
Etat 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

Comité de pilotage de l'enquête

Juin 2012

Sommaire

Le comité de pilotage de l'enquête	5
Définitions	7
Abréviations	9
Les 10 points clés de l'enquête	11
Synthèse des recommandations issues de l'enquête	15
L'enquête	21
1. Objectifs	21
2. Méthode	21
3. Analyse	22
Résultats	23
4. Participation à l'enquête et description des établissements répondants	23
5. Réalisation d'actions d'éducation pour la santé	26
6. Le pilotage de l'éducation pour la santé.....	27
a. Le comité de pilotage (COFIL) d'éducation pour la santé (Q3 et suivantes).....	27
b. Le programme d'éducation pour la santé (Q11).....	30
c. Le choix des thèmes des actions et du programme (Q 26).....	31
d. Evaluation des actions (Q 29 et 30)	32
7. Moyens humains de l'EPS.....	32
a. Temps soignant spécifiquement alloué à l'éducation pour la santé (Q13 et 14)	32
b. Temps soignant consacré à l'éducation pour la santé (Q 15).....	33
c. Les référents pour l'éducation pour la santé (Q17 à 19).....	35
d. Les formations en éducation pour la santé	36
a. Les thèmes des actions	37
b. Public destinataire des actions.....	39
c. Types d'actions et outils (Q 4 à 7).....	41
8. Les principaux opérateurs et intervenants de l'EPS en milieu pénitentiaire	44
a. Les principaux opérateurs	44
b. Les principaux intervenants.....	45
c. Actions d'EPS sans implication de l'UCSA.....	46
9. Le financement des actions d'EPS en milieu pénitentiaire.....	47
10. Renouvellement des actions	48
11. Questions ouvertes	48
a. Difficultés des professionnels de santé.....	48
b. Facteurs facilitants selon les professionnels de santé.....	51
c. Souhaits des professionnels de santé.....	53

d. Autres commentaires.....	56
e. Des interrogations sur la portée de l'EPS dans le contexte du milieu pénitentiaire.....	57
Discussion et recommandations	58
1. Taux de réponse et représentativité des établissements pénitentiaires répondants.....	58
2. Réalisation d'actions d'éducation pour la santé en 2010.....	58
3. Pilotage de l'éducation pour la santé à l'échelle des établissements	58
4. Moyens humains	62
5. Les actions	64
6. Les opérateurs et intervenants	65
7. Le financement	66
8. Questions ouvertes	67
Limites de l'enquête.....	69
Conclusion	71
Annexes	73
Annexe 1 - Index des tableaux et figures.....	73
Annexe 2 - Tableaux complémentaires.....	76
Annexe 3 - Questionnaire	81

Le comité de pilotage de l'enquête

Ronan	AUFFRET	UCSA Nantes
Christine	BARBIER	Direction Générale de la Santé
Jean-Claude	COGNET	Direction de l'Administration Pénitentiaire (DAP)
Cyrille	CANETTI	SMPR Sainte Anne (Paris)
Céline	DUGAST	Directrice, CH Sud francilien
Danièle	FORGEOT	Direction de la Protection Judiciaire de la Jeunesse (DPJJ)
Anne	GALINIER	UCSA Marseille
Corinne	GIRARD	Service Pénitentiaire d'Insertion et Probation (SPIP) 93
Laura	HARCOUET	UCSA de Paris La Santé
Christine	HOUBLON	Direction Interrégionale des services Pénitentiaires (DISP) de Paris
Valérie	KANOUI	UCSA Fleury Mérogis
Hélène	LANSADE	Agence Régionale de Santé (ARS) PACA
Sophie	LE-BRIS	Direction de la Protection Judiciaire de la Jeunesse (DPJJ)
Marie-Claire	PATY	INPES
Estelle	PEYNOT	Conseiller d'insertion et probation (CIP), Fleury Mérogis
François	RAVERDY	DISP de Lille, Département Insertion Probation
André-Jean	REMY	UCSA Perpignan
Olivier	ROVERE	Agence Régionale de Santé (ARS) Nord Pas de Calais
Marie	VIRON	CIP Fleury Mérogis

Remerciements à l'ensemble des personnes, personnels soignants et administratifs des établissements hospitaliers qui ont participé à la réalisation de ce questionnaire ainsi qu'aux personnes qui ont facilité sa réalisation dans les établissements pénitentiaires et les ARS, SPIP et DISP.

Définitions

Etablissements pénitentiaires

Les établissements pénitentiaires sont classés en deux grandes catégories : maisons d'arrêt et établissements pour peine.

Maison d'arrêt : Établissement pénitentiaire qui reçoit les prévenus (détenus en attente de jugement) et les condamnés dont la durée de peine restant à purger est inférieure à 1 an, ou les condamnés en attente d'affectation dans un établissement pour peine (centre de détention ou maison centrale). Il existe une maison d'arrêt au moins par département (sauf dans le Gers), certaines disposent d'un quartier spécifique pour recevoir des mineurs, séparé des adultes.

Etablissements pour peine :

Centre de détention : Etablissement pénitentiaire accueillant les personnes majeures condamnées qui présentent les perspectives de réinsertion les meilleures. Leur régime de détention est orienté principalement vers la resocialisation des détenus.

Centre pénitentiaire : Établissement pénitentiaire qui comprend au moins 2 quartiers à régime de détention différents : maison d'arrêt, centre de détention et/ou maison centrale.

Etablissement pour mineur : 6 établissements pénitentiaires pour mineurs ont été ouverts entre juin 2007 et avril 2008.

Maison centrale : Établissement pénitentiaire qui reçoit les condamnés à de longues peines ou ceux dont les pronostics de réinsertion sont peu favorables. Leur régime de détention est essentiellement axé sur la sécurité.

