides s'inscrivent dans une convention tripartite avec la DAP et la DGS. D'autres associations développent des formations ou des méthodes d'intervention qui peuvent concerner le public incarcéré ou les professionnels intervenant (ANPAA, MFPP...).

Au niveau régional, pour mettre en œuvre le schéma régional de prévention (SRP), les ARS s'appuient tout particulièrement sur le tissu associatif. Celui-ci est constitué d'associations nationales qui ont développé un réseau d'intervenants de proximité (Aides, ANPAA...) et d'associations locales.

La majorité de ces associations ont une porte d'entrée thématique : addictologie, habitudes de vie (actions buccodentaire, nutrition), santé mentale (sophrologie, relaxation...), activité physique et sportive, éducation affective et sexuelle/prévention des infections sexuellement transmissibles (IST), éducation thérapeutique du patient, etc.

Les associations peuvent bénéficier d'un soutien financier, soit dans le cadre de conventions, soit en réponse à des appels à projet.

Certaines d'entre elles ont développé des méthodes d'intervention participative qui permettent aux personnes de s'exprimer sur la santé : théâtre, forum ou ateliers d'écriture.

Certains dispositifs médicosociaux spécialisés ont également des missions de prévention auprès des publics : intervention des centres spécialisés en addictologie (CSAPA, CAARUD). D'autres dispositifs intervenant dans le dépistage peuvent également être mobilisés (CDAG, CIDDIST).

Les comités de pilotage animés par les unités sanitaires [FT 1, p. 53] ont la possibilité de recourir à ces associations pour mettre en œuvre leur programme de prévention. Il est important qu'ils s'assurent que l'association ait des connaissances sur le milieu carcéral [Modalités d'accès dans les établissements pénitentiaires, p. 200] :

- connaissance des personnes détenues ;
- appréhension des spécificités d'intervention en milieu pénitentiaire (accès au centre de détention, disponibilité des personnes détenues, consignes de sécurité...);
- connaissance des différents services intervenant à l'intérieur de l'établissement pénitentiaire afin de mieux articuler leurs interventions.

Les pôles régionaux de compétences et les instances régionales d'éducation et de promotion de la santé (Ireps) ont pour mission de fédérer les acteurs autour de méthodologies spécifiques d'intervention [Organisation de la prévention et de la promotion de la santé en France, p. 29]. Ils peuvent donc être sollicités pour accompagner ces associations et pour orienter les comités de pilotage vers les associations qui ont développé ces compétences d'intervention.

Le ministère de la Justice

Dans le cadre de conventions avec l'administration pénitentiaire, de nombreuses associations interviennent auprès des personnes détenues et plus largement auprès de l'ensemble des personnes placées sous main de justice. Les conventions sont signées dans un cadre national ou local en fonction du périmètre de l'association.

L'administration pénitentiaire favorise le développement de l'action du secteur associatif dans un souci de complémentarité et d'ouverture de la prison vers l'extérieur.

Elle accomplit ainsi ses missions en partenariat avec de nombreuses associations, tant au niveau local qu'au niveau national. Ce partenariat s'établit dans le cadre d'une politique d'objectifs communs.

Les associations conduisent des réflexions relatives à l'évolution des établissements pénitentiaires et plus largement à la prise en charge des personnes placées sous main de justice.

L'action associative, qui traduit un fort niveau d'engagement de la société civile, contribue à inscrire les personnes détenues dans le droit commun. Plusieurs dispositifs législatifs encadrent ce partenariat dont la loi pénitentiaire du 24 novembre 2009, qui, dans son article 3 dispose que : « *le service public pénitentiaire est assuré par l'administration pénitentiaire sous l'autorité du garde des Sceaux, ministre de la Justice, avec le concours des autres services de l'État, des collectivités territoriales, des associations et d'autres personnes publiques et privées* ».

L'administration pénitentiaire a signé des conventions nationales avec des associations partenaires, ces dernières contribuant à :

- permettre le maintien des liens familiaux, avec des associations d'accompagnement des familles : UFRAMA (Union nationale des fédérations régionales des associations de maison d'accueil des familles et des proches de personnes incarcérées), FREP (Fédération des relais enfants-parents) mais aussi la FARAPEJ (Fédération des Associations Réflexion Action Prison et Justice) ;
- implanter une offre diversifiée d'activités à destination des personnes détenues telles que l'enseignement, l'accompagnement scolaire, la formation professionnelle, la culture et les activités physiques et sportives : Groupement étudiant national d'enseignement aux personnes incarcérées (Genepi), Club informatique pénitentiaire (Clip), Auxilia (cours par correspondance) ;
- accompagner les personnes placées sous main de justice dans le cadre de la préparation à la sortie et des aménagements de peine : Secours Catholique, Croix Rouge française, FNARS (Fédération nationale des associations d'accueil et de réinsertion sociale), Citoyens et Justice et FARAPEJ ;
- offrir une écoute et un soutien aux personnes incarcérées : Courrier de Bovet, Association nationale des visiteurs de prison (ANVP), Croix Rouge Française (dispositif téléphonique Croix Rouge Écoute les Détenus) ; David et Jonathan (accompagnement des personnes homosexuelles, lutte contre l'homophobie) mais également une aide juridique et un accompagnement pour les personnes étrangères (La Cimade) ;
- contribuer à la prévention et à la santé : Sidaction, Aides, Sida info services, Hépatites info services ;
- visiter et accompagner les personnes détenues âgées, isolées, vieillissantes ou handicapées, ainsi que les personnes en fin de vie (petits frères des Pauvres).

Pour comprendre le rôle des associations et leur place en milieu carcéral quelques éléments fondamentaux doivent être rappelés :

- les associations, en privilégiant une logique basée sur la personne, permettent une prise en charge globale prenant en compte les dimensions physique, mentale et sociale des publics, qui s'intègre dans une trajectoire de la personne et s'appuie sur son vécu avant, durant et après l'incarcération. Cette dimension de prise en charge globale est l'un des atouts majeurs de l'action des associations en prison ;

- aujourd'hui, y compris en matière d'avancées scientifiques et notamment dans les domaines des sciences sociales, les associations peuvent constituer un véritable révélateur des questions sociales et être vecteur de changement.

