

la Santé en action

PRÉVENTION/PROMOTION/ÉDUCATION

Dossier Prison : quelle place pour la promotion de la santé ?

Prévention

Le nouvel élan de la politique nutritionnelle

Addictions

La médiation pour les adolescents en danger

Enquête

La santé des plus de 55 ans

LA SANTÉ EN ACTION

la revue de la prévention,
de l'éducation pour la santé
et de la promotion de la santé

Tous les trois mois, 52 pages d'analyse

- ➔ actualité et expertise
- ➔ pratiques et actions de terrain
- ➔ méthodes d'intervention et aide à l'action
- ➔ interviews et témoignages

Une revue de référence et un outil documentaire pour

- ➔ les professionnels de la santé,
du social et de l'éducation
- ➔ les relais d'information
- ➔ les décideurs

Rédigée par des professionnels

- ➔ experts et praticiens
- ➔ acteurs de terrain
- ➔ responsables d'associations et de réseaux

LA SANTÉ EN ACTION

est disponible gratuitement :

- ➔ en format papier sur abonnement pour les lieux collectifs d'exercice et d'accueil du public (établissements scolaires, centres de santé, hôpitaux, communes et collectivités, bibliothèques, etc.)
- ➔ en format Internet pour tous les publics, professionnels ou non, collectifs ou individuels

Rendez-vous sur www.inpes.sante.fr

The screenshot shows the homepage of the Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (Inpes). The header includes the Inpes logo and navigation links: ACCUEIL, L'INPES, ACTUALITÉS, ESPACES THÉMATIQUES, ENQUÊTES ET ÉVALUATION, NOS PUBLICATIONS, ESPACES PROFESSIONNELS, PRESSE. The main content area is divided into several sections: 'ENQUÊTES ET ÉVALUATION' with sub-links for Enquêtes, Résultats et publications, Baromètres santé, and Évaluation en santé publique; 'LES SITES PRÉVENTION'; 'CONTENUS ACCESSIBLES' with links for documents in Braille, large print, and audio; 'NOS PUBLICATIONS' with a link to L'INPES; and a 'SABONNER' (Subscribe) button. A red box highlights the 'SABONNER' button and the 'L'INPES' link, with a red arrow pointing to the 'SABONNER' button.

la Santé en action

est éditée par :

**l'Institut national de prévention
et d'éducation pour la santé (Inpes)**
42, boulevard de la Libération
93203 Saint-Denis Cedex – France
Tél. : 01 49 33 22 22
Fax : 01 49 33 23 90
<http://www.inpes.sante.fr>

Directrice de la publication :
Thanh Le Luong

RÉDACTION

Rédacteur en chef :
Yves Géry
Secrétaire de rédaction :
Marie-Frédérique Cormand
Assistante de rédaction :
Danielle Belpaume

RESPONSABLES DE RUBRIQUES

**Sandrine Broussouloux, Michel Condé, Jennifer
Davies, Nathalie Houzelle**
Lectures : **Centre de documentation**
<doc@inpes.sante.fr>

COMITÉ DE RÉDACTION

Yaëlle Amsellem-Mainguy (Injep), **Jean-
Christophe Azorin** (enseignant - formateur),
Judith Benrekassa (InVS), **Dr Michel Berthier**
(mairie de Poitiers), **Dr Zinna Bessa** (direction
générale de la Santé), **Mohamed Boussoar**
(Ireps Rhône-Alpes), **Isabelle Dolivet** (Inpes),
Alain Douiller (Codes de Vaucluse), **Christine
Ferron** (Ireps de Bretagne), **Laurence Fond-
Harmant** (CRP-Santé, Luxembourg), **Jacques
Fortin** (professeur), **Dr Luc Ginot** (ARS Île-de-
France), **Emmanuelle Hamel** (Inpes), **Zoë Héri-
tage** (Réseau français des villes santé de
l'OMS), **Stéphane Idrac** (Mildeca), **Laurence
Kotobi** (université Bordeaux-Segalen), **Marika
Lefebvre** (FNMF), **Éric Le Grand** (sociologue),
Nathalie Lydié (Inpes), **Dr Annie-Claude
Marchand** (ARS Champagne-Ardenne),
Claire Méheust (Inpes), **Mabrouk Nekaa**
(DSDEN Loire), **Jean-Marc Piton** (Inpes),
Jeanine Pommier (EHESP), **Dr Stéphane Tessier**
(Regards).

FABRICATION

Conception graphique : **offparis.fr**
Réalisation graphique : **Jouve**
Photographies/illustrations : **Sonia Naudy,
Thibault Desplats pour le Marché International
de Rungis**
Impression : **Groupe Morault**

ADMINISTRATION

Gestion des abonnements :
Manuela Teixeira (01 49 33 23 52)
N° ISSN : 2270-3624
Dépôt légal : 4^e trimestre 2014
Tirage : 8000 exemplaires

Les titres, intertitres et chapeaux sont
de la responsabilité de la rédaction

Jeunes et addictions

4 _ « **Alcool, cannabis... Les adolescents expriment leur souffrance à travers des actes de consommation** »

Entretien avec Xavier Pommereau



Dossier

PRISON : QUELLE PLACE POUR LA PROMOTION DE LA SANTÉ ?

Coordination : Khadoudja Chemlal

Introduction

6 _ Khadoudja Chemlal

La santé en milieu carcéral : état des lieux en France et à l'étranger

8 _ Élodie Godin-Blandeau, Charlotte Verdot, Aude-Emmanuelle Develay

La prévention dans la prise en charge sanitaire des personnes détenues

11 _ Benoît Vallet

Prison et éducation à la santé

13 _ Jean-Marie Delarue

Éléments de vie quotidienne en détention

17 _ Khadoudja Chemlal

La santé en milieu carcéral : point de vue de l'administration pénitentiaire

21 _ Isabelle Gorce

Regard d'ethnologue sur la santé des détenus

23 _ Pierre-Jacques Dusseau

Santé et prison : paroles de l'intérieur

25 _ Pierre-Jacques Dusseau

« Nous privilégions une approche individuelle, basée sur la confiance »

27 _ Entretien avec François Cordonnier et Emmanuelle Laplanche

« La nurserie en milieu pénitentiaire contribue à un meilleur accompagnement des mères et des enfants »

29 _ Entretien avec Françoise Guinot

« L'activité physique, un levier pour l'estime de soi des mineurs détenus »

31 _ Entretien avec Bruno Benoist

« Le yoga peut être un outil d'éducation à la santé en prison »

33 _ Entretien avec André Weill

De la femme emprisonnée et son rapport au corps

35 _ Catherine Mercier

Formation et accompagnement : des leviers pour la promotion de la santé en prison

37 _ Valérie Lemonnier, Christine Ferron

Pour en savoir plus

39 _ Laetitia Haroutunian

Nutrition

42 _ **Politique nutritionnelle : « prendre des mesures radicales est une nécessité pour les citoyens et notre système de santé »**

Entretien avec Serge Hercberg

International

45 _ **Former des professionnels à la promotion de la santé**

Éric Breton, Emmanuelle Hamel

Enquête

47 _ **Les comportements de santé des personnes âgées de 55 à 85 ans**

Christophe Léon, Enguerrand du Roscoät

49 _ « **Changer le regard sur la vieillesse** »

Entretien avec Bernard Cassou

Lectures

50 _ Céline Deroche, Laetitia Haroutunian, Sandra Kerzanet

« Alcool, cannabis... Les adolescents expriment leur souffrance à travers des actes de consommation »

**Entretien avec
Xavier Pommereau,**
psychiatre, spécialiste
de l'adolescence en difficulté,
chef du centre Abadie,
Pôle aquitain de l'adolescent,
CHU de Bordeaux.

*La Santé en
action : Quel est le
mal-être adolescent
aujourd'hui ?
Se manifeste-t-il
di éremment
qu'au cours des
précédentes
décennies ?*

Xavier Pommereau :
Les troubles et l'expres-
sion de la souffrance
psychique évoluent e-
ctivement avec
le changement des mentalités et des
modes de vie. Tout d'abord, nous obser-
vons une plus grande précocité du ma-
laise adolescent : nous rencontrons des
jeunes qui présentent des troubles dès

l'âge de 13-14 ans, alors
qu'ils émergeaient plu-
tôt autour de 17-18 ans
il y a une trentaine
d'années. Dans nos
services, la part des
moins de 15 ans ne
cesse d'augmenter.

D'autre part, les
souffrances des gar-
çons et des fill s res-
sortent de façon dif-
férente. Les garçons
expriment générale-
ment leur mal-être
dans des conduites
antisociales, avec
des actes de violence
contre les personnes
ou des actes de van-
dalisme contre les
biens ; de ce fait, ils se
trouvent plus souvent

en lien avec des juges et des éduca-
teurs qu'avec des soignants. Les fill s
présentent davantage des troubles en
lien avec le corps, en particulier deux
nouvelles formes d'expression de la
souffrance qui ont considérablement
augmenté ces dernières années : les
automutilations (scarifi ation, brûlure,
etc.) et les crises de boulimie, avec
vomissements pour contrôler leur
image corporelle. Autre fait nouveau :
les épisodes d'alcoolisation massive
finissant par un coma éthylique, qui
étaient traditionnellement associés
à une conduite masculine, touchent
désormais aussi bien les jeunes garçons
que les jeunes fill s.

**S. A. : Ces phénomènes d'alcoolisa-
tion ne sont-ils pas surmédiatisés ?**

X. P. : Bien sûr, le fait que les jeunes
consomment de l'alcool n'a rien d'un
phénomène inédit. Ce qui caractérise
ce comportement aujourd'hui est dif-
férent : une alcoolisation massive aiguë,
souvent associée à une consommation
de cannabis, qui concerne plus précocement
les adolescents et parmi eux,
un nombre grandissant de fill s.

Aujourd'hui la population générale
adolescente multiplie les fêtes alcoo-
lisées, avec du cannabis. Au sein de
cette population, nous estimons que
15 % des garçons et des fill s vont
boire jusqu'à tomber dans le coma ou
être très malades, en utilisant des al-
cools forts, au premier rang desquels
la vodka. C'est la boisson numéro un
en Europe car un demi-litre rend com-
plètement ivre en treize minutes chrono.
Cette défonce, cet e-
fla h sont recher-

chés par les jeunes qui veulent, non
pas faire la fête comme ils le prétendent,
mais oublier leurs soucis en se mettant
dans un état mental où ils ne peuvent
plus penser. Les services d'urgence ou
de pédiatrie recueillent tous les samedis
soirs des garçons et des fill s mineurs,
et même ayant moins de 16 ans, dans
des états de coma éthylique. Il y a trente
ans, ces derniers demeuraient rares et
on les rencontrait surtout chez des
personnes marginales. Il ne faut donc
pas sous-estimer ce constat assez ter-
rible. Il est le signe d'une grande souf-
france psychologique chez les adoles-
cents qui se livrent à des conduites de
rupture au sens propre comme au-
guré :
comme s'il fallait qu'ils se déchirent
pour dire leur souffrance et la faire
reconnaître. Qu'ils déchirent leur peau
à coup de scarifi ations ou qu'ils dé-
chirent leur tête à coup d'alcools forts
ou de ce cannabis aujourd'hui beaucoup
plus dosé en tétrahydrocannabinol que
celui fumé par les générations
précédentes.

**S. A. : Pourquoi se mettre dans
un tel état ?**

X. P. : Dans notre société de consom-
mation et de l'image, les adolescents
se définissent par rapport à ce qu'ils
montrent d'eux-mêmes. Ils apparaissent
plus sensibles qu'auparavant aux at-
taques qui visent leur apparence ou
leur appartenance. Pour les plus favo-
risés, socialement et psychologiquement,
les choses se passent bien ; ils assument
leur look ou leur appartenance à tel
ou tel groupe. Mais pour d'autres, être
harcelés sur son apparence dans la

L'ESSENTIEL

- Pour Xavier Pommereau, prendre en charge les adolescents en souffrance psychologique, c'est avant tout les responsabiliser et leur faire confiance.
- Au pôle aquitain de l'adolescence, les soignants se sont adaptés : leur approche thérapeutique privilégie l'expression du mal-être de ces jeunes, une forme de reconnaissance de leur potentiel.
- Pour ces jeunes, « trouver des mots » est un premier pas vers l'atténuation de leur souffrance.

cour d'école ou sur sa page Facebook peut les fragiliser sur un plan identitaire et les amener à adopter des conduites de rupture.

Si ces codes d'appartenance ont pris de l'ampleur, c'est sans doute à défaut d'avoir des codes d'intégration de la part des adultes. Que leur propose-t-on comme rites de passage ? La conduite assistée, le baccalauréat, le permis, etc. Les jeunes se sont créés des rites de consommation : le premier McDo, la première cigarette, la première ivresse, le premier joint, autant de paramètres qui les font appartenir à la communauté des ados. Les adultes leur donnent moult recommandations : travailler à l'école pour ne pas être au chômage, se protéger lors de relations sexuelles pour ne pas avoir de maladies, ne pas boire pour éviter de se tuer en scooter, etc. Or, concrètement, peu est fait pour les protéger. Voilà le paradoxe d'une société qui porte beaucoup d'attention à sa jeunesse dans les discours mais qui les laisse se débrouiller seuls.

S. A. : Au vu de cette analyse, quelle approche thérapeutique peut être mise en œuvre ?

X. P. : Nous nous sommes rendu compte que si les jeunes en rupture sont capables de montrer leur souffrance, y compris en mettant sur Facebook leurs avant-bras scarifiés, ils éprouvent de grandes difficultés à la mettre en mots. La méthode de l'entretien en face-à-face ne fonctionne qu'avec des adolescents qui ont déjà une envie de parler et peuvent s'inscrire dans une psychothérapie. Pour les autres, il fallait mettre en place d'autres modes d'intervention. Et parce que ce sont des enfants de l'image, il nous a paru indispensable d'utiliser des supports de médiation afin de les aider à formuler leur mal-être. Nous avons redécouvert les vertus du psychodrame et de la mise en scène ; nous pouvons, par exemple, leur demander d'exprimer leur tristesse par un maquillage ou une tenue. À travers ces représentations, et parce que ce sont des représentations, ils parviennent à aller plus loin que dire : « *J'en ai ras le bol de tout* ». Ces médiations corporelles, artistiques, cosmétiques les aident à

« DANS NOTRE SOCIÉTÉ DE CONSOMMATION ET DE L'IMAGE, LES ADOLESCENTS SE DÉFINISSENT PAR RAPPORT À CE QU'ILS MONTRENT D'EUX-MÊMES. »

projeter leurs difficultés d'une façon plus concrète et par ce fait, ils commencent à trouver des mots, ce qui est un premier pas vers l'atténuation de la souffrance.

S. A. : Cette approche donne-t-elle des résultats probants ?

X. P. : Elle marche très bien et je la conseille à mes collègues. Parce qu'elle s'appuie sur des faits observés : les adolescents expriment leur souffrance à travers des actes de consommation – alcool, cannabis, nourriture. Selon nous, il ne paraît pas approprié de les maintenir dans une position de consommateur, que ce soient de conseils ou de soins. Au contraire, il faut les placer dans une position d'acteur, admettre qu'ils ont besoin de supports pour se dire, ce qu'ils parviennent d'ailleurs à faire assez bien. Ce sont de petits métaphoristes qui s'ignorent ! Nous sommes absolument convaincus que c'est en utilisant les compétences des jeunes que nous parvenons à les sortir de l'ornière. Voilà un point fondamental. Ceux qui traversent une crise identitaire ne savent pas comment se faire reconnaître, si ce n'est en exagérant outrageusement certains comportements ou en adoptant des conduites à risque. Or, bien souvent, dans le milieu éducatif, on souligne leurs insuffisances au lieu de s'appuyer sur leurs compétences. Ce qui aggrave leur crise d'estime de soi. Leur demander de mettre leurs compétences au service de l'expression de leur mal-être est une forme de reconnaissance de leur potentiel. Les jeunes en errance cherchent une place, un rôle et une reconnaissance digne.

S. A. : Quel message adresser aux parents, aux éducateurs, aux soignants ?

X. P. : Plutôt que laisser les jeunes en position passive de consommateurs, il faut les rendre acteurs, les respon-

sabiliser, leur faire confiance pour mener des projets. Au centre Abadie, des adolescents – bien sûr supervisés par des adultes – ont organisé un festival de rock et ont effectué toutes les démarches. Le fait d'être considérés pour leurs capacités, et pas seulement d'être reconnus dans leur souffrance, est un pas essentiel pour les remettre en selle. Ce n'est pas magique, cela ne résout pas tous leurs problèmes mais cette action participe de leur réintégration au monde. Dans les enquêtes, les jeunes disent qu'ils en ont marre d'être des stagiaires, des CDD, des personnes sur un petit strapontin. Ils ont besoin que le corps social des adultes leur fasse une place.

S. A. : Au centre Abadie, quelles compétences faut-il réunir pour accompagner les adolescents ?

X. P. : Elles sont forcément multiples : médecins, psychologues, psychiatres, infirmières, assistantes sociales, éducateurs font partie de l'équipe. Le travail que nous effectuons demande de la pluridisciplinarité. Et celle-ci englobe le personnel d'entretien qui peut remarquer des choses et en parler. Il n'y a pas d'un côté « l'hôtellerie » et de l'autre le soin. Chacun a sa place dans le programme thérapeutique. ■

Propos recueillis par Nathalie Queruel, journaliste.

Pour en savoir plus

Pommereau X. *Nos ados.com en images.*

Comment les soigner. Paris : Odile Jacob, 2011 : 304 p.

Jeunes et addictions

« Alcool, cannabis... Les adolescents expriment leur souffrance »

Prison ~ : quelle place pour la promotion de la santé ~ ?



Dossier coordonné par Khadoudja Chemlal, praticien hospitalier, chargée d'expertise scientifique en promotion de la santé, direction de l'Animation des territoires et des réseaux, Inpes.

Prison : quelle place pour la promotion de la santé¹? Cette question volontairement provocatrice n'est pas sans résonance particulière pour celui ou celle

qui intervient dans ce milieu. En effet, si la question de la promotion de la santé a parfois du mal à trouver sa place dans le système de soin en général, tout reste à faire dans les lieux fermés dans lesquels le sens même du soin suscite de nombreux débats.

Vingt ans après la loi de 1994 [1] qui a profondément modifié la prise en charge sanitaire des personnes détenues et dix ans après le dernier colloque organisé par la direction générale de la Santé sur la santé en prison [2], ce dossier se propose d'apporter différents éclairages sur la mise en place à ce jour de la promotion de la santé en milieu pénitentiaire.

Plusieurs éléments de contexte permettent de nourrir les réflexions et les débats autour de cette question dans les lieux de détention :

- la réalisation, par l'Inpes, d'un premier état des lieux sur les conditions de réalisation des actions de prévention [3] avait été l'occasion, en 2012, de produire quelques éléments d'informa-

tion – essentiellement sur la base d'interventions de terrain – dans la revue *La Santé en action* [4] ;

- l'élaboration et la publication, en juin 2014, du référentiel d'intervention *Promotion de la santé en milieu pénitentiaire* [5] a pour objectif d'aider ceux qui le souhaitent à mettre en place des programmes de promotion de la santé, en agissant sur les différents niveaux de déterminants de la santé selon les principes de la Charte d'Ottawa de l'Organisation mondiale de la santé [6] ;

- la fin du mandat, mi-2014, du premier contrôleur des lieux de privation de liberté apporte un éclairage nouveau sur cette question à l'occasion d'un premier bilan de cette autorité indépendante ;

- la mise en place à venir début 2015, d'expériences pilotes relatives à des programmes de promotion de la santé *via* un appel à projets de l'Inpes est une démarche innovante qui permettra d'accompagner les équipes dans cette démarche et également de tester la pertinence de l'approche proposée dans le référentiel. Ces expériences pilotes, inscrites dans le plan d'actions stratégiques 2010-2014 « Politique de santé des personnes placées sous main de justice » [7], permettront également d'identifier les leviers favorisant la mise en place de tels programmes ainsi que les écueils à surmonter ;



© Sonia Naudy

Sonia Naudy à la rencontre des détenus de la maison d'arrêt de Saint-Brieuc

Les photographies qui illustrent ce dossier ont une histoire. Tout a débuté avec un reportage sur les femmes en prison en Afghanistan que la jeune photographe, anthropologue de formation, Sonia Naudy, a présenté aux détenus de la maison d'arrêt de Saint-Brieuc en 2012. Cette rencontre a débouché sur la création d'un « atelier photo » qui voit le jour en 2013. Sonia Naudy y interviendra durant deux mois, à raison de deux jours par semaine. Pendant plusieurs semaines, huit détenus ont appris les bases de la photographie puis réalisé un reportage sur leur vie carcérale. Dans le même temps, elle a photographié le quotidien de cette maison d'arrêt des Côtes-d'Armor.

- enfin, l'échéance de ce plan d'actions, fin 2014, est l'occasion de présenter le bilan des actions réalisées pour une meilleure prise en charge sanitaire des personnes détenues.

Ces éléments représentent autant d'opportunités à saisir pour donner la parole aux populations concernées elles-mêmes et à l'ensemble des parties prenantes : pouvoirs publics, acteurs de la vie civile ou de la santé publique, acteurs de terrain. Chacun, dans son domaine de compétence et ses missions, se veut au service de la personne privée de liberté pour permettre que cette césure dans un parcours de vie souvent chaotique ne reste qu'un fragment. Ce temps passé hors du temps en quelque sorte, est marqué par la contrainte des règles subies, la solitude dans la promiscuité et la violence envers soi-même et les autres. Ce temps peut être aussi celui des questionnements, des rencontres constructives et des apprentissages dans un environnement que l'on doit rendre plus favorable : c'est tout l'enjeu de la promotion de la santé dans ces lieux. ■

1. La promotion de la santé est un concept qui inclut la promotion des modes de vie aussi bien que l'amélioration des conditions de vie, des facteurs sociaux, économiques et environnementaux qui déterminent la santé.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- [1] Loi n° 94-43 du 18 janvier 1994 relative à la santé publique et à la protection sociale.
- [2] Inpes, ministère de la Santé, ministère de la Justice. *Dix ans après la loi : quelles évolutions dans la prise en charge des personnes détenues ?* Actes du Colloque Santé en prison, 8 décembre 2004, Maison de la Mutualité (Paris) : 108 p. En ligne : http://www.vie-publique.fr/documents-vp/colloque_sante_prison.pdf
- [3] *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>
- [4] Prévention et promotion de la santé en milieu pénitentiaire. *La santé en action*, 2013, n° 424 :

p. 4-15. En ligne : <http://www.inpes.sante.fr/SLH/pdf/sante-action-424.pdf>

[5] Chemlal K., Echard-Bezault P., Deutsch P. dir. *Promotion de la santé en milieu pénitentiaire. Référentiel d'intervention.* Saint-Denis : Inpes, coll. Santé en action, 2014 : 228 p.

[6] Organisation mondiale de la santé (OMS). *Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé.* Genève : OMS, Bureau régional pour l'Europe, 1986 : 3 p. En ligne : http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/129675/Ottawa_Charter_F.pdf

[7] Plan d'actions stratégiques relatif à la politique de santé des personnes placées sous main de justice. En ligne : <http://www.sante.gouv.fr/plan-d-actions-strategiques-relatif-a-la-politique-de-sante-des-personnes-placees-sous-main-de-justice.html>

Santé en milieu carcéral : état des lieux en France et à l'étranger

Élodie Godin-Blandeau,

interne de santé publique,

Charlotte Verdot,

chargée de projet scientifique,

Aude-Emmanuelle Develay,

chargée de mission,

direction du département des maladies

chroniques et traumatismes,

Institut de veille sanitaire,

Saint-Maurice.

Au 1^{er} janvier 2013 [1], 66 572 personnes (dont 3,3 % de femmes) étaient détenues dans les 190 établissements pénitentiaires français. La population carcérale se caractérise par une surreprésentation des

catégories sociales les moins favorisées avec un cumul fréquent, en amont de l'incarcération, de difficultés socio-économiques (faible niveau d'éducation et de revenu, problèmes de logement) [1].

À ces difficultés s'ajoutent un faible accès et recours aux soins, ainsi qu'une prévalence importante des comportements à risque (addictions, usage de drogues par voie intraveineuse, par exemple) en amont de la détention [2, 3].

Par ailleurs, le vieillissement progressif de la population carcérale observé ces vingt dernières années [4], associé au mode de vie des personnes détenues – avant et pendant la détention (tabagisme, habitude alimentaire, sédentarité, etc.) – laissent présager une augmentation des pathologies chroniques.

La nécessité d'un suivi pérenne de la santé des personnes détenues

Face à l'ensemble de ces constats et selon les préconisations de l'Organisation mondiale de la santé [5], la mise en place d'un suivi pérenne de la santé des personnes détenues apparaît nécessaire pour caractériser les besoins de santé de cette population et leur évolution dans le temps, et orienter en conséquence le dispositif de prise en charge. La mise en œuvre d'une telle surveillance est actuellement en réflexion en France dans le cadre du plan d'actions stratégiques 2010-2014 « Politique de santé pour les personnes placées sous main de justice » [6].

En préalable, l'Institut de veille sanitaire (InVS) a été chargé de réaliser une revue de la littérature afin de dresser un état des lieux des connaissances relatives à la santé des personnes incarcérées dans les pays occidentaux et en France. La recherche bibliographique a été effectuée dans la base de données « Scopus ». Sur les 5 000 références obtenues, 277 ont été retenues en première lecture et 83 ont été incluses à la revue [7]. Cette dernière met en évidence trois niveaux de documentation selon les pathologies considérées.

Résultats de la revue de littérature

Le niveau de documentation le plus important trouvé concerne les maladies infectieuses, les pathologies mentales et les addictions pour lesquelles il existe de nombreuses études de bonne qualité méthodologique et plusieurs méta-analyses [8-14]. Ces thématiques de santé ont été particulièrement investies du fait de leur prégnance reconnue en milieu carcéral. L'ensemble des études réalisées sur le sujet rend effectivement compte, et de manière consensuelle dans tous les pays occidentaux, de prévalences plus élevées en milieu carcéral qu'en population générale pour ces pathologies : prévalence du VIH atteignant 2 % contre 0,5 % en milieu libre ; prévalence des maladies psychiatriques jusqu'à dix fois supérieures à celles observées en population générale ; et plus de la moitié de la population carcérale présentant une consommation abusive d'alcool ou de drogues.

Pour les maladies chroniques (diabète, hypertension artérielle, asthme, bronchopneumopathie obstructive ou encore cancer), le niveau de documentation est moindre (études de bonne qualité mais en nombre restreint), en raison probablement d'un intérêt relativement récent porté à ces pathologies, intérêt lui-même probablement lié au vieillissement de la population carcérale. Les données disponibles [8, 9, 13], bien qu'en nombre encore insuffisant pour produire des conclusions robustes, mettent en évidence l'existence de besoins en la matière (préva-

L'ESSENTIEL

▣ Les détenus ont un état de santé globalement dégradé en comparaison de la population générale.

▣ Les études épidémiologiques convergent en France et à l'étranger pour montrer que les maladies infectieuses, les pathologies mentales et les addictions sont surreprésentées en milieu carcéral.

▣ De nombreux autres besoins de santé sont identifiés dans la littérature, comme les maladies chroniques, les problèmes ostéo-articulaires, dermatologiques, digestifs, bucco-dentaires ou les traumatismes.

▣ Bien que documentés de façon moins robuste, ils sont également à prendre en considération dans le cadre d'un dispositif de suivi de la santé des personnes détenues.

lence des maladies chroniques de 25 à 50 % en milieu carcéral) même s'ils ne paraissent pas toujours supérieurs à ceux rencontrés en population générale.

Le niveau de documentation le plus faible (peu d'études, le plus souvent locales et de qualité discutable) concerne les thématiques de santé telles que les traumatismes et les problèmes ostéo-articulaires, dermatologiques, digestifs et bucco-dentaires [8, 13, 15]. Les études sur ces thématiques bien qu'encore rares et peu conclusives, reflètent les préoccupations des professionnels quant à la présence de ces problèmes de santé en milieu carcéral.

Focus sur la France

S'agissant plus particulièrement de la France, les connaissances épidémiologiques en milieu carcéral sont issues de quatre enquêtes (*voir tableau ci-dessous*) réalisées à l'entrée en détention [16], ou sur des thématiques spécifiques telles que les déficiences [17], la santé mentale [18] et les maladies infectieuses [19, 20]. Les pathologies couvertes par ces enquêtes correspondent à celles qui sont bien documentées et étudiées au niveau international (maladies infectieuses, addictions et pathologies psychiatriques notamment). Ces études produisent des données nationales de

référence dont les résultats sont, par ailleurs, convergents avec ceux de la littérature internationale : elles révèlent ainsi des prévalences multipliées par quatre pour l'infection par le VIH (2 %) et pour la schizophrénie (3,8 %) et une surreprésentation de toutes les addictions (78 % de fumeurs, un tiers de consommateurs abusifs d'alcool, près de 10 % de personnes dépendantes aux drogues) en comparaison de la population générale.