Centres de longue peine : on désigne ainsi les maisons centrales et centres de détention

Les services pénitentiaires d'insertion et de probation (SPIP)

Le service pénitentiaire d'insertion et de probation est un service à compétence départementale. Il regroupe l'ensemble des personnels d'insertion et de probation et les moyens nécessaires à l'exercice de leur mission dans chaque département. Ils agissent en milieu ouvert et en milieu fermé, auprès des personnes incarcérées (prévenues ou condamnées) et sur saisine des autorités judiciaires pour les mesures alternatives aux poursuites, présentencielles et postsentencielles.

La mission essentielle des SPIP est la prévention de la récidive à travers :

- l'aide à la décision judiciaire et l'individualisation des peines
- la lutte contre la désocialisation
- la (ré)insertion des personnes placées sous main de justice
- le suivi et le contrôle de leurs obligations.

Education pour la santé

Instances Régionales d'Education Pour la Santé (IREPS) : Les IREPS favorisent le développement, à l'échelle locale, de la promotion de la santé en assurant notamment les missions suivantes :

- Le conseil méthodologique et l'accompagnement de projets auprès des acteurs de proximité intervenant en première ligne (professionnels des secteurs social, sanitaire, éducatif – scolaire, sports et loisirs, associations thématiques, etc.) ;
- Le soutien à la définition et à la mise en œuvre des politiques publiques de santé en région ;
- La formation initiale et continue en éducation pour la santé sur la base de référentiels expérimentés et validés ;
- La documentation en éducation pour la santé à travers la mise à disposition d'informations, d'outils pédagogiques et scientifiques validés, fondements de la qualité des actions et de l'innovation méthodologique.

Ce sont des associations réunies, au plan national dans la Fédération Nationale d'Education pour la Santé (FNES).

Comités Départementaux d'Education Pour la Santé (CODES) : les CODES sont des antennes départementales des IREPS et réalisent des actions d'éducation pour la santé.

Pôles régionaux de compétences en éducation pour la santé et Promotion de la Santé : ce sont des plateformes ressources offrant des services à tout acteur institutionnel ou associatif intervenant dans le champ de l'éducation pour la santé et la promotion de la santé. Ils fédèrent les compétences et ressources en éducation pour la santé et promotion de la santé présentes dans la région.

Définitions associées au questionnaire :

Les **actions** entrant dans le champ du questionnaire sont toutes les actions d'éducation pour la santé, collectives, destinées aux personnes détenues, dont l'UCSA a eu connaissance en 2010, qu'elles aient été présentées en comité de pilotage ou non.

Les actions d'éducation thérapeutique du patient sont exclues du champ de ce questionnaire.

L'éducation pour la santé se définit comme le développement des compétences nécessaires pour faire des choix qui concourent à maintenir ou améliorer l'état de santé plus que la seule transmission de savoir.

La promotion de la santé est « le processus qui confère aux populations les moyens d'assurer un plus grand contrôle sur leur propre santé, et d'améliorer celle-ci. » (OMS, 1986). Il s'agit de créer des conditions favorables à la santé au travers de l'environnement des personnes et du développement de compétences personnelles.

Un programme d'actions consiste en l'élaboration d'actions correspondant aux besoins repérés, permettant d'atteindre les objectifs élaborés en réponse à ces besoins, cohérentes entre elles, non redondantes.

Un comité de pilotage réunit les différents partenaires de la promotion et l'éducation pour la santé pour les personnes détenues dans l'établissement. Il définit les orientations stratégiques, élabore le programme, suit sa mise en œuvre.

Un intervenant dans une action d'éducation pour la santé est « celui(ceux) qui intervien(nen)t auprès des personnes »

Un opérateur dans une action d'éducation pour la santé est « celui (ceux) qui construi(sen)t l'action »

Abréviations

ARS	Agence Régionale de Santé
CAARUD.....	Centres d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction de risques pour Usagers de Drogues
CCNE	Comité Consultatif National d'Ethique
CD.....	Centre de détention
CDAG	Centre de Dépistage Anonyme et Gratuit VIH et Hépatites
CIDDIST	Centre d'Information, de Dépistage et de Diagnostic des Infections Sexuellement Transmissibles
CLAT	Centre de lutte antituberculeuse
CNCDH	Commission Nationale Consultative des Droits de l'Homme
CNCDH	Commission Nationale Consultative des Droits de l'Homme
CODES	Comité Départemental d'Education à la Santé
COFIL.....	Comité de Pilotage
CP	Centre pénitentiaire
CSAPA.....	Centres de Soins d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie
DGOS.....	Direction Générale de l'Offre de Soins
DGS.....	Direction Générale de la Santé
DIRPJJ	Directions Inter Régionales de la Protection Judiciaire de la Jeunesse
DISP	Direction Interrégionale des Services Pénitentiaires
DSP	Dispositif de Soins Psychiatriques en Milieu Pénitentiaire
EPM	Etablissement Pour Mineurs
EPS.....	Education Pour la Santé
ETP	Equivalent Temps Plein
GRSP.....	Groupement Régional de Santé Publique
IGAS.....	Inspection Générale des Affaires Sociales
INPES.....	Institut national de prévention et d'éducation pour la santé
IREPS	Instances Régionales d'Education et de Promotion de la Santé
IST	Infection Sexuellement Transmissible
MA.....	Maison d'Arrêt
MILDT	Mission Interministérielle de Lutte contre les Drogues et la Toxicomanie
OSSD	Observatoire des Structures de Santé des personnes Détenues
PJJ.....	Protection Judiciaire de la Jeunesse
PNNS.....	Plan National Nutrition Santé
PRS.....	Plan Régional de Santé
SMPR	Service Médico-Psychologique Régional
SPIP	Service Pénitentiaire d'Insertion et de Probation
UCSA	Unités de Consultations et de Soins Ambulatoires
VIH.....	Virus de l'Immunodéficience Humaine