S'agissant de la promotion de la santé, les associations sont susceptibles de constituer un apport solide notamment parce que :

- la parole des usagers dans les établissements pénitentiaires peut être difficilement perceptible. Les associations peuvent être un relais pour faire émerger leur discours ;

- le plaidoyer autour de certaines problématiques existantes au sein des établissements pénitentiaires (réduction des risques infectieux par exemple) peut engendrer des changements structurels importants (y compris en faisant évoluer le contexte législatif).

La prise en charge globale des personnes détenues en lien avec les dispositifs à l'extérieur permet de renforcer le lien dedans-dehors et de conforter le droit commun en prison. Ce partenariat se trouve renforcé du fait des conventions d'objectifs signées entre la DAP et ses associations⁷.

L'accès aux établissements pénitentiaires est réglementé et les procédures doivent être connues des intervenants. Quelques règles sont rappelées **page 200, Modalités d'accès dans les établissements pénitentiaires.**

LES MINEURS INCARCÉRÉS

Organisation générale

Les mineurs peuvent être incarcérés soit dans un quartier « mineurs », au sein d'un établissement pénitentiaire, soit dans un établissement pénitentiaire spécialisé pour mineurs. La liste des établissements pour mineurs (EPM) et des QM des établissements pénitentiaires est fixée par arrêté du ministre de la Justice (art. A. 43-2 et A. 43-3 du CPP). L'orientation du mineur doit être liée à son intérêt personnel, en tenant compte, dans la mesure du possible, des besoins en matière de prise en charge éducative et de formation, de son lieu de vie habituel, de la proximité de la juridiction en charge du dossier pour les mineurs prévenus.

La direction de la protection judiciaire de la jeunesse (DPJJ) est chargée de l'ensemble des questions intéressant la justice des mineurs et de la concertation entre les institutions intervenant à ce titre. Elle assure également, par les services du secteur public et par les services habilités du secteur associatif, la mise en œuvre des décisions judiciaires concernant les mineurs sous protection judiciaire.

La protection judiciaire de la jeunesse (PJJ) compte des services déconcentrés qui relèvent directement de l'administration centrale de la DPJJ. Le décret n° 2010-214 du 2 mars 2010 les organise en deux niveaux hiérarchisés : 9 directions interrégionales (DIRPJJ) et 54 directions territoriales (DTPJJ).

Au sein des directions territoriales de la PJJ, les unités éducatives de milieu ouvert, les services éducatifs en établissements pénitentiaires spécialisés pour mineurs ou le service éducatif du centre de jeunes détenus de Fleury-Mérogis ont compétence pour intervenir auprès des mineurs détenus.

Les lieux de détention pour mineurs sont expressément visés à l'article 11 de l'ordonnance du 2 février 1945 relative à l'enfance délinquante lorsque l'incarcération résulte d'un placement en détention provisoire et désignés par l'article 20-2 de l'ordonnance précitée lorsque la privation de liberté est la conséquence d'une condamnation pénale.

La détention des mineurs répond à une double spécificité par dérogation aux règles de détention des majeurs.

7. Les conventions nationales sont disponibles sur le site du ministère de la Justice.

Un mineur, qu'il soit prévenu ou condamné, ne peut être incarcéré qu'au sein d'un quartier des mineurs d'un établissement pénitentiaire, ou, depuis 2007, au sein d'un EPM.

La prise en charge des personnes détenues mineures est pluridisciplinaire : professionnels de l'administration pénitentiaire, de la PJJ, de l'Éducation nationale et de la santé.

Quelques chiffres

En 2011, 3 003 mineurs ont été écroués dont 138 jeunes filles. En 2012, 735 mineurs étaient détenus en moyenne au 1^{er} de chaque mois. Au 1^{er} janvier 2013, les mineurs détenus représentaient 1,1 % des personnes détenues incarcérées en France. Ils représentaient également moins de 5 % de l'activité de la PJJ.

Au cours de ces dix dernières années, le nombre de mineurs incarcérés a diminué, et cela en raison notamment de la diminution des incarcérations au titre de la détention provisoire.

Missions des professionnels

L'administration pénitentiaire garantit l'organisation globale de la détention en favorisant la mise en œuvre des missions de la PJJ. Le service éducatif de la PJJ intègre dans ses pratiques les contraintes inhérentes à l'organisation et au fonctionnement des lieux de détention pour assurer au quotidien son action d'éducation dans le cadre pénal⁸.

La circulaire DPJJ d'orientation sur l'action d'éducation dans le cadre pénal du 02/02/2010 réaffirme le rôle de la PJJ dans la conduite d'une action d'éducation auprès des mineurs pour lesquels les magistrats leur confient une mesure. Elle insiste notamment sur la nécessité d'évaluer de manière approfondie la situation du mineur sur le plan personnel et de son environnement familial, social, sanitaire et scolaire afin de contribuer à la décision du magistrat et de favoriser ainsi l'action d'éducation envers celui-ci.

Les antécédents judiciaires et institutionnels sont pris en compte dans l'élaboration des hypothèses de travail et pour déterminer des modalités d'interventions auprès du mineur détenu. Cela permet de ne pas réduire le mineur à ses actes et de prendre en compte les risques éducatifs, sociaux et sanitaires accrus (rupture des liens familiaux, du parcours scolaire, passage à l'acte auto ou hétéro-agressif, troubles psychiques, etc.) engendrés par l'incarcération.

L'administration pénitentiaire et les services éducatifs de la PJJ ont la mission conjointe d'accompagner les mineurs détenus en organisant l'individualisation de leur parcours en détention (art. R 57-9-13 du CPP).

8. Ministère de la Justice. *Circulaire du 24 mai 2013 relative au régime de détention des mineurs*. Bulletin officiel du ministère de la Justice 2013-06 du 28 juin 2013. 75 p. En ligne : http://www.textes.justice.gouv.fr/art_pix/JUSK1340024C.pdf

Dans un temps de détention généralement inférieur à trois mois, il s'agit d'assurer une intervention pluridisciplinaire en prenant en compte la complexité des situations individuelles. En effet, la plupart des mineurs détenus souffrent de troubles du comportement, voire de la personnalité, qui les mettent en rupture avec les normes sociales. Ce passage en détention est mis à profit pour conduire un travail de protection et de prévention auprès de l'adolescent. Les titulaires de l'autorité parentale sont associés à ce travail dans le but d'inscrire le mineur dans une dynamique de sortie de la délinquance, d'insertion, de socialisation et également de responsabilisation.