De plus, d'après l'enquête HID-prisons, la prévalence du handicap est deux fois plus élevée en prison qu'en population générale. Cependant, il est à noter que la plupart de ces enquêtes, hormis l'étude Prevacar (2010), remontent à une dizaine d'années ou plus et n'ont pas été réactualisées. Il n'existe, par ailleurs, aucune donnée française de prévalence sur les maladies chroniques (cardio-vasculaires, respiratoires, cancéreuses, diabète) et les autres thématiques de santé (dermatologie, santé bucco-dentaire, etc.). Ces thématiques ont toutefois fait l'objet d'études réalisées localement, à l'échelle d'un établissement ou d'une région pénitentiaire, témoignant de l'attention particulière des professionnels de santé quant à ces pathologies en milieu carcéral [21].

Conclusion

Les études disponibles dans la littérature internationale montrent qu'il existe de nombreuses données publiées sur la santé des personnes détenues. Dans le même temps, ces données fournissent une image quelque peu parcellaire de la situation : alors que la santé mentale, les addictions et les maladies infectieuses (VIH, VHB, VHC), dont la surreprésentation en milieu carcéral est avérée, ont été bien étudiées, les données sont moins nombreuses et moins robustes s'agissant des maladies chroniques et des autres thématiques de santé (problèmes ostéo-articulaires, dermatologiques, digestifs, les traumatismes ou encore bucco-dentaires). Toutefois, les éléments disponibles sur ces thématiques suggèrent qu'il s'agit de problèmes de santé à prendre en considération en milieu carcéral.

Au terme de cette revue de littérature, il apparaît que les besoins sanitaires à couvrir sont multiples

Taux de prévalence des addictions et des pathologies pour lesquelles des données sont disponibles, en milieu pénitentiaire, en France

HID-Prison 2001 ^a	Au moins une déficience	Incapacité physique	Déficience intellectuelle	Troubles sensoriels	
Desesquelles A. (2005) [23] <i>Population libre^e</i>	67,8 %* 32,8 %	22,7 % 8,1 %	44,7 % 14,6 %	ND ^f	
Desesquelles A. (2002) [17] <i>Population libre^e</i>	59,8 % 23,8 %	ND	ND	17,3 % 5,7 %	
Drees entrants 2003 ^b	Tabac		Alcool abusif		Usage de drogues dans les douze derniers mois
Mouquet M.-C. (2005) [16]	78 %		31 %		1/3
Cemka-eval 2004 ^c	Troubles psychotiques	Schizophrénie	Syndrome dépressif	Dépendance alcool	Dépendance drogues
Falissard B., <i>et al.</i> (2006) [18]	12,1 %	3,8 %	17,9 %	9,4 %	10,8 %
Prevacar 2010 ^d	VIH		VHC		TSO ^h
Chiron E., <i>et al.</i> (2013) [20]	2 % [0,95-4,23] ^g		4,8 % [3,53-6,5]		ND
Jauffret-Roustide M. <i>et al.</i> (2011) [19]	ND		ND		7,9 % [6,49-9,79]

Source : [22]

a. Étude réalisée en 2001 par l'Ined pour déterminer la prévalence du handicap, des incapacités et des déficiences en milieu carcéral (il s'agit d'une extension de l'enquête Insee « HID-ménages »).

b. Enquête sur la santé des personnes entrant en détention réalisée par la Drees en 2003.

c. Étude réalisée en 2004 par Cemka-eval (sous la direction de B. Falissard) pour déterminer la prévalence des troubles psychiatriques en milieu carcéral.

d. Étude mise en œuvre conjointement par l'InVS et la direction générale de la Santé en 2010 pour déterminer la prévalence du virus de l'immunodéficience humaine (VIH), du virus de l'hépatite C (VHC) et des traitements de substitution aux opiacés (TSO) au sein de la population carcérale.

e. Population libre : données en population générale issues de l'étude « HID-ménages » (la population résidant en collectivité dont la population carcérale est exclue de l'échantillon).

f. Données non disponibles.

g. Intervalle de confiance.

h. Traitement de substitution aux opiacés.

* Lecture du tableau : 67,8 % de la population carcérale française présente au moins une déficience, contre 32,8 % de la population générale.

et nombreux en milieu carcéral. Ce constat conduit à préconiser un suivi épidémiologique de la santé en milieu carcéral multithématique incluant une sélection large de thématiques de santé incluant les conduites addictives, les

pathologies psychiatriques, les maladies infectieuses et les maladies chroniques. L'élargissement du dispositif à d'autres pathologies (traumatismes, problèmes dermatologiques, etc.) est également à considérer. ■

Article adapté de : Godin-Blandeau E., Verdout C., Develay A-E. La santé des personnes détenues en France et à l'étranger : une revue de la littérature. *BEH*, 2013, n° 35-36 : p. 434-440. En ligne : http://www.invs.sante.fr/beh/2013/35-36/pdf/2013_35-36.pdf ou http://www.invs.sante.fr/beh/2013/35-36/2013_35-36_1.html

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

[1] Direction de l'administration pénitentiaire. *Les chiffres clés de l'administration pénitentiaire*. Paris : ministère de la Justice, 2014 : 16 p. En ligne : http://www.justice.gouv.fr/art_pix/Chiffres_cles_2013_opt.pdf

[2] Comité consultatif national d'éthique pour les sciences de la vie et de la santé (CCNE). *La santé et la médecine en prison*. Paris : CCNE, 2006 : 48 p. En ligne : <http://www.ccne-ethique.fr/sites/default/files/publications/avis094.pdf>

[3] Cour des comptes. *Le rapport public annuel 2014. (3 vol.)* Paris : La Documentation française, 2014 : 1 444 p. En ligne : <http://www.ccomptes.fr/Publications/Publications/Rapport-public-annuel-2014>

[4] Brilllet E. Vieillesse(s) carcérale(s). *Cahiers d'études pénitentiaires et criminologiques*, 2013, n° 38 : p. 1-6. En ligne : http://www.justice.gouv.fr/art_pix/cahiers_detudese38.pdf

[5] World Health Organization (WHO), United Nations Office on Drugs and Crime. *Good governance for prison health in the 21st century. A policy brief on the organization of prison health*. Copenhagen: WHO, 2013 : 32 p. En ligne : http://www.unodc.org/documents/hiv-aids/publications/Prisons_and_other_closed_settings/Good-governance-for-prison-health-in-the-21st-century.pdf

[6] *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

[7] Godin-Blandeau E., Verdout C., Develay A.-E. *État des connaissances sur la santé des personnes détenues en France et à l'étranger*. Saint-Maurice : InVS, 2014 : 94 p. En ligne : <http://www.invs.sante.fr/Publications-et-outils/Rapports-et-syntheses/Maladies-chroniques-et-traumatismes/2014/Etat-des-connaissances-sur-la-sante-des-personnes-detenees-en-France-et-a-l-etranger>

[8] Australian Institute of Health and Welfare (AIHW). *The health of Australia's prisoners 2010*. Canberra: AIHW, 2011 : 191 p.

En ligne : <http://www.aihw.gov.au/publication-detail?id=1073742011>

[9] Wilper A.P., Woolhandler S., Boyd J.W., Lasser K.E., McCormick D., Bor D.H., et al. The health and health care of US prisoners: Results of a nationwide survey. *American Journal of Public Health*, 2009, vol. 99, n° 4 : p. 666-672. En ligne : <http://ajph.aphapublications.org/doi/pdf/10.2105/AJPH.2008.144279>

[10] Fazel S., Seewald K. Severe mental illness in 33 588 prisoners worldwide: systematic review and meta-regression analysis. *The British Journal of Psychiatry*, 2012, vol. 200, n° 5 : p. 364-373. En ligne : <http://bjp.rcpsych.org/content/200/5/364.full.pdf+html>

[11] Kouyoumdjian F.G., Leto D., John S., Henein H., Bondy S. A systematic review and meta-analysis of the prevalence of chlamydia, gonorrhoea and syphilis in incarcerated persons. *International Journal of STD & AIDS*, 2012, vol. 23, n° 4 : p. 248-254.

[12] Gough E., Kempf M.C., Graham L., Manzanero M., Hook E.W., Bartolucci A., et al. HIV and hepatitis B and C incidence rates in US correctional populations and high risk groups: a systematic review and meta-analysis. *BMC Public Health*, 2010, vol. 10 : p. 777.

En ligne : <http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1471-2458-10-777.pdf>

[13] Binswanger I.A., Merrill J.O., Krueger P.M., White M.C., Booth R.E., Elmore J.G. Gender differences in chronic medical, psychiatric, and substance-dependence disorders among jail inmates. *American Journal of Public Health*, 2010, vol. 100, n° 3 : p. 476-482. En ligne : <http://ajph.aphapublications.org/doi/pdf/10.2105/AJPH.2008.149591>

[14] Fazel S., Bains P., Doll H. Substance abuse and dependence in prisoners: a systematic review. *Addiction*, 2006, vol. 101, n° 2 : p. 181-191. En ligne : <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1360-0443.2006.01316.x/pdf>

[15] Harzke A.J., Baillargeon J.G., Pruitt S.L., Pulvino J.S., Paar D.P., Kelley M.F. Prevalence of chronic medical conditions among inmates in the Texas prison system. *Journal of Urban Health*, 2010, vol. 87, n° 3 : p. 486-503.

[16] Mouquet M.-C. La santé des personnes entrées en prison en 2003. *Études et résultats*, 2005, n° 386 : p. 1-12. En ligne : <http://www.drees.sante.gouv.fr/IMG/pdf/er386.pdf>

[17] Désesquelles A. Le handicap est plus fréquent en prison qu'à l'extérieur. *Insee Première*, 2002, n° 854 : 4 p. En ligne : http://www.insee.fr/fr/ffc/docs_ffc/ip854.pdf

[18] Falissard B., Loze J.-Y., Gasquet I., Duburc A., de Beaurepaire C., Fagnani F., et al. Prevalence of mental disorders in French prisons for men. *BMC Psychiatry*, 2006, vol. 6, n° 33 : p. 1-6.

[19] Jauffret-Roustide M., Maache A., Le Strat Y., Chiron E., Barbier C., Caté L., et al. *La prévalence des traitements de substitution aux opiacés chez les personnes détenues en France. Enquête Prévacar 2010*. Communication orale à la Journée nationale de restitution de l'enquête, juin 2011.

[20] Chiron E., Jauffret-Roustide M., Le Strat Y., Chemlal K., Valantin M.-A., Serre P., et al. Prévalence de l'infection par le VIH et le virus de l'hépatite C chez les personnes détenues en France. Résultats de l'enquête Prévacar 2010. *BEH*, 2013, n° 35-36 : p. 445-450. En ligne : http://www.invs.sante.fr/beh/2013/35-36/pdf/2013_35-36_3.pdf

[21] Lécuyer A. *La prison : un lieu de soins ?* Paris : Les Belles lettres, coll. Médecine et sciences humaines, 2012 : 280 p.

[22] Godin-Blandeau E., Verdout C., Develay A.-E. La santé des personnes détenues en France et à l'étranger : une revue de la littérature. *BEH*, 2013, n° 35-36 : p. 434-440. En ligne : http://www.invs.sante.fr/beh/2013/35-36/pdf/2013_35-36.pdf

[23] Désesquelles A. Le handicap en milieu carcéral en France. Quelle différence avec la situation en population générale ? *Population*, 2005, vol. 60, n° 1-2 : p. 71-98. En ligne : <http://www.cairn.info/revue-population-2005-1-page-71.htm>

La prévention dans la prise en charge sanitaire des personnes détenues

Professeur Benoît Vallet, directeur général de la Santé, ministère des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes, Paris.

Marisol Touraine, ministre des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes, a présenté le 23 septembre 2013 les grandes orientations de la Stratégie nationale de santé qui a pour ambition de définir un cadre de l'action publique pour les années qui viennent, pour combattre les injustices et inégalités de santé et d'accès au système de soins et adapter le système de santé français aux besoins des patients, ainsi qu'aux lentes mais profondes mutations qui sont à l'œuvre (vieillesse de la population, développement des maladies chroniques, diversification des risques sanitaires, etc.).

Améliorer l'accès à la prévention des personnes détenues et contribuer ainsi à réduire les inégalités de santé s'inscrivent pleinement dans les priorités de cette stratégie portées par la direction générale de la Santé.

Les missions des unités sanitaires

Développer une politique de prévention et d'éducation pour la santé dans les établissements pénitentiaires est une nécessité reconnue depuis la loi du 18 janvier 1994¹ qui a confié la responsabilité de la prise en charge sanitaire des personnes détenues au ministère chargé de la Santé et au service public hospitalier.

L'éducation pour la santé est inscrite réglementairement dans les missions des unités sanitaires pour coordonner

et organiser cette activité². La loi pénitentiaire³ est venue renforcer cette priorité, l'administration pénitentiaire devant favoriser cette coordination.

Cette assise réglementaire était justifiée par les importants besoins de santé des personnes incarcérées qui ont eu généralement peu accès à la prévention et aux soins. Le séjour en détention représente une opportunité pour un contact avec le dispositif de soins incluant la dimension préventive.

Les équipes des unités sanitaires assurent cette fonction, relativement originale pour des personnels hospitaliers, qui dépasse l'approche de l'éducation pour la santé individuelle telle qu'elle peut être réalisée lors des entretiens et consultations en colloque singulier.

Cette facette du métier est souvent un facteur de motivation pour les professionnels de santé qui choisissent d'exercer dans ce milieu et contribue à enrichir leur pratique.

Quelle place pour la promotion de la santé ?

Des avancées majeures ont été notées dans l'accès aux soins des personnes détenues depuis ces vingt dernières années. Une nouvelle étape doit être désormais franchie pour passer de l'éducation pour la santé à la promotion de la santé, ce qui comprend l'intervention sur les déterminants et la participation des publics à l'élaboration et l'organisation des programmes et actions.

Faire une place à la promotion de la santé dans ce contexte spécifique suppose, de manière plus impérative que dans le milieu libre, de bien identifier les freins mais aussi les forces et les opportunités.

Ainsi, les pouvoirs publics se sont engagés pour développer les conditions d'une stratégie commune et des modalités de mise en œuvre aux différents échelons territoriaux.

L'éducation pour la santé reste souvent le « *parent pauvre de la politique de santé* » [1], la priorité restant toujours donnée aux soins et à la réponse à l'urgence. Les évolutions institutionnelles importantes nécessitent de repenser le rôle de chacun et les règles du jeu, d'aider les acteurs à les comprendre et se les approprier.

L'état des lieux réalisé par l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (Inpes) en 2011 [2] a montré la réalité des actions d'éducation pour la santé, l'intérêt et la motivation des équipes soignantes et a précisé les fortes attentes d'appui méthodologique et de reconnaissance en termes de moyens humains et financiers.

La mise en place des agences régionales de santé (ARS) a entraîné des changements importants dans la gouvernance, celles-ci disposant d'une grande autonomie dans la détermination des cadres stratégiques et financiers. Ainsi, elles ont une grande latitude à déterminer leurs priorités et inscrire les publics et les thématiques dans leurs programmes et schémas financés dans le cadre du fonds d'intervention régional (FIR). Soutenir des actions en milieu carcéral suppose une reconnaissance, une structuration de l'offre associative et une articulation entre les acteurs.

Le rôle du niveau national s'est ainsi recentré sur l'impulsion et la mise à disposition de cadres méthodologiques

et d'outils. Parallèlement, les missions des conseillers d'insertion et de probation, qui étaient investis dans la conception et l'animation des actions en éducation pour la santé, ont été recentrées sur des fonctions de prévention de la récidive et de réinsertion, et les financements provenant de leurs services ont peu à peu diminué.

Les personnes détenues sont à ce jour assez peu associées aux actions dans ce domaine. Des expériences innovantes ont cependant été repérées et gagneraient à être mutualisées.

Enfin, un dialogue entre les professionnels de la santé et ceux de la justice doit s'établir pour agir sur les déterminants de santé qui relèvent de la responsabilité de la direction de l'administration pénitentiaire, comme les conditions d'hébergement, l'alimentation, le sommeil, etc.

Une implication des pouvoirs publics

La période récente a été marquée par une volonté politique forte du ministère chargé de la Santé, en lien avec celui de la Justice, pour améliorer la prise en charge sanitaire et l'état de santé des personnes sous main de justice. Cette politique est affirmée

à travers l'élaboration et la mise en œuvre du plan d'actions stratégiques 2010-2014 « Politique de santé pour les personnes placées sous main de justice » [3] coordonnant différents axes d'intervention

portés par les directions d'administration centrale du ministère chargé de la Santé et les agences sanitaires, en particulier l'Institut de veille sanitaire (InVS) et l'Inpes.

Ce plan constitue un cadre stratégique, affichant des priorités dont l'amélioration de la connaissance de l'état de santé, le développement de la promotion de la santé et des actions ciblées sur diverses grandes thématiques de santé publique très prévalentes comme les addictions, la santé mentale, le VIH et les hépatites...

Parallèlement, l'actualisation du guide méthodologique en 2012 [4] a permis de préciser les modalités concrètes pour réaliser notamment des programmes en éducation pour la santé.

Quelles perspectives en matière de promotion de la santé ?

Le premier enjeu dans le cadre de cette politique récente et des évolutions de gouvernance est de faire fonctionner l'interministérialité à tous les niveaux, national, régional et local, ce qui suppose de favoriser les échanges d'information, dans le respect des compétences et des logiques professionnelles. Ceci devrait permettre d'intervenir ensemble pour élaborer les programmes, les faire vivre et agir en amont sur l'environnement de la personne détenue.

Il s'agit aussi de mieux coordonner les interventions des professionnels des deux champs, ainsi que celles des partenaires externes qui contribuent aux actions.

Pour de réelles avancées dans ce domaine, la participation des personnes détenues à l'élaboration et l'animation des programmes les concernant doit être favorisée en réfléchissant aux conditions de la démocratie sanitaire dans ce secteur et en s'appuyant sur les expériences existantes.

L'implication forte de certaines ARS et directions hospitalières ont permis de trouver des solutions pour identifier des temps dédiés consacrés à l'activité d'éducation pour la santé, ce qui devrait alimenter les réflexions nationales pour faire évoluer les règles de financement.

Parallèlement, il est prévu d'avancer dans la construction d'un système de surveillance pour disposer de données pertinentes sur l'état de santé des personnes sous main de justice, afin de mieux adapter les stratégies aux besoins. ■

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- [1] Deschamps J.-P., Ferron C., Alla F., Douiller A. L'éducation pour la santé, parent pauvre de la politique de santé ? *Santé Publique*, 2013, n° 2 suppl. : p. 81-82. En ligne : <http://www.cairn.info/revue-sante-publique-2013-N°2-Suppl.-page-81.htm>
- [2] Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (Inpes). *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, juin 2012 : 89 p. En ligne : <http://www.inpes.sante.fr/30000/pdf/sante-penitentiaire.pdf>
- [3] *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
- [4] *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, novembre 2012 : 368 p. En ligne : <http://www.sante.gouv.fr/prise-en-charge-sanitaire-des-personnes-placees-sous-main-de-justice.html>

L'ESSENTIEL

► Les pouvoirs publics développent une politique de prévention et d'éducation pour la santé dans les établissements pénitentiaires.

► Le professeur Benoît Vallet, directeur général de la Santé, dresse l'état des lieux de cette politique.

1. Loi n° 94-43 du 18 janvier 1994 relative à la santé publique et à la protection sociale.
2. Article R.6112-20 du code de la santé publique.
3. Article 46 de la loi pénitentiaire du 24 novembre 2009.

Prison et éducation à la santé

Jean-Marie Delarue,
premier contrôleur général des lieux
de privation de liberté.

On a disputé longtemps la question de savoir si la prison était un lieu de soins. La réponse est, en toute rigueur, négative. Mais les établissements pénitentiaires sont sans conteste des lieux où des personnes sont soignées, au moins au titre d'une médecine ambulatoire (même si elle est exercée par des praticiens hospitaliers) et parfois davantage, au titre des soins psychiatriques, dans les services médico-psychologiques régionaux (SMPR) par exemple.

L'éducation à la santé ne pose pas de questions identiques. Elle est sans doute d'efficacité maximale lorsqu'elle a lieu sur les lieux mêmes de vie ou de travail de ceux auxquels elle est destinée. Elle requiert par ailleurs des acteurs très variés. Elle peut se passer, enfin, d'une infrastructure substantielle, si du moins des outils nécessaires ont été façonnés d'avance par des personnes compétentes.

Prison et population carcérale

Comment donc appliquer ces principes au milieu clos que constitue la prison ? On doit revenir brièvement sur les caractéristiques de celle-ci et des personnes détenues, qui déterminent les actions à entreprendre ; évoquer à grands traits ce qui se fait en la matière ; enfin suggérer quelques principes d'amélioration.

L'on sait que la population pénale, recrutée massivement parmi les catégories défavorisées ou très défavorisées

(ainsi 10 % des personnes détenues sont au-dehors « sans domicile fixe »), présente, pour divers motifs, une absence de familiarité avec le système de soins, antérieure à la vie carcérale. Certes, cette absence concerne des hommes jeunes (18 à 40 ans) qui constituent le gros des effectifs pénitentiaires et dont les besoins du système de soins sont moins étendus que d'autres. Mais, d'une part, l'absence de soins antérieure a pu générer de tels besoins ; le genre de vie mené avant la prison crée, de deuxième part, des difficultés (addictions, suites de coups, etc.) ; de troisième part, la population des personnes de plus de 60 ans est en rapide croissance dans les établissements pénitentiaires ; enfin, la santé est un sujet de préoccupation majeure en détention parce que, la parole étant bien peu prise en considération, le corps « parle » à sa place et que c'est là un motif pour penser à soi en prison.

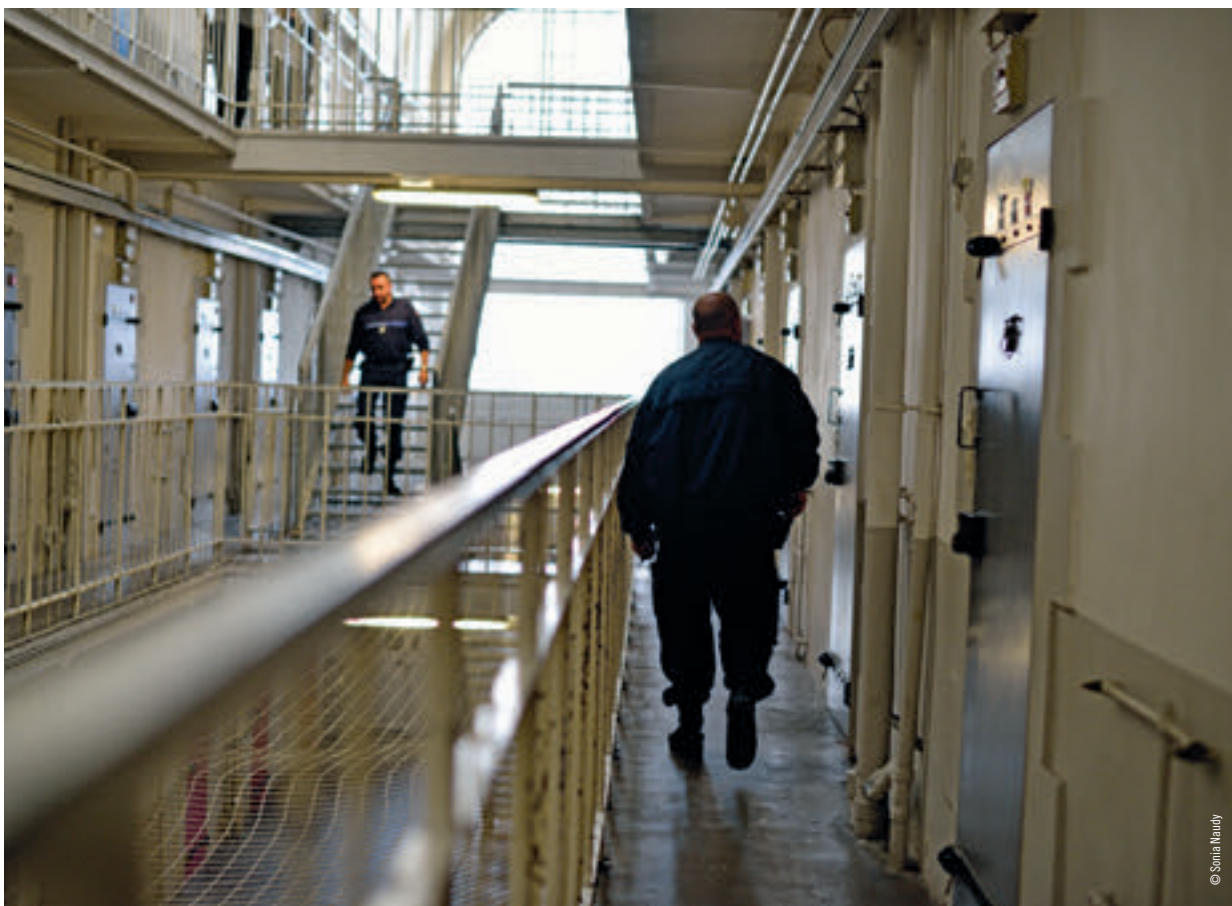
Au sein de celle-ci, la fameuse formule *mens sana in corpore sano* trouverait sans doute son exact opposé. Ici vivent des esprits troublés dans un cadre malsain.

Par esprits troublés, on ne veut pas évoquer seulement la maladie mentale, dont la prévalence est sensiblement plus élevée comme on sait « dedans » que « dehors » ; grossièrement, un quart des personnes détenues est atteint de pathologies mentales sérieuses. On veut aussi signifier qu'entre « l'envie de santé » telle qu'elle peut se manifester dans la vie habituelle et telle qu'elle se traduit en prison, existe un écart très important, comme entre toutes les préoccupations usuelles et celles qui habitent un détenu dont l'esprit est habité principalement par l'infraction commise, la condamnation à venir ou prononcée et la durée de la peine.

Éducation à la santé : une situation très contrastée

Les conditions de vie carcérale ne facilitent pas davantage l'éducation à la santé. Celle-ci d'abord n'est pas neutre. Comme toute chose en prison, elle est l'objet d'enjeux de toute nature. On l'a déjà indiqué par ailleurs : on ne comprend rien à la consommation de médicaments, par exemple, si l'on ignore que le moindre d'entre eux est une richesse, donc un objet de commerce. Ensuite, elle met à jour des conflits entre population carcérale et personnel pénitentiaire : la présence excessive de ce dernier dans les salles d'attente ou lors d'extractions hospitalières entraîne un nombre non négligeable de refus de soins. Enfin, les conditions quotidiennes d'hygiène constituent un discours autrement plus prégnant qu'une incitation bienveillante à pratiquer un bon équilibre de vie : comment en appeler à l'entretien du corps si l'état des douches et leur fréquence laissent grandement à désirer ?

Le courrier envoyé des prisons au contrôle général des lieux de privation de liberté reflète ces circonstances. Il est fait état, sur le premier élément, de soins entrepris avant la prison, par exemple, à la suite d'accidents d'automobile ou de « deux-roues » et qui n'ont pas de suite après l'incarcération : les difficultés d'accès aux spécialistes, mais aussi aux professions paramédicales, par exemple aux kinésithérapeutes, en sont la cause. Il est mentionné, sur les seconds, des délais d'attente importants, des remèdes quelque peu universels très généreusement dispensés mais des soins adaptés nettement plus chiches, des affections de longue durée mal prises en compte, des traitements



L'ESSENTIEL

▣ Jean-Marie Delarue a été contrôleur général des lieux de privation de liberté de juin 2008 à juin 2014.

▣ À ce titre, il s'est rendu dans la totalité des établissements pénitentiaires français (dont les départements d'outre-mer) où il a pu, pendant ces années, prendre acte de la réalité et entendre notamment les voix des personnes détenues.

▣ Il a accepté de témoigner de cette réalité et dresse le constat de la problématique sanitaire de l'enfermement, tout en proposant des stratégies d'action.

▣ D'une manière générale, la prison peut être un lieu dans lequel des affections inconnues du patient ou non soignées par lui, sont prises en charge.

externes incompatibles avec le rythme très imprévisible des extractions hospitalières. Comme les rapports du contrôle général l'ont établi, la santé reste le deuxième ou le troisième motif de préoccupation chez les personnes détenues qui lui écrivent.