Les 10 points clés de l'enquête

1. Cette enquête sur les conditions de réalisation de l'éducation pour la santé en milieu pénitentiaire, adressée à toutes les Unités de Consultations et de Soins Ambulatoires de France (UCSA), est la première de ce type à l'échelle nationale. Elle est assortie de recommandations et sera suivie par l'élaboration d'un référentiel d'intervention en éducation pour la santé en milieu pénitentiaire. Ces actions s'inscrivent dans le plan d'actions stratégiques « Politique de santé pour les personnes placées sous main de justice »
2. La mission d'éducation pour la santé est mise en œuvre dans la grande majorité des établissements. Les actions sont nombreuses et variées. En revanche, il existe une grande hétérogénéité des pratiques et des réalisations (nombre d'actions, de programmes, absence parfois de Comité de pilotage -COPIL-, temps consacré à l'éducation pour la santé etc.).
3. Les UCSA sont au centre du dispositif. Elles en assurent le pilotage et la coordination. Elles sont le principal opérateur des actions, suivies des SPIP. Elles sont aussi le principal intervenant, suivies du secteur associatif. Pourtant, dans 15% des établissements, des actions sont mises en œuvre sans coordination avec l'UCSA.
4. Il existe souvent un véritable partenariat de terrain notamment entre les professionnels de santé et les professionnels pénitentiaires. Ce partenariat est facilité et conforté par les COPIL. Il facilite l'élaboration des programmes d'EPS et la mise en œuvre des actions.
5. L'investissement et l'intérêt des soignants sont réels. L'enquête a d'ailleurs suscité une forte participation. Ils consacrent du temps à l'EPS et l'effort de formation est sensible. Cependant, ils se heurtent à des difficultés. La spécificité de l'éducation pour la santé justifie d'un soutien méthodologique et de formations qui sont souhaités par les professionnels de santé.
6. Les 5 premiers thèmes traités dans les actions d'éducation pour la santé reflètent les problématiques de santé les plus fréquentes des personnes détenues : les addictions (alcool, tabac, drogues...), la notion de santé, les maladies infectieuses (infection par le VIH, hépatites virales et IST essentiellement), l'estime de soi et la nutrition. En revanche, la participation des personnes détenues, aux étapes d'analyse des besoins puis de construction des programmes apparaît peu développée.
7. Le type des actions (événementielles, collectives ponctuelles et déroulées sur plusieurs ateliers) et les méthodes utilisées sont très variées. Il existe une légère prépondérance des méthodes informatives.
8. Les principaux facteurs facilitants identifiés par les professionnels de santé sont la qualité de la coopération et du soutien de l'administration pénitentiaire, l'implication des personnels et des intervenants, la qualité des partenariats et le soutien des directions des établissements de santé.
9. Les financements sont avant tout issus des ARS et des établissements hospitaliers. L'administration pénitentiaire y participe, sous forme de cofinancements. La complexité des circuits, les financements rarement pérennes et le décalage des calendriers de financement par rapport aux actions induisent des difficultés dans la mise en œuvre des programmes et actions.
10. Les principaux obstacles décrits par les professionnels de santé portent également sur le manque de temps et de disponibilité pour l'EPS ainsi que sur les contraintes logistiques liées à la vie carcérale et les problèmes de coordination lors de la mise en œuvre des actions.

Les chiffres clés

- Le taux de participation à l'enquête est de 63%.
- Des actions d'EPS ont été réalisées dans 85% des établissements.
- Le nombre moyen d'actions d'EPS, dans ces établissements, est de 5 par an mais varie de 1 à 18.
- Un COPIL est constitué dans 42% des établissements. L'UCSA anime 87% des COPIL.
- Un programme d'éducation pour la santé a été élaboré dans 68% des établissements.
- Du temps infirmier est consacré à l'EPS dans 70% des établissements.
- Du personnel est formé à l'éducation pour la santé dans 43% des établissements.
- Les UCSA sont opératrices, seules ou associées, de 90% des actions d'EPS.
- Les UCSA sont intervenants, seules ou associées, dans 73% des actions d'EPS
- Les ARS financent ou participent au financement de 40% des actions et les établissements de santé les financent ou cofinancent à hauteur de 36%.
- Le manque de temps soignant est une difficulté pour 51% des répondants et les difficultés de financement pour 42% de ceux-ci.
- La qualité de la coopération avec l'administration pénitentiaire est un facteur facilitant pour 39% des répondants et l'implication des personnels et des intervenants pour 27%.

Les pourcentages sont calculés à partir du nombre de réponses à chacune des questions.

Synthèse des recommandations issues de l'enquête

Ces recommandations portent sur des points identifiés lors de l'analyse de l'enquête et ne constituent donc pas une liste exhaustive de recommandations sur l'éducation pour la santé en milieu pénitentiaire. Elles sont triées selon le niveau auquel elles s'adressent.

Au niveau des établissements :

Recommandations relatives aux COPIL (comité de pilotage de l'éducation pour la santé dans l'établissement pénitentiaire¹)

- **Recommandation 1** : S'assurer de l'installation d'un COPIL pour chaque établissement pénitentiaire.
- **Recommandation 2**, sur la composition du COPIL :
 - Favoriser l'implication de la/des direction(s) des établissements de santé afin d'assurer la cohérence avec les projets d'établissement, de faciliter les démarches budgétaires et les liens avec les ARS ;
 - Systématiser la participation des personnels des dispositifs de soins psychiatriques, pour une approche globale des besoins et des actions d'éducation pour la santé ;
 - Systématiser la participation des personnels de la PJJ dans les établissements pénitentiaires accueillant des mineurs.
- **Recommandation 3**, sur le fonctionnement du COPIL : Les Agences régionales de santé (ARS) et les Directions interrégionales des services pénitentiaires (DISP) peuvent être invitées dans les COPIL en tant que de besoin.