Sport

L'article R. 57-9-16 du CPP prévoit que les activités sportives sont organisées par les services de l'administration pénitentiaire.

Le sport constitue une des activités incontournables de l'emploi du temps des mineurs. Ces activités sont assurées par des surveillants moniteurs de sport. Le ratio « moniteur/mineur détenu » est supérieur dans les EPM à celui des autres types d'établissement pénitentiaire.

Des intervenants extérieurs des fédérations sportives partenaires peuvent contribuer à l'animation et à l'encadrement des séances sportives.

Les personnels pénitentiaires adaptent l'organisation de ces activités aux infrastructures sportives des établissements, notamment dans les EPM où celles-ci sont de qualité et permettent une diversité des pratiques.

Éducation nationale

L'enseignement est l'axe structurant de la prise en charge du mineur et la participation à celui-ci est par principe obligatoire pour les mineurs. L'évaluation de chaque mineur doit permettre de repérer au mieux ses besoins dans ce domaine et d'élaborer des propositions adaptées pour y répondre. Les plages horaires des cours doivent être suffisamment importantes dans le respect de l'article D. 517 du CPP qui stipule que « l'enseignement ou la formation constituent la part la plus importante de l'emploi du temps du mineur incarcéré ».

L'équipe pluridisciplinaire a pour mission l'obligation scolaire auprès des mineurs qui sont, pour une part importante, déscolarisés à l'entrée en détention (parfois depuis plusieurs années). L'Éducation nationale organise des groupes de besoins et programme les emplois du temps.

Les activités d'enseignement et de formation sont mises en œuvre par les services de l'Éducation nationale.

En termes de programme : les activités scolaires font référence au socle commun de connaissances et de compétences et visent la validation des paliers du socle et/ou la préparation aux diplômes et certifications de l'Éducation nationale. Les enseignants ont à mettre en place les adaptations pédagogiques nécessaires (rythme, groupes de besoin, niveau de difficulté, étayage, etc.). Le volume horaire hebdomadaire est en moyenne de 17 heures en EPM et de 12,5 heures en quartier mineur.

Protection judiciaire de la jeunesse (PJJ)

En plus de la préparation du projet de sortie, les services du secteur public de la PJJ qui interviennent en détention assurent la mise en œuvre des activités socioéducatives.

Les activités socioéducatives se déclinent dans les champs de :

- l'éducation à la citoyenneté et à l'environnement ;
- l'éducation à la santé ;
- la culture et l'expression ;
- l'insertion par les connaissances techniques et scientifiques.

Pour les activités d'éducation à la santé, l'unité sanitaire est porteuse des projets, mais la PJJ peut être compétente pour l'animation.

Autres : associations, dispositifs spécifiques éducatifs (fédérations sportives, missions locales...)

Le service éducatif de la PJJ peut avoir recours à des intervenants extérieurs dans le montage et l'animation des activités. À cet effet, des partenariats peuvent être conclus avec des associations, notamment de bénévoles (Genepi, Ligue de l'enseignement...) et des structures culturelles (bibliothèques publiques territoriales...) ou sportives, situées dans le département d'implantation de l'établissement afin de favoriser le maillage territorial. Enfin, des opérations nationales de la PJJ (Des cinés la vie, Bulles en fureurs...), déployées dans les établissements pénitentiaires, peuvent répondre aux ambitions pédagogiques et favoriser le lien éducatif avec, notamment, les services de l'enseignement de l'Éducation nationale.

Dans la poursuite des orientations nationales définies par le contrat-cadre DGS/DPJJ signé en décembre 2007, la PJJ développe un projet « PJJ promotrice de santé » qui entre en résonance avec la démarche proposée dans ce guide. À ce titre, la PJJ veille à :

- renforcer l'intégration de l'approche santé dans l'action d'éducation ;
- prendre en compte les différentes dimensions de la vie affective et sexuelle des jeunes et prévenir les situations à risques ;
- améliorer la prise en charge concertée des troubles psychiques des adolescents et jeunes adultes en grande difficulté ;
- prévenir les entrées en consommation, la récurrence de l'usage de produits psychotropes chez les publics sous mandat judiciaire⁹ ;
- développer l'éducation nutritionnelle en lien avec les activités sportives ;
- réduire les inégalités dans l'accès à des soins de qualité pour les mineurs sous mandat judiciaire ;
- améliorer les connaissances sur la santé de ces jeunes.

9. « L'interdiction de fumer dans les EPM détenus ainsi que dans les quartiers mineurs des établissements pénitentiaires est totale, quel que soit le lieu, fermé ou non et couvert ou non. » Circulaire DAP du 25 janvier 2007 relative aux conditions d'application de l'interdiction de fumer dans les lieux relevant de l'administration pénitentiaire.

Par ailleurs, la PJJ invite ses services déconcentrés à s'inscrire dans les politiques publiques de santé à la faveur des nouveaux schémas et instances mis en œuvre par la loi HPST et des orientations des plans et programmes nationaux publiés (PNNS/PO, VIH/IST, MILDT, plan santé placée sous main de justice) qui ont inscrit le public des mineurs sous protection judiciaire parmi leurs publics cibles.

Le renouvellement de ce contrat-cadre pourra constituer un point d'appui officiel et partagé pour les DIR PJJ et les ARS, pour la déclinaison et la prise en compte des problématiques des mineurs sous protection judiciaire dans les schémas et financement d'actions à venir. Il permettra ainsi le développement opérationnel des nouvelles orientations 2013-2016 du projet « PJJ promotrice de santé ».

Ressources pour la mise à jour des données (mineurs)

En ligne sur le site du ministère de la Justice

La justice des mineurs : <http://www.justice.gouv.fr/justice-des-mineurs-10042/>

Ministère de la Santé. Circulaire interministérielle DGS/DHOS/DAP/DPJJ/MCI/2008/158 du 13 mai 2008 relative à la prise en charge sanitaire des mineurs incarcérés. Bulletin officiel Santé-protection sociale-solidarité. N° 2008/8 du 15 juillet 2008 : p. 160.