C'est donc là un paysage très contrasté qu'on doit avoir présent à l'esprit si l'on veut penser efficacement à la santé.

Il y a d'abord une éducation à la santé qui résulte du régime carcéral lui-même. Le code de procédure pénale et le règlement intérieur « type » des établissements exigent l'hygiène, un régime alimentaire équilibré distribué trois fois par jour, l'interdiction de consommer des boissons alcoolisées, l'interdiction de fumer dans les parties collectives, « des conditions satisfaisantes d'hygiène et de salubrité » tant pour les locaux que pour « l'application des règles de propreté individuelle et la pratique des exercices physiques ». Ces derniers éléments sont détaillés par le régime des douches, la distribution d'une trousse de toilette et de produits de nettoyage des cellules périodiquement renouvelés, par l'accès à l'air libre (la cour de promenade) pour au moins une heure par jour.

Ces textes, qui ne dépareraient pas les professions de foi « hygiénistes » du XIX^e siècle, sont d'effet inégal. La composition des repas, par exemple, est différente suivant qu'elle est servie par un prestataire extérieur, soucieux de diététique et d'équilibre financier, ou qu'elle est conçue en interne par une équipe de détenus, généreux en

féculeux. Les premiers, jugés insuffisants et peu attrayants, sont peu consommés (voir la situation peu enviable des pieds d'immeuble de détention, encombrés de déchets) et remplacés s'il se peut par les achats de « cantine » extérieure. Autre exemple, la cigarette est le compagnon quasi-indispensable des situations d'enfermement ; comme l'observe un premier surveillant, si l'on a rarement vu en prison des personnes arrêter de fumer, on en a vu bien davantage commencer à consommer du tabac. Plus gravement, une étude récente conduite par le médecin de l'unité sanitaire d'un centre de détention sur ses patients a montré que non seulement la consommation de produits stupéfiants ne ralentissait pas, mais qu'elle augmentait durant le séjour des personnes détenues dans son établissement.

La seule mesure réellement efficace de la règle pénitentiaire est le sevrage de l'alcool. Certes, il circule de l'alcool en détention, introduit irrégulièrement. Mais en quantités faibles, réservées à des privilégiés. Pour la plupart, il s'agit d'un arrêt brutal, qui n'est ni préparé ni accompagné. Par conséquent, cette efficacité est limitée dans la durée. On

La mise en œuvre de l'éducation à la santé

Sans s'enfermer dans une définition trop rigide de celle-ci, esquissons quelques traits de l'éducation à la santé, telle qu'elle a été perçue dans les visites qu'a effectuées le contrôleur général des lieux de privation de liberté dans la totalité des établissements pénitentiaires de l'hexagone et de l'outre-mer.

le constate avec le régime de semi-liberté, où sont placées avec sortie dans la journée des personnes qui ont séjourné en détention, dont une des caractéristiques est un taux élevé de retours, le soir, de « pensionnaires » en état d'ivresse.

Le développement des bilans de santé

Un deuxième ensemble concerne les mesures confiées par la réglementation (code de procédure pénale) aux soignants de l'unité sanitaire de chaque établissement pénitentiaire. Elles consistent, en particulier lors de l'arrivée en détention dont les procédures ont été heureusement développées depuis une dizaine d'années, à établir avec chaque personne un bilan de son état de santé. Usuellement – mais pas toujours – des propositions de tests de dépistage sont faites (VIH, VHB, VHC, IST) et le dépistage de la tuberculose réalisé. Des procédures de substitution à la consommation de stupéfiants peuvent être mises en œuvre (10 % environ des effectifs d'un établissement en bénéficient). Une approche commune dont les modalités peuvent être problématiques, par l'administration pénitentiaire et par les soignants, de la prévention du suicide est organisée. De manière plus générale, la prison peut être un lieu dans lequel des affections inconnues du patient ou non soignées par lui sont prises en charge.

Là encore, les résultats peuvent être mis en échec par les pratiques en usage dans les établissements. D'une part, comme le notait la Cour des comptes dans un récent rapport, des études épidémiologiques restent à conduire. D'autre part, si des efforts sont incontestables, la vie carcérale peut se charger de les ruiner. Prévenir un suicide par les questionnaires d'arrivée (remplis par un agent pénitentiaire), par une surveillance accrue, par la mise en œuvre de cellules de protection d'urgence (CProU) est intéressant, mais si les conditions des rapports sociaux au sein de la prison, marquées de violence et de mépris (codétenus et personnel), demeurent inchangées, des causes n'en seront pas modifiées comme le montre avec évidence le courrier reçu au contrôle général des lieux de privation de liberté.

Actions inégalement réparties

Enfin, sont décidées des actions d'éducation à la santé, au sens étroit du terme, de manière volontaire, en sus des soins, par les personnels de l'unité sanitaire, singulièrement les soignants, qui mobilisent à cette fin des intervenants extérieurs dans le cadre des protocoles passés entre les établissements hospitaliers et les établissements pénitentiaires.

Elles sont très inégalement réparties selon ces derniers. Dans beaucoup d'entre eux, en effet, le temps et l'organisation matérielle ne permettent pas ces actions. S'agissant du temps, il s'agit non seulement du temps des soignants, dont le nombre ne permet pas d'assurer les tâches nécessaires ; mais aussi du temps des personnes détenues. On doit se rappeler que la durée moyenne d'emprisonnement aujourd'hui en France (telle qu'on peut, du moins, l'approcher) est d'à peine plus de onze mois. Dans les maisons d'arrêt, en particulier, la rotation des effectifs de détenus est importante : il est difficile, dans ces conditions, de développer des actions éducatives dans des conditions satisfaisantes. S'agissant de

« IL NE FAIT AUCUN DOUTE QUE LA "POPULATION PÉNITENTIAIRE" DOIT REPRÉSENTER UNE DES CATÉGORIES PRIVILÉGIÉES DE L'ÉDUCATION SANITAIRE. »

l'organisation matérielle, trois facteurs doivent être mentionnés : les installations de l'unité sanitaire, la capacité des personnes détenues à y accéder (elles dépendent en cela du bon vouloir des personnels pénitentiaires), l'existence et la mobilisation possible d'intervenants extérieurs. S'ajoutent à ces données, naturellement, la disponibilité des crédits. On peut regretter sur ce point, par exemple, que trop souvent les *patches* utilisés contre l'usage du tabac demeurent à la charge financière des personnes détenues.

Prévention des addictions

Les formes d'éducation à la santé sont multiformes et dépendent des objectifs poursuivis. Sont mobilisés en particulier les Csapa (centres de soins d'accompagnement et de prévention en addictologie en ambulatoire), des psychologues (en particulier en animation de groupes de parole, exercice dans lequel s'est également lancé le service pénitentiaire d'insertion et de probation pour d'autres motifs), des associations (tels les *Alcooliques anonymes*, dont la première intervention date de 1971 à la maison d'arrêt de Rouen) : la prévention des addictions est, autant que le contrôle général a pu en juger, le premier objet de l'éducation à la santé. D'autres peuvent exister, sur les IST, sur la consommation alimentaire, etc. L'éducation peut aller de l'affiche placardée dans les locaux sanitaires, en général largement pourvus sur ce point, à l'inscription régulière, pendant plusieurs mois, d'une même personne à un groupe d'expression. Il ne fait aucun doute cependant que la première forme – passive, exigeant peu de temps – l'emporte largement sur les autres.

Il faut aussi noter cette forme particulière d'éducation à la santé qu'exprime la présence, dans les locaux sanitaires, de distributeurs de préservatifs masculins. Aux personnes qui s'interrogeraient sur cette présence dans un milieu exclusivement masculin (comme le faisait d'ailleurs, de manière caustique et critique, une personne détenue devant l'auteur de ces lignes), il suffit de rappeler l'existence d'une sexualité en détention, dont la forme la plus banale est celle de rapports dissimulés – et, en principe, réprimés – durant les parloirs. Pour justifiée qu'elle soit, l'existence de cette distribution ne s'accompagne guère, semble-t-il, d'éléments éducatifs plus développés. Il arrive même que cette distribution soit mal assurée (distributeurs vides).

Quelques principes d'action

Il ne fait aucun doute que la « population pénitentiaire » (au sens le plus immédiat du terme puisque personne n'a vocation à en faire partie) doit représenter une des catégories privilégiées de l'éducation sanitaire.



Non seulement, comme il a été dit (et répété) parce que ceux qui en relèvent appartiennent aux catégories de la population à la fois les plus sujettes à des difficultés sanitaires mais aussi à un accès difficile aux soins, de leur fait ou en raison des lacunes de la couverture sociale. À cet égard, les constats de l'état sanitaire de cette population n'ont pas de raison de différer de ceux qui ont été faits sur les habitants des quartiers les plus défavorisés par exemple. Quelques actions simples et persévérantes sont donc susceptibles d'avoir des effets sensibles. Mais aussi parce que la population des prisons est à la disposition de l'autorité sanitaire de 7 heures du matin à 17 h 30 le soir (heures du service de « jour ») ; que sa situation est le plus souvent oisive et qu'elle est le plus souvent avide d'occupation ; qu'elle est sans doute plus réceptive à des messages de « meilleure vie » que dans la vie ordinaire.

L'organisation des unités sanitaires et leurs moyens doivent donc être conçus en conséquence, notamment par le moyen des « protocoles » dont le code de la santé publique impose la signature entre chaque établissement hospitalier chargé des soins et la prison et, au niveau national, dans les plans relatifs à la santé en prison périodiquement arrêtés par les directions compétentes du ministère chargé de la Santé (en particulier la direction générale de l'Offre de soins) et la direction de l'Administration pénitentiaire.

S'adapter aux personnes

Cette conception ne saurait omettre d'associer des partenaires extérieurs indispensables à la réalisation d'une éducation sanitaire efficace. Outre ceux qui sont déjà identifiés depuis longtemps en la matière, on doit penser en particulier au concessionnaire privé chargé par l'administration pénitentiaire, dans la plupart des prisons désormais, d'assurer les prestations matérielles nécessaires à l'existence quotidienne des personnes détenues (alimentation, hygiène, nettoyage) ; et aussi aux familles qui constituent le lien quasi-exclusif que beaucoup de prisonniers conservent avec l'extérieur.

L'éducation à la santé doit s'adapter aux personnes dont elle est l'objet. Une des difficultés du soin en détention provient de cette attitude qu'ont les soignants de regarder les personnes détenues comme « *des patients comme les autres* ». Si ce regard a des aspects indispensables, en particulier en ce qu'il contribue à faire disparaître de la personne tout ce qu'elle véhicule avec elle de la détention (et d'abord son passé de délinquant), il ne doit pas conduire à effacer les obstacles que cette détention interpose entre le prisonnier et le soin, en particulier les atteintes somatiques ou psychologiques que provoquent la condition de détenu, les risques d'atteinte à la confidentialité et au secret, et les difficultés d'accès aux soins qui ne dépendent nullement du patient. Au contraire, il doit être pris conscience que le soignant ou le médecin représente en détention beaucoup plus que ce qu'il représente

« dehors », si du moins il sait capter une confiance souvent mise à mal en prison. À cet égard, on conçoit mal que des fonctions, même sanitaires ou d'éducation sanitaire, en détention puissent se dispenser de formation préalable au bénéfice de ceux qui doivent les exercer.

Favoriser l'innovation

Dans l'adaptation requise, on doit prendre garde à ce que l'éducation recherchée s'adresse à tous. On ne saurait oublier sur ce plan que, d'une part, le taux de ceux qui ont de graves difficultés avec la lecture et l'écriture est de l'ordre de 15 % à l'entrée en détention et que, d'autre part, la proportion d'étrangers détenus est trois fois plus élevée que celle des étrangers dans la population générale (18 %), ces deux populations pouvant naturellement se recouper tout en étant loin de se confondre. Loin de constituer un obstacle supplémentaire à l'éducation sanitaire, ces caractères doivent favoriser l'innovation, en particulier dans l'expression. Des accords devraient être passés avec l'administration pénitentiaire pour l'utilisation, là où il existe, à des fins sanitaires, du canal vidéo interne de l'établissement de détention ; pour la remise, lors des procédures d'arrivée, de livrets proprement sanitaires ; pour une association plus étroite entre pratique sportive et précautions de santé...

« Repenser » les interventions de santé

La santé est un enjeu de taille en prison. Les professionnels le savent bien. Mais le temps de la détention doit aussi être une projection vers l'avenir. Ce qui vaut pour la réinsertion sociale et professionnelle de la personne détenue vaut aussi sur le plan sanitaire. Par sa présence au cœur même de la prison, en dépit des difficultés et des urgences quotidiennes, l'unité sanitaire doit être à même de penser le long terme, d'assurer le futur, de nouer les liens entre dispositif du « dedans » et système de soins du « dehors », de contribuer à améliorer durablement la vie de chacun. C'est en ces termes que des objectifs et des réalisations dans le domaine de l'éducation sanitaire doivent être pensés avec les responsables de terrain, fixés et mis en œuvre. ■

Éléments de vie quotidienne en détention

Khadoudja Chemlal,

Praticien hospitalier, chargée d'expertise scientifique en promotion de la santé, direction de l'Animation des territoires et des réseaux, Inpes.

Les conditions de vie en détention dépendent d'un certain nombre de paramètres. Ces paramètres sont individuels comme l'âge, le sexe, l'état de santé physique et psychique, le statut pénal de la personne incarcérée¹, mais également sociaux : préservation des liens familiaux, niveau de ressources financières, niveau d'éducation.

Le type d'établissement pénitentiaire dans lequel la personne est incarcérée – maison d'arrêt, centre pénitentiaire, centre de détention (voir glossaire en encadré p. 19) – et ses règles de fonctionnement influent également

sur les conditions de vie. En effet, chaque établissement possède un règlement intérieur dans lequel est précisée l'organisation pratique de la vie de l'établissement (horaires, prestations, etc.).

Des conditions de vie particulièrement difficiles dans certains établissements ont été condamnées par la Cour européenne des droits de l'homme. La surpopulation de certains établissements – essentiellement les maisons d'arrêt – est un facteur qui peut influencer négativement les conditions de vie, mais les alternatives à l'incarcération dont certaines sont récentes pourraient permettre d'améliorer la situation.

Le déroulement de la journée en détention

Pour les personnes détenues majeures, une journée de détention s'organise autour d'un emploi du temps

précis qui comprend le contrôle de présence, la distribution des repas et des médicaments, et les différents déplacements dans la détention (parloirs famille et avocat, promenades, activités, travail, soins, etc.). Si certains horaires sont fixes, comme les parloirs par exemple, le contenu de la journée peut être très différent d'une personne détenue à une autre : aux mêmes heures, certaines restent en cellule, d'autres participent aux activités de l'établissement, d'autres encore travaillent ou sont en promenade dans les cours de la détention.

Dans les « établissements pour peine » (maison centrale ou centre de détention), où sont affectées les personnes détenues ayant été jugées qui purgent une peine et pour lesquelles la durée de détention est plus longue qu'en maison d'arrêt par exemple, l'administration peut autoriser un régime de portes ouvertes², donnant



QUELQUES CHIFFRES CLÉS (AU 1^{ER} JANVIER 2014)

- ▶ 68 295 personnes écrouées détenues
- ▶ 174 108 personnes suivies par les services pénitentiaires d'insertion et de probation en milieu ouvert (mesures alternatives à l'incarcération ou aménagements de peine)
- ▶ 36 000 agents assurent le fonctionnement du service public pénitentiaire 24 h/24
- ▶ 190 établissements pénitentiaires



ainsi 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.

La vie au quotidien

En fonction des établissements ou du profil de la personne (prévenue, condamnée, mesures sécuritaires particulières), une partie de la journée est

rythmée par des activités liées au travail, à l'enseignement, à la formation professionnelle, au sport ou à la culture. Cependant, la surpopulation, plus ou moins importante en fonction de l'établissement, ne permet pas toujours que les personnes puissent en bénéficier de manière régulière.

Les personnes détenues qui en ont les moyens peuvent acheter par le dispositif de la « cantine »³

des fournitures courantes (produits d'hygiène, boissons non alcoolisées, friandises, conserves, papier à lettres, livres, 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. C'est le cas pour l'électroménager, appareil radio, matériel hi-fi

ou le matériel informatique. Néanmoins, cette cantine exceptionnelle nécessite l'autorisation du directeur de l'établissement et doit présenter un caractère d'utilité.

Le matériel informatique doit être agréé par l'administration pénitentiaire qui appose des scellés afin que son usage ne puisse pas être détourné. Les connexions internet, les périphériques de stockage et les téléphones portables sont interdits en cellule. Dans les établissements qui possèdent des salles équipées d'informatique dans un but pédagogique, les connexions internet sont possibles sous contrôle de l'encadrant.

Aucun argent ne circule en détention : toutes les dépenses sont réglées par débit du compte nominatif de la personne détenue, ouvert par le service comptable de l'établissement à son arrivée. Ce compte peut être crédité de salaires, allocations, pensions ou versements de particuliers notamment de la famille. Une partie des sommes que possède la personne est réservée aux remboursements des dommages des victimes et une partie est épargnée sur un compte bloqué jusqu'à la libération (dit pécule de libération). Les personnes reconnues comme étant sans ressources suffisantes peuvent se voir attribuer une aide financière par le chef d'établissement en se fondant sur l'avis de la commission pluridisciplinaire unique (CPU)⁴.

L'accès au téléphone est possible par l'intermédiaire de cabines téléphoniques présentes dans les bâtiments de détention. Pour les personnes prévenues, les numéros appelés doivent

être autorisés par l'autorité judiciaire et les appels font l'objet d'une surveillance de l'administration pénitentiaire, sauf en ce qui concerne certains correspondants comme par exemple le Défenseur des droits, les avocats, le Contrôleur général des lieux de privation de liberté et les numéros gratuits de téléphonie sociale et de santé (Sida info service, etc.). De la même manière, les courriers sont contrôlés par l'administration, sauf pour les destinataires cités ci-dessus ainsi que les courriers adressés aux aumôniers, à certaines autorités administratives et judiciaires (travailleurs sociaux, magistrats).

Il n'y a pas d'interdiction de fumer en cellule, celle-ci étant considérée comme un lieu privatif. Des cellules individuelles sont attribuées aux personnes non fumeuses qui en font la demande⁵ mais la surpopulation ne permet pas toujours d'accéder aux demandes (c'est le cas notamment en maison d'arrêt). Le ménage à l'intérieur des cellules incombe aux occupants. Un kit d'entretien de la cellule est attribué lors de l'arrivée, puis mensuellement à l'ensemble des personnes détenues, quelle que soit leur condition de ressources. Le ménage extérieur est confié soit à des personnes détenues « classées au travail » c'est-à-dire exerçant une activité rémunérée, soit confié à un prestataire extérieur.

Les repas sont confectionnés le plus souvent au sein de l'établissement et obéissent à des règles strictes d'hygiène et d'équilibre nutritionnel. Ils sont distribués dans les cellules par des personnes détenues classées au travail. Cependant, de nombreuses personnes préparent elles-mêmes leur repas *via* l'achat des produits en cantine qui sont cuisinés en cellule. Dans certains établissements, notamment ceux accueillant les personnes purgeant une longue peine, les repas peuvent être pris en commun.

Les visites

Les visites des proches et personnes autorisées se font *via* le système des parloirs dont la fréquence varie en fonction du statut pénal (trois parloirs par semaine pour les personnes prévenues et un pour les personnes condamnées). Les permis de visite sont accordés par le juge ou le chef d'établissement, selon le statut pénal de l'intéressé.

L'ESSENTIEL

- ▶ Règles de vie, contrôle de présence, repas, accès aux parloirs, travail, sport, éducation sont autant de variables qui régissent la vie en détention.
- ▶ Au règlement intérieur des établissements s'ajoutent des textes réglementaires et des dispositions spécifiques pour les mineurs.
- ▶ Les conditions de vie dont la surpopulation dans certains établissements, doivent encore être améliorées pour permettre un accès effectif aux dispositifs existants.

Le maintien des liens familiaux est un élément extrêmement important dans la vie d'une personne détenue. Plusieurs dispositifs sont mis en place dont :

- *les unités de vie familiale*

Les unités de vie familiale (UVF) sont des appartements meublés, de deux ou trois pièces, situés dans l'enceinte pénitentiaire, à l'extérieur de l'espace de détention, et conçus pour y mener une vie autonome. La durée de la visite en UVF est progressive et varie de six à soixante-douze heures. Au 1^{er} septembre 2013, soixante-quatorze UVF étaient en fonctionnement dans vingt-deux sites ;

- *les parloirs familiaux*

Ce sont des salons fermés à clé par l'administration où la personne détenue et sa famille peuvent se réunir, 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 six heures, en journée. Trente-trois parloirs familiaux équipent neuf établissements.

« LE MAINTIEN DES LIENS FAMILIAUX EST UN ÉLÉMENT EXTRÊMEMENT IMPORTANT DANS LA VIE D'UNE PERSONNE DÉTENUÉ. »

Les activités culturelles et sportives

Chaque établissement possède une bibliothèque dont le fonctionnement est régi par le règlement intérieur (horaires, gestion, modalités d'emprunts, etc.). Celle-ci est animée par des auxiliaires bibliothécaires détenus qui en assurent la gestion quotidienne, en collaboration, dans deux tiers des cas, avec les bibliothèques publiques municipales. Il est possible d'échanger et prêter ses livres personnels avec les autres personnes détenues, d'en acheter ou de se faire apporter des livres par l'intermédiaire des parloirs. Ceux-ci sont alors vérifiés par l'administration.

La pratique sportive est un élément important de la vie en détention. C'est l'activité pour laquelle la demande est la plus forte, raison pour laquelle toutes les demandes ne peuvent être satisfaites. Certains établissements s'assurent le concours d'intervenants extérieurs diplômés pour compléter l'offre d'activités ainsi que de fédérations sportives. Les activités physiques sont le plus souvent encadrées par des surveillants moniteurs de sport (*voir entretien avec A. Weill dans ce dossier*).

Le travail et la formation

Une personne détenue peut travailler pour un atelier de production (concession), au service de l'emploi pénitentiaire ou au service général. Dans ce dernier cas, elle participe à l'entretien de l'établissement, à sa maintenance ou à la préparation des repas. La législation relative au droit du travail ne s'applique pas de la même manière qu'en milieu libre, et les rémunérations y sont plus faibles⁶. Les conditions de travail (horaires, mode de rémunération, règles de sécurité, etc.) sont précisées dans le règlement intérieur de l'établissement. Les domaines d'activités comprennent entre autres la confection, menuiserie-boissellerie, mécanique, imprimerie, informatique, travail à façon, exploitation agricole, etc.

L'enseignement est assuré dans les établissements pénitentiaires avec une priorité donnée aux actions envers les mineurs et les adultes sans qualification notamment les personnes illettrées et/ou non francophones. Toutes les demandes ne peuvent être satisfaites et les personnes sont mises sur liste d'attente. Les personnes illettrées font l'objet d'un repérage systématique ; selon les informations recueillies en 2012 dans tous les établissements pénitentiaires auprès de 52 004 personnes, 1,5 % n'a jamais été scolarisé, 4,7 % ne parlent pas le français, 5,1 % le parlent de manière rudimentaire et plus de 45 % sont sans diplôme. L'enseignement est dispensé par des professionnels de l'Éducation nationale. L'enseignement par correspondance est possible. Des formations professionnelles – dont certaines sont rémunérées – sont également proposées pour les personnes condamnées dans certains établissements.

GLOSSAIRE DES ÉTABLISSEMENTS PÉNITENTIAIRES

Maison d'arrêt

Établissement pénitentiaire qui reçoit les personnes prévenues, les personnes condamnées dont la durée de peine restant à purger est inférieure à deux ans 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, quartier de semi-liberté...

Centre de détention

Établissement pénitentiaire accueillant les personnes majeures condamnées présentant les meilleures perspectives de réinsertion. Leur régime de détention est orienté principalement vers la resocialisation des personnes détenues.

Maison centrale

Établissement pénitentiaire qui reçoit les personnes condamnées à une plus longue peine ou présentant des risques en termes de gestion de la détention. Leur régime de détention est essentiellement axé sur la sécurité.

Centre de semi-liberté

Établissement qui accueille des personnes condamnées admises au régime de semi-liberté ou de placement à l'extérieur.

Établissement pénitentiaire pour mineurs

Établissement qui accueille les jeunes de 13 à 18 ans.

Spécificités chez les mineurs détenus

La détention des mineurs répond à une double spécificité (par dérogation aux règles de détention des majeurs) :

- 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 établissement pénitentiaire pour mineurs (EPM) ;



● la prise en charge des personnes détenues mineures est pluridisciplinaire : professionnels de l'administration pénitentiaire, de la protection judiciaire de la jeunesse, de l'Éducation nationale et de la santé.

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.

L'enseignement est l'axe structurant de la prise en charge du mineur et la participation à celui-ci est obligatoire pour les moins de 16 ans. Quand il n'est pas soumis à l'obligation scolaire, le mineur est tenu de suivre une activité éducative. 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 code de procédure pénale qui stipule que « l'enseignement ou la formation constitue la part la plus importante de l'emploi du temps du mineur

incarcéré ». Les activités d'enseignement et de formation sont mises en œuvre par les services de l'Éducation nationale.

Le sport constitue une des activités incontournables de l'emploi du temps des mineurs. Ces activités sont assurées par des surveillants moniteurs de sport. Des intervenants extérieurs des fédérations sportives partenaires peuvent contribuer à l'animation et à l'encadrement des séances sportives.

En conclusion, la vie en détention s'appuie sur un socle réglementaire autour duquel viennent s'articuler de nombreuses variables individuelles et environnementales expliquant la diversité des situations rencontrées sur le terrain. ■

1. Le statut pénal d'une personne peut se définir comme sa situation vis-à-vis de l'autorité judiciaire, par exemple : personne prévenue (non encore jugée), personne condamnée (déjà jugée), personne mise en examen, etc.

2. Les portes des cellules sont ouvertes toute la journée et la circulation des personnes au sein de la détention ne nécessite pas d'accompagnement par les personnels de surveillance.

3. La cantine est la « boutique » de l'établissement pénitentiaire où il est possible d'acheter, des objets, des aliments ou des prestations de service (location de réfrigérateur et de téléviseur, etc.). Les cantines courantes se font via des bons de commande. Après un certain délai (généralement d'une semaine), les produits commandés sont délivrés. Les achats de matériels se font via des « cantines exceptionnelles » sur des catalogues de vente par correspondance.

4. La CPU est présidée par le chef d'établissement et regroupe les différents acteurs de la prise en charge des personnes détenues : surveillants, personnels d'insertion et de probation, officiers, enseignants, psychologues, soignants, bénévoles d'associations, etc. La composition de la CPU varie en fonction de sa thématique. Elle émet un

avis sur la situation des arrivants, les demandes de classement au travail/à la formation professionnelle/aux activités, l'attribution d'une aide aux personnes sans ressources suffisantes, le suivi du parcours d'exécution de peine, la prévention du suicide.

5. En centre de détention, l'encellulement individuel est la règle.

6. Le niveau de rémunération est variable en fonction du type de travail effectué. Une revue très complète est disponible dans le *Rapport d'activité 2011 du Contrôleur général des lieux de privation de liberté*. Chapitre 4. Travail en détention : revue de la rémunération des travailleurs incarcérés. Paris : Dalloz, 2012 : p. 141-199. En ligne : http://www.cglpl.fr/wp-content/uploads/2012/02/CGLPL_rapport-2011_texte.pdf

Pour en savoir plus

● Circulaire interministérielle DGOS/DSR/DGS/DGCS/DSS/DAP/DPJJ/ 2012/373 du 30 octobre 2012 relative à la publication du guide méthodologique sur la prise en charge sanitaire des personnes placées sous main de justice. En ligne : http://circulaire.legifrance.gouv.fr/pdf/2012/11/cir_36019.pdf

● Direction de l'administration pénitentiaire (DAP). *Je suis en détention. Le guide du détenu arrivant*. Paris : ministère de la Justice et des Libertés, 2012 (6^e éd.) : 68 p. En ligne : http://www.justice.gouv.fr/art_pix/je_suis_en_detention_avril2012.pdf

● Observatoire international des prisons (OIP). *Le Guide du prisonnier*. Paris : La Découverte, coll. Guides, 2012 : 576 p.