Recommandations relatives à la procédure d'élaboration des programmes de prévention et de promotion de la santé et à la définition de leur contenu

- **Recommandation 4** : Elaborer le programme d'éducation pour la santé dans le cadre du COPIL, qui le valide.
- **Recommandation 5** : Construire le programme à partir d'une phase d'analyse des besoins en éducation pour la santé des personnes détenues dans l'établissement. Structurer cette analyse notamment en prenant en compte les demandes des personnes détenues, leur problématique de santé et les observations des personnes à leur contact. Le programme intégrera aussi les priorités de santé nationales et régionales.
- **Recommandation 6** : Présenter au COPIL toute action proposée en dehors du programme, pour intégration au programme. Le programme doit intégrer toutes les actions menées, leur typologie, leur thématique et leur financement, (montant alloué et financeur(s)) pour permettre au COPIL d'en assurer la cohérence et l'évaluation.
- **Recommandation 7** : Veiller à ce que les actions événementielles inscrites dans le programme s'inscrivent dans une démarche globale d'éducation pour la santé. Développer les actions favorisant la participation des personnes détenues.
- **Recommandation 8** : Renforcer l'évaluation des actions et du programme

Recommandations relatives aux moyens humains consacrés à l'éducation pour la santé en milieu pénitentiaire (organisation, formation)

- **Recommandation 9** : Reconnaître le temps soignant consacré à l'éducation pour la santé.

¹ Des recommandations sur la mission et la composition de ce COPIL sont développés dans le guide méthodologique de prise en charge sanitaire des personnes détenues en cours d'actualisation.

- **Recommandation 10** : Formaliser la dimension prévention et promotion de la santé dans les stages de santé publique des étudiants en soins infirmiers dans les UCSA (DSS et DSP). Proposer aux Instituts de formation en soins infirmiers (IFSI) des stages de santé publique dans les UCSA (dispositif de soin somatique et dispositif de soin psychiatrique) pour participer à l'activité d'éducation pour la santé et bénéficier d'une formation dans ce domaine.
- **Recommandation 11** : Favoriser l'accès à la formation continue sur l'éducation et la promotion de la santé des personnels soignants exerçant en milieu pénitentiaire.
- **Recommandation 12** : Favoriser l'accès à la formation continue sur l'éducation et la promotion de la santé des autres personnels intervenant en milieu pénitentiaire et impliqués dans les actions d'éducation pour la santé.
- **Recommandation 13** : Inciter au développement des formations conjointes santé-justice.

Au niveau régional :

Recommandations relatives à la politique régionale d'éducation et de promotion de la santé en milieu pénitentiaire

- **Recommandation 14** : S'assurer de la prise en compte de la population des personnes détenues et de ses besoins dans les schémas régionaux de prévention et leur actualisation. Veiller à associer les professionnels exerçant en milieu pénitentiaire à l'élaboration des priorités régionales
- **Recommandation 15** : Améliorer la diffusion des priorités nationales et régionales en matière de santé aux professionnels exerçant en milieu pénitentiaire.
- **Recommandation 16** : Organiser une coopération, des échanges, éventuellement des actions communes entre plusieurs établissements d'une même région. Favoriser la mutualisation des expériences par des rencontres régionales de professionnels.
- **Recommandation 17** : Identifier le public des personnes détenues comme public cible dans les appels à projets.

Recommandations relatives aux financements de l'éducation pour la santé en milieu pénitentiaire

- **Recommandation 18** : Identifier l'ensemble des financeurs et les montants alloués aux actions d'éducation pour la santé en milieu pénitentiaire, pour permettre une vision globale de l'ensemble des actions dans les établissements pénitentiaires de la région et repérer notamment les financeurs et les thématiques traitées.
- **Recommandation 19** : Identifier et mobiliser localement des financeurs à associer à l'ARS.
- **Recommandation 20** : Informer les COPIL sur les possibilités et les circuits de financements et leur apporter un appui dans la recherche de financements.
- **Recommandation 21** : Mettre en place un « guichet unique » à l'ARS pour recueillir les demandes et permettre des réponses adaptées en simplifiant et rendant plus lisibles les sources de financements potentiels pour les opérateurs.

Recommandations relatives aux intervenants en éducation pour la santé en milieu pénitentiaire

- **Recommandation 22** : Mutualiser les informations sur les intervenants au niveau de la région (cf. Schéma Régional de Prévention) et les rendre accessibles au COPIL.
- **Recommandation 23** : Favoriser les liens vers des intervenants locaux : centres de planification familiale, CLAT, CDAG CIDDIST, CODES, IREPS...

Recommandations relatives au pilotage de l'éducation pour la santé et au soutien méthodologique à apporter aux UCSA et aux COPIL dans la mise en œuvre de l'éducation pour la santé en milieu pénitentiaire

- **Recommandation 24** : Apporter un soutien méthodologique aux UCSA et membres des COPIL pour :
 - l'analyse des besoins en éducation pour la santé des personnes détenues dans l'établissement ;
 - l'évaluation du programme et des actions d'éducation pour la santé.
- **Recommandation 25** : Conforter le rôle des pôles régionaux de compétence et des IREPS dans cet appui méthodologique.