En ligne : http://www.sante.gouv.fr/fichiers/bo/2008/08-06/ste_20080006_0100_0081.pdf

Organisation administrative sanitaire et sociale en France

Le ministère chargé de la santé comprend plusieurs directions dont la Direction générale de l'offre de soins (DGOS), la Direction générale de la santé (DGS), la direction de la sécurité sociale (DSS), la direction générale de la cohésion sociale (DGCS). Les ARS ont pour mission d'assurer, sur le plan régional, le pilotage d'ensemble du système de santé.

LA DIRECTION GÉNÉRALE DE L'OFFRE DE SOINS (DGOS)

Elle a été créée par décret du 15 mars 2010 se substituant à la Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins (DHOS). La création de cette direction générale d'administration centrale s'inscrit pleinement dans la nouvelle gouvernance du système de santé, qu'illustre également la création des ARS.

Elle traduit la volonté affirmée d'avoir une approche globale de l'offre de soins, intégrant aussi bien la ville que l'hôpital, en complémentarité avec les autres directions d'administration centrale compétentes en matière de politique de santé. Elle répond à trois objectifs forts : promouvoir une approche globale de l'offre de soins ; assurer une réponse adaptée aux besoins de prise en charge des patients et des usagers ; garantir l'efficacité et la qualité des structures de soins.

LA DIRECTION GÉNÉRALE DE LA SANTÉ (DGS)

La DGS prépare la politique de santé publique définie à l'article L. 1411-1 du Code de la santé publique et contribue à sa mise en œuvre, en liaison avec les autres directions et services du ministère chargé de la santé et des autres départements ministériels compétents, ainsi qu'avec l'appui des établissements ou organismes qui en dépendent **[Organisation de la prévention et de la promotion de la santé en France, p. 29]**.

Les grandes missions confiées à la DGS sont : l'observation de l'état de santé des populations, la fréquence des maladies et des accidents, l'analyse de leurs causes, l'étude des facteurs favorables ou défavorables à la santé ; la surveillance de l'apparition et l'évolution des maladies liées aux milieux, à l'alimentation ou aux techniques de soins ; l'anticipation des actions nécessaires à moyen terme pour améliorer la santé des populations et des personnes ; l'information du public et des professionnels de la santé sur les risques pour la santé de certains comportements et sur les conduites à privilégier ; l'évaluation des actions de santé publique.

LA DIRECTION DE LA SÉCURITÉ SOCIALE

Elle assure la tutelle des organismes de sécurité sociale, tant les caisses du régime général, que celles du régime de base des professions indépendantes autres qu'agricoles, ou celles des régimes spéciaux. Elle participe également à la surveillance des organismes de protection complémentaire et de la mutualité.

Elle conçoit les politiques relatives à la sécurité sociale, et assure leur mise en œuvre. Sa mission générale est d'assurer l'adéquation des prestations de sécurité sociale avec les besoins de la population, tout en veillant à l'équilibre financier des ressources.

À ce titre, elle élabore et met en œuvre les politiques relatives à la couverture des risques vieillesse, maladie, famille et accident du travail.

LA DIRECTION GÉNÉRALE DE LA COHÉSION SOCIALE

Elle a été créée par décret en date du 25 janvier 2010. Elle résulte de la fusion entre la Direction générale de l'action sociale (DGAS) et le Service des droits des femmes et de l'égalité (SDFE), la Délégation interministérielle à la famille (DIF), la Délégation interministérielle à l'innovation, à l'expérimentation sociale et à l'économie sociale (DIIESES). Les personnels mis à disposition de l'ancien délégué interministériel aux personnes handicapées (DIPH) rejoignent également la DGCS.

Elle est chargée de la conception, du pilotage et de l'évaluation des politiques publiques de solidarité, de développement social et de promotion de l'égalité favorisant la cohésion sociale.

Elle conçoit, anime et coordonne la mise en œuvre des politiques de prévention, de lutte contre les exclusions, d'inclusion sociale et d'insertion des personnes en situation de précarité. À ce titre, elle est chargée de l'élaboration du plan national d'action pour l'inclusion et du document de politique transversale « Inclusion sociale ».

La DGCS anime l'action des pouvoirs publics en matière de politiques de solidarité, de développement social et de formation de l'égalité, en particulier sur : la politique familiale ; l'autonomie des personnes handicapées et des personnes âgées ; l'égalité entre les femmes et les hommes et la promotion des droits des femmes ; la prévention et la lutte contre les exclusions sociales et l'insertion des personnes en situation de précarité.

Dans le cadre de la santé des personnes détenues, un partenariat entre l'ARS et la DGCS vise à améliorer la continuité de la prise en charge sanitaire et sociale des personnes en situation de grande précarité.

Les agences régionales de santé

La création des ARS résulte de la loi du 21 juillet 2009. Elles ont été mises en place le 1^{er} avril 2010 par décret n° 2010-336 du 31 mars 2010.

Elles découlent de la fusion des agences régionales d'hospitalisation (ARH), des pôles santé des directions régionales des affaires sanitaires et sociales (Drass) et des directions départementales des affaires sanitaires et sociales (Ddass) mais également de certains organismes de sécurité sociale et notamment les unions régionales des caisses d'assurance maladie (Urcam) et les caisses régionales d'assurance maladie (CRAM), reprenant tout ou partie de leurs attributions [**Organisation de la prévention et de la promotion de la santé en France, p. 29**].

Les ARS sont chargées d'adapter la politique de santé publique aux problématiques spécifiques des régions dans les secteurs de la médecine de ville, de l'hôpital, du médicosocial et de la prévention. Elles doivent orchestrer l'offre de soins en régulant, en orientant et en organisant les services de santé afin de répondre aux besoins en soins et en services médicosociaux.

Elles doivent placer la prévention au cœur du système de santé. À ce titre, elles ont également en charge la promotion de la santé et l'éducation pour la santé dans son organisation et son financement, mais aussi la préparation et la gestion des crises sanitaires. En associant les représentants des usagers, les élus locaux et les professionnels de santé, elles ont un rôle d'ancrage territorial fort et contribuent à promouvoir la démocratie sanitaire. De plus, elles renforcent le droit à la santé pour tous en rapprochant les décisions des citoyens en région.