● Direction de l'administration pénitentiaire (DAP). *Les chiffres clés de l'administration pénitentiaire au 1^{er} Janvier 2013*. Paris : ministère de la Justice, 2013 : 16 p. En ligne : http://www.justice.gouv.fr/art_pix/Chiffres_cles_2013_opt.pdf

● Chemlal K., Echard-Bezault P., Deutsch P. dir. *Promotion de la santé en milieu pénitentiaire. Référentiel d'intervention*. Saint-Denis : Inpes, coll. La Santé en action, 2014 : 228 p. En ligne : <http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1545.pdf>

● Rapports d'activité du Contrôleur général des lieux de privation de liberté. En ligne : www.cglpl.fr

● Vie en détention des mineurs : Circulaire du 24 mai 2013 relative au régime de détention des mineurs. En ligne : http://www.textes.justice.gouv.fr/art_pix/JUSK1340024C.pdf

La santé en milieu carcéral : point de vue de l'administration pénitentiaire

Isabelle Gorce,
directrice de l'administration
pénitentiaire.

Vingt ans après la publication de la loi 94-43 du 18 janvier 1994 relative à la santé publique et à la protection sociale qui a confié au service public hospitalier la responsabilité des examens de diagnostic et des soins dispensés aux personnes détenues, la prise en charge sanitaire de cette population, tant sur le plan somatique que psychiatrique, a progressé de façon remarquable.

L'offre de soins en milieu carcéral s'est accompagnée, ces dernières années, de la mise en service d'unités hospitalières sécurisées interrégionales (Uhsi) dans le domaine somatique et, plus récemment, d'unités hospitalières spécialement aménagées (Uhsa) pour le traitement des troubles mentaux, qui proposent des conditions d'hébergement identiques au milieu libre. Aujourd'hui, 8 Uhsi offrant 182 lits et 7 Uhsa proposant 340 lits en hospitalisation complète sont en fonctionnement.

Le rôle des personnels soignants et pénitentiaires

Le transfert de la prise en charge sanitaire des personnes détenues au service public hospitalier n'a pas été sans conséquences sur le positionnement et les missions du service public pénitentiaire. Les missions traditionnelles d'observation et de garde des personnels de surveillance se sont diversifiées du fait de leur présence au sein des Uhsi et Uhsa et de la mul-

tiplication des extractions médicales. En parallèle, la création des services pénitentiaires d'insertion et de probation (Spip) a permis qu'ils deviennent les partenaires privilégiés des unités sanitaires qui, seules ou en coordination avec les associations intervenant en détention, les établissements et les enseignants, mettent en œuvre la promotion de la santé en milieu carcéral. Les Spip participent ainsi à la définition des stratégies d'éducation et de promotion de la santé, conformément à leur mission de réinsertion des personnes sous main de justice.

Le partenariat privilégié entre les professionnels du soin et les personnels pénitentiaires permet d'organiser et de « faire fonctionner » la prise en charge sanitaire quotidienne, adaptée et individualisée des personnes détenues. Il s'est construit progressivement, au moyen de conventions déclinées au niveau local et dont l'objet était de faire en sorte que, chacun dans son domaine de compétence, apporte les réponses aux besoins des personnes détenues.

Une prise en charge cadrée par les textes

Afin de conforter la pertinence et la logique du tournant incontestable réalisé en 1994, d'autres textes ont soutenu et poursuivi les objectifs fixés par la loi.

Adoptées en janvier 2006, les règles pénitentiaires européennes ont constitué, dès 2008, une charte d'action et un vecteur central de modernisation du service public pénitentiaire. La direction de l'administration pénitentiaire s'est investie durablement dans la mise en œuvre de ces normes européennes

L'ESSENTIEL

- Depuis 1994, la santé des personnes détenues a été confiée au service public hospitalier.
- Les personnels pénitentiaires ont établi des liens de partenariat avec l'ensemble des intervenants en détention et en particulier les professionnels de santé.
- Malgré des progrès indéniables, il reste des marges de progression qui nécessitent une mobilisation soutenue de l'ensemble des intervenants.

avec, notamment, la labellisation des procédures d'accueil des arrivants dans les établissements. L'accueil en détention est en effet un moment majeur d'observation et de prévention des risques. Il permet d'abord de réduire le choc de l'incarcération ; il favorise ensuite la mise en place d'une réelle prise en charge pluridisciplinaire des personnes détenues, garantie d'un suivi individuel adapté au profil de chacun d'entre eux.

De son côté, la loi n° 2009-1436 du 24 novembre 2009 a confirmé la place du service public hospitalier au sein des prisons. Le texte conforte les droits des personnes détenues dans le domaine de la santé publique et garantit la qualité et la continuité d'une prise en charge, comme en milieu libre.

« Une mobilisation nécessaire »

Ces progrès indéniables tant sur le plan des principes que sur le terrain ne doivent cependant pas masquer qu'il existe encore des marges de pro-



gression et qu'une mobilisation constante et élevée de l'ensemble des acteurs reste la clé du succès de ce partenariat original :

- la meilleure connaissance des missions mutuelles, la reconnaissance du travail de chacun et la confiance sont au cœur des relations entre personnels soignants et pénitentiaires. La concrétisation de projets communs doit donc être recherchée et priorisée, notamment dans le domaine de la promotion de la santé. Les formations continues pluridisciplinaires doivent également être promues au niveau local, afin de mieux fédérer les équipes ;
- l'accès à une protection sociale pour l'ensemble des personnes sous main de justice doit encore être amélioré ;
- la transmission d'informations, dans le respect du secret médical, ne reçoit pas encore l'assentiment de tous. Le partage d'informations est certes complexe mais il doit être rendu effectif dans tous les établissements pénitentiaires, dans l'intérêt des personnes détenues. Ce partage a pour objectif de préserver la santé et la sécurité des personnes détenues mais également la sécurité de l'ensemble des acteurs qui interviennent en milieu carcéral, qu'ils relèvent ou non de l'administration pénitentiaire ;

- la prise en charge sanitaire des pathologies mentales constitue un enjeu majeur. L'offre de soins psychiatriques, malgré les efforts de recrutement, est encore insuffisante, notamment au sein des maisons centrales où des personnes détenues, condamnées à de longues peines, ont besoin d'une prise en charge spécifique. La mise en place d'un parcours de soins en santé mentale, décliné en trois niveaux, devra permettre de proposer une offre de soins diversifiée et d'apporter une réponse plus individualisée.

- les données populationnelles sont parcellaires et trop anciennes, il convient que de nouvelles études puissent être engagées afin d'objectiver les problèmes rencontrés par les publics détenus et de fournir les bases à la définition d'une politique de santé publique en leur direction.

- enfin, compte tenu de ses caractéristiques socio-sanitaires et du poids de l'institution carcérale, la population pénale reste très exposée au risque suicidaire. Les progrès significatifs enregistrés ces dernières années dans la prévention du suicide démontrent que l'implication de tous et une approche conjointe au sein des établissements pénitentiaires sont un gage d'efficacité en ce domaine.

Au total, vingt ans après la loi de 1994, on ne peut que se réjouir et se féliciter que la France ait fait ce choix courageux de confier au secteur hospitalier, et à lui seul, la santé en milieu pénitentiaire. Même s'il reste des progrès à accomplir, la collaboration quotidienne, l'engagement des personnes, le respect des compétences mutuelles et la confiance sont aujourd'hui globalement acquis au sein des établissements pénitentiaires. ■

Regard d'ethnologue sur la santé des détenus

Pierre-Jacques Dusseau,
psychologue et ethnologue,
docteur en ethnologie.

Vingt-cinq ans séparent ma première entrée en prison à la maison d'arrêt de Gradignan en Gironde, lieu d'initiation à ma formation d'ethnologue, et l'année 2008, où j'accède à un poste de psychologue à l'unité de consultation et de soins ambulatoires (Ucsa)¹ du centre de détention de Mauzac, en Dordogne. L'établissement accueille trois cents détenus environ, souvent âgés, et principalement des auteurs d'infractions à caractère sexuel (AICS). Il a été inauguré en 1986 par Robert Badinter qui a voulu en faire un modèle d'autonomie pour les détenus.

Pour la sortie de son livre « *La pensée sauvage* », Claude Lévi-Strauss adressa à l'un de ses amis qui travaillait en prison cette dédicace : « *En me demandant si des fleurs sauvages poussent entre les pavés des prisons* ». Depuis que j'ai pris connaissance de cette dédicace, je tente de répondre à cette question, recueillant les pratiques culturelles, en particulier ce qu'invente l'homme lorsqu'il est contraint dans son environnement et qui permet de résoudre les problèmes de l'existence en prison. Je me suis également rallié à cette anthropologie « *éclairante et cicatrisante* » dont parle Jean Lacouture à propos du travail de Germaine Tillon², cette anthropologie qui permet de réguler les rapports sociaux, de comprendre les codes culturels, de réparer les blessures du temps.

Revenir sur le terrain de la santé en prison

Lorsque je suis revenu exercer en prison, j'ai été frappé par le durcissement dans les rapports humains et ce, malgré les avancées concernant le confort matériel des détenus. Pourtant, de retour dans un centre de détention où les règles sont censées être moins strictes qu'en maison d'arrêt, j'ai constaté qu'avec les développements de la technologie et des procédures, les murs de la prison s'étaient en quelques années encore élevés. La densité carcérale et l'augmentation de détenus malades sur le plan physique et psychiatrique complètent ce tableau.

Depuis la création des Ucsa en 1994, l'offre de soin à destination des détenus couvre la partie somatique et psychiatrique. Ces unités de soins regroupent par voie de convention des soignants, médecins, psychiatre, psychologues, dentistes, appartenant à deux institutions hospitalières différentes³. Ces services diffèrent d'un service hospitalier classique car la patientèle y est captive et en demande permanente.

Les conditions matérielles des soignants en prison sont rudimentaires. Depuis deux ans, l'administration pénitentiaire a réalisé une extension des locaux : auparavant, il n'y avait qu'un bureau d'entretien pour les quatre psychologues et le psychiatre. Désormais, pas de bureau attitré ou personnalisé mais un espace qui s'apparente davantage à un box ou un parloir de 6 m², où la lumière du jour ne filtre que grâce au puits de jour central sécurisé par des barreaux. Seul un gros bouton d'alarme orne les murs froids. La salle d'attente est longue et étroite,

L'ESSENTIEL

- **Ethnologue, psychologue en milieu pénitentiaire, Pierre-Jacques Dusseau apporte son regard sur la façon dont les détenus appréhendent leur santé.**
- **Il décrit ce qu'attendent les détenus, leurs angoisses. Il analyse ses conditions d'exercice professionnel et les difficultés rencontrées sur le terrain.**

sans aération. Pourtant, ces nouveaux locaux sont la fierté de l'administration et il ne viendrait à l'idée de quiconque d'en faire la critique, vu les conditions matérielles antérieures.

La journée du psychologue est rythmée par les conditions inhérentes à la détention, en particulier les temps d'attente nécessaires pour que les détenus puissent rejoindre l'espace de consultation. En d'autres termes, le temps carcéral prime sur le temps du soin. Une dizaine de consultations quotidiennes sont réalisées par les psychologues au cours desquelles l'horreur, la souffrance ne sont jamais très loin. Il y a aussi les collègues, une salle des transmissions surchargée et surtout l'enfermement en permanence. L'accès ou le départ du service exige les franchissements de plusieurs portes sous contrôle de la détention. Malgré cela la motivation est présente car le travail clinique est passionnant, usant et riche à la fois.

La santé : condition des retrouvailles

Dans l'univers carcéral, « *la santé* » est avant tout le nom d'une prison parisienne. Pour les détenus, la santé concerne bien souvent celle de ceux

qui sont dehors : celle d'une mère âgée que l'on n'est pas sûr de revoir et qui presse le fils au parloir. « *Dépêche-toi, je ne suis pas sûre de tenir* ». En somme, la santé, c'est la condition première des retrouvailles.

Pour une partie de la population carcérale, il s'agit de maintenir sa santé au même niveau qu'au moment de l'incarcération, c'est une manière de limiter les effets du temps. Pour certains, il faut profiter de la peine pour se faire soigner, l'incarcération étant vécue quasiment comme un arrêt à un stand de ravitaillement. Pour d'autres, les prises de risque peuvent s'accumuler tant que la perspective de la sortie n'est pas proche. Enfin, pour les plus âgés ou les plus malades, la dégradation de leur autonomie et de leur santé déterminera la date de sortie. À ce stade, la santé n'est plus une qualité de la vie, mais la vie elle-même.

La crainte majeure, c'est la maladie grave ; la relation médicale sera forcément limitée car les détenus n'ont pas le choix du médecin traitant. Parfois ils « s'arrangent » pour avoir rendez-vous avec le médecin qu'ils ont apprécié à la consultation précédente. Avec les infirmiers, la situation est un peu similaire, mais eux sont là tous les jours et les connaissent mieux. Les extractions médicales (sortie du détenu de l'établissement pour se rendre dans un lieu de soin extérieur) étant soumises à des mesures de sécurité comme l'usage d'entraves, elles sont régulièrement refusées par les personnes détenues qui les jugent humiliantes. Les situations post-opératoires restent aussi très problématiques en prison ; les moyens matériels et humains manquent cruellement dans ce domaine.

Les situations évaluées par le détenu comme relevant d'une urgence vitale (par exemple une très forte douleur thoracique) sont redoutées, surtout la nuit quand le détenu est seul dans sa cellule. Une des solutions consiste à avoir assez de force pour faire du feu à sa fenêtre ou mettre de la musique à fond afin d'attirer l'attention d'un surveillant. Lorsque cela arrive, le reste de la détention reste dans l'ignorance ou soumis à la rumeur. « *On a entendu un hélicoptère dans la nuit et puis le lendemain le gars n'était pas dans la cour* ».

Les « psys » sous les projecteurs

La hantise de la récidive des détenus, notamment ceux condamnés pour agressions sexuelles, envahit les médias et retombe inévitablement sur l'ensemble des intervenants en détention. La crainte des suicides est aussi constante. Les détenus soumis à une obligation ou une injonction de soins sont vivement incités – par le jeu des aménagements de peine – à démarrer les soins en prison. Les instances judiciaires et les détenus eux-mêmes attendent des psychologues qu'ils réalisent et attestent de « *suivis psychologiques* », sans véritablement savoir de quoi il s'agit dans la réalité.

La personnalité du sujet ayant commis un crime est une énigme qu'il faut, sinon résoudre, au moins identifier. Les détenus sont tiraillés entre, d'un côté, le mal causé ou subi dans le passé et, de l'autre, le vécu en détention. Le psychologue, en engageant son acte, vise un apaisement d'autant plus prometteur si le sujet accède à l'énonciation de ce par quoi il est réellement préoccupé. Ces cliniciens font le choix

au cours des psychothérapies de ne pas seulement se centrer sur l'acte délictueux, de ne pas confondre l'homme qu'ils reçoivent en consultation avec l'acte qu'il a pu commettre.

Promouvoir le dialogue pour raison de santé

Développer le dialogue reste la meilleure façon de promouvoir la santé en prison. L'architecture carcérale est une question débattue actuellement, mais c'est toute une architecture de pensée, une manière d'appréhender les détenus qu'il faudra sans doute revoir, en y incluant les questions de santé et surtout l'ensemble des acteurs de la détention. ■

« *La loupe dont se sert l'ethnologue révèle plus de verrues que de vertus.* »
Jean Lacouture

1. Devenues unités sanitaires (US) en 2012.
2. Germaine Tillion (1907-2008), résistante et ethnologue française.
3. Centre hospitalier de Bergerac – 9, avenue du professeur Albert-Calmette – 24100 Bergerac. Centre hospitalier spécialisé Vauclaire – 24700 Montpon-Ménéstérol.

JPB, ÉTUDIANT EN PRISON : « M'OUVRIR SUR UN AILLEURS »

En quoi les études et la formation peuvent-elles participer à la reconstruction psychologique des personnes détenues ? Pour illustrer concrètement cette problématique, Pierre-Jacques Dusseau a choisi de donner la parole à l'une d'entre elles qu'il a suivie au cours de son cursus. C'est en s'intéressant à l'anthropologie que cette personne a décidé de reprendre des études de longue haleine. Témoignage de « JPB ».

« *Condamné à une longue peine, les études ont été un soutien de ma vie de détenu, un rattrapage, en passant un diplôme d'accès aux études universitaires, puis deux années de licence d'anglais et une licence en anthropologie suivie du master. Choix dicté à la fois par un intérêt pour cette discipline humaine, la rencontre avec un anthropologue, son aide tout au cours de ce chemin... mais aussi un état de santé fragile qui m'a conduit à "subir" le soin en prison, les études concourant pour moi à*

une restauration psychologique et physique. C'est ce parcours noté au jour le jour, durant quatre ans, qui a été l'objet de mon étude. Travailler sur la santé des détenus. Difficultés aussi pour suivre ces études car il s'agit d'une formation universitaire qui nécessite la participation aux cours ou aux séminaires, et donc un enseignement adapté (cours, obligations de formation). Dans la pratique, une fois mon dossier accepté et les démarches administratives effectuées, les autorisations de recevoir les cours ou les livres ont dû être validés par l'administration pénitentiaire. Ce fut difficile, mais le fait de suivre ces études a eu pour effet un enfermement différent, une autre façon de vivre, la tête dans les études, en contact avec un autre milieu. Cela m'a aussi apporté incontestablement l'observation de l'autre mais également la connaissance de soi, la constatation de ce qu'est l'autre sans juger mais aussi une reconnaissance. Et un ailleurs. »

Santé et prison : paroles de l'intérieur

Pierre-Jacques Dusseau,
psychologue et ethnologue,
docteur en ethnologie.

« **On y est** » (un surveillant)

« En passant la grille du centre, je suis tombé un jour nez à nez avec un surveillant que je ne connaissais pas. Nous n'avions rien à nous dire, aucun de nous deux ne prenant l'initiative de dire seulement bonjour. C'est le surveillant qui a humanisé l'accrochage du regard avec cette expression « On y est », et cela a suffi à transformer notre face-à-face. Cette expression m'a immédiatement renvoyé au personnage « J'En-Viens » qui sort de prison dans « Suerte », l'ouvrage de Claude Lucas¹. (Extrait de mes notes d'enquête)

Rassembler des expressions instantanées de personnes incarcérées ou travaillant en prison sur le thème de la santé, tel était le projet. Elles ont surgi au cours d'échanges formels, entretiens ou séances, et d'autres plus informels, comme des paroles échangées dans le quotidien entre collègues ou avec des surveillants. Des formules éclair, chères à Roland Barthes² et susceptibles de saisir l'instant bref. Ces transcriptions au pied de la lettre, proche de la notation, m'ont semblé les plus aptes à décrire le présent carcéral et faire état des préoccupations de la détention dans le domaine de la santé. La longueur du temps carcéral est mise en valeur de façon paradoxale, par la brièveté des énoncés.

« **Rester à niveau** » (Gilbert, 60 ans)

Gilbert a déjà eu plusieurs alertes sérieuses sur le plan cardiaque. Le doppler qu'il vient de passer à l'hôpital a révélé que la circulation sanguine de

sa jambe droite était très mauvaise. Alors il a décidé d'arrêter de fumer mais c'est difficile. « *r ester à niveau* » signifie pour lui qu'il devra produire un effort en détention s'il veut profiter d'un peu de vie libre lorsqu'il sortira. Dans dix ans peut-être, cela dépend en particulier des éventuels aménagements de peine.

« **La confiance ça se perd par litres et se récupère par gouttes** » (Mehdi, 39 ans)

Mehdi n'a pas supporté son placement sous bracelet électronique et l'a sectionné ; il a été réincarcéré. De retour en prison, il a été accusé par un codétenu de violence, ce qu'il a toujours nié. Il s'est automutilé, pensant prouver sa bonne foi. Mehdi adresse cette phrase à son psychologue pour imaginer le parcours difficile qu'il lui reste à parcourir avant de restaurer son image dans le regard des autres.

« **Ne pas sortir avec une poche de médicaments** » (Fabrice, 40 ans)

La relation conjugale de Fabrice s'est achevée au moment de son incarcération, pourtant il compte bien refaire sa vie à sa sortie. En attendant, il en a profité pour se faire poser un appareil dentaire mais il lui a fallu attendre car sa CMU n'était pas à jour. Par ailleurs, il souligne la difficulté pour les détenus d'accepter des soins à l'infirmerie et d'en sortir avec des médicaments, une sorte d'aveu de faiblesse vis-à-vis des autres détenus. Ce qu'il résume avec l'expression « *Ne pas sortir avec une poche de médicaments* ». En d'autres termes, l'expression désigne le regard des autres sur une dépendance et ce qui est probablement vécu comme une marque de faiblesse, difficile à dissimuler lorsqu'un détenu sort de l'infirmerie.

L'ESSENTIEL

■ **Pierre-Jacques Dusseau a recueilli les témoignages de personnes détenues et de membres du personnel pénitentiaire.**

■ **L'objectif : décrire avec leurs mots la condition carcérale et faire état des préoccupations des détenus dans le domaine de la santé.**

« **Je n'ose pas les boire** » (Thierry, 68 ans)

Thierry a du mal à se remettre de la disparition d'un codétenu décédé il y a quelques semaines. Cet homme a disparu de sa cellule du jour au lendemain, sans explications. Thierry précise que chaque fois qu'il passait devant sa cellule, l'angoisse l'envahissait, à l'instant où il lisait « *hospitalisé* » sur la porte de la cellule. Par la suite, il a appris que ce codétenu était décédé pendant son transfert à l'hôpital. Il a récupéré deux bouteilles d'eau du malheureux. « *Je n'ose pas les boire* » dit-il. Plus tard : l'inscription « *hospitalisé* » avait été remplacée par « *ne pas ouvrir* », ce qui n'a pas calmé l'angoisse qui régnait dans le pavillon. Un surveillant, croyant faire de l'humour, avait dit « *Il est où "ne pas ouvrir" ?* ». Non loin de là, un détenu, témoin de la scène, s'était révolté bruyamment.

« **Ne pas être dépendant du système** » (Philippe, 50 ans)

Pour Philippe, le système c'est l'ensemble des institutions présentes sur le lieu carcéral et avec lesquelles il est en guerre perpétuelle. Le monde environnant, il l'a toujours considéré comme hostile depuis qu'il est venu

au monde, alors la prison a eu tendance à confirmer sa certitude. Lorsqu'il rencontre une personne plutôt gentille, il ne comprend pas. Il a porté plainte contre l'unité sanitaire pour manque de professionnalisme alors que c'est Francis, l'infirmier, qui l'a réanimé dans le service et lui a sauvé la vie.

« Les jeunes, c'est pas un psy qu'il leur faut, c'est un scanner » (Brahim, 48 ans)

Brahim a des difficultés à supporter la moyenne d'âge de plus en plus jeune des personnes incarcérées au centre de détention. Son expression signifie que la parole ne peut rien pour ces jeunes garçons et que seuls des moyens thérapeutiques de grande envergure les ramèneront à la raison. Depuis quelques mois, la population du centre évolue. De plus en plus de détenus jeunes, souvent dépendants de produits toxiques, sont transférés dans l'établissement, ce qui a tendance à provoquer des conflits avec les détenus

plus âgés. Le scanner représente pour lui la meilleure réponse aux problèmes de comportements.

« J'ai mal derrière le genou, il va y avoir un mort » (un surveillant)

Hervé se frotte le genou en se relevant de table puis prononce ces paroles. Il précise qu'au début de sa carrière à Fleury-Mérogis, il avait ressenti la même douleur quelques heures avant de découvrir un détenu pendu dans sa cellule. Le traumatisme est toujours présent, l'angoisse bien réelle. Ce jour-là, il n'y a pas eu de suicide.

Perspectives

Nul n'est vraiment préparé à vivre l'expérience de la prison. Y être ou y avoir été reste une épreuve difficilement assimilable dans le cours de la vie. Pour les détenus, la santé est en prison le meilleur moyen de limiter la fragmentation du parcours de vie occasionné par le temps de la détention. Une réflexion et des actions sont

certainement à envisager dans ce sens avec l'ensemble des parties en présence. Comme le souligne Georges Canguilhem³, « *La santé n'est pas seulement la vie dans le silence des organes, c'est aussi la vie dans la discrétion des rapports sociaux.* » ■

1. Lucas C. Suerte. *L'exclusion volontaire*. Paris : Pocket, coll. Terre Humaine, Poche n° 10593, 1998.

2. Roland Barthes est un sémiologue français (1915-1980). Il fut l'un des principaux animateurs du structuralisme et de la sémiotique en France.

3. Georges Canguilhem est un philosophe et médecin français (1904-1995). Spécialiste d'épistémologie et d'histoire des sciences.



« Nous privilégions une approche individualisée, base de la relation thérapeutique »

Entretien avec François Cordonnier, médecin,
et Emmanuelle Laplanche, infirmière,
travaillant à l'unité sanitaire de la Centrale de Poissy.

La Santé en action : Comment abordez-vous la promotion de la santé à la Centrale de Poissy ?

François Cordonnier et Emmanuelle Laplanche : Notre ligne de conduite repose sur le développement de l'autonomie du patient. Il faut donc lutter contre le fonctionnement ritualisé de la pénitencier qui tente de les déposer de toute liberté. Seul leur corps reste un moyen d'expression libre de leur souffrance, bien que surveillé et même parfois violenté, notamment lors des fouilles par la pénitencier. Cette expression corporelle peut se manifester par un entretien normal du corps (hygiène, alimentation, entretien physique) ou en le malmenant (négligence de l'hygiène, perte de poids notamment lors de grève de faim ou prise de poids excessive, excès de sport, utilisation de produits, scarification et autolyse).

Une partie du travail de prévention lors des consultations avec les personnes détenues consiste à leur faire

prendre conscience de la nécessité de prendre soin de leur corps pour une bonne santé physique et psychique. Nous pouvons cependant comprendre que parfois c'est leur dernier moyen d'expression et que de le préserver pour l'après-emprisonnement n'est pas une priorité lorsque la sortie est lointaine. Pour cela, la meilleure relation thérapeutique possible est nécessaire, elle se base sur la confiance.

Cette confiance n'est possible à atteindre que par l'indépendance des soignants vis-à-vis de l'administration pénitencier. C'est un élément clé des soins en prison et donc de toute promotion de la santé.

S. A. : Quelles sont les caractéristiques de la population incarcérée à Poissy ?

F. C. et E. L. : La Centrale de Poissy compte 230 détenus, condamnés à de longues peines, au minimum dix ans d'emprisonnement à effectuer. 20 % d'entre eux ont entre 50 et 60 ans (*versus* 8 % au niveau national) et 30 % ont entre 40 et 50 ans (*versus* 16 % au niveau national). Nous nous adressons donc à une population carcérale qui n'est pas représentative de l'ensemble des détenus en France.

Face à ce temps long qui n'est pas perçu de la même manière pour tous, comme pour nous soignants du reste, ils réagissent très différemment par rapport à la préservation de leur santé, certains voulant mettre à profit cette période pour sortir en « bonne forme », d'autres non car leur sortie n'est pas encore envisagée.

S. A. : Quels freins avez-vous identifiés dans le déploiement de dispositifs d'éducation à la santé ?

F. C. et E. L. : Nous avons des difficultés particulières à organiser des actions de prévention en groupe. Nous avons, par exemple, organisé quelques réunions avec des intervenants extérieurs (tabacologue, infectiologue, associations), mais elles n'ont rassemblé que peu de monde. Les détenus de Poissy vont et viennent dans la journée à leur gré, s'adonnent à des pratiques sportives ou culturelles, travaillent, et ont donc une vie très rythmée. Il s'avère donc difficile de les faire participer à une information collective, contrairement à une maison d'arrêt où les personnes, enfermées dans leur cellule la plupart du temps, profitent de toute « activité » proposée pour en sortir.

De plus, les détenus ne se font pas forcément confiance entre eux, et sur certains sujets comme l'alcool ou les IST, la prévention en groupe ne fonctionne pas. Ils craignent de se dévoiler et d'être stigmatisés.

Cependant, lorsqu'une demande émane de leur part, il est possible de monter des projets d'information en plus petit groupe, comme nous venons de le faire tout récemment pour l'utilisation de la cigarette électronique. Celle-ci vient juste d'être autorisée par l'administration pénitencier et les détenus ont la possibilité de la cantiner¹. Certains, qui l'ont déjà achetée, nous demandaient des renseignements. Nous nous sommes donc engouffrés dans cette brèche pour faire des groupes d'information et d'échange de pratique.

S. A. : *Comment contournez-vous ces difficultés et quels moyens mettez-vous en œuvre pour agir concrètement ?*

F. C. et E. L. : Nous privilégions une approche individualisée pour obtenir une certaine confiance, base de toute relation thérapeutique du soigné-soignant. Nous avons créé, il y a deux ans, une consultation « addictologie » mais hélas uniquement pour les patients sous traitement de substitution (méthadone, Subutex®), par manque de moyens humains. Auparavant, leur suivi n'était pas différencié de celui des malades psychiatriques, et les prescriptions émanaient des psychiatres non addictologues à Poissy.