Recommandations relatives à la formation des personnels

- **Recommandation 26** : Inciter au développement des formations conjointes santé-justice
- **Recommandation 27** : Conforter le rôle des pôles régionaux de compétence et des IREPS pour l'ensemble des formations en éducation et promotion de la santé, à l'intention des personnes exerçant en milieu pénitentiaire

Au niveau national :

Recommandations relatives à la politique régionale d'éducation et de promotion de la santé en milieu pénitentiaire

- **Recommandation 28** : Veiller à associer les professionnels exerçant en milieu pénitentiaire à l'élaboration des priorités nationales

Recommandations relatives à l'élaboration et au contenu des programmes et actions d'éducation pour la santé et à l'appui méthodologique à apporter aux UCSA et COPIL dans la mise en œuvre de l'éducation pour la santé en milieu pénitentiaire

- **Recommandation 29** : Elaborer un référentiel d'intervention en éducation pour la santé en milieu pénitentiaire, qui constituera un guide à la disposition des COPIL. Ce référentiel est prévu dans le plan d'actions stratégiques 2010-2014 : politique de santé des personnes placées sous main de justice.. Il devra clarifier la démarche et le champ de l'éducation pour la santé en milieu carcéral..

Recommandations relatives aux moyens humains et à l'organisation de l'éducation pour la santé en milieu pénitentiaire

- **Recommandation 30** : Valoriser l'activité d'éducation pour la santé et la rendre lisible au travers d'un codage. Celui-ci permettrait d'établir une nomenclature aux fins de financement approprié.
- **Recommandation 31** : Dédier spécifiquement du temps soignant pour l'éducation pour la santé.
- **Recommandation 32** : Formaliser et articuler les fonctions de référent(s) en éducation pour la santé dans les différentes équipes soignantes et pénitentiaires.

Introduction

Les besoins des personnes détenues en matière d'éducation et de promotion de la santé sont importants. Elles présentent un état de santé altéré par rapport à la population générale, une exposition plus forte à des facteurs de risque et l'incarcération a en elle-même des effets potentiellement délétères sur la santé². Cette population, au niveau éducatif en général faible, est pour une grande part désocialisée et n'a eu que peu accès et recours au système de soins et de prévention avant l'incarcération². Le temps de la détention, malgré les contraintes qui lui sont propres, peut ainsi être l'occasion d'un contact avec le dispositif de prévention. Ce dispositif doit permettre une prise de conscience de l'importance de la santé, des facteurs qui l'influencent et constituer l'opportunité d'une démarche de prévention. La promotion de la santé et l'éducation pour la santé participent, de plus, à la préparation à la sortie de la détention et dans une certaine mesure à la réinsertion.

L'éducation pour la santé est inscrite dans les missions des Unité de Consultations et Soins Ambulatoires (UCSA) depuis leur création en 1994. L'article R6112-20 du Code de Santé Publique stipule que l'établissement de santé auxquels elles sont rattachées « coordonne les actions de prévention et d'éducation pour la santé organisées dans l'établissement pénitentiaire. Il élabore à ce titre un programme en accord avec cet établissement ainsi qu'avec les préfets de région et de département et le président du conseil général pour les actions et services, dont sont respectivement responsables l'Etat et le département ». L'article 46 de la Loi pénitentiaire du 24 novembre 2009 précise quant à lui que « l'administration pénitentiaire favorise la coordination des différents intervenants agissant pour la prévention et l'éducation sanitaires. Elle assure un hébergement, un accès à l'hygiène, une alimentation et une cohabitation propices à la prévention des affections physiologiques ou psychologiques. » Le guide méthodologique relatif à la prise en charge sanitaire des personnes détenues³, en cours d'actualisation à la date de l'enquête et de la rédaction de ce rapport, précise les modalités pratiques de la prise en charge sanitaire, y compris de la mise en œuvre de la mission d'éducation pour la santé.

En dépit d'un réel besoin et d'une réglementation qui assoit cette mission, son application s'avère complexe et difficile. Les différents rapports publiés depuis 1994 par la mission Santé Justice (2000)⁴, par l'Inspection Générale de l'Action Sociale (2001)⁵, par la Commission Nationale Consultative des Droits de l'Homme (2006)⁶ et par le Comité Consultatif National d'Ethique (2006)⁷, en dressent le constat. Il existe une grande hétérogénéité des pratiques et peu de pilotage et d'évaluation des actions. Ainsi l'Inspection Générale de l'Action Sociale (IGAS) écrivait : « *En pratique, seuls quelques établissements ont mis en place des actions de promotion de la santé, en faisant appel, comme il était suggéré, à des partenaires ayant les compétences, l'expérience et les moyens pour les conduire.../... Parmi les obstacles ou contraintes le plus souvent mis en avant, les établissements de santé évoquent l'insuffisance relative de leurs moyens, notamment en personnel paramédical, et les choix qu'ils sont conduits à faire entre soins curatifs et activités de prévention.* » Cinq ans plus tard la Commission Nationale Consultative des Droits de l'Homme (CNCDH) considérait que la généralisation des programmes d'éducation à la santé en milieu pénitentiaire n'était pas assurée. « *La CNCDH considère que l'éducation pour la santé constitue l'une des dimensions essentielles des programmes de santé publique. Elle s'avère hautement nécessaire en milieu pénitentiaire, au regard de l'état de précarité sociale des publics accueillis. Il importe dès lors que les services de l'Etat, les collectivités territoriales et les établissements de santé assument pleinement leurs responsabilités respectives en ce domaine.* »

² Plan d'actions stratégiques 2010-2014 Politique de santé pour les personnes placées sous main de justice. Accessible à www.sante.gouv.fr Dossier détenus

³ Guide méthodologique relatif à la prise en charge sanitaire des personnes détenues et à leur protection sociale. Accessible à www.sante.gouv.fr Dossier détenus