Projet régional de santé : schéma regional de prévention et PRAPS

LE SCHÉMA RÉGIONAL DE PRÉVENTION

L'action des ARS en matière de prévention s'inscrit en particulier dans le Schéma régional de prévention (SRP) [**Organisation de la prévention et de la promotion de la santé en France, p. 29**]. Confirmé par la loi portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (Loi HPST) du 21 juillet 2009, et conformément à l'article L. 1434-2 du Code de la santé publique, le Programme régional d'accès à la prévention et aux soins (PRAPS) des plus démunis est désormais une composante obligatoire du Projet régional de santé (PRS) qui constitue l'outil de planification unifié de la politique régionale de santé menée par l'ARS.

Le SRP constitue une vision géographique et prospective de l'organisation des services et actions, des coopérations et financements dans les champs de la prévention, de la promotion de la santé et de la veille, de l'alerte et de la gestion des urgences sanitaires.

Il vise à positionner les bons acteurs aux bons endroits, à identifier les leviers d'action ou de soutien aux actions dont ils disposent, ainsi que leurs domaines d'intervention, leurs forces et leurs faiblesses, leurs interdépendances, etc.

Il cherche également à améliorer la qualité et l'efficacité des actions par une professionnalisation des acteurs de la prévention et une meilleure articulation avec les autres schémas et politiques portés par l'État, l'assurance maladie ou les collectivités.

Les autres actions de prévention et de promotion de la santé menées par les collectivités, organismes et services ministériels, mises en œuvre dans

les domaines de la santé scolaire et universitaire, de la santé au travail et de la protection maternelle et infantile doivent être prises en compte par les SRP.

Le SRP comporte :

1. Des actions, médicales ou non, concourant à :
 - la promotion de la santé de l'ensemble de la population ;
 - la prévention sélective de certaines maladies ou de certains risques chez des personnes exposées, y compris les actions de vaccination et de dépistage ;
 - la prévention au bénéfice des patients et de leur entourage, notamment l'éducation thérapeutique.
2. Une organisation des activités de veille, d'alerte et de gestion des urgences sanitaires, en lien avec les autorités, les services ministériels et les agences nationales compétentes.
3. Des orientations permettant d'améliorer, dans chaque territoire de santé, l'offre de services dans le domaine de la prévention individuelle et collective.
4. Des modalités du développement des métiers et des formations nécessaires à l'amélioration de la qualité des actions de prévention.
5. Des modalités de coopération des acteurs de l'offre sanitaire, sociale et médicosociale dans le domaine de la prévention.

LE PROGRAMME RÉGIONAL D'ACCÈS À LA PRÉVENTION ET AUX SOINS

Il vise à améliorer l'accès à la prévention et aux soins des populations les plus démunies identifiées dans le territoire régional. Il s'attache à définir des actions pour prévenir et améliorer leur prise en charge, notamment en favorisant l'accès à l'effectivité de leurs droits. Il est une interface entre les champs du sanitaire et du social¹.

1. Guide méthodologique Mars 2011 CNP du 21 mars 2011 (http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/guide_methodo_praps_mars_2011.pdf).

Modalités d'accès dans les établissements pénitentiaires

L'entrée dans un établissement pénitentiaire est conditionnée par l'obtention d'une autorisation d'accès qui est octroyée par le chef d'établissement. Cette autorisation d'accès n'est pas délivrée sur place et il est essentiel de bien anticiper l'intervention prévue.

PRÉPARER L'INTERVENTION

Il convient en premier lieu de s'adresser à votre correspondant sur place (le personnel de santé en général) par téléphone, mail ou fax afin de prendre un premier contact et de se faire expliquer les modalités d'accès. Il est impératif de fournir, au moins quinze jours avant l'entrée dans l'établissement pénitentiaire, la photocopie d'une pièce d'identité avec photographie.

L'entrée d'objets en détention est strictement limitée et soumise à autorisation. Lorsque du matériel doit être introduit (notamment à visée pédagogique), il est indispensable d'en dresser la liste de manière à obtenir les autorisations nécessaires.

Seul le strict nécessaire à la réalisation de l'intervention est autorisé. Ainsi, l'introduction en détention de certains objets personnels est interdite : téléphones cellulaires, ordinateurs portables, appareils photos, clés USB, sacs à main, argent, etc. Vous ne serez donc pas joignable *via* votre téléphone mobile mais par le réseau téléphonique de l'établissement.

À L'ENTRÉE DANS L'ÉTABLISSEMENT

Si l'arrivée coïncide avec l'entrée des visiteurs pour les parloirs notamment, il vous sera demandé de patienter à l'extérieur (le délai d'attente peut dès lors être important). Il est donc recommandé d'anticiper ses horaires d'arrivée, dans la mesure du possible.

Divers contrôles sont obligatoires et sont mis en œuvre par le personnel pénitentiaire :

- vérification de l'identité et des autorisations d'accès ;
- passage sous un portique de détection métallique, cette règle ne souffrant aucune exception. Le déclenchement répété de l'alarme du portique de détection donne lieu à un contrôle par détecteur manuel. En dernier ressort, il est possible de procéder à une palpation de sécurité après consentement de l'intéressé, par un agent du même sexe ;
- les bagages, cartables, sacs et autres effets (manteau, ceinturon à boucle métallique, chaussures déclenchant le portique, etc.) doivent être déposés dans le tunnel de détection à rayon X.

Des casiers sont mis à disposition et situés dans le sas d'entrée de la porte d'entrée principale. Ces derniers permettent de déposer les objets non autorisés en détention.

Un refus de se soumettre à ces formalités entraîne l'impossibilité d'entrer sur le site.

DANS L'ENCEINTE DE L'ÉTABLISSEMENT

Il est très important de se conformer aux indications fournies par les personnels de surveillance et par vos correspondants sur place. Vous pouvez également être amenés à patienter dans différents lieux de passage ou locaux lors des différents déplacements des personnes détenues car ces dernières sont toujours prioritaires.

Se présenter aux différents interlocuteurs constitue également un bon moyen d'être identifié et toujours utile pour les interventions ultérieures.

La durée globale d'une intervention réalisée par un intervenant extérieur doit donc tenir compte des formalités d'entrée, du temps de déplacement dans les locaux et de l'accompagnement du public par les personnels de surveillance sur les lieux de l'action et de l'action elle-même. Elle ne doit pas être sous-estimée.

Il convient de se rapprocher des interlocuteurs et des personnels de surveillance pour toute difficulté, quelle qu'en soit la nature.