Cette nouvelle consultation a permis notamment de restaurer une certaine clarté entre ces patients et les soignants. Par exemple, plutôt que d'absorber « faussement » son traitement de substitution en présence du personnel médical pour mieux le recracher et l'utiliser secondairement, le détenu l'emporte avec lui et le prend au moment qui lui convient le mieux. Cela permet de mener une véritable réflexion sur son projet de substitution, en échangeant honnêtement avec lui plutôt qu'un simple renouvellement d'ordonnance sans réévaluation. Nous en voyons les fruits aujourd'hui, avec quelques patients ayant diminué les doses et même arrêté. Pour un, nous avons même augmenté les doses suite à notre demande avec une meilleure stabilité du patient à la clef. Nous souhaiterions proposer le même type de consultation pour d'autres addictions : cannabis, alcool et même produits psychotropes, mais notre petite unité manque essentiellement de budget pour avoir des moyens humains supplémentaires.

S. A. : *Y a-t-il des thématiques particulières sur lesquelles vous essayez de travailler ponctuellement ?*

F. C. et E. L. : L'administration pénitentiaire organise une « kermesse » annuelle, à laquelle participent les différents intervenants à la prison (culture, musique, sport, Croix-Rouge, associations, etc.). C'est pour nous l'occasion de mener de petites actions d'éducation à la santé avec des intervenants extérieurs en complément de notre équipe.

L'an dernier, elle a été consacrée à une sensibilisation à l'hygiène bucco-dentaire. Dans certains cas, nous faisons face à un vrai problème : les dentistes ne peuvent pas effectuer certains soins par manque d'hygiène totale (brossage des dents), ces derniers sont alors pratiquement voués à l'échec. Il faut donc entreprendre avant tout une véritable éducation à l'hygiène bucco-dentaire. Pour mobiliser et intéresser les détenus, il faut alors être concret et disposer d'un peu de matériel. Par manque de budget, nous en sommes réduits à faire la tournée des pharmacies locales pour récupérer des lots de brosses à dents et des tubes de dentifrice, afin de les distribuer, en même temps que nos messages, aux détenus présents lors de cette journée. Nous en gardons toujours un peu pour ceux encore plus désocialisés qui n'arrivent pas à venir à la « kermesse ».

S. A. : *Et cette année ?*

F. C. et E. L. : En 2014, le thème retenu était l'alimentation. En effet, l'administration pénitentiaire va mettre en place prochainement la possibilité de choisir dans les menus : les personnes incarcérées pourront choisir entre deux entrées, deux plats, deux desserts. Ils auront alors plus d'autonomie et il devient dès lors plus pertinent d'informer les personnes détenues sur les notions de qualité nutritionnelle, en regard des choix à faire pour leur santé et plus spécifiquement en cas de pathologie particulière.

Avec l'aide d'une diététicienne qui est intervenue bénévolement, nous avons organisé cette information sous forme, d'une part, de jeux de cartes destinées à composer un menu équilibré avec différents aliments et, d'autre part, sous forme de quizz dont les bonnes réponses étaient récompensées par un petit cadeau. Nous avons mobilisé lors de cet événement environ 40 % de la population carcérale en direct, ce qui est notre objectif habituel et satisfaisant en soi dans ce cadre.

Il s'agit donc là d'une action de promotion de la santé de l'unité sanitaire, accompagnant un projet mis en place par l'administration pénitentiaire. L'objectif étant un travail commun pour sa meilleure utilisation et, au final, une meilleure santé.

Au-delà de ces exemples et d'une manière générale, faire la promotion de la santé à Poissy requiert une bonne dose de volonté et de débrouillardise ; malheureusement, nous ne pouvons agir que de façon modeste. Pour une petite équipe, la mobilisation autour de projets est souvent limitée par la question du temps. Ce manque de temps pourrait être compensé par des intervenants extérieurs mais monter un projet demande aussi du temps et un budget. Nous manquons des deux. ■

Propos recueillis par Nathalie Queruel, journaliste.

1. C'est-à-dire de l'acheter (se reporter à l'article Éléments de vie quotidienne en détention).

« La nurserie en milieu pénitentiaire contribue à un meilleur accompagnement des mères et des enfants »

Entretien

avec Françoise Guinot,

puéricultrice, service de PMI territorialisé de S^{te}-Geneviève-des-Bois, Conseil général de l'Essonne.

La Santé en action : Quel dispositif a été mis en place à la maison d'arrêt de Fleury-Mérogis pour assurer le lien mère-enfant ?

Françoise Guinot : La loi française prévoit que les femmes qui ont commis des infractions et sont, pour ce motif, incarcérées comme prévenues ou condamnées puissent garder leur enfant auprès d'elles s'il est âgé de moins de 18 mois. Cette réglementation traduit la volonté de rechercher un équilibre entre la préservation du lien mère-enfant et le développement psychomoteur de ce dernier qui n'est pas juridiquement détenu.

L'espace clos de l'univers carcéral n'est pas un environnement favorable à l'épanouissement d'un enfant. Cela nécessite un accompagnement spécifique pour lui permettre de s'adapter au monde extérieur qu'il va côtoyer progressivement, tout en maintenant le lien avec celle qui l'a mis au monde.

La maison d'arrêt de Fleury-Mérogis a mis en place un dispositif unique en France. Certes, il existe des nurseries dans d'autres établissements pénitentiaires, mais beaucoup plus petites et ne bénéficiant pas de la même logistique. La nurserie de la maison d'arrêt de Fleury-Mérogis dispose de douze cellules pour les

femmes enceintes et de douze autres pour mère et enfant, dont une double prévue pour pouvoir accueillir mère et jumeaux. D'une surface d'environ 12 m², celles-ci sont équipées d'un lit pour la mère, d'un cabinet de toilette, d'un lit pour enfant, d'une commode et d'une table à langer. La nurserie comporte également une grande salle pourvue de jeux, avec un coin réservé aux bébés et un autre destiné aux plus grands. Les détenues peuvent passer du temps avec leur enfant, échanger entre elles. Dans un autre site organisé en salle de motricité, l'éducatrice propose une halte-jeu de façon dirigée pour favoriser l'éveil des enfants. Un jardin d'environ 500 m² est contigu au bâtiment, où les mères promènent les enfants en poussette ; les enfants peuvent y jouer sur un espace aménagé en aire de jeux. Tous ces espaces sont utilisés par les mères durant le temps d'ouverture des cellules.

S. A. : En quoi le fonctionnement de la nurserie de Fleury diffère-t-il des structures similaires dans les autres lieux de détention ?

F. G. : En 2004, une convention tripartite a été signée entre les partenaires qui travaillent en commun sur ce projet : l'administration pénitentiaire, le centre hospitalier Sud-Francilien à Corbeil-Essonnes et le conseil général de l'Essonne.

L'hôpital détache une unité mobile mère-enfant (UMME), composée d'une puéricultrice à temps partiel (70 %), de deux éducatrices à mi-temps, d'une psychologue et d'une sage-femme. Le conseil général contribue à ce dispo-

sitif, *via* les représentants de la Protection maternelle infantile (PMI) dont un médecin, une puéricultrice et une auxiliaire de puériculture. La dotation financière du conseil général permet d'avoir du personnel sur place, en assurant notamment les salaires de la puéricultrice, des éducatrices de jeunes enfants de l'UMME et une dotation ponctuelle pour l'aménagement des locaux. Cet investissement et ce travail pluridisciplinaire sont la pierre d'angle : la nurserie en milieu pénitentiaire contribue à un meilleur accompagnement des mères et des enfants.

S. A. : Les femmes incarcérées ont-elles besoin d'aide pour nouer des liens avec leur nouveau-né ?

F. G. : Beaucoup connaissent des parcours difficiles. Celles ayant d'autres enfants n'ont pas toujours eu les moyens de faire une expérience complète de la maternité auparavant à cause d'un parcours de vie difficile. Certaines découvrent les infinies compétences sensorielles de l'enfant qui s'éveille. Car, en détention, ces femmes passent la majorité de leur temps avec leur enfant. Si elles font preuve de comportements inadaptés, elles peuvent être conseillées par des professionnels.

Leur quotidien est rythmé par l'ouverture des cellules, de 8 h à 12 h et de 14 h à 18 h. Elles ont alors accès à la salle d'eau pour donner le bain et aux espaces de jeux pour faire des activités avec l'enfant. Quand le bébé entame l'étape de la diversification alimentaire, elles ont la possibilité de préparer leurs repas, avec un « *babycook* »

à leur disposition. Sinon, les repas sont produits par la cuisinière affectée à la nurserie, selon un plan alimentaire à la semaine établi par la mère et vérifié par la puéricultrice de l'UMME. Lorsqu'elles souhaitent se rendre à la bibliothèque, faire du sport ou suivre un cours, elles confient leur enfant à une codétenue.

S. A. : *Quel est le ressenti de ces mères ? Comment réagissent les enfants ?*

F. G. : Quelques femmes estiment que la place de leur enfant n'est pas en prison et certaines demandent à ce qu'il sorte avant l'âge limite de 18 mois, quand la famille peut l'accueillir par exemple, ce qui ne va pas sans mal. En effet, elles entretiennent une relation très fusionnelle avec cet enfant. Ils dorment dans la même pièce, parfois dans le même lit. Ils passent pratiquement tous leurs moments ensemble.

Contrairement au milieu libre, le père n'est pas présent et ces femmes ne peuvent pas se reposer sur un ou des proches pour souffler quelques instants. Bien sûr, lorsqu'elles sont épuisées et le manifestent, la puéricultrice ou l'éducatrice prend en charge l'enfant, mais cela ne dure jamais très longtemps.

Le personnel de l'UMME ne s'apparente pas à un mode de garde. Les enfants sont contents puisqu'ils ont leur maman pour eux seuls, une maman qui n'est pas sollicitée par d'autres enfants, un travail, des tâches ménagères, même si les détenues sont responsables du nettoyage de leur cellule et de l'entretien du linge de leur bébé. Pourtant, à partir de 14 mois, quand ils commencent à explorer leur environnement, l'espace trop confiné rend leur situation plus difficile à vivre. Le rôle des éducatrices apparaît à cet égard très important pour que la mère et l'enfant ne s'enferment pas trop dans ce lien fusionnel et pour que les enfants ne souffrent pas d'un syndrome d'enfermement. Elles arrangent régulièrement des sorties afin qu'ils ap-

prennent à s'ouvrir au monde extérieur. À partir de 7 mois, elles les conduisent à la halte-garderie de Viry-Châtillon deux fois par semaine. Cela répond aux besoins de socialisation d'un enfant de cet âge.

S. A. : *Comment les liens avec le père, la fratrie, le reste de la famille sont-ils maintenus ?*

F. G. : La nurserie est un lieu sécurisé, personne n'y pénètre. Les visites se déroulent au parloir, d'une façon plus ou moins régulière. Le Relais Enfants-Parents, une association ayant une antenne à Fleury-Mérogis, peut organiser certaines visites au parloir à la demande des familles. Deux fois par an, à Noël et à la fête des mères, il propose un goûter avec des jeux : ce moment peut être une occasion privilégiée pour la famille mais surtout pour la fratrie de voir la maman et le petit frère ou la petite sœur.

S. A. : *Que se passe-t-il lorsque l'enfant atteint 18 mois et que sa mère reste en détention ? Comment le lien perdure-t-il ?*

F. G. : Soit l'enfant est pris en charge par un proche de la mère (son père, une grand-mère, une tante) après une évaluation, soit il est placé dans une pouponnière ou une famille d'accueil. Les relations se poursuivent alors grâce aux parloirs. Voilà une transition bien douloureuse pour les mères. Non seulement elles quittent la nurserie pour un régime de détention classique, dans une cellule qu'elles doivent partager, mais elles, qui ont été si proches de leur enfant au quotidien, en sont séparées pendant de longs jours. En effet, dans le meilleur des cas, le parloir n'aura lieu qu'une fois par semaine, et plutôt tous les quinze jours, voire moins.

Dans le cas où l'enfant se retrouve placé, la tenue des visites requiert une importante organisation logistique qui ne permet pas toujours un parloir hebdomadaire. Il n'est pas simple de mobiliser en même temps plusieurs intervenants, le référent de l'Aide sociale à l'enfance (ASE) et l'assistante familiale, ces derniers étant par ailleurs responsables d'autres enfants. Des problèmes évidents d'agenda se posent, y compris lorsque l'enfant a été accueilli par un membre de la famille de la mère.

Le travail et la distance par rapport au lieu d'incarcération constituent autant de freins aux parloirs réguliers.

S. A. : *Quel bilan peut-on dresser du dispositif mis en œuvre à Fleury-Mérogis ?*

F. G. : Un comité de pilotage réunit les différents partenaires : les cadres du centre hospitalier, la direction de la maison d'arrêt et l'officier référent de la nurserie et, au niveau du conseil général, le médecin coordinateur de la PMI et le conseiller général en charge de la politique familiale. Il fait le point sur l'année en cours, le fonctionnement quotidien, les réunions pluridisciplinaires.

En 2013, dix-sept enfants ont passé une part de leur vie dans la nurserie, bénéficiant de soixante-neuf consultations médicales. C'est un bon suivi. Le comité formule également des recommandations. Par exemple, un problème d'emploi du temps ne permettait pas à la puéricultrice de l'unité mobile, absente le jour du passage du médecin de la PMI, de faire des transmissions de vive voix. Le jour de consultation du médecin a été modifié afin que cet échange puisse se faire au mieux, dans l'intérêt des enfants et de leur mère.

De l'avis général, l'expérience de Fleury-Mérogis est considérée comme positive. Les enfants se développent normalement, de la même manière que ceux que nous rencontrons en PMI. La nurserie ressemble à n'importe quelle structure d'accueil de la petite enfance. Elle permet l'établissement de la relation mère-enfant, l'épanouissement des enfants malgré la détention des mères, ce qui est pour nous une satisfaction professionnelle compte tenu de leurs parcours difficiles. ■

Propos recueillis par Nathalie Queruel, journaliste

L'ESSENTIEL

► En France, la législation prévoit que les femmes détenues peuvent garder leur enfant auprès d'elles jusqu'à l'âge de 18 mois.

► Focus sur la nurserie de Fleury-Mérogis.

« L'activité physique, un levier pour l'estime de soi des mineurs détenus »

Entretien avec Bruno Benoist, éducateur intervenant depuis trois ans au quartier des mineurs de la maison d'arrêt de Villepinte (Seine-Saint-Denis), Protection judiciaire de la jeunesse (PJJ).

La Santé en action : Quelles sont les particularités de ces détenus mineurs ?

bruno benoist : Le quartier des mineurs peut accueillir jusqu'à quarante jeunes garçons entre 13 et 18 ans, incarcérés dans le cadre d'une détention provisoire et d'une condamnation pour des faits criminels ou suite à une multiplication de délits qui ont conduit le juge des enfants, après une série de mesures éducatives, à prendre la sanction de la prison. Ce sont globalement des adolescents en grande difficulté sociale et économique, dont certains sont en rupture familiale. Environ sept jeunes sur dix sont déscolarisés ; la plupart ont arrêté l'école en classe de 4^e et n'ont pas obtenu le brevet des collèges. Une majorité connaît des problèmes d'addiction au cannabis ou à l'alcool.

Sur le plan de la santé, nous observons que nombre d'entre eux n'ont pas été ou peu suivis sur les plans ophtalmologique et dentaire. Même si une mauvaise vue a été détectée, peu portent des lunettes. L'équipe éducative est aussi frappée par leur manque d'endurance. Après dix minutes de foot intensif, beaucoup se retrouvent à bout de souffle. C'est la conséquence de leur hygiène de vie : sédentarité, manque de pratique sportive, alimentation riche en graisses et boissons sucrées, repas pris à des horaires irréguliers, consommation de tabac, d'alcool ou de cannabis... Voir un jeune de 15 ans fatigué au bout de cinq minutes de course nous paraît assez inquiétant.

S. A. : Quelle vision ont ces jeunes détenus de leur propre santé ? Quel rapport entretiennent-ils avec leur corps ?

b. b. : Comme tous les adolescents, ils ont des rapports complexes avec leur corps et leur image. À cet âge, on ne s'aime pas beaucoup, mais ce sentiment me paraît chez eux démultiplié à cause de blessures narcissiques plus prononcées. Vu leur parcours scolaire et leur environnement social, ils se sentent condamnés à l'échec. Ceux en surcharge pondérale ne l'évoquent pas, en partie par honte. Le refus de porter des lunettes correctrices ou un appareil dentaire relève de la même attitude.

Ne pas prêter attention à sa santé montre le peu d'estime qu'ils ont pour eux-mêmes. Mais c'est aussi parce que la santé demeure quelque chose d'abstrait à leurs yeux. Ils ont l'impression d'aller bien ; une dent manquante ou un surpoids ne constitue pas un problème dont ils auraient à s'inquiéter. Précisons que l'accès aux soins en détention reste très difficile par manque de personnel médical ; cela contribue à maintenir une certaine distance avec le concept de santé.

S. A. : Dans le cadre de vos missions, comment abordez-vous la santé avec les détenus mineurs ?

b. b. : Notre intervention poursuit deux objectifs : apporter une aide à la décision pour les magistrats par des notes de situation et des rapports éducatifs ; et éviter que les jeunes récidivent à leur sortie, en travaillant avec eux sur un changement de comportement.

Dans cette prise en charge globale, un item revient fréquemment : l'image de soi. Pour leur redonner une image

plus positive, nous nous servons notamment du sport comme levier. Cela permet de développer leurs capacités physiques ainsi que de redonner le goût de l'effort ou de la coopération par le biais des sports collectifs. Il y a un an, a été mis en place un atelier « remise en forme/musculation » qui se tient trois fois par semaine, avec au programme : du cardio-training sur des machines (tapis de course, rameur, vélo), du renforcement musculaire, des étirements.

Nous avons ensuite jumelé cet atelier avec l'atelier diététique et l'atelier cuisine pendant huit séances. Les mineurs détenus disposent d'une plaque chauffante dans leur cellule pour préparer leur repas (pour ceux qui ont les moyens de l'acheter), avec les produits qu'ils peuvent cantiner. Très peu mangent les repas proposés par la maison d'arrêt, qu'ils appellent la « gamelle », sauf ceux qui ne bénéficient pas d'un soutien financier de leur famille. L'idée était d'apprendre aux adolescents les bases d'une alimentation saine et équilibrée, en lien avec la pratique sportive. Avec quels aliments composer un petit déjeuner avant de faire du sport ? Quel repas prendre ensuite pour récupérer ? Quelle activité physique conduit à dépenser tant de calories ? L'interaction entre les trois ateliers a permis une approche très concrète.

S. A. : Quels résultats avez-vous obtenus ? Et quelles sont les difficultés rencontrées dans une approche promotion de la santé ?

b. b. : Il ne faut pas se voiler la face. Si quelques-uns se sont intéressés à ce programme, d'autres ont seulement participé pour avoir l'occasion de sortir

L'ESSENTIEL

▶ **À la maison d'arrêt de Villepinte, outre le suivi régulier des jeunes détenus via les entretiens individuels et les ateliers socio-éducatifs, les éducateurs proposent notamment de participer à un atelier régulier « remise en forme/musculation ».**

▶ **Ils constatent à quel point ces mineurs ont une faible estime d'eux-mêmes. L'atelier activité physique permet, dans certains cas, de leur redonner confiance en leurs capacités.**

de cellule. Cette sensibilisation a donné lieu à des échanges intéressants mais leur comportement alimentaire n'a pas radicalement changé. Les jeunes détenus privilégient la logique de se faire plaisir plutôt que celle de prendre soin de soi. Déjà privés de beaucoup de choses, dont la liberté, ils n'ont pas envie de s'abstenir de la nourriture qu'ils aiment : de la viande, des pâtes, des frites, du ketchup. Dans la salle de remise en forme, une affiche recommande de manger cinq fruits et légumes par jour. À leurs yeux, c'est énorme. Quand ils en consomment un, ce n'est déjà pas mal !

Nous nous donnons donc des objectifs modestes : apporter de l'information et les amener à se questionner, planter une petite graine dans leur conscience sur ce qu'est une bonne hygiène de vie et ses apports en terme de santé. Nous déployons la même approche pour la consommation de tabac, de cannabis ou d'alcool. En tant qu'éducateurs, nous travaillons principalement sur la réduction des risques. Nous en discutons de façon informelle en entretien individuel ou lors des ateliers socio-éducatifs, en nous efforçant de ne pas être moralisateurs. Notre but est de donner des informations précises concernant les effets néfastes de cette consommation sur la santé physique et mentale, et de les inciter à réduire le nombre de cigarettes fumées par exemple, afin de retrouver du souffle pour la pratique sportive.

Même s'ils se montrent à l'écoute, le sujet santé n'est pas évident à traiter, tant il demeure abstrait, loin d'eux. Dans l'idéal, il faudrait agir de concert avec l'unité sanitaire de la maison d'arrêt et l'Éducation nationale, mais par manque de moyens, cela s'avère impossible. Nous envisageons de mettre en place dans les prochains mois des séances pédagogiques qui seront animés par l'infirmier PJJ de Seine-Saint-Denis, pour aborder plusieurs thèmes comme la prévention des conduites à risque et la santé en général (hygiène de vie, IST, alimentation, etc.).

S. A. : En quoi la confiance en soi est-elle un élément déterminant pour développer une plus grande sensibilité aux questions de santé ?

b. b. : Le travail d'éducateur repose en partie sur la nécessité de redonner aux jeunes confiance en leurs capacités. Cela implique d'identifier leurs compétences et de montrer qu'ils peuvent en développer d'autres, au moyen de différents outils comme les ateliers sportifs ou les ateliers autour de l'image de soi. L'échec scolaire est une composante forte de l'image négative qu'ils ont d'eux-mêmes ; ils pensent qu'ils ne pourront vivre correctement qu'en transgressant les règles car au vu de leur niveau scolaire, ils ne pourront pas accéder à un emploi suffisam-

ment rémunérateur. La pratique sportive apporte beaucoup pour les adolescents qui ne se sentent pas bien dans leur corps, car quand on travaille régulièrement sa condition physique, on progresse assez rapidement. C'est donc motivant. L'atelier « remise en forme/musculation » propose notamment un défi : parcourir la plus longue distance en cinq ou quinze minutes. Les jeunes se prennent au jeu et tentent de battre leur propre record. Y parvenir est un élément qui concrétise la réussite et qui participe au développement de la confiance en soi et à une meilleure estime de soi. ■

Propos recueillis par Nathalie Queruel, journaliste

MILIEU PÉNITENTIAIRE : LE RÔLE DE LA PROTECTION JUDICIAIRE DE LA JEUNESSE

Face à la plus grande vulnérabilité sanitaire et sociale des jeunes qu'elle prend en charge, la Protection judiciaire de la jeunesse (PJJ) fait depuis longtemps de la santé des jeunes une priorité. Depuis février 2013, le projet « PJJ promotrice de santé » s'appuie sur la mission éducative de la PJJ pour développer les cinq axes de la Charte d'Ottawa. L'objectif vise l'ensemble des déterminants de santé accessibles pendant la prise en charge pour, qu'au-delà de l'accès aux droits et aux soins, soient développées les compétences psychosociales des jeunes et leur participation active, dans un environnement de prise en charge le plus favorable possible à la santé malgré les contraintes, et en impliquant les parents. Ces orientations sous-tendent l'action de la PJJ en milieu pénitentiaire en faveur de la santé des jeunes incarcérés. En effet, les 700 personnes mineures détenues actuellement au sein des 43 quartiers pour mineurs des établissements pénitentiaires ou au sein des six établissements pénitentiaires pour mineurs, doivent systématiquement bénéficier d'une prise en charge éducative par la PJJ.

Au quotidien, les équipes éducatives travaillent en lien avec l'ensemble des intervenants en détention, en particulier les

personnels de surveillance, mais aussi les enseignants et les professionnels des unités sanitaires. Ils font partie de l'équipe pluridisciplinaire prévue par l'article. D. 514 du code de procédure pénale. Celle-ci, présidée par le chef d'établissement, comprend des représentants des différents services intervenant auprès des mineurs incarcérés afin d'assurer leur collaboration ainsi que le suivi individuel de chaque mineur détenu, et elle se réunit au moins une fois par semaine.

Les professionnels de la PJJ développent leur action éducative en veillant au maintien des liens familiaux et sociaux, et en préparant la sortie de détention. Dans ce cadre, la santé constitue une opportunité de rencontre et de relation avec la personne mineure. C'est un des leviers utiles à l'action éducative. La promotion de la santé pose en effet la santé comme une ressource pour la réussite éducative et chaque professionnel éducatif comme un acteur de la santé des jeunes.

Florian Lavoyer,
conseiller technique
Promotion de la santé – Politique de la ville
DTRPJJ Île-de-France – Outre-mer.

Françoise Marchand Buttin,
médecin de santé publique
DPJJ – ministère de la Justice.

« Le yoga peut être un outil d'éducation à la santé en prison »

Entretien avec André Weill, docteur ès sciences, professeur de yoga, animateur depuis 2008 d'un atelier de yoga-relaxation à la maison d'arrêt de Grenoble-Varces.

La Santé en action : Comment l'idée de cette action dans ce lieu est-elle née ?

André Weill : Après avoir analysé les freins et leviers lors d'essais précédents, plus ou moins éphémères, le docteur Olivier Jenny, alors responsable de l'unité de consultation et de soins ambulatoires (Ucsa)¹, a décidé de réintroduire dans une visée pérenne des séances de yoga-relaxation.

S. A. : Comment la détention produit-elle des effets sur le corps ?

A. W. : Le corps réagit à l'incarcération. Ce n'est pas seulement l'enfermement qui pèse, plutôt le manque d'espace – les cellules sont petites – et donc la promiscuité, la surpopulation. Le corps souffre aussi de l'absence relationnelle et de l'isolement, qu'il soit intellectuel, affectif ou sexuel. Cet état nourrit des troubles divers, du manque de sommeil au manque d'appétit...

Les détenus répondent à ces contraintes de deux manières, soit en restant calfeutrés dans leur cellule, soit en multipliant les activités (travail, cours, sport, etc.) pour y demeurer le moins possible. Cette différence de comportement s'observe physiquement. Le corps de ceux qui ne sortent pas de leur cellule apparaît plus rigide, souvent perclus de douleurs, avec des articulations dures.

S. A. : Quel rapport les détenus ont-ils avec leur corps ?

A. W. : Ils le connaissent mal et l'écoutent peu. Gérer leur frustration, qu'elle soit physique ou morale, passe généralement par une pratique sportive intensive. Toutefois, la musculation, notamment chez les jeunes, est avant tout un moyen de renforcer une image de dur, afin de se protéger des agressions, du système clanique et de la violence du milieu carcéral.

Beaucoup profitent du temps de récréation à l'extérieur², soit deux fois une heure par jour, pour faire du jogging. Ils courent sur du béton, sans prendre de précaution (sans s'échauffer par exemple), et parfois se blessent. Peu vont s'occuper de leurs bobos – parfois de simples courbatures mais aussi des tendinites ou des contractures musculaires. Parce que les détenus jugent globalement qu'accéder à des soins en prison est compliqué, ils n'y recourent que pour des affections qu'ils estiment graves. D'une certaine façon, ils maltraitent un peu leur corps mais le désir de devenir costaud ou d'évacuer leur stress par la course demeure plus important. Voilà pourquoi il s'avère intéressant de leur proposer des alternatives, avec des approches plus douces comme le yoga ou toute autre forme de relaxation.

S. A. : Comment ces séances s'organisent-elles ?

A. W. : En comptant le temps d'accueil, de pratique et de débriefing, les séances³ durent environ deux heures. Elles ont lieu toute l'année le mercredi matin, y compris pendant les vacances scolaires, sauf les jours fériés où aucune activité n'est autorisée à l'intérieur de la prison. Depuis deux ans, une procédure de remplacement a pu être ins-

tallée lorsque je suis absent de Grenoble. Elle implique trois professeurs grenoblois autorisés à intervenir en prison et une personne en détention qui a démarré (avec les moyens du bord) une formation... pour enseigner le yoga.

S. A. : Qu'apporte la pratique du yoga aux hommes qui participent à votre atelier hebdomadaire ?

A. W. : Les séances de méditation amènent à la conscience du corps, de l'esprit, des émotions. Ils découvrent une connaissance du corps qui ne relève pas du savoir anatomique mais de la sensation. Eux qui entretiennent un rapport de force avec leur corps apprennent, par l'automassage par exemple, qu'on peut y substituer des rapports de tendresse. L'absence de tendresse est criante en prison. Ils découvrent non seulement leur capacité à respirer mais aussi la puissance de la respiration sur le contrôle de soi. En se mettant à l'écoute de son rythme respiratoire, il est possible d'identifier le basculement qui fait passer de l'apathie à la violence, d'anticiper le passage à l'acte, sur soi ou sur un autre.