⁴ Rapport de la mission santé-justice sur la réduction des risques de transmission du VIH et des hépatites virales en milieu carcéral accessible à <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/014000683/index.shtml>

⁵ L'organisation des soins aux détenus : rapport d'évaluation Accessible à <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/024000176/index.shtml>

⁶ Etude sur l'accès aux soins des personnes détenues Accessible à http://www.cncdh.fr/IMG/pdf/Etude_soins_personnes_detenues_190106.pdf

⁷ CCNE - Avis n°94 - La santé et la médecine en prison – Recommandations Accessible à www.ccne-ethique.fr/docs/fr/avis094.pdf

Dans ce contexte, le plan d'actions stratégiques « Politique de santé pour les personnes placées sous main de justice »² a placé le renforcement de la prévention et de la promotion de la santé parmi ses mesures phares. L'état des lieux de l'éducation pour la santé en milieu pénitentiaire est une des premières actions mises en œuvre dans ce domaine. Il a été réalisé au travers d'une enquête adressée à toutes les Unités de Consultations et de Soins Ambulatoires de France (UCSA) sur la nature des actions d'éducation pour la santé menées et les conditions de leur réalisation. Les résultats de cette enquête sont assortis de recommandations et doivent guider les actions suivantes, en particulier l'élaboration d'un référentiel qui devra répondre aux attentes et aux difficultés des professionnels. Ce référentiel prendra en compte les résultats de l'état des lieux et les recommandations qui en découlent.

L'enquête

Cette enquête dresse l'état des lieux de l'organisation et de la réalisation de l'éducation pour la santé en milieu pénitentiaire et des conditions dans lesquelles elle se déroule.

1. Objectifs

L'objectif de l'enquête est de décrire les pratiques d'éducation pour la santé en milieu pénitentiaire, d'identifier les besoins, les difficultés et les facteurs facilitant selon les équipes des UCSA et de recueillir leurs attentes. Les résultats doivent permettre d'orienter la suite des travaux de l'INPES pour renforcer et faciliter la mise en œuvre de l'éducation pour la santé en milieu pénitentiaire, notamment l'élaboration d'un référentiel d'intervention.

2. Méthode

Un groupe de pilotage a été constitué pour construire et analyser l'enquête puis contribuer à la rédaction de ce rapport. Il a élaboré un questionnaire à destination des UCSA de tous les établissements pénitentiaires. Ce groupe associait des représentants des professionnels de santé et du milieu pénitentiaire, de l'administration de la santé et de l'administration pénitentiaire aux niveaux régional et national (voir composition du comité de pilotage de l'enquête en page 2).

Le questionnaire (présenté en annexe 3) visait à :

- Connaître les modalités du pilotage et de la coordination de l'éducation pour la santé dans les établissements ;
- Décrire les thèmes abordés et les raisons de ces choix ;
- Décrire les modalités de réalisation des actions (méthodes et outils utilisés, nature des intervenants) ;
- Décrire les publics touchés ;
- Décrire les modalités de financement ;
- Identifier les besoins et les difficultés des équipes pour mener à bien cette mission.

Les UCSA ont été chargées de son renseignement en collaboration avec les dispositifs de psychiatrie en milieu pénitentiaire (DSP) et les Services médico-psychologiques régionaux (SMPR). Les directions des Agences Régionales de Santé (ARS), des Directions Interrégionales des Services Pénitentiaires (DISP), des Directions Inter Régionales de la Protection Judiciaire de la Jeunesse (DIRPJJ), des établissements hospitaliers, des établissements pénitentiaires, des services pénitentiaires d'insertion et de probation (SPIP) et les services éducatifs de la PJJ ont été informées de cette enquête et leur appui était sollicité.

Le questionnaire comportait 2 parties :

- Une partie générale sur l'organisation de l'éducation pour la santé dans l'établissement comportant des questions ouvertes ;
- Une partie détaillée, consacrée à chaque action (1 fiche par action).

Le questionnaire était renseignable en ligne sur un site Internet dédié. Pour les structures ne disposant pas aisément d'un accès à Internet, il a pu être adressé sous format papier à l'INPES qui se chargeait de le saisir en ligne. La réalisation pratique de l'enquête et la production des résultats ont été confiées à la société BVA.

Une première version du questionnaire a été testée par le comité de pilotage de l'enquête auprès de 10 UCSA situées dans chaque type d'établissement pénitentiaire, identifiées par le comité de pilotage. L'analyse de cette phase test a conduit à une simplification du questionnaire qui, au final, comportait néanmoins 37 questions pour la partie générale et 15 questions par action pour la partie détaillée.

L'étude a été réalisée du 16 mai au 30 juin 2011. Les réponses tardives ont cependant été acceptées jusqu'au 20 juillet (dans ce cas, seule la partie générale du questionnaire était saisie, directement dans la base de données).

Le questionnaire a été adressé aux 174 UCSA recensées dans l'observatoire des structures de santé des personnes détenues (Ossd, voir ci-dessous).

Deux sources de données ont été utilisées pour la description des établissements pénitentiaires, l'observatoire des structures de santé des personnes détenues (Ossd) et les statistiques de la Direction de l'Administration Pénitentiaire (DAP).

- L'Ossd a été mis en place par la Direction Générale de l'Offre de Soins (DGOS). Il recueille les données des rapports d'activité annuels que les UCSA produisent chaque année. Ces données doivent aider à définir les plans d'actions nationaux et régionaux pour améliorer la prise en charge sanitaire dans tous les établissements de santé.
- La Direction de l'Administration Pénitentiaire (DAP) a fourni la liste des établissements pénitentiaires, leur type, leur capacité théorique et leur occupation au 1^{er} janvier 2010 en précisant le nombre d'hommes majeurs, d'hommes mineurs, de femmes majeures et de femmes mineures détenus.