Liste et coordonnées des pôles régionaux de compétences

RÉGIONS	Adresse du site internet du pôle régional de compétences en éducation pour la santé/promotion de la santé
Alsace	www.pepsal.org
Aquitaine	www.peps-aquitaine.org
Auvergne	www.prcauvergne.fr
Basse-Normandie	Pas de site*
Bourgogne	www.episante-bourgogne.org www.ireps-bourgogne.org
Bretagne	www.eps-polebretagne.fr
Centre	www.frapscentre.org/
Champagne-Ardenne	Pas de site*
Corse	www.prcorse.fr
Franche-Comté	http://pole-de-competences.ireps-fc.fr/
Guadeloupe	www.peps-guadeloupe.fr
Guyane	www.gps.gf/
Haute-Normandie	www.prceps-hn.fr
Île-de-France	www.prc-idf.org
Languedoc-Roussillon	www.pole-education-sante-lr.fr
Limousin	www.pepslimousin.fr
Lorraine	www.eps-polelorraine.fr
Martinique	www.ireps-prc-martinique.com
Mayotte	www.poledecompetences976.fr

* Au 1^{er} septembre 2013.

RÉGIONS	Adresse du site internet du pôle régional de compétences en éducation pour la santé/promotion de la santé
Midi-Pyrénées	Pas de site*
Nord - Pas-de-Calais	Pas de site*
PACA	www.cres-paca.org
Pays de la Loire	www.prc-pdl.org
Picardie	www.educasantepicardie.org
Poitou-Charentes	www.prc-poitoucharentes.org
Réunion	www.polecompetencesante974.re
Rhône-Alpes	www.prc-ra.org

* Au 1^{er} septembre 2013.

Tableau synthétique du contenu des fiches et des ressources téléchargeables

Un document électronique disponible sur le site de l'Inpes dans l'espace thématique Santé en milieu pénitentiaire regroupe l'ensemble des figures et tableaux que le lecteur peut télécharger et utiliser à sa convenance : *Référentiel d'intervention en milieu pénitentiaire. Recueil des outils.*

Fiche technique	Titre	Objectifs pédagogiques	Ressources téléchargeables
1	Comité de pilotage	Comprendre les missions et le fonctionnement	
2	Équipe Projet	Constituer une équipe projet avec des partenaires opérationnels	
3	Analyse de la situation et caractérisation de la population concernée	Analyser l'état des lieux, les besoins, l'offre Susciter la parole du public	Pour en savoir plus, p. 62
4	Participation des personnes détenues	Impliquer les personnes détenues à toutes les étapes du projet	
5	Élaboration d'un programme annuel ou pluriannuel d'éducation pour la santé et de promotion de la santé	Comprendre l'élaboration d'un programme	Arbres à objectifs, p. 108 et 139
6	Identification des partenaires	Établir la liste des partenaires la plus pertinente pour le projet	Tableau d'attribution des rôles selon les partenaires, p. 69
7	Définition des objectifs	Définir les différentes catégories d'objectifs du projet	Encadré Un exemple de déclinaison des objectifs, p. 74 Figure « Cible des déterminants de santé » FT 7, p. 73

Fiche technique	Titre	Objectifs pédagogiques	Ressources téléchargeables
8	Élaboration des actions	Comprendre l'importance d'agir sur plusieurs déterminants de santé	
9	Estimation des besoins, humains, logistiques et financiers	Estimer au mieux les besoins et les ressources disponibles	Tableau d'estimation des besoins humains et logistiques, p. 79 Tableau d'estimation des ressources financières, p. 81
10	Planification du projet	Permettre d'établir un calendrier prévisionnel	Tableau de planification de projet, p. 83
11	Recherche des sources de financement	Recenser les sources de financements possibles	Dossier « Cerfa », p. 86
12	Suivi du projet	Suivre le projet en mettant en place des indicateurs, des collectes de données et des fiches de suivi à rapporter à la planification	Fiche de recueil de données, p. 89 Fiche de suivi des actions/activités, p. 90 Tableau de planification de projet
13	Évaluation	Pouvoir définir des indicateurs simples pour différentes étapes du projet	Tableau des questions évaluatives sur le projet, p. 94-95 • Enjeux • Structuration • Mise en œuvre • Impacts
14	Communication autour du projet	Améliorer la communication autour des programmes ou projets	
Section III Mise en œuvre pratique : deux programmes concrets			
Pas-de-Calais/Grenoble			Arbres à objectifs, p. 108 et 139 Tableaux « Résumé de l'action », p. 110 et 141

Glossaire des termes pénitentiaires

CATÉGORIES D'ÉTABLISSEMENTS PÉNITENTIAIRES

Maison d'arrêt

Établissement pénitentiaire pour les personnes prévenues, les personnes condamnées dont la durée de peine restant à purger est inférieure à un an, et les personnes condamnées en attente d'affectation dans un établissement pour peine (centre de détention ou maison centrale).

Centre pénitentiaire

Établissement pénitentiaire qui comprend au moins deux quartiers de régime de détention différents : maison d'arrêt, centre de détention et/ou maison centrale.

Centre de détention

Prison/établissement pénitentiaire accueillant les personnes majeures condamnées présentant les perspectives de réinsertion les meilleures. Leur régime de détention est orienté principalement vers la resocialisation des personnes détenues.

Établissements pour mineurs

Établissement dont la capacité d'accueil est limitée à 60 mineurs répartis en unités de 10 places. Il a pour objectif de concilier sanction et action éducative, c'est-à-dire de placer les activités scolaires, sportives et culturelles au cœur du dispositif de détention. Chaque mineur est encadré par un éducateur de la PJJ et un surveillant pénitentiaire.

Maison centrale

Établissement pénitentiaire pour les personnes condamnées les plus difficiles. Leur régime de détention est essentiellement axé sur la sécurité.

Centre de semi-liberté

Établissement pénitentiaire qui reçoit des personnes condamnées admises au régime de la semi-liberté.

Centre pour peine aménagée

Établissement pénitentiaire qui reçoit des personnes volontaires placées sous écrou et faisant l'objet d'une mesure de semi-liberté ou d'un placement à l'extérieur ainsi que des personnes détenues dont le reliquat de peine est inférieur à deux ans, afin de leur permettre de concrétiser un projet de réinsertion.