À la fin de chaque séance, je fais un débriefing pour avoir un retour d'expérience des participants. Leurs mots sont très évocateurs : « un apaisement au niveau du sternum », « bien-être dans le corps, complet, global », « le mal de tête de la cellule, il est parti direct », « la posture avec les jambes en l'air était douloureuse, on ressent les points où on a mal ;

L'ESSENTIEL

- Un atelier de yoga est organisé au sein de la maison d'arrêt de Varces. Il participe à désamorcer détresse et souffrance psychologique.
- La méditation amène à la conscience du corps, de l'esprit, des émotions.
- Le yoga ou toute forme de relaxation sont des alternatives douces en comparaison à l'activité sportive intensive, très prisée en milieu pénitentiaire.



« EN SE METTANT À L'ÉCOUTE DE SON RYTHME RESPIRATOIRE, IL EST POSSIBLE D'IDENTIFIER LE BASCULEMENT QUI FAIT PASSER DE L'APATHIE À LA VIOLENCE, D'ANTICIPER LE PASSAGE À L'ACTE, SUR SOI OU SUR UN AUTRE. »

maintenant, je suis vidé, ça fait du bien. » Un détenu venant pour la première fois a exprimé quelque chose de fondamental : « *En fait, je manque de contact avec moi-même* ». La pratique du yoga leur donne cette possibilité : se relier à soi et également aux autres.

S. A. : Ces séances, pour ceux qui viennent régulièrement, se traduisent-elles par des effets bénéfiques en termes de santé ?

A. W. : Le yoga n'est pas une thérapie en tant que telle. Pourtant, il se révèle un atout majeur pour la santé. La détente physiologique et psychologique participe de façon conséquente à la réduction du stress lié aux conditions de détention et des pathologies qui en découlent. Une pratique régulière calme l'anxiété, évite la somatisation, apporte une meilleure régulation du sommeil, de l'appétit, de la vitalité. La santé dépend de l'attention que l'on se porte à soi. C'est pourquoi je vois le yoga comme un outil d'éducation à la santé.

S. A. : Comment les détenus manifestent-ils leur intérêt pour cette alternative au sport intense ?

A. W. : Il y a dix-huit inscrits au cours que j'anime. Entre dix et quinze participent à la séance, selon les semaines. Car certains prisonniers sont malades ce jour-là, d'autres peuvent avoir un coup de blues ou un parloir au moment de l'atelier. La plage horaire interfère forcément avec d'autres impératifs – visites médicales, suivi juridique, démarches administratives, etc.

La motivation varie d'un individu à l'autre. Quelques-uns viennent fréquemment et pratiquent en dehors du cours, je les vois progresser et parvenir à la maîtrise de postures difficiles. Pour d'autres, l'atelier est une occasion de sortir de cellule et de rencontrer d'autres personnes. Mais j'ai instauré des règles strictes : il est interdit de parler et de fumer pendant les séances, même si la personne présente est libre de pratiquer ou pas. Des détenus, de ce fait, ne reviennent plus et les inscrits trop souvent absents sont remplacés par d'autres. La liste des participants change donc en permanence. La nature même de la maison d'arrêt, où la rotation des prisonniers est importante, en est aussi une cause.

Avec plus d'espace et de moyens financiers, il serait possible d'accueillir davantage de personnes. Je constate une telle détresse et une telle souffrance psychologique que ce qu'apporte ce cours est bienvenu. Certes, une très large majorité de détenus ne sont pas en capacité de s'adonner à cette activité qui demande de l'attention dans la durée. Mais les autres oui. C'est à l'équipe de l'unité sanitaire de l'établissement qu'il revient de justifier, chaque année depuis 2008, l'intérêt de l'atelier de yoga pour obtenir la subvention de l'agence régionale de santé.

S. A. : Quelles sont les conditions particulières pour animer un tel cours dans le milieu pénitentiaire ?

A. W. : En prison, tout est compliqué ! Toute initiative – acquérir des livres, introduire un CD de musique

ou un bol tibétain – requiert de nombreuses démarches et autorisations administratives. Cela prend énormément de temps. La priorité est donnée à l'aspect réglementaire et à la sécurité des lieux et des personnes. Les surveillants ne priorisent pas forcément l'heure de sortie de cellule pour la séance. Nous disposons de peu de matériel et les tapis sont parfois volés. La salle polyvalente, située au-dessus du « mitard », peut devenir par instant extrêmement bruyante, ce qui ne favorise pas la concentration. Je dois m'adapter pour trouver le contact avec les participants, ne pas heurter leur culture ou leur religion et utiliser des mots qu'ils vont comprendre. Je ne leur dis pas « *Inspirez* » et « *Expirez* » mais « *r respirez par la bouche* » et « *Soufflez* ». Le début de la séance est consacré à une question : « *Comment allez-vous ?* ». C'est à partir de la réalité qu'ils vivent que j'engage le travail. ■

Propos recueillis par Nathalie Queruel

1. Devenues unités sanitaires (US) en 2012.
2. Ces temps sont également appelés « promenades ».
3. Soit un cumul d'environ 3 000 séances dispensées depuis 2008.

De la femme emprisonnée et son rapport au corps

Catherine Mercier,

psychologue dans le cadre du Parcours d'exécution de peine, centre pénitentiaire des femmes de Rennes.

Psychologue dans le cadre de l'accompagnement de la peine (PEP) au centre pénitentiaire des femmes de Rennes, je vais tenter de montrer comment la prise en charge de la femme incarcérée doit se préoccuper du rapport au corps en ce qu'il est représentatif de la façon dont la femme s'est vécue, se vit et se vivra.

La thématique du rapport au corps en prison est si évidente qu'on en finirait presque par l'oublier, à l'image de ces femmes qui s'effacent et se fondent dans les murs. L'un des objectifs du sens de la peine pour chaque femme serait ainsi de lui permettre de prendre en considération ce rapport à son propre corps et de prendre soin de lui, comme tremplin au développement de meilleures habiletés psychosociales. En effet, nombreux sont les récits de femmes qui s'inscrivent dans des histoires relationnelles où leur corps fut le siège de moult effractions-agressions, engendrant ainsi une construction identitaire féminine, une estime de soi et une relation à l'autre à tout le moins fragile.

Promiscuité corporelle et psychique

On ne peut évoquer le corps en prison sans prendre en compte l'impact de la promiscuité corporelle et psychique inhérente aux lieux. Les distances physiques et les sphères de proximité propres à l'éthologie humaine ne peuvent être respectées, l'intimité devenant alors une vue de l'esprit : la femme est toujours sous un regard,

celui des personnels (en centre de détention pour femmes, ce sont des personnels de surveillance féminins), celui de leurs codétenues. Le plus souvent incarcérées à plusieurs dans une même cellule en maison d'arrêt, en cellule individuelle en établissement pour peine, l'intimité est nécessairement mise à mal et se retrouver avec son corps et dans son corps reste du domaine utopique. Le regard proche devient vite persécuteur et le regard lointain est rendu impossible en raison des murs qui s'interposent ; le champ de vision se rétrécit.

Les cinq sens vont ainsi être impactés, à des degrés variables, exacerbés ou au contraire amoindris.

Le goût et le plaisir gustatif sont atteints et la nourriture, chargée de symbolique, fournie par l'administration, est souvent disqualifiée. Il suffit alors d'une permission de sortie encadrée par des personnels pénitentiaires pour que le même sandwich devienne un mets de choix car partagé et sorti du contexte carcéral.

Le rapport symbolique à la nourriture, que l'on va ingurgiter – « *Je mange un pot de Nutella de 400 g à la petite cuillère en 10 minutes* » – pour remplir le vide, va induire de façon variable selon les femmes des prises de poids ayant vocation de rempart et de protection. Emmagasiner de la graisse pour ne pas se ressentir et ne pas se sentir femme. Certaines, au contraire, refusent la nourriture pour s'anéantir et en tous les cas ne plus se donner le droit d'exister, de plaire. Autant de comportements, miroirs de la culpabilité, de la honte, du rejet de soi. La question des limites corporelles va venir interroger celle de l'identité. Cette prise de poids va pouvoir moti-

ver une démarche vers le gymnase, vite compromise par la réalité liée aux efforts indispensables. Toutefois, elles vont continuer à fréquenter la salle de sport car elles vont y découvrir des sensations de plaisir et d'évasion de ce corps où le regard des autres est dilué.

L'odorat, extrêmement sollicité en détention compte tenu de la situation de proximité, va être « anesthésié » pour ne pas sentir l'autre ou soi-même ou ne pas « se sentir les unes les autres ». À l'inverse, l'odorat va être « à l'affût » de ce qui vient de l'extérieur, en décalage avec le trop plein d'odeurs internes souvent chargées de symbolique négative.

Le toucher est un sens particulièrement éprouvé par les codes de conduite en détention, très investi ou au contraire mis à distance en fonction des histoires de vie. Les femmes victimes d'agressions au cours de leur histoire se trouvent encore plus fragilisées par le toucher, nécessaire

L'ESSENTIEL

- **Nombreuses sont les femmes détenues dont le corps fut le siège de maltraitance et d'abus.**
- **L'intimité, déjà bafouée, se trouve une nouvelle fois malmenée sous le regard omniprésent des unes et des autres, le vécu sensoriel est impacté et le recours aux actes d'automutilation peut être un mode de communication, dessinant sur les corps leur vécu et leurs émotions douloureuses.**
- **Les ateliers d'éducation à la santé visent notamment à les accompagner pour qu'elles prennent soin d'elles et leur permettent de gagner en estime de soi et en sentiment de féminité.**



(palpations pour raison sécuritaire par exemple) ou induit dans certaines activités comme la socio-esthétique : le massage du visage et/ou du corps peut induire des mouvements régressifs où les zones massées renvoient à des zones maltraitées ; la mémoire corporelle et cellulaire a engrangé le traumatisme subi qui refait surface aux sens propre et figuré.

Louïe est sollicitée à longueur de journée, soumise aux bruits des portes, des serrures, des cris, de la musique trop forte, etc., ce qui va provoquer un émoussement afin de s'en protéger mais également favoriser une approche sélective ; c'est ainsi que par exemple, les surveillantes seront reconnues lors des rondes nocturnes de contrôle à leur façon de marcher, d'ouvrir une porte, de manipuler leur jeu de clés.

Les premières permissions de sortie sont souvent qualifiées d'étourdissantes d'un point de vue sensoriel car mettent à l'épreuve des sens émoussés par l'enfermement.

L'absence de miroir renvoyant une image de soi globale va contribuer à cette propension à se mettre à l'écart de soi. Rares, en effet, sont les endroits en détention où les miroirs sont de plain-pied et où la femme peut s'y refléter dans son intimité. Cette image parcellarisée de leur corps rend difficile la représentation unifiée et du même coup le rapport à l'autre s'en trouve tronqué. L'absence de baignoire où le corps peut flotter et être porté

dans son unité renvoie à la même difficulté de se rendre compte de son unicité.

L'atteinte au corps

Au-delà de ces atteintes inhérentes à la conjonction de l'incarcération et de l'histoire personnelle, les actes d'automutilation, perpétrés de façon récurrente en détention, s'imposent à l'esprit. Images de bras, de visages, de jambes tailladés, évocations furtives de ventre ou d'entre-cuisses mutilés à coup de rasoir, autant d'expressions d'une souffrance, d'un mal-être non ou peu mentalisés ; l'automutilation est pour chacune une voie de soulagement et une expression singulière qui dessine sur les corps une véritable cartographie des vécus et des émotions douloureux : « *Je regarde le sang mauvais couler et ça me fait du bien* », me disait cette jeune femme détenue recroquevillée sur sa culpabilité et sur l'incompréhension de ses actes.

*« Cette haine qui coule dans mes veines
Et je ne sais pas où elle me mène
Ce mélange de sentiments confus qui fait si mal, j'en souffre
Ce sentiment qui m'opresse qui m'essouffle
Qui me sert le cœur si fort à en éclater
De rancune, d'injustice, de culpabilité... »*

(Extrait d'un poème d'une jeune détenue)

Tentatives de (ré)appropriation d'un corps et d'une identité malmenés, ces actes sont aussi vécus comme des agressions à autrui qui y porte le regard. Choc de la première promenade chez

cette jeune détenue arrivante, où ces actes « exposés » l'ont rendue honteuse de ses bras indemnes, à tel point qu'elle s'est ensuite évertuée à ne jamais les montrer. Ces actes sont aussi une façon de communiquer et d'interpeller l'autre sur sa souffrance.

Ateliers d'éducation à la santé

Dans la prise en charge proposée au centre pénitentiaire des femmes de Rennes, les ateliers d'éducation à la santé prennent en compte cette préoccupation du corps : socio-esthétique, relaxation, gym douce, réflexion sur les conduites à risque. Des chevaux et des chiens servent de médiateurs à la découverte ou la redécouverte de ressentis sensoriels et émotionnels dans le cadre d'ateliers de médiation pour les femmes incarcérées depuis longtemps. Ces ateliers de médiation avec le cheval s'inscrivent dans un projet plus global d'accompagnement de la peine.

Ces ateliers déclinés sous forme de parcours d'éducation à la santé sont des tremplins pour que la femme découvre son corps, l'apprivoise, et à travers lui, puisse prendre plaisir à prendre soin d'elle de façon globale et ce faisant, puisse développer un mode relationnel où le respect de soi et donc de l'autre puisse jouer.

Souvent le corps plié et le regard effacé de leur arrivée font place à une attitude corporelle plus déterminée, comme si la colonne vertébrale redressée – à la faveur de l'accompagnement dont certaines ont su et pu se saisir – reflétait l'accession à leur identité et à une (re)connaissance de leur féminité gagnée. ■

Formation et accompagnement : des leviers pour la promotion de la santé en prison

Valérie Lemonnier,
chargée de projet et d'ingénierie,
Christine Ferron,
directrice,
Instance régionale d'éducation
et de promotion de la santé de Bretagne
(Ireps), Rennes.

L'amélioration de la cohérence et de la qualité des actions de santé menées en prison par l'ensemble des acteurs du soin en interne et par les intervenants extérieurs est un objectif de longue date. « L'existence d'un cloisonnement entre les différentes professions de santé (...) entraîne une incapacité de poser, à partir d'une démarche collective cohérente et évaluée, les éléments pour construire et conduire un projet global de santé » : telle était la problématique soulevée dès 2009 par les professionnels des unités de consultations et de soins ambulatoires (Ucsa) – aujourd'hui unités sanitaires (US) – dans un groupe de travail animé par la Direction régionale des affaires sanitaires et sociales (Drass) de Bretagne.

Plusieurs hypothèses étaient alors posées pour expliquer ce constat : le besoin de clarifier des concepts fondamentaux comme celui de « projet de santé global », la méconnaissance réciproque des différents groupes professionnels impliqués, et une coordination des actions de santé insuffisamment identifiée.

Peu de temps après sa création, en 2010, l'Agence régionale de santé (ARS) de Bretagne a sollicité l'Instance régionale d'éducation et de promotion de la santé (Ireps) pour élaborer des pistes d'accompagnement des cadres de santé des US et des infirmières des sept

établissements pénitentiaires de la région. Il s'agissait de soutenir ces professionnels en vue du développement, dans leurs services, d'un projet prenant appui sur la promotion de la santé.

Les équipes de soins au cœur du dispositif

Trois années se sont écoulées entre la réflexion initiée par la Drass et l'émergence des premières propositions d'accompagnement par l'Ireps. La finalisation de cette offre d'accompagnement ne pouvait s'imaginer sans sa validation par les personnels de santé, dont il était essentiel d'obtenir l'adhésion.

En 2013, avec le soutien de l'ARS, quarante-cinq professionnels des US ont été rencontrés et interrogés sur leurs attentes. Deux réunions ont eu lieu sur chaque site (*établissement pénitentiaire, NDLr*), l'une avec les professionnels des US et l'autre avec le directeur de l'établissement, les cadres de santé et un cadre du service pénitentiaire d'insertion et de probation (Spip). Les attentes des professionnels ont été recueillies à l'aide d'un guide d'entretien. Quatre priorités partagées ont ainsi émergé :

- l'acquisition de méthodes et d'outils pour mieux identifier les besoins des détenu(e)s et permettre une individualisation des parcours alliant prise en charge médicale et sociale : « Ils (les détenus) n'ont pas le même rapport à la santé que la population « ordinaire » ; « On a des pratiques centrées, pas de réseau » ;

- la connaissance des principes d'intervention de la promotion de la santé qui soutiennent une approche globale de la santé des détenu(e)s : « Avoir des valeurs communes sur la promotion

de la santé, avec qui ? (sous-entendu : les autres professionnels de santé ? les personnels pénitentiaires ?) » ;

- l'aide à la mise en place d'instances pour permettre le décroisement, le soutien à l'élaboration et à la conduite du projet d'éducation pour la santé de l'établissement : « Ne plus être dans la mise en place artisanale des actions », « C'est difficile de faire des actions collectives » ;

- une réflexion à l'échelle de la région : « r rencontrer les autres professionnels, échanger avec d'autres soignants, sur les pratiques, les projets, les supports ».

Une validation conditionnée à des engagements institutionnels

À l'automne 2013, à la demande de l'Ireps, l'ARS a réuni les équipes de soins somatiques et psychiatriques pour une présentation et une validation de l'offre de formation et d'accompagnement (*voir ci-après*). À cette occasion, les équipes ont unanimement évoqué les difficultés dues notamment au manque de personnel, qui pourraient empêcher leur implication dans ce dispositif, en soulignant que ces obstacles ne pourraient être levés que par des engagements institutionnels. L'ARS leur a alors accordé des moyens financiers complémentaires pour des remplacements et la prise en charge des frais de déplacements et de restauration.

Une offre intégrée de formation, d'échange de pratiques et d'accompagnement sur site

Cette offre, mise en œuvre en 2014 *via* trois modules, se poursuivra en 2015 (*voir ci-après*). Elle a pour ambition de renforcer les compétences des professionnels dans l'implantation

d'une démarche de promotion de la santé au sein des unités sanitaires et au-delà, dans le cadre de leurs collaborations avec les services des établissements pénitentiaires (par exemple : Spip, restauration centrale, sport, parcours d'exécution de peine) et avec

les partenaires extérieurs (par exemple : Csapa, Aides, associations néphalistes, etc.). Trente et un professionnels auront ainsi été formés fin 2014.

Constituer un seul groupe en formation sur la région étant inenvisageable, ce dispositif est décliné de façon identique sur deux sites. Le premier regroupe les équipes des unités sanitaires de Brest, Ploemeur, Vannes et la formation se déroule dans les locaux de l'antenne 29 de l'Ireps. Le second site rassemble les équipes de Saint-Brieuc, Saint-Malo, Rennes et Vezin dans les locaux de l'antenne 35 à Rennes.

Trois modules de formation se sont déroulés depuis janvier 2014. « *r éfléchir à l'éthique amène toujours des réflexions ultérieures et un questionnement par rapport à sa pratique professionnelle et ses positionnements* » écrivait un participant, en avril 2014, dans son évaluation du premier module de deux jours : « Éthique et pratiques en promotion de la santé dans le contexte du milieu carcéral ». En juin, des participants au deuxième module : « Précarité et santé en milieu pénitentiaire » qui s'est déroulé sur une journée relevaient comme points forts : « *l'amélioration du regard sur la précarité* », « *la nécessité de partir de la demande des détenus en tenant compte de leurs priorités* ». Le troisième module de deux jours consacré à « la mise en œuvre d'un projet de promotion de la santé » a pris appui sur le référentiel d'intervention élaboré par l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (Inpes), tandis que le dernier module de deux jours



© Sima Naudy

L'ESSENTIEL

- ▶ En région Bretagne, l'Ireps a été chargée par l'agence régionale de santé de former à la promotion de la santé les professionnels des unités sanitaires intervenant dans les établissements pénitentiaires.
- ▶ L'objectif est de créer une culture commune et de faire travailler ensemble ces intervenants qui, en l'absence de méthodes ou d'outils, ont des difficultés à conduire un projet global de promotion de la santé.
- ▶ Après avoir recueilli les attentes des professionnels, quatre sessions ont permis de former trente et un d'entre eux en 2014. La rencontre inter-établissements et le décroisement ont été largement plébiscités.

en janvier 2015, portera sur « l'animation d'actions collectives en éducation pour la santé auprès de personnes incarcérées ».

Deux séances d'échanges de pratiques seront ensuite proposées, l'une sur la procédure et les outils de l'entretien d'accueil, l'autre sur les items pour rendre compte quantitativement et qualitativement de la démarche de promotion de la santé dans le bilan des US.

En complément, chaque établissement pénitentiaire bénéficie d'un accompagnement spécifique par un chargé de projets et d'ingénierie de l'Ireps. L'enjeu est double : soutenir les professionnels formés en vue du transfert des acquis de la formation auprès de leurs collègues des US qui n'ont pas pu y participer ; et aider ces équipes à impulser un projet de promotion de la santé à l'échelle de l'établissement, avec les partenaires pénitentiaires.

Une forte adhésion des professionnels, toujours à soutenir

Les trente et un participants à la formation ont exprimé un niveau élevé de satisfaction. La rencontre inter-établissements et le décroisement sont largement plébiscités. Ainsi, « *les échanges avec les autres unités sanitaires* », « *la mixité des groupes* » (maison d'arrêt/centre de détention, cadres/infirmiers, somatique/psychiatrique), « *connaître les problématiques des autres centres pénitentiaires* », sont autant de points forts cités par les participants.

Cependant, si différentes fonctions professionnelles sont bien représentées sur le site 1, il n'en va pas de même sur le site 2, composé essentiellement de

personnel infirmier. L'accompagnement devient alors un outil indispensable pour que la dynamique engagée continue d'être portée aussi bien par les interlocuteurs institutionnels que par le personnel technique. En outre, les besoins des services étant prioritaires, les professionnels ne peuvent pas toujours être assidus à la formation, à leur grand regret.

L'objectif de l'Ireps est aujourd'hui de maintenir le cap et de poursuivre la mise en œuvre de ce dispositif jusque fin 2015 pour la formation, et au-delà pour l'accompagnement. Un dispositif qui « *rassure sur nos pratiques* », disent certains professionnels, et qui est identifié par d'autres comme « *un renfort à la motivation* ».

Rejoindre le plus possible de professionnels du soin des US et les soutenir dans l'impulsion et la coordination de projets co-construits avec les partenaires pénitentiaires sont des atouts pour garantir l'élaboration d'un projet global de santé en milieu pénitentiaire et c'est à cela que nous allons nous employer. ■

Pour compléter le dossier consacré à la promotion de la santé en milieu pénitentiaire, nous présentons ici une sélection de ressources en trois parties. Les deux premières ont pour objectif de contextualiser la notion de promotion de la santé en milieu pénitentiaire avec, d'une part, une sélection de textes fondateurs et de définitions sur la promotion de la santé et, d'autre part, une présentation du cadre général à la fois institutionnel (lois, rapports) mais aussi historique et sociologique sur la santé en prison. La troisième partie propose une sélection de références plus particulièrement consacrées à la promotion de la santé en milieu pénitentiaire, ainsi que des ressources pour les acteurs de terrain (guides méthodologiques d'intervention).

Laetitia Haroutunian,
documentaliste
à l'Inpes.

PROMOTION ET ÉDUCATION POUR LA SANTÉ : TEXTES DE RÉFÉRENCES

• **Organisation mondiale de la santé (OMS). Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé.** Genève : OMS, 1986 : 6 p. *En ligne* : http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/129675/Ottawa_Charter_F.pdf

• **Bury J.-A. Éducation pour la santé : concepts, enjeux, planifications.** Bruxelles : De Boeck Wesmael, coll. Savoirs et santé, 1988 : 235 p.

• **Bass M. Promouvoir la santé.** Paris : L'Harmattan, coll. Santé, sociétés et cultures, 1994 : 304 p.

• **Organisation mondiale de la santé (OMS). La Charte de Bangkok pour la promotion de la santé à l'heure de la mondialisation.** Genève : OMS, 2005 : 11 p. *En ligne* : http://www.who.int/healthpromotion/conferences/6gchp/BCHP_fr.pdf?ua=1

• **Van Steenberghe E., St Amand D. coord. La charte de Bangkok : ancrage pour de meilleures pratiques en promotion de la santé ?** Montréal : Réfips, coll. Partage, 2006 : 94 p. *En ligne* : http://www.refips.org/files/international/charte_bangkok.pdf

• **Bourdillon F. Traité de prévention.** Paris : Flammarion, coll. Médecine-Sciences, 2009 : 421 p.

• **Morelle A., Tabuteau D. La santé publique.** Paris : Presses universitaires de France, coll. Que-sais-je ?, 2010 : 126 p.

• **Cherubini B. Agir pour la promotion de la santé : une politique ouverte à l'innovation ?** Toulouse : Érès, coll. Action santé, 2011 : 222 p.

• **Réseau francophone international pour la promotion de la santé (Réfips). 25 ans d'histoire : les retombées de la Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé dans divers pays francophones [recueil de textes].** Montréal : Réfips, coll. Partage, 2012 : 97 p. *En ligne* : http://www.refips.org/files/international/Retombeescharteottawa_vf.pdf

• **Massé R. Éthique et santé publique : enjeux, valeurs et normativité.** Saint-Nicolas : Presses de l'Université Laval, coll. Sociétés, cultures et santé, 2003 : 223 p.

• **Tessier S., Andreys J.-B., Ribeiro M.-A. Santé publique, santé communautaire.** Paris : Maloine, 2^e éd., 2004 : 341 p.

SANTÉ EN MILIEU PÉNITENTIAIRE : CADRE INSTITUTIONNEL, REPÈRES HISTORIQUES ET SOCIOLOGIQUES

CADRE INSTITUTIONNEL ET LÉGISLATIF

LOIS, DÉCRETS, CIRCULAIRES

• **Loi n° 94-43 du 18 janvier 1994 relative à la santé publique et à la protection sociale - chapitre II : soins en milieu pénitentiaire et protection des détenus.** *En ligne* : <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000728979&fastPos=2&fastReqId=310258515&categorieLien=cid&navigateur=naturetextenavigateur&modifier=LOI&fastPos=2&fastReqId=310258515&oldAction=rechTexte>

• **Décret n° 98-1099 du 8 décembre 1998 modifiant le code de procédure pénale (troisième partie. Décrets) et relatif à l'organisation et au fonctionnement des établissements pénitentiaires.** *En ligne* : <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000574067&fastPos=1&fastReqId=117230301&categorieLien=cid&oldAction=rechTexte>

• **Loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique.** *JORF* n° 185, 11 août 2004 : p. 14277. *En ligne* : <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000787078&dateTexte=&categorieLien=id>

• **Loi n° 2009-1436 du 24 novembre 2009 pénitentiaire.** *JORF* n° 0273, 25 août 2009 : p. 20192. *En ligne* : <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000021312171&categorieLien=id>

• **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

RAPPORTS, RECOMMANDATIONS, PLANS D'ACTIONS

France

• **Chodorge G., Nicolas G., Collin M., Fuchs D., Haut Conseil de la santé publique (HCSP). Santé en milieu carcéral : rapport sur l'amélioration de la prise en charge sanitaire des détenus.** Paris : HCSP, 1993 : 75 p. En ligne : <http://fulltext.bdsp.ehesp.fr/Hcsp/Rapports/hc001097.pdf>

• **Ministère des Solidarités, de la Santé et de la Famille, Institut national de prévention et d'éducation pour la santé. Dix ans après la loi : quelle évolution dans la prise en charge des personnes détenues ?** Actes du colloque « Santé en prison », Paris, 7 décembre 2004. En ligne : <http://www.inpes.sante.fr/10000/themes/sante-penitentiaire/pdf/actes-colloque-sante-prison.pdf>

• **Commission nationale consultative des droits de l'homme (CNCDH). Étude sur l'accès aux soins des personnes détenues.** Paris : CNCDH, 2006 : 25 p. En ligne : <http://prison.eu.org/spip.php?article7681>

• **Assemblée nationale. Prise en charge sanitaire, psychologique et psychiatrique des personnes majeures placées sous main de justice. Rapport d'information n° 1811.** Paris : Assemblée nationale, 8 juillet 2009 : 248 p. En ligne : <http://www.assemblee-nationale.fr/13/pdf/rap-info/i1811.pdf>

• **Politique de santé des personnes placées sous-main de justice : plan d'actions stratégiques 2010-2014.** 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_strategique_2010_2013_prise_en_charge_personnes_placees_sous_main_de_justice.pdf

• **Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (Inpes). 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>

International

• **World Health Organisation (WHO). La santé des femmes en milieu carcéral : éliminer les disparités entre les sexes en matière de santé dans les prisons.** Copenhagen : WHO, Regional Office for Europe, 2009 : 50 p. En ligne : https://www.unodc.org/documents/hiv-aids/WHO_EURO_UNODC_2009_Womens_health_in_prison_correcting_gender_inequity-FR.pdf

• **Eggist S., Møller L., Galea G., Udesen C. Prisons and health.** Copenhagen : WHO, Regional Office for Europe, 2014 : 207 p. En ligne : http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/249188/Prisons-and-Health.pdf?ua=1

REPÈRES HISTORIQUES ET SOCIOLOGIQUES

• **Foucault M. Surveiller et punir : naissance de la prison.** Paris : Gallimard, 1975 : 318 p.