Les données de l'Ossd ont été utilisées pour dresser la liste des UCSA et les contacter puis décrire le type des établissements pénitentiaires. Les données de la DAP ont permis de décrire la capacité des établissements pénitentiaires (nombre de places théoriques), la population détenue au 1^{er} janvier 2010 (nombre des personnes détenues par établissement et répartition en hommes majeurs, femmes majeures, hommes mineurs, femmes mineures).

Dans la présentation des résultats, on parle par simplification de langage d'établissements répondants, il s'agit plus exactement des établissements pénitentiaires dont l'UCSA a répondu au questionnaire.

3. Analyse

L'analyse a été réalisée par le comité de pilotage de l'enquête et a conduit à l'élaboration de recommandations. Elle est descriptive.

La représentativité des établissements pénitentiaires dont les UCSA ont répondu au questionnaire a été analysée d'une part pour l'ensemble des établissements répondants, d'autre part pour le sous-groupe des établissements ayant répondu à la totalité du questionnaire, c'est-à-dire y compris à la partie détaillée par action.

Pour les données quantitatives, la moyenne ainsi que la médiane sont le plus souvent présentées. La médiane est présentée car il existe pour de nombreuses questions quelques valeurs extrêmes peu nombreuses. Certaines valeurs quantitatives sont présentées par stratification, en particulier la taille des établissements pénitentiaires qui a été stratifiée en 3 catégories :

- inférieur à 150 places théoriques ;
- entre 150 et 500 ;
- plus de 500 places théoriques.

Les pourcentages sont calculés par rapport aux répondants à chaque question et non pas aux répondants au questionnaire. Il s'agit donc de la fourchette haute pouvant induire une surestimation

L'association de certaines variables a été testée au moyen du test de Chi 2.

Les questions ouvertes ont été codées et regroupées par thèmes. Le verbatim de quelques réponses est présenté, en italiques, en illustration de la discussion.

Résultats

Au 1^{er} janvier 2010, le nombre de places théoriques dans les établissements pénitentiaires des 174 UCSA interrogées était de 53 929. Le nombre de personnes détenues dans ces établissements à cette date était de 59 402.

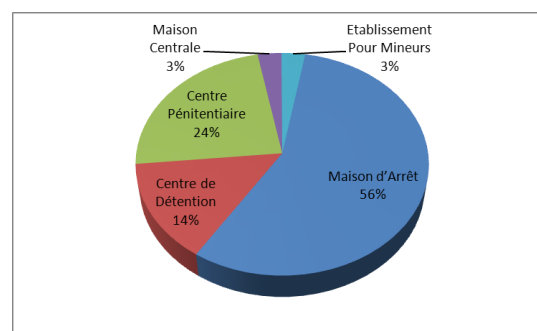
Ces UCSA sont implantées dans tous les établissements pénitentiaires de France, qui se répartissent, selon les données de l'Ossd, ainsi (Tableau et Figure 1) :

Tableau 1 : Type des établissements pénitentiaires interrogés*

Type d'établissement pénitentiaire	Tous (N)
Maison d'Arrêt	56% (98)
Centre de Détention	14% (25)
Centre Pénitentiaire	24% (41)
Maison Centrale	3% (5)
Etablissement Pour Mineurs	3% (5)
Total	100 (174) %

*source Ossd

Figure 1 : Type des établissements pénitentiaires interrogés*



*source Ossd

4. Participation à l'enquête et description des établissements répondants

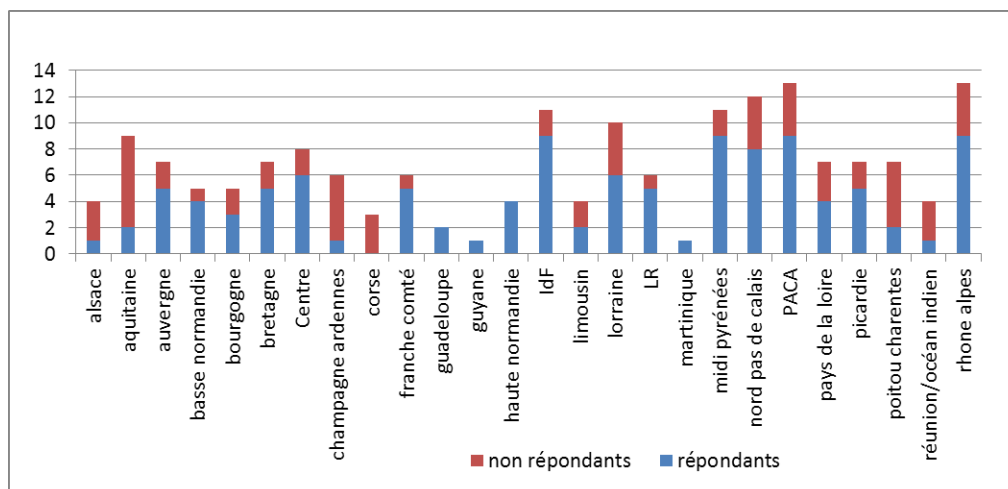
• Participation à l'enquête

Le taux de réponse à l'enquête a été de 63% : 109 UCSA interrogées ont répondu. Ces UCSA couvrent 70% de la population des personnes détenues au 1^{er} janvier 2010, soit 41 557 personnes, et 66,4% des places théoriques, soit 35 796 places théoriques au 1^{er} janvier 2010⁸.

Dans un établissement pénitentiaire, l'UCSA et le SMPR ont répondu séparément, certains résultats sont de ce fait présentés pour 110 structures sanitaires (cf. paragraphe limites).

Toutes les régions sont représentées à l'exception de la Corse. Les taux de réponse régionaux varient de 17% à 100% (Figure 2).