SITUATIONS JURIDIQUES

Personne placée sous main de justice

Personne confiée à l'administration pénitentiaire au titre d'une mesure judiciaire privative ou restrictive de liberté. Cela inclut les personnes prévenues (personne placée en détention provisoire ou sous contrôle judiciaire dans l'attente de son jugement et personne jugée mais qui n'a pas épuisé ses voies de recours) et les personnes condamnées (personne ayant fait l'objet d'une condamnation pénale devenue définitive, les voies de recours étant épuisées).

N.B. : une même personne peut être prévenue dans une affaire et condamnée dans une autre.

Personne écrouée

Personne placée sous écrou en raison d'une mesure judiciaire (titre de détention), hébergée ou non dans un établissement pénitentiaire. L'écrou est l'acte par lequel est établie la prise en charge par l'administration pénitentiaire des personnes placées en détention provisoire ou condamnées à une peine privative de liberté (art. 725 du CPP). Par cet acte, le chef d'établissement atteste de la remise de la personne. À l'inverse, la levée d'écrou constate la fin de cette prise en charge. L'écrou ne peut se faire qu'au vu d'un titre de détention, document autorisant légalement l'incarcération (art. D. 149 du CCP).

Personne détenue/incarcérée

Personne faisant l'objet d'une mesure privative de liberté à l'intérieur d'un établissement pénitentiaire » (art. D. 50 du CPP), la personne détenue ou incarcérée est hébergée de façon continue (à temps complet) ou discontinue (à temps incomplet) au sein d'un établissement pénitentiaire.

Personne libérée

Personne qui n'est plus incarcérée et dont l'écrou est levé car ayant fini d'exécuter sa peine. N.B. : ne pas confondre la mise en liberté (écrou levé) avec les sorties de détention sous aménagement de peine (où l'écrou subsiste). La personne libérée n'est en effet plus sous écrou, à la différence des personnes en aménagement de peine.

Personne en liberté conditionnelle

La personne est libre et n'est plus sous écrou mais est toujours soumise à des mesures de contrôle et n'a pas fini d'exécuter sa peine.

PERMISSIONS DE SORTIE ET AMÉNAGEMENTS DE PEINE

Permissions de sortie et autorisations de sortie sous escorte

Personne en permission de sortie

La permission de sortie est l'autorisation donnée à une personne condamnée incarcérée de s'absenter de l'établissement pénitentiaire pendant une période déterminée pour se rendre en un lieu situé sur le territoire national (art. 723-3 et D. 142 du CPP).

Autorisation de sortie sous escorte

L'autorisation de sortie sous escorte (de police, de gendarmerie ou pénitentiaire) est une mesure exceptionnelle accordée à la personne détenue qu'elle soit prévenue ou condamnée pour se rendre par exemple aux obsèques d'un proche (art. 148-5, 723-6 et D. 425 du CPP).

Aménagements de peine

Fractionnement ou suspension de la peine

L'exécution d'une peine peut être suspendue provisoirement ou fractionnée pour motif grave d'ordre médical, familial, professionnel ou social (art. 132-27 du CP et 720-1 du CPP). Le fractionnement d'une peine s'entend en une possibilité pour la personne condamnée d'exécuter sa peine sous forme de fractions, la suspension d'une peine comme une possibilité de différer dans le temps l'exécution de sa peine.

Placement à l'extérieur

Le placement à l'extérieur permet à une personne condamnée soit de travailler à l'extérieur, soit d'y suivre un enseignement, une formation professionnelle, de rechercher de manière assidue un emploi, de s'impliquer durablement dans tout projet caractérisé d'insertion ou de réinsertion ou de suivre un traitement médical, et ce sous ou sans surveillance continue du personnel pénitentiaire (articles 132-25 et 132-26 du CP ; articles 723, 723-1, 723-2, 723-4, D. 118 à D. 136 du CPP). L'activité terminée, la personne placée doit, selon la décision du juge, soit réintégrer l'établissement pénitentiaire, soit se rendre dans les locaux d'une association qui l'encadre et l'héberge, ou dans tout autre lieu fixé par le juge.

Semi-liberté

La semi-liberté permet à une personne condamnée, hors d'un établissement pénitentiaire et sans surveillance :

- d'exercer une activité professionnelle ou de rechercher un emploi ;
- de suivre un enseignement ou une formation professionnelle ;
- d'assurer une participation essentielle à la vie de sa famille ;

- de bénéficier d'un traitement médical ;
- de s'impliquer durablement dans tout autre projet caractérisé d'insertion ou de réinsertion de nature à prévenir les risques de récidive. La personne semi-libre est astreinte à rejoindre l'établissement pénitentiaire selon les modalités déterminées par le juge de l'application des peines en fonction du temps nécessaire à l'activité en vue de laquelle elle a été admise au régime de la semi-liberté (art. 132-25 et 132-26 du CP, art. 723 et suivants du CPP).

Placement sous surveillance électronique (PSE)

Le placement sous surveillance électronique fixe comporte pour la personne condamnée l'interdiction de s'absenter de son domicile ou de tout autre lieu désigné par le juge de l'application des peines en dehors des périodes fixées par celui-ci afin que la personne condamnée puisse suivre une activité professionnelle, un enseignement ou une formation, la vie de sa famille, ou un traitement médical (art. 132-26-2 et suivants du CP et art. 723-7 du CPP).

La personne condamnée porte à la cheville un bracelet qui, couplé à un récepteur placé au lieu d'assignation, permet à l'administration pénitentiaire de s'assurer à distance de sa présence en ce lieu aux heures déterminées par le juge.

N.B. : il convient de ne pas confondre le PSE avec le placement sous surveillance électronique mobile (PSEM) qui constitue une mesure non autonome de sûreté qui consiste, à la libération de certaines personnes condamnées dangereuses, à les soumettre au port continu d'un dispositif électronique permettant de les localiser et de déterminer à tout moment où elles se trouvent (art. R. 61-21 et suivants du CPP). Le PSEM se distingue du placement sous surveillance électronique fixe (PSE), qui consiste à assigner une personne en un lieu précis, à des temps déterminés.

Libération conditionnelle

La libération conditionnelle est une mesure d'individualisation de la peine qui permet à une personne condamnée d'être libérée, avant le terme de sa peine, en bénéficiant de mesures d'aide et de contrôle.