• **Béthoux E. La prison : recherches actuelles en sociologie.** *Terrains et Travaux*, 2000, n° 1 : p. 71-89. En ligne : <http://www.melissa.ens-cachan.fr/spip.php?article34>

• **Petit J.-G., Faugeron C., Pierre M., Perrot M. (préf.). Histoire des prisons en France : 1789-2000.** Toulouse : Privat, coll. Hommes et communautés, 2002 : 254 p.

• **Robert D., Frigon S. La santé comme mirage des transformations carcérales.** *Déviante et société*, 2006, vol. 30, n° 3 : p. 305-322.

• **Conseil national des politiques de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale (CNLE). Organisation sanitaire en milieu carcéral de 1945 à nos jours : mise en relief des enjeux et des efforts faits en matière de soins aux détenus [dossier web],** dernière mise à jour : octobre 2009. En ligne : <http://www.cnle.gouv.fr/L-organisation-sanitaire-en-milieu.html>

• **Vacheret M., Lafortune D. Prisons et santé mentale, les oubliés du système.** *Déviante et société*, 2011, vol. 35, n° 4 : p. 485-501.

• **Froment J.-C. La réforme pénitentiaire en France : débats intemporels, évolutions conjoncturelles.** *Droit et société*, 2011, vol. 78, n° 2 : p. 371-389.

• **Peton Klein D., Emery G. 1994-2011. Dix-sept ans après la réforme. Soins aux personnes détenues [dossier].** *Gestions hospitalières*, 2011, n° 50 : p. 299-302.

• **Welzer-Lang D., Castex P. Santé, prison et justice.** In : Castex P., Welzer-Lang D. *Comparutions immédiates : quelle justice ?* Paris : Erès, 2012 : p. 105-128.

• **David M., Marchal N., Lazarus A., Halley des Fontaines V. Santé publique et mesures de justice : une problématique centrale posée à la psychiatrie et aux pouvoirs publics.** *Santé publique*, 2012, vol. 23, hors-série : p. 189-196.

• **Lécu A. La prison, un lieu de soin ?** Paris : Les Belles Lettres, coll. Médecine & sciences humaines, 2013 : 309 p.

ÉDUCATION ET PROMOTION DE LA SANTÉ EN MILIEU PÉNITENTIAIRE : TEXTES CLÉS ET GUIDES MÉTHODOLOGIQUES

ÉLÉMENTS DE RÉFLEXION

• **Guibourgé F., Palicot A.-M., Brixi O., Choukroun O. Promotion de la santé et milieu pénitentiaire.** Vanves : CFES, coll. La Santé en action, 1997 : 171 p.



• Chauvin I. *La santé en prison : les enjeux d'une véritable réforme de santé publique*. Issy-les-Moulineaux : ESF, coll. Actions sociales, 2000 : 111 p.

• École nationale de la santé publique (ENSP). *La santé en prison : objet complexe d'échange entre détenus, surveillants et personnels soignants*. Rapport de séminaire réalisé dans le cadre du module de santé publique de l'EHESP. Rennes : EHESP, 2001 : 39 p. *En ligne* : http://fulltext.bdsp.ehesp.fr/Ensp/Mip/2001/g_22.pdf

• Obrecht O. *Des progrès pour la santé en prison*. *Projet*, 2002, vol. 269, n° 1 : p. 110-117.

• Bertrand D., Niveau G. *Médecine, santé et prison*. Chêne-Bourg : Médecine et hygiène, 2006 : 484 p.

• Brahmy B. *L'éducation à la santé en milieu pénitentiaire en questions*. *Actualité et dossier en santé publique*, 2007, n° 61-62 : p. 7-9. *En ligne* : <http://www.hcsp.fr/Explore.cgi/Telecharger?NomFichier=ad610708.pdf>

• Moreau F. *La santé dans les prisons françaises*. *Pouvoirs*, 2010, n° 4 : p. 69-86. *En ligne* : http://www.revue-pouvoirs.fr/IMG/pdf/135Pouvoirs_p69-87_sante_en_prison.pdf

• Rieder J.-P. *Santé en milieu pénitentiaire : vulnérabilité partagée entre détenus et professionnels de la santé*. *Revue médicale suisse*, 2010, n° 257 : p. 1462-1465. *En ligne* : <http://rms.medhyg.ch/numero-257-page-1462.htm>

• Dechet F. *Actions de promotion de la santé en milieu carcéral*. *Soins*, 2012, n° 762 : p. 18-21.

• Prévention et promotion de la santé en milieu pénitentiaire : état des lieux et exemples d'intervention [dossier]. *La Santé en Action*, 2013, n° 424 : p. 4-15. *En ligne* : <http://www.inpes.sante.fr/SLH/pdf/sante-action-424.pdf>

RESSOURCES POUR L'INTERVENTION

• *Guide méthodologique relatif à la prise en charge sanitaire des personnes détenues*. Paris : ministère de la Santé, ministère de la Justice et de la Protection sociale, 2004 : 175 p. *En ligne* : http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Guide_methodologique_relatif_a_la_prise_en_charge_sanitaire_des_personnes_detenues.pdf

• Møller L., Stöver H., Jürgens R., Gatherer A., Nikogosian H. *Health in prisons: a WHO guide to the essentials in prison health*. Copenhagen : WHO - Regional office for Europe, 2007 : 197 p. *En ligne* : http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0009/99018/E90174.pdf?ua=1

• *Guide pratique pour une éthique des actions de santé en milieu carcéral dans le respect des Droits de l'homme*. Paris : Ban public, 2007 : 73 p. *En ligne* : http://prison.eu.org/IMG/pdf/Guide_pratique_Actions_de_sante_en_milieu_carceral_mise_a_jour_septembre_2007.pdf

• Nouiouat R., Mannoni C. coord. *Guide de l'intervention en milieu pénitentiaire destiné aux acteurs de la lutte contre le sida*. Paris : Sidaction, 2011 : 150 p. *En ligne* : https://www.sidaction.org/sites/default/files/guide-prison-sidaction_0.pdf

• *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, novembre 2012 : 368 p. *En ligne* : http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Guide_Methodologique_-_Personnes_detenues_2012.pdf

• Chemlal K., Echard-Bezault P., Deutsch P. dir. *Promouvoir la santé en milieu pénitentiaire. Référentiel d'intervention*. Saint-Denis : Inpes, coll. La Santé en action, 2014 : 230 p. *En ligne* : <http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1545.pdf>

Les liens Internet ont été consultés et vérifiés le 29 juillet 2014.

Politique nutritionnelle : « prendre des mesures radicales est une nécessité pour les citoyens et notre système de santé »

Entretien avec Serge Herberg,

professeur de nutrition à l'université Paris 13, département de santé publique, hôpital Avicenne, directeur de l'Équipe de recherche en épidémiologie nutritionnelle (ÉREN), UMR U1153 Inserm/U1125 Inra/Cnam/Université Paris 13, Centre de recherche en épidémiologies et biostatistique Sorbonne-Paris-Cité, président du PNNS.

La Santé en action :
Quel état des lieux peut-on faire aujourd'hui du surpoids et de l'obésité dans notre pays ?

Serge Herberg :
Depuis 2000, la situation s'est légèrement améliorée alors que pendant les deux décennies précédentes, la fréquence du surpoids et de

l'obésité avait doublé. Nous observons une stabilisation, voire une diminution de cette fréquence chez les enfants : de 18 % en 2001, au moment du lancement du Plan national nutrition santé (PNNS), à 17,5 % environ dans les plus récentes enquêtes. Chez les adultes, nous avons constaté une augmentation de la prévalence du surpoids et de l'obésité – autour de 17 % aujourd'hui – mais cette progression s'est ralentie au cours des trois dernières années. Malgré tout, il faut tempérer cette note d'optimisme car il existe de très fortes inégalités sociales de santé particulièrement nettes pour l'obésité. Les populations les plus défavorisées présentent, en effet, un risque beaucoup plus grand, tant chez l'enfant que chez l'adulte. L'obésité est un marqueur social, lié au niveau socio-économique des ménages.

Nous notons que l'amélioration est concomitante avec la mise en œuvre de politiques de santé publique, notamment le PNNS. Sans affirmer un lien de causalité, il est raisonnable de penser que les mesures déployées expliquent en grande partie cette évolution.

S. A. : **En quinze ans, quels sont les domaines où la prévention a progressé ?**

S. H. : Des progrès indéniables ont été réalisés dans le champ de l'information et de la communication. La connaissance s'est améliorée, celle des professionnels de santé mais aussi celle du grand public : par exemple, 85 % des Français savent qu'il est bon de manger au moins « cinq fruits et légumes par jour », un des repères du PNNS.

La mobilisation des différents acteurs, notamment de terrain, qu'ils soient du secteur de la santé ou de l'éducation, du monde associatif, des collectivités territoriales, correspond à une prise de conscience de l'importance de la nutrition ; c'est une avancée.

Enfin, nous avons fait une petite révolution culturelle car la problématique de la nutrition intègre désormais aussi bien l'alimentation que l'activité physique : ce qui rentre dans le corps avec l'alimentation est mis en balance avec ce qui sort grâce à l'activité physique. C'est une des réussites de la politique de santé publique développée en France.

S. A. : **A contrario, qu'est-ce qui n'a pas ou mal fonctionné ?**

S. H. : Nous avons rencontré de grandes difficultés à mobiliser les acteurs du secteur privé, spécialement les industriels de l'agroalimentaire sur la qualité nutritionnelle de leurs produits. Seule une trentaine de chartes d'engagement a été signée... loin d'une adhésion massive des entreprises concernées. Mais celles qui ont signé une charte ont réellement amélioré

leur offre alimentaire, réduisant de 5 à 25 %, selon les cas, les teneurs en sel, sucre et gras.

Nous n'avons également pas réussi à convaincre, malgré nos efforts, certains opposants qui voient dans ces actions trop de normalisation, voire de médicalisation. Or ce n'est pas l'esprit du PNNS. Nous avons toujours eu la volonté de ne pas réduire l'alimentation à un acte biologique et de dire que plaisir et santé sont associés. Nous avons eu à cœur de penser une politique de santé publique à la française, qui prenne en considération la gastronomie et la convivialité.

Enfin les mesures mises en place n'ont pas eu une efficacité suffisante pour toucher les publics prioritaires, les foyers défavorisés et leurs enfants.

S. A. : **Au vu de ce constat, quelles nouvelles stratégies préconisez-vous ?**

S. H. : Si l'information et l'éducation demeurent essentielles, il faut les coupler avec une action sur l'environnement, au niveau de l'alimentation et de l'activité physique, afin de donner aux Français les moyens de mettre les recommandations en pratique. Cette stratégie comprend plusieurs volets : une information concrète et lisible sur la qualité nutritionnelle des produits, un meilleur accès aux aliments dont les qualités sont reconnues et une baisse de la pression marketing pour les moins intéressants. Bien se nourrir ne relève pas que des comportements individuels. Si 85 % des Français connaissent les « cinq fruits et légumes par jour », ils sont 43 % à les consommer et seulement 6 % parmi les foyers les plus défavo-



© Hubert Desplats pour le Marché national de Rouais

risés. Il faut donc, par des réglementations, changer les déterminants qui ne sont pas de la responsabilité des individus mais de notre société (offre alimentaire ou d'activité physique, pression de la publicité, coût des aliments, transparence sur la qualité nutritionnelle des aliments etc.), pour créer des environnements favorables à l'équilibre nutritionnel et ce, pour toutes les catégories de la population. L'autorégulation et le volontariat ont montré leurs limites, particulièrement quand des enjeux économiques importants interviennent.

S. A. : Comment mettre en œuvre cette stratégie ?

S.H. : Au cœur du dispositif se trouve la définition de la qualité nutritionnelle des aliments car tous ne se valent pas. Elle pourrait prendre la forme d'un score notant la teneur de plusieurs éléments – sel, sucre, gras, calories, fibres. Et ce score va servir à plusieurs choses. Premièrement, donner une information simple, sur la face avant de l'emballage des produits, grâce à un dégradé de couleur : du vert au rouge, comme pour les équipements électro-

ménagers. Plutôt que d'avoir les étiquettes actuelles sur la composition, illisibles, le logo de couleur, attribué en fonction du score, permettra au consommateur de voir si un aliment est plus ou moins favorable à l'équilibre nutritionnel, et ce d'un seul regard. Et donc de comparer. Non pas les chips et les légumes, tout le monde connaît la différence, mais entre deux paquets de céréales, deux pizzas ou deux desserts lactés.

Voilà un système simple donnant une bonne vision de la qualité nutritionnelle des produits, chacun décidant ensuite de son acte d'achat. Il est utilisé en Grande-Bretagne par de grands réseaux de distribution, sur la base du volontariat. En outre, le score pourrait être un outil pour réguler la pression marketing : il s'agirait de définir un seuil au-delà duquel la publicité des produits serait interdite sur les médias, aux heures de grande écoute des enfants. Cette mesure n'interdit pas les produits en question mais la promotion de leur consommation. Elle inciterait les industriels de l'agroalimentaire à améliorer leur offre pour pouvoir communiquer.

L'ESSENTIEL

- ▣
- ▣ L'augmentation du surpoids et de l'obésité dans la population semble se stabiliser ces dernières années mais avec de fortes disparités selon le niveau socio-économique.
- ▣ La politique de santé publique couple désormais alimentation et activité physique, information et éducation, comportements individuels et environnement, mais peine encore à mobiliser les acteurs du secteur privé.
- ▣ Parmi les nouvelles mesures proposées : instaurer un étiquetage simple des aliments, réglementer les publicités s'adressant aux enfants, instaurer une taxation en fonction de la qualité nutritionnelle des aliments.

Nutrition

Politique nutritionnelle : « prendre des mesures radicales... »



S. A. : Comment favoriser l'accès à des aliments de bonne qualité nutritionnelle, souvent plus onéreux, notamment pour les catégories sociales défavorisées ?

S. H. : L'idée serait d'instaurer un système de taxation-subsidiation proportionnel, là aussi basé sur le score des aliments. Moins ces derniers présentent de qualité nutritionnelle, plus ils seraient taxés. Mais il faut contrebalancer cette mesure par une alternative pour que les consommateurs les plus pauvres ne soient pas pénalisés : les produits aux apports nutritionnels favorables bénéficieraient de subventions, qui pourraient d'ailleurs provenir des ressources de la taxe ; ils seraient ainsi moins chers et plus accessibles à tous. C'est un cercle doublement vertueux qui amènera aussi les entreprises agroalimentaires à réduire les teneurs en gras, sel et sucre, comme l'ont fait celles qui se sont engagées via la charte, car elles y auront intérêt économiquement.

S. A. : Des pays ont-ils déjà expérimenté la taxation et certains n'ont-ils pas fait machine arrière ?

S. H. : Ce principe existe déjà, y compris en France, avec la taxe sur les sodas qui a fait reculer le marché de 4 %, alors qu'il était en croissance de 2 % par an, tandis que la consommation des eaux en bouteille progressait.

Certes, le Danemark avait mis en place une taxation, avant de revenir en arrière un an plus tard, mais il faut relativiser cet échec. D'abord la taxe, forfaitaire, ne concernait que les produits contenant des acides gras saturés.

Deux arguments ont motivé cet abandon : d'un part, les industriels devaient fournir des données certifiées et, selon eux, le dosage sur tous leurs produits coûtait trop cher ; d'autre part, les Danois allaient s'approvisionner dans les pays limitrophes. Cette taxe a été abandonnée pour des raisons économiques qui ne se posent pas de la même façon en France aujourd'hui : le risque transfrontalier dans un pays aussi vaste que le nôtre paraît limité ; et il n'y aura pas de surcoût puisqu'un règlement de la Commission européenne va obliger les entreprises à afficher sur les étiquettes de leurs produits le dosage de certains nutriments – dont ceux que nous prenons en compte pour le score dans nos propositions – à partir de 2016.

Les industriels voient ce projet de taxation comme une contrainte mais elle peut être aussi une voie à l'innovation et favoriser les exportations, avec des produits combinant plaisir et santé. Car l'accès à des aliments de bonne qualité nutritionnelle est devenu un enjeu international.

S. A. : Quel accueil ont reçu vos propositions et avez-vous bon espoir qu'elles soient adoptées ?

S. H. : L'intérêt a été manifeste, de la part du ministère de la Santé mais aussi des professionnels puisque les sociétés savantes en santé publique, en pédiatrie, en nutrition ainsi que des associations de consommateurs ont soutenu ce projet et ont même lancé une grande pétition citoyenne pour soutenir la mesure (www.sfsp.fr). Néanmoins, et on peut le com-

prendre, un certain nombre d'acteurs économiques ont déclaré publiquement leur opposition. Nous attendons maintenant un arbitrage politique fort de l'ensemble des ministères concernés : la Santé, bien sûr, mais aussi l'Agriculture, la Consommation, l'Économie et les Finances. L'obésité, le diabète, l'hypertension, les pathologies cardio-vasculaires et les cancers ont un coût humain, social et économique très important. Il faut que tous soient engagés dans la réflexion pour réduire les risques de ces maladies. Et la nutrition est un moyen simple de diminuer leur fréquence. Prendre des mesures radicales est une nécessité, au niveau individuel et collectif, pour les citoyens et notre système de santé. ■

Propos recueillis par Nathalie Queruel, journaliste.

Pour en savoir plus

Hercberg S. *Propositions pour un nouvel élan de la politique nutritionnelle française de santé publique dans le cadre de la stratégie nationale de santé. 1^{re} partie : mesures concernant la prévention nutritionnelle* [Rapport à la ministre de la Santé]. Paris : La Documentation française, 2013 : 128 p. En ligne : <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/144000068/0000.pdf>

Former des professionnels à la promotion de la santé

Emmanuelle Hamel,
chef du département
Développement des compétences
et Amélioration des pratiques
professionnelles,
direction de l'Animation des territoires
et des réseaux, Inpes,
Éric Breton,
enseignant-chercheur,
titulaire de la Chaire Inpes
Promotion de la santé,
École des hautes études
en santé publique, Rennes.

Plus que jamais, la formation constitue un levier essentiel d'amélioration des actions en promotion de la santé. Le développement de l'expertise fait toutefois face à deux enjeux majeurs :

- la « formation tout au long de la vie » interroge sur les modalités d'acquisition et de renforcement des compétences ;

- l'intégration dans les pratiques des professionnels des expériences et avancées outre-frontières pour ainsi enrichir leur bagage et leur permettre de s'inscrire dans une perspective européenne, à l'heure où la mobilité professionnelle dépasse les frontières.

Le cours d'été proposé par le consortium ETC-PHPH (*European Training Consortium in Public Health and Health Promotion*) constitue un élément de réponse à ces enjeux. Initié en 1991 par quatre écoles de santé publique, il en rassemble aujourd'hui onze. Il s'agit d'une formation annuelle, de niveau master, sur le développement d'outils pour les stratégies de promotion de la santé en Europe (www.etc-summer-school.eu). Cette formation de 160 heures comporte une session en ligne de six

semaines et une partie en présentiel de deux semaines sur le site d'une des écoles du consortium.

Depuis sa création, 574 professionnels et étudiants de 47 pays ont bénéficié de cette formation dont le contenu est fortement influencé par l'approche salutogénique¹ de A. Antonovsky. La formation allie théorie – les principes de promotion de la santé, notamment la participation et le partenariat – et pratique puisque l'activité phare de la session est la réalisation – en équipes internationales de cinq à six participants toutes épaulées par deux tuteurs – d'un projet de promotion de la santé. L'expérience montre la richesse de ce processus de construction et la créativité des propositions présentées par les professionnels participants. Mais plus encore, ces derniers expérimentent la complexité du travail collectif, parfois éprouvant et conflictuel pour des professionnels de disciplines, de milieux professionnels, de langues et cultures différents (*lire page 46 les témoignages des participants*).

En 2014, la 23^e édition de l'École d'été s'est tenue à Rennes, à l'initiative de la Chaire Inpes « Promotion de la santé » à l'École des hautes études en santé publique (EHESP). Sous le thème « Mobiliser les systèmes locaux de promotion de la santé en faveur de l'équité », la Chaire a voulu s'assurer que cette première édition en sol français, d'une part, favorise la participation de professionnels de notre pays – la plus-value d'échanger avec des collègues d'autres pays étant manifeste – et, d'autre part, renforce la place des expériences françaises dans les enseignements du consortium – celles-ci étant peu connues à l'international alors que leur apport est pertinent. La Chaire a donc misé sur la suppression

L'ESSENTIEL

▣ Face aux défis contemporains de santé publique, l'enjeu de la formation est central et doit permettre aux professionnels de mieux connaître ce qui se passe en France, et dans d'autres pays.

▣ Les formations sur la promotion de la santé sont peu développées en France et l'offre internationale de formation souvent peu visible ou accessible.

▣ En France, l'EHESP a accueilli, courant 2014, l'une de ces formations qui permet à des professionnels d'horizons et de pays différents de travailler ensemble sur des projets concrets.

des frais d'inscription pour les professionnels et étudiants en France et mis à disposition un service de traduction simultanée, l'anglais étant la langue usuelle du programme. Ces efforts ont porté leurs fruits puisqu'une dizaine d'étudiants et professionnels français y ont participé alors que l'École d'été n'en avait compté que deux dans toute son histoire.

La prochaine édition aura lieu du 2 au 15 août 2015 à Cagliari, en Italie, sur le thème : « Créer des environnements salutogéniques : universités, écoles, hôpitaux, villes, lieux de travail promoteurs de santé ». ■

1. La « salutogénèse » tente de comprendre ce qui génère la santé, en opposition à la « pathogénèse » qui se concentre essentiellement sur ce qui produit la maladie.

Source : Lindström B., Erickson M. *La salutogénèse. Petit guide pour promouvoir la santé.* (Trad. Roy M., O'Neill M.). Québec : Presses de l'Université Laval, 2012 : 140 p.

Du côté des participants et des formateurs

Propos recueillis par Yves Géry et Emmanuelle Hamel.

Anne-Lise Gaschet : « Apprendre des autres et leur apporter »

Anne-Lise Gaschet, chargée de mission à l'Instance régionale d'éducation et de promotion de la santé (Ireps) Martinique, précédemment à l'Ireps Guadeloupe, s'est vu proposer cette formation pour élargir ses connaissances – elle est titulaire d'un master en santé publique. Son travail à l'Ireps Guadeloupe était de permettre la mise en œuvre sur le terrain d'actions de prévention par le biais de formation de personnes-relais ; à l'Ireps Martinique, elle forme les professionnels de terrain dans le champ sanitaire, social et médico-social, à la prévention et la promotion de la santé. « *Nous nous sommes attelés à trouver des solutions ensemble, face aux inégalités de santé, avec chacun notre culture et des législations différentes* ». La difficulté qu'elle affronte est double : faire intervenir les pouvoirs et les élus locaux dans les actions de promotion de la santé ; impliquer les populations concernées, du fait de la distance entre professionnels et profanes.

En Guadeloupe, dans le cadre du plan de lutte contre le chikungunya, l'Ireps forme des personnes-relais en lien avec les communes ; or « *nous avons rencontré d'importantes difficultés pour les mobiliser, au motif que pour nombre de ces collectivités c'est la responsabilité de l'État et c'est donc à lui d'intervenir* ».

Le travail collectif concret « multiculturel » est, pour elle, l'apport le plus intéressant de l'École d'été. Ses collègues venaient d'horizons multiples : Islande, Pays-Bas, Allemagne... : « *L'apport vient de la diversité* ». Petit bémol, la formation se déroulait en anglais, « *à la longue l'esprit fatigue* ». Ensemble, ils ont travaillé sur « comment mobiliser » les élus locaux et les communautés, la population...

Ce qui l'a le plus frappée : le retard pris par la France concernant la recherche en santé publique. Par exemple, plusieurs participants des Pays-Bas étaient doctorants. « *Se confronter ainsi donne des idées, motive, mais c'est également frustrant de constater ce déficit de recherche en France* ». Au final, cette formation « *lui a ouvert des perspectives. La grande force, c'est l'échange, ce que l'on peut apprendre des autres, et ce que l'on peut leur apporter* ».

Guillaume Campagné : « Nous avons croisé les expériences de plusieurs pays d'Europe »

Futur médecin de santé publique, en internat à Lille, Guillaume Campagné travaille actuellement à l'Agence régionale de santé Nord-Pas-de-Calais au sein du département Prévention – promotion de la santé : « *Je recherchais surtout le côté international, une opportunité de découvrir des expériences différentes. Autre intérêt : la formation a duré quinze jours hors de ses bases, un temps suffisant pour échanger et partager* ».

Qu'est-ce qui l'a le plus surpris ? « *Je m'attendais à une formation académique avec des cours magistraux, tradition en France. Or cela n'a pas du tout été le cas : nous avons beaucoup travaillé en demi-groupes sur des programmes très concrets. Cela m'a un peu désorienté au départ. J'ai acquis non pas une connaissance classique, mais un savoir expérientiel. Aussi savoir s'écouter, se comprendre, construire, avancer ensemble. Nous avons croisé les expériences, avec une dimension psychologique et pas seulement médicale* ».

Qu'est-ce que cette formation vous a essentiellement apporté ? « *Une inspiration sur le plan des valeurs, des connaissances pour monter un projet, travailler en groupe dans un contexte multiculturel* ». L'occasion aussi, pour lui, de montrer qu'un médecin peut s'intéresser très fortement à une approche globale de la santé, et non pas seulement aux soins. Le médecin est souvent catalogué. « *Le fait de venir d'horizons si différents a permis de montrer que l'on pouvait tous travailler ensemble* ».

Quelles sont les principales forces de cette formation ? « *Sa caractéristique internationale, avec des personnes aux parcours très différenciés. Le choix du thème de l'équité et de la justice sociale. Nous ne sommes pas sur un fonctionnement technique mais sur des valeurs* » Et les faiblesses ? « *Le côté ponctuel, on initie un réseau professionnel mais cela sera peut-être sans suite* ».

Arnd Hofmeister : « Un lieu idéal pour comparer et apprendre »

Voilà pour les professionnels formés. Docteur en santé publique, le Berlinoise Arnd Hofmeister était l'un des formateurs. Pour lui, le thème de cette année était évident en ces temps de crise : « *Réduire les inégalités et prendre en compte les déterminants sociaux de la santé est à l'agenda mondial depuis une décennie et européen aujourd'hui. Cependant, les stratégies qui réussissent restent rares. La 23^e École d'été a montré de nouvelles pistes à suivre. Bien qu'il soit nécessaire de penser globalement dans ces temps de mondialisation, l'action locale est ce qui fait la différence* ».

La richesse, c'est la diversité : « *La perspective comparative entre les participants internationaux a permis la compréhension des multiples configurations des systèmes locaux de promotion de la santé* » « *Certes, ajoute-t-il, l'on peut trouver dans certains pays des structures et des politiques structurées alors que dans d'autres, il y a des réseaux plus diffus qui doivent en premier lieu être renforcés* » À cet égard, comment analyse-t-il la situation en France ? « *Travailler au niveau local signifie se débrouiller avec le "millefeuille" du système public français alors que les départements d'outre-mer montrent de très fortes inégalités et que, sur tous ces territoires, de nombreux déterminants entrent en jeu* ».

Afin de sensibiliser à la nécessité de mobiliser et de renforcer les systèmes de promotion de la santé, « *les Écoles d'été internationales sont un lieu idéal pour apprendre car elles permettent une perspective comparative, afin d'identifier et d'apprécier ce qui existe en France et qui est souvent méconnu, mais aussi pour prendre connaissance de ce qui est réalisé dans d'autres pays, et pourrait l'être chez vous et chez nous* ».

Enfin, il décrypte avec humour ce pays France qui, pour lui, s'apparente – sur le terrain, loin des lieux de pouvoir – au « petit village gaulois », « *une communauté locale solidaire qui organise sa résistance face aux iniquités en développant un réseau de coopération associant l'ensemble des structures locales* ». Et il appelle de ses vœux davantage de participants français dans les prochaines éditions de l'École d'été « *pour un bénéfice mutuel* ».

Les comportements de santé des personnes âgées de 55 à 85 ans

Christophe Léon,

chargé d'études, direction des Affaires scientifiques, Inpes.