Les personnes condamnées peuvent bénéficier d'une libération conditionnelle si elles manifestent des efforts sérieux de réadaptation sociale et lorsqu'elles justifient de l'exercice d'une activité professionnelle, d'un enseignement ou d'une formation, de la participation essentielle à la vie de leur famille, de la nécessité de suivre un traitement médical, de leurs efforts en vue d'indemniser leurs victimes ou de leur implication dans tout autre projet sérieux d'insertion ou de réinsertion (art. 729 du CPP).

Liste des sigles

ANPAA	Association nationale de prévention en alcoologie et addictologie
ANVP	Association nationale des visiteurs de prison
ARS	Agence régionale de santé
CAARUD	Centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction de risques pour usagers de drogues
CARSAT	Caisse d'assurance retraite et de la santé au travail
CCNE	Comité consultatif national d'éthique
CDAG	Centre de dépistage anonyme et gratuit VIH et hépatites
CIDDIST	Centre d'information, de dépistage et de diagnostic des infections sexuellement transmissibles
CLAT	Centre de lutte antituberculeuse
CLIN	Comité de lutte contre les infections nosocomiales
Clip	Club informatique pénitentiaire
CNCDH	Commission nationale consultative des droits de l'homme
CNP	Conseil national de pilotage
CNS	Conférence nationale de santé
CNSA	Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie
CNSP	Comité national de santé publique
Codes	Comité départemental d'éducation à la santé
Copil	Comité de pilotage
CP	Code pénal
CPP	Code de procédure pénal
CPIP	Conseiller pénitentiaire d'insertion et de probation
CSAPA	Centres de soins d'accompagnement et de prévention en addictologie
CSP	Code de la santé publique

DAP	Direction de l'administration pénitentiaire
DDCS	Direction départementale de la cohésion sociale
DGCS	Direction générale de la cohésion sociale
DGOS	Direction générale de l'offre de soins
DGS	Direction générale de la santé
DIRPJJ	Direction interrégionale de la protection judiciaire de la jeunesse
DISP	Direction interrégionale des services pénitentiaires
DPJJ	Direction de la protection judiciaire de la jeunesse
DRAC	Direction régionale de l'action culturelle
DREES	Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques
DRJSCS	Direction régionale de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale
DSP	Dispositif de soins psychiatriques en milieu pénitentiaire
DSPIP	Direction services pénitentiaires d'insertion et de probation
DSS	Dispositif de soins somatiques en milieu pénitentiaire
DSS	Direction de la sécurité sociale
DTPJJ	Direction territoriale de la protection judiciaire et de la jeunesse
ENAP	École nationale d'administration pénitentiaire
EPM	Établissement pour mineurs
FIR	Fonds d'intervention régional
FNES	Fédération nationale d'éducation pour la santé
FT	Fiche technique
Genepi	Groupement étudiant national d'enseignement aux personnes incarcérées
GRSP	Groupement régional de santé publique
HCSP	Haut Conseil de santé publique
IDE	Infirmier(e) diplômé(e) d'état
IFSI	Institut de formation en soins infirmiers
IGAS	Inspection générale des affaires sociales
Inca	Institut national du cancer
Inpes	Institut national de prévention et d'éducation pour la santé
Insee	Institut national de la statistique et des études économiques
INVS	Institut national de veille sanitaire
Ireps	Instances régionales d'éducation et de promotion de la santé
IST	Infection sexuellement transmissible
MFPF	Mouvement français pour le planning familial
MILDTE	Mission interministérielle de lutte contre les drogues et la toxicomanie
OMS	Organisation mondiale de la santé
OSSD	Observatoire des structures de santé des personnes détenues
PJJ	Protection judiciaire de la jeunesse
PNNS	Plan national nutrition santé
PRC	Pôle régional de compétences
PRS	Projet régional de santé
PRAPS	Programme régional d'accès à la prévention et aux soins
PRGRD	Programme régional de gestion du risque
PRIAC	Programme interdépartemental d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie
SGRIVI	Service de gestion du risque infectieux, des vigilances et d'infectiologie

SMPR	Service médicopsychologique régional
SPIP	Service pénitentiaire d'insertion et de probation
SROMS	Schéma régional d'organisation médicosociale
SROS	Schéma régional d'organisation des soins
SRP	Schéma régional de prévention
UCSA	Unité de consultations et de soins ambulatoires
UHSA	Unité hospitalière spécialement aménagée
UHSI	Unité hospitalière sécurisée interrégionale
UF	Unité fonctionnelle
ULIN	Unité de lutte contre les infections nosocomiales
Urcam	Union régionale des caisses d'assurance maladie

Conception graphique originale **Scripta** - Céline Farez, Virginie Rio
Maquette et réalisation **Desk** - www.desk@desk53.com.fr
Crédit photo (couverture) : © Dominique Delpoux / Agence VU'
Impression **Fabrigue** - Bois Joli - BP10 - 87500 Saint-Yrieix-la-Perche
Dépôt légal juin 2014

Les personnes détenues présentent des facteurs de vulnérabilité économique et sociale et des difficultés d'accès aux soins et à la prévention qui rendent nécessaire la prise en compte de besoins de santé spécifiques.

Conscients de cette réalité, les acteurs de terrain ont engagé des actions de prévention et d'éducation à la santé dans les établissements pénitentiaires.

Ce référentiel d'intervention, qui s'inscrit dans le cadre du plan « Politique de santé des personnes sous main de justice » du ministère chargé de la santé leur est destiné. Il s'utilise comme un outil :

- d'information sur le cadre juridique et institutionnel de la prise en charge des personnes détenues ;
- de réflexion sur les concepts de promotion de la santé et leur déclinaison dans des lieux de privation de liberté ;
- de méthodologie pour la mise en œuvre d'actions ou de programmes de promotion de la santé ;
- d'aide aux actions de terrain à partir d'illustrations concrètes.

Il s'adresse à tous ceux qui souhaitent développer leurs actions dans une approche globale de promotion de la santé (professionnels de santé et de l'administration pénitentiaire, intervenants en détention, associations...).

Ouvrage édité et diffusé gratuitement par l'Inpes ou ses partenaires. Ne peut être vendu.



Institut national de prévention et d'éducation pour la santé
 42, boulevard de la Libération
 93203 Saint-Denis cedex - France