Enguerrand du Roscoät,

Chef du département Environnement, Populations et Cycles de vie, direction des Affaires scientifiques, Inpes.

Comme les autres pays européens, la France fait face aujourd'hui au vieillissement de sa population. Dans un contexte de forte prévalence des maladies chroniques, les enjeux individuels et collectifs de ce vieillissement sont très importants : prévenir le risque de perte d'autonomie, maintenir la qualité de vie des personnes, si possible à domicile, pour permettre à tous de vivre le plus longtemps possible en bonne santé.

Dans cette perspective, préciser notre connaissance des populations âgées par le biais de leurs comportements de santé apparaît indispensable. Depuis 1992, l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (Inpes) a mis en place un dispositif d'enquêtes nommées Baromètres santé afin d'étudier les comportements, attitudes et perceptions des Français sur leur santé. Pour la première fois en 2010, le Baromètre santé¹ a étendu son échantillon aux 76-85 ans afin de réaliser une analyse sur les seniors, cette population étant très peu suivie dans les études observationnelles de santé.

L'ouvrage tiré de cette étude, publié en octobre 2014, aborde six grandes thématiques : le niveau d'information en santé et les craintes ressenties, la santé mentale, les pratiques addictives, les accidents de la vie courante (dont les chutes), la consommation de soins, ainsi que l'alimentation et l'activité physique. Mieux connaître les personnes âgées permet de mieux identifier leurs

besoins et leurs attentes pour favoriser l'information en santé et l'accompagnement aux différentes étapes de la vie.

Les seniors ont des comportements plus favorables à la santé que leurs cadets...

Une meilleure santé mentale

Les 55-85 ans interrogés dans notre échantillon sont, en proportion, moins nombreux à déclarer avoir souffert de dépression ou avoir eu des pensées suicidaires au cours des douze derniers mois : 4,4 % d'entre eux déclarent avoir vécu un épisode dépressif caractérisé (EDC) (vs 9,1 % des 15-54 ans), 17,2 % sont dans une situation de détresse psychologique (ce chiffre est comparable à celui des 15-54 ans) et 3,5 % ont eu des pensées suicidaires (vs 4,1 % des 15-54 ans).

Des comportements à risques moins importants

Les comportements à risque de santé observés chez les personnes âgées sont plus favorables que ceux observés pour les adultes plus jeunes. Parmi les 55-85 ans, 13,4 % déclarent fumer ne serait-ce que de temps en temps, proportion largement inférieure à celle du reste de la population (41,1 % parmi les 15-54 ans). L'avancée en âge est synonyme d'une augmentation de la consommation quotidienne d'alcool ; cependant, par rapport aux sujets plus jeunes, la consommation d'alcool à risque ponctuel² est près de deux fois moins fréquentes à 55-64 ans (20,2 %) qu'entre 20 et 25 ans (38,8 %), et près de quatre fois moins fréquentes à partir de 65 ans (11,2 %).

Une alimentation plus saine et plus diversifiée

De manière générale, les 55-75 ans associent plus souvent l'acte alimentaire à un moyen de préserver sa santé et

L'ESSENTIEL

- ▣ **Contrairement à nombre d'idées reçues, les seniors (55-85 ans) sont moins sujets à la dépression et aux problèmes de santé mentale que le reste de la population.**
- ▣ **Leurs habitudes alimentaires sont également plus favorables à la santé que celles de leurs cadets.**
- ▣ **Cependant, hommes et femmes ne sont pas égaux face aux risques de santé.**
- ▣ **Ce sont quelques-uns des enseignements de l'enquête Baromètre santé que l'Inpes vient de publier.**

l'avancée en âge est associée à une alimentation plus diversifiée. En effet, 63,3 % d'entre eux ont consommé, la veille de l'interview, des fruits, des légumes, des aliments du groupe viande, poissons et œufs, des féculents et des produits laitiers (vs 43,0 % des 18-54 ans). Entre 1996 et 2008, on a pu observer une augmentation significative du pourcentage de personnes ayant déclaré une consommation conforme aux recommandations du Programme national nutrition santé (PNNS) pour les fruits et légumes (au moins cinq par jour) et pour le poisson (au moins deux fois par semaine) alors que ce n'est pas le cas parmi les adultes plus jeunes. Enfin les seniors sont trois fois plus nombreux à avoir mangé, la veille de l'enquête, au moins les cinq fruits et légumes recommandés (22,5 % vs 8,2 % des 18-54 ans) et une majorité d'entre eux mangent du poisson au moins deux fois par semaine (57,0 % vs 41,0 % des 18-54 ans).

Enquête

Les comportements de santé des personnes âgées de 55 à 85 ans

...cependant, certains points doivent attirer notre attention

Hommes et femmes ne sont pas égaux face aux risques de santé

Concernant les troubles psychiques, 8,2 % des femmes de 55-85 ans déclarent avoir vécu un EDC au cours des douze derniers mois contre 3,6 % des hommes. Et 25,1 % des femmes déclarent avoir chuté au cours des douze derniers mois contre 17,4 % des hommes. À l'inverse, les hommes sont plus concernés par les addictions (16,4 % sont fumeurs vs 10,8 % des femmes; 39,5 % consomment de l'alcool quotidiennement contre 15,6 % des femmes; 17,6 % jouent aux jeux d'argent et de hasard vs 9,5 % des femmes³). Enfin le surpoids concerne la moitié des hommes de 55-75 ans interrogés (vs 29,8 % des femmes du même âge).

Une faible consommation de produits laitiers

Le repère du PNNS concernant la consommation de produits laitiers (trois ou quatre par jour) n'est connu que par 29,1 % des 55-75 ans et seulement un tiers des consommateurs de cet âge respecte cette recommandation depuis 1996. Or, l'on sait que le calcium présent dans les produits laitiers contribue pour partie à la solidité des os et que le besoin en calcium augmente avec l'avancée en âge⁴.

Une consommation d'alcool ancrée dans leur vie quotidienne

Même si elle est en baisse depuis 2000, la consommation d'alcool reste importante, notamment chez les hommes : 39,5 % des hommes de 55-85 ans et 15,6 % des femmes du même âge consomment de l'alcool tous les jours. Nos résultats ont montré que les hommes qui boivent de l'alcool quotidiennement ont un risque plus important de chute et l'on sait que la chute est une des fragilités du grand âge.

La fragilité mentale des 55-64 ans

La tranche d'âge des 55-64 ans qui correspond, en général, à la fin du parcours professionnel, a ses fragilités. C'est dans cette population que l'on observe les taux d'EDC et de pensées suicidaires les plus élevés, en particulier

chez les femmes (8,2 % vs 3,6 % chez les hommes pour les EDC et 5,1 % vs 3,1 % chez les hommes pour les pensées suicidaires). La santé mentale des 55-64 ans doit par ailleurs être considérée avec attention, compte tenu de son implication dans l'aggravation des troubles liés au vieillissement. Notre enquête a montré qu'un état de santé mentale dégradé était associé à des limitations fonctionnelles (souvent liées à la chute), aux maladies chroniques (liées à des mauvaises habitudes de vie) mais aussi à l'isolement.

L'importance du lien social

Le lien social chez les seniors est mesuré par trois éléments importants de la vie sociale⁵. D'une manière générale, les 55-85 ans ont une vie sociale comparable à celle des 15-54 ans. Cependant, les liens sociaux ont des impacts sur la santé des 55-85 ans. Notons dans notre enquête, par exemple, que le fait de vivre seul multiplie par quatre chez les hommes et par deux chez les femmes la probabilité de survenue d'un EDC au cours des douze derniers mois, que la participation à des activités de groupe ou de loisirs diminue le risque de fumer mais est, en revanche, associée à une plus grande fréquence d'usage d'alcool à risque ponctuel. Par ailleurs, la présence de liens sociaux est associée à des comportements alimentaires plus diversifiés et plus favorables à la santé.

Protéger l'autonomie et prévenir les incapacités

Les résultats présentés apparaissent sur certains points encourageants. Notons toutefois que le Baromètre santé n'interroge pas les personnes dépendantes et en institution, et que des inégalités de santé existent, notamment en lien avec la situation financière et des personnes interrogées.

L'activité physique ainsi qu'une bonne nutrition préviennent les risques de développement de maladies chroniques ainsi que les risques de chute, responsable de graves limitations fonctionnelles. Ces dernières sont fortement associées à des états de santé mentale dégradés (par exemple les troubles dépressifs), qui sont eux-mêmes à l'origine d'une accélération des troubles du vieillissement notamment cognitifs. Cet exemple est l'illustration que la

santé, tout comme le vieillissement, est un processus qu'il importe d'aborder de façon globale dans toutes ses dimensions qu'elles soient biologiques, psychologiques ou sociales.

Dans le cadre de ses programmes de prévention, l'Inpes œuvre pour l'acquisition d'aptitudes individuelles de protection de l'autonomie et de prévention des incapacités chez les personnes de 55 ans et plus, vivant à domicile, via la mise à disposition d'outils pour les professionnels médico-sociaux et le grand public sur son site www.inpes.sante.fr⁶. Les plus de 55 ans trouveront sur le site www.reponses-bien-veillir.fr, réalisé en partenariat avec les régimes de retraite, des informations et des conseils sur toutes les thématiques en lien avec un vieillissement en santé. ■

1. Le Baromètre santé 2010 est une enquête réalisée par téléphone reposant sur un échantillon d'individus tirés au sort. L'enquête a eu lieu entre le 22 octobre 2009 et le 3 juillet 2010. Pour être éligible, la personne sélectionnée devait avoir entre 15 et 85 ans et parler le français. Au total, 27 653 personnes ont été interrogées dont un échantillon représentatif important de 9 921 personnes âgées de 55 à 85 ans. La partie consacrée à l'alimentation et l'activité physique est une exploitation du Baromètre santé nutrition conduit par l'Inpes de février à mai 2008 auprès des 12-75 ans et dont la méthodologie est identique à celle déployée dans le cadre du Baromètre santé 2010.

2. Personne déclarant consommer moins de verres d'alcool que les seuils de risque usuels (21 verres par semaine pour les hommes, 14 verres par semaine pour les femmes), mais déclarant des épisodes d'alcoolisation ponctuelle importante (au moins 6 verres en une occasion) de manière au moins occasionnelle.

3. Le module sur les jeux d'argent et de hasard n'a été posé qu'aux 55-75 ans.

4. <https://www.anses.fr/fr/content/le-calcium>

5. Le fait d'avoir pratiqué des activités de groupe ou de loisir (réunions, activités religieuses, associations, cinéma, sport, soirées), le fait d'avoir rencontré des membres de sa famille ou des amis, ceci dans un laps de temps court, c'est-à-dire au cours des huit jours précédents l'enquête et, enfin le fait de vivre seul.

6. Le catalogue des publications « Vieillir en bonne santé » est disponible sur le site de l'Inpes : http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/detaildoc.asp?numfi_he=1550

Pour en savoir plus

Léon C., Beck F. dir. *Les comportements de santé des 55-85 ans. Analyses du Baromètre santé 2010*. Saint-Denis : Inpes, coll. Baromètres santé, 2014 : 192 p. En ligne : <http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1549.pdf>

« Changer le regard sur la vieillesse »

Entretien avec Bernard Cassou, professeur émérite en santé publique, Université de Versailles, Laboratoire santé-environnement-vieillesse, Centre de gérontologie Sainte-Périne, Paris.

La Santé en action : Comment analysez-vous les résultats de l'enquête Baromètre santé ?

Bernard Cassou : La plupart des données battent en brèche le stéréotype qui associe la vieillesse à un naufrage, où domineraient la maladie, la déficience, les incapacités. Ainsi, si l'on regarde les résultats concernant un indicateur de santé mentale, on observe que seulement 4,4 % des 55-85 ans déclarent avoir vécu un épisode dépressif au cours de l'année précédente (versus 9,1 % chez les 15-54 ans). Et c'est parmi les 55-64 ans (groupe le plus jeune) que la prévalence est la plus élevée (6 %), traduisant peut-être une fin de vie professionnelle ou un passage à la retraite difficile.

Le Baromètre santé illustre également un paradoxe déjà montré dans d'autres études : de nombreuses personnes souffrant de maladies chroniques se disent malgré tout en bonne santé et « heureuses de vivre ». Les représentations de la santé diffèrent notablement entre les groupes d'âge. Alors que l'attente des plus jeunes est que leur corps fonctionne parfaitement, les plus de 65 ans évaluent leur bien-être à l'aune d'autres critères : être en relation avec les autres et se sentir utile. Voilà des informations pour changer le regard actuel sur la vieillesse et passer d'une vision déficitaire du vieillissement à une vision plus équilibrée, faite de pertes et de gains. La santé des personnes âgées ne doit pas être conçue seulement comme un « capital » à préserver et à restaurer à tout prix.

S.A. : Quelles stratégies de prévention seraient plus pertinentes ?

B.C. : Il convient de s'interroger sur les bénéfices mais aussi sur les limites des actions de prévention pour ce groupe d'âge. L'un des apports du Baromètre santé est de fournir des données sur des préoccupations de santé des personnes âgées comme les chutes ou les

pratiques addictives qui ont moins retenu l'attention des pouvoirs publics que les pathologies chroniques – cancers, maladies cardio-vasculaires, maladie d'Alzheimer. Prenons l'exemple des troubles de la locomotion qui peuvent conduire à des chutes. Relèvent-ils simplement d'un problème médical, cardio-neuro-rhumatologique, ou également d'un problème environnemental, environnement souvent peu adapté aux déplacements des personnes âgées ayant des déficiences locomotrices ? De même, dans la prévention des fractures ostéoporotiques, faut-il privilégier l'approche biomédicale, avec examen de densitométrie osseuse suivi d'un traitement – calcium, vitamine D, voire médicament antiostéoporotique – ou bien l'approche psychosociale, avec participation à des ateliers « équilibre » afin de conserver son équilibre et mieux percevoir son schéma corporel ?

Mettre en place des actions de prévention dans ce groupe d'âge est compliqué. Si le Baromètre santé montre une bonne connaissance des mesures de prévention concernant une alimentation équilibrée et une activité physique régulière, en fait peu nombreux sont les plus de 65 ans pratiquant cette dernière à un niveau suffisant. Et comment manger cinq fruits et légumes par jour quand le revenu moyen d'un retraité s'élève à 1 300 euros et que pour les femmes, la pension moyenne est de l'ordre de 950 euros ? La prévention et ses injonctions, de la même manière que l'absorption de médicaments, peuvent avoir des effets secondaires néfastes en angoissant les personnes qui ne parviennent pas à les suivre.

Si la prévention individuelle apparaît intéressante pour adopter des comportements qui vont permettre à la population de vieillir d'une façon qui lui semble satisfaisante, il ne faut pas qu'elle masque les déterminants sociaux, économiques et environnementaux sur lesquels il importe également d'agir pour favoriser un vieillissement en bonne santé. L'amélioration des conditions de travail et de son organisation est ainsi un des enjeux.

S.A. : Pourquoi attirez-vous l'attention sur le risque de « médicaliser » la vieillesse ?

B.C. : Les frontières entre sénescence et maladie deviennent difficiles à distinguer au fur et à mesure de l'avancée en âge. C'est la porte d'entrée à la médicalisation de la vieillesse. Celle-ci a ses succès comme l'opération de la cataracte ou la prothèse de hanche mais aussi ses travers. De nombreuses personnes âgées subissent des examens médicaux de toutes sortes dont les résultats paraissent inquiétants alors que l'on manque souvent de normes propres aux personnes de plus de 70 ans pour pouvoir les juger. La réalisation d'une densitométrie osseuse chez les femmes dès la ménopause en est une illustration, les médecins confondant souvent ostéopénie et ostéoporose. Le dosage trop fréquent du PSA (Antigène prostatique spécifique) chez les hommes de plus de 50 ans pour détecter un cancer de la prostate en est une autre. Un résultat positif peut entraîner un acte chirurgical pour éradiquer la tumeur alors que son potentiel agressif est souvent faible, notamment chez les personnes de plus de 75 ans, et qu'une opération peut comporter des effets négatifs sur la continence et la sexualité des personnes. Que faut-il privilégier ? Qui doit décider ? Avec quelles informations ?

Le Baromètre santé indique que 60 % des 55-85 ans ont pris des psychotropes et seulement 10 % ont suivi une psychothérapie. La mort d'un conjoint est souvent une épreuve pour la personne, alors que le soutien social ou psychologique leur permettrait d'aller plus loin dans la vie. Les médecins traitent un chagrin normal par des neuroleptiques qui pourraient, d'après certaines études, favoriser la survenue de troubles cognitifs. Il faut donc prendre garde aux surdépistages, surdiagnostics et surtraitements. La médecine et la prévention médicale ne peuvent être la seule réponse au désir d'un vieillissement en bonne santé. ■

Propos recueillis par Nathalie Queruel, journaliste.

Enquête
« Changer le regard sur la vieillesse »

Éduquer à la santé. L'essentiel de la théorie et des méthodes (2^e éd.)

Louise Hagan avec la
collaboration de Louise Bujold



Ce manuel, rédigé à l'intention des professionnels de la santé et des étudiants, se veut un recueil de synthèses inspiré de publications récentes et un outil d'apprentissage. Il vise notamment à favoriser l'acquisition des habiletés requises pour appliquer, avec empathie et rigueur, les notions théoriques essentielles et les méthodes les plus courantes de l'éducation à la santé.

Ce support de formation propose une démarche systématique en trois étapes : planifier, réaliser, évaluer, au cours desquelles la personne qui est destinataire de la démarche d'éducation est considérée comme un partenaire à part entière pour le maintien ou l'amélioration de son état de santé.

La première partie présente les perspectives générales de l'éducation à la santé, en comparant l'éducation thérapeutique et l'éducation à la santé, en indiquant les fondements éthiques et théoriques. Une deuxième partie comprend trois modules :

- planifier les interventions éducatives à l'aide du modèle PRECEDE-PROCEED ;
- intervenir : faciliter les processus d'apprentissage des connaissances, des

L'égalité des filles et des garçons dès la petite enfance

Sous la direction de Francine Hauwelle, Marie-Nicole Rubio et Sylvie Rayna

En dépit des conventions internationales sur les droits de l'enfant et des législations existantes, les stéréotypes filles/garçons sont encore bien présents dans notre quotidien, construisant la société sur un modèle inégalitaire. Ce modèle de représentation filles/garçons, où chaque enfant est assigné à un rôle normatif, suscite bon nombre d'interrogations chez les parents, éducateurs, et professionnels de la petite enfance : comment éduquer tout en offrant un égal épanouissement aux enfants des deux sexes ?



Cet ouvrage est dirigé par Francine Hauwelle, Marie-Nicole Rubio et Sylvie Rayna, spécialistes de la lutte précoce contre les stéréotypes. Il propose une réflexion sur l'identité sexuée, la façon dont la problématique est abordée en milieu professionnel en France et en Europe. Il fournit des outils pour les professionnels agissant auprès de la petite enfance.

Laetitia Haroutunian

Toulouse : Erès, 2014, 202 p., 23 €.

attitudes et des habiletés requises pour l'adoption de comportements favorables à la santé. Ce module présente notamment les méthodes éducatives et les différents supports facilitant l'acquisition et le traitement de l'information ;

- évaluer les interventions éducatives.

Trois écoles de pensée, à la base des théories de l'apprentissage et applicables au domaine de l'éducation pour la santé, y sont détaillées.

Un glossaire et une bibliographie complètent l'ouvrage.

Sandra Kerzanet

Laval : Presses de l'Université de Laval, Manuel de formation, 2014, 212 p., 54 €.

Éducation et santé. Des pratiques aux savoirs.

Sous la direction de Séverine Parayre et Alexandre Klein

Cet ouvrage rassemble les contributions de chercheurs de différents domaines et fait suite aux travaux du congrès « Actualité de la recherche, éducation en formation » organisé en 2010 par les organismes suivants :

- Laboratoire interdisciplinaire de recherche en didactique, éducation et formation (Lirdef) (Faculté d'éducation de l'académie de Montpellier) ;
- Association des enseignants et chercheurs en sciences de l'éducation (AECSE) ;
- Association belge francophone des chercheurs en éducation (ABC-Educ) ;
- Société suisse pour la recherche en éducation (SSRE) ;
- Chaire Unesco, ENS de Lyon « Former les enseignants au XXI^e siècle ».

Cet ouvrage est issu de la réflexion sur la place des problématiques de santé au sein de l'éducation, cette réflexion constituant d'ailleurs désormais un champ de recherche à part entière dans les sciences de l'éducation. Ce document varie les angles d'approches autour du thème et présente les pratiques pédagogiques mises en œuvre dans la sphère éducative et scolaire. Il s'adresse notamment aux chercheurs et aux professionnels de l'éducation et de la santé et réunit des expériences françaises comme internationales.

Céline Deroche

Paris : L'Harmattan, coll. Savoir & formation, 2014, 236 p., 25 €.



Éducatons, santé et précarités. La pédagogie de l'interstice.



Stéphane
Tessier*

Cet ouvrage est issu du travail de thèse en sciences de l'éducation

de Stéphane Tessier, médecin de santé publique et docteur en sciences de l'éducation. Il présente ici une réflexion sur les possibilités qu'offrent, pour l'intervention, les espaces qu'il définit comme à la frontière des institutions, ce qu'il nomme « interstice », le caractérisant comme lieu d'action à la fois différent et privilégié.

Après plusieurs chapitres théoriques visant à introduire et définir les concepts clés de l'ouvrage – interstice, institutions, pédagogie de l'interstice – l'auteur présente trois exemples concrets d'intervention dans l'interstice : l'une réalisée auprès des enfants des rues, une autre en éducation pour la santé et enfin, une en éducation thérapeutique du patient. Chacune de ces trois interventions est accompagnée d'une réflexion critique et d'une discussion.

Dépassant le seul champ de la santé, l'ouvrage se conclut sur une réflexion autour de la pédagogie de l'interstice et ses nombreux concepts sous-jacents ; celle-ci « mobilise imaginaire, croyance, affectivité, sensorialité, corporéité, émotion, appartenance pour redévelopper les capacités d'agir et d'apprendre des participants, tout en s'inscrivant dans un cadre éthique bien déterminé ».

L. H.

Paris : L'Harmattan, coll. Terrains sensibles, 2013, 347 p., 36 €.

* Membre du comité de rédaction de La Santé en action.

Drogues-Info-Service :

☎ 0 800 23 13 13 de 8h à 2h,
appel gratuit depuis un poste fixe

informer, dialoguer et offrir une aide personnalisée

DROGUES INFO SERVICE.FR

Afin de répondre aux enjeux de santé publique posés par la consommation de drogues en France, le ministère chargé des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes, l'Inpes et le GIP Adalis mettent à disposition du grand public **Drogues Info Service**, un dispositif d'information, d'orientation et d'aide, accessible à tous via internet www.drogues-info-service.fr ou par téléphone au 0 800 23 13 13, 7 jours/7, de 8h à 2h, appel anonyme et gratuit d'un poste fixe (depuis un portable au coût d'une communication ordinaire au 01 70 23 13 13).



Le site Drogues-Info-Service.fr fait peau neuve

La nouvelle version du site drogues-info-service.fr a pour ambition de :

- **favoriser l'accès à une information fiable et adaptée à chacun**, en s'adressant aux usagers comme à leur entourage avec des espaces qui leur sont dédiés ;

- **contribuer à libérer la parole en encourageant les interactions et l'entraide grâce aux modules interactifs** (Questions-Réponses, Forums, Témoignages, etc.) et aux Chats individuels (espaces de dialogue en temps réel entre l'internaute et un professionnel de l'équipe Adalis) ;

- **faciliter l'orientation** en proposant un annuaire de plus de 3 000 structures, doté d'un outil de recherche simplifié et de proximité.

équilibres

www.inpes.sante.fr
inpes

Tous les mois, recevez **Équilibres**, la newsletter de l'Inpes.

- ⇒ Chaque numéro offre un tour d'horizon de l'actualité de l'Institut : derniers supports édités et études réalisées, nouvelles campagnes de communication et actions de prévention...
- ⇒ Un panorama riche en informations et en initiatives.
- ⇒ **Équilibres** s'adresse aux professionnels mais aussi à tous ceux qui s'intéressent à la prévention, à la promotion et à l'éducation pour la santé : institutions, collectivités, associations, porteurs de projet...

Nous contacter : equilibres@inpes.sante.fr

Les Ireps vous accompagnent

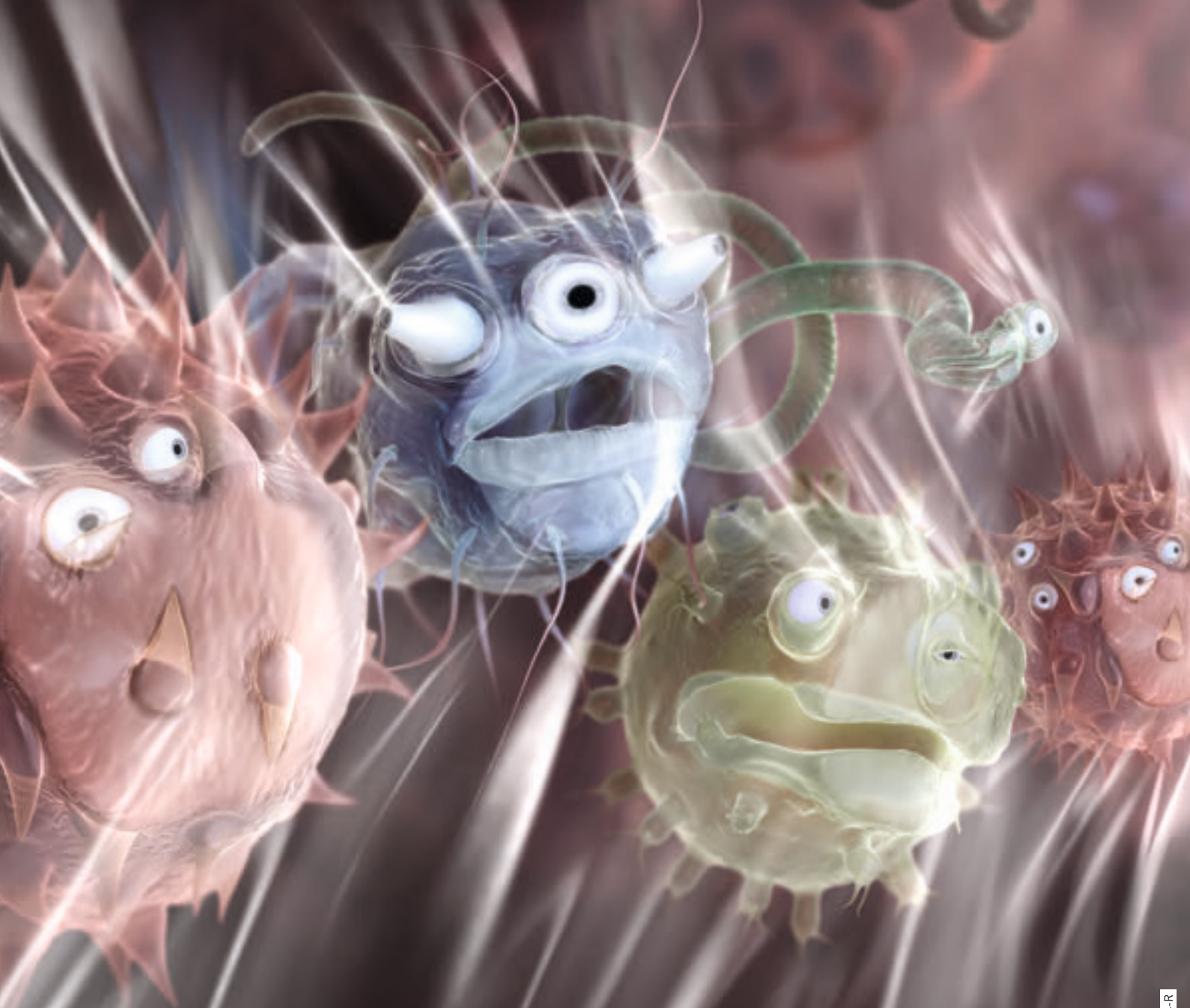
Vous souhaitez développer un projet de promotion de la santé ? Les Ireps, Instances régionales d'éducation et de promotion de la santé, mettent à votre disposition leur expertise et savoir-faire.

- ⇒ Conseil méthodologique
- ⇒ Évaluation
- ⇒ Formation
- ⇒ Documentation et outils
- ⇒ Contribution aux politiques de santé publique

Retrouvez leurs coordonnées sur le site de leur fédération : www.fnes.fr



VIH, chlamydia, syphilis... la meilleure défense, c'est le préservatif



Réf. Revue : 125-43014-R

Plus d'informations au **0800 840 800***
ou sur **sida-info-service.org**

* Gratuit depuis un poste fixe.