Figure 2 : Nombre des établissements répondants et non répondants par région



⁸ Source DAP, Nombre de personnes détenues hommes/femmes/mineurs/majeurs par établissement au 1er janvier 2010

- **Renseignement du questionnaire**

Le questionnaire a été renseigné par les médecins responsables ou cadres infirmiers des UCSA. Dans certains cas (non quantifiables), il a été validé par la direction de l'établissement hospitalier. Quarante-six questionnaires ont été adressés sous format papier à l'INPES, qui en a assuré la saisie. Pour les réponses reçues après la fermeture du site Internet et le début du traitement des données, seule la partie générale du questionnaire a été saisie directement dans la base de données.

- **Exhaustivité des réponses**

Les réponses à la totalité du questionnaire, c'est-à-dire incluant la partie détaillée par action sont disponibles pour 69 établissements pénitentiaires. Le taux d'exhaustivité est de 63%.

Les établissements pénitentiaires sont donc décrits en 2 groupes :

- La totalité des 109 établissements pénitentiaires répondants, pour lesquels seules les réponses à la partie générale du questionnaire sont disponibles et ont été analysées ;
- Les 69 établissements pénitentiaires pour lesquels la réponse à la partie détaillée par action du questionnaire est aussi disponible et a pu être analysée.

- **Description des 109 établissements pénitentiaires dont l'UCSA a répondu à la partie générale du questionnaire**

Cent neuf UCSA ont répondu à la partie générale du questionnaire. Ces réponses concernent un total de 344 actions (thèmes et modalités de leur choix, évaluation). Les établissements pénitentiaires répondants sont en majorité des maisons d'arrêt (58%) (Tableau 2) et comptent également 4 établissements pour mineurs (EPM) sur les 5 interrogés. La proportion de maisons d'arrêt, centres pénitentiaires et centres de longues peines (centres de détention et maisons centrales) ne diffère pas significativement entre établissements répondants et non répondants ($p > 0,05$).

Tableau 2 : Type des établissements pénitentiaires répondants à la partie générale du questionnaire*

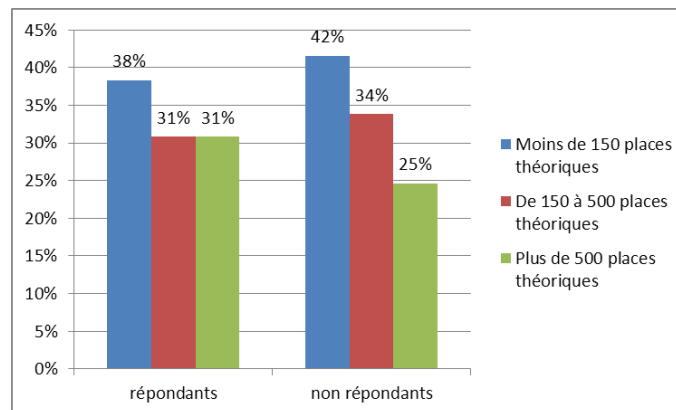
Type pénitentiaire	d'établissement	Répondants (N)	Non répondants (N)	Tous (N)
Maison d'Arrêt		58% (63)	54% (35)	56% (98)
Centre de Détention		13% (14)	17% (11)	14% (25)
Centre Pénitentiaire		24% (26)	23% (15)	24% (41)
Maison Centrale		2% (2)	5% (3)	3% (5)
Etablissement Pour Mineurs		4% (4)	2% (1)	3%* (5*)
Total		109	65	174

*source ossd

**1 EPM n'a pas été interrogé

Les établissements ont été regroupés selon leur nombre de places théoriques. Leur taille ne diffère pas significativement entre les établissements répondants et non répondants ($p > 0,05$) (Figure 3).

Figure 3 : Taille des établissements pénitentiaires répondants à la partie générale du questionnaire*



*source DAP au 1^{er} janvier 2010

La population accueillie (Tableau 3) est essentiellement constituée d'hommes majeurs, qui représentent plus de 95% des personnes incarcérées tant dans les établissements répondants que dans les établissements non répondants. Les mineurs représentent 1,1% dans les 2 groupes. Les établissements répondants et non répondants diffèrent par la proportion de femmes détenues, plus importante dans les établissements répondants (3,7% *versus* 2,6%, $p < 0,001$).

Tableau 3 : Population détenue dans les établissements pénitentiaires répondants à la partie générale du questionnaire*

Population détenue	Etablissements répondants (%)	Etablissements non répondants (%)	Total (%)
Hommes majeurs	39569 (95,2%)	17186 (96,3%)	56755 (95,5%)
Hommes mineurs	440 (1,1%)	197 (1,1%)	637 (1,1%)
Femmes majeures	1529 (3,7%)	459 (2,6%)	1988 (3,3%)
Femmes mineures	19 (0%)	3 (0%)	22 (0%)
Total	41557 (100%)	17845 (100%)	59402 (100%)

*source DAP au 1^{er} janvier 2010

Les établissements pénitentiaires répondants et non répondants sont donc comparables à la réserve de la sur représentation des femmes dans les établissements répondants.

- **Description des 69 établissements pénitentiaires dont l'UCSA a répondu à la partie du questionnaire portant sur le détail des actions**

Cette partie a été disponible et analysée pour 69 établissements. Elle concerne 291 actions. Ces 69 établissements représentent 48,2% de la population incarcérée au 1^{er} janvier 2010. Ce sont majoritairement des maisons d'arrêt (61%). La proportion de maisons d'arrêt, centres pénitentiaires et centres de longues peines (centres de détention et maisons centrales) ne diffère pas significativement entre établissements répondants et non répondants (Tableau 4) ($p > 0,05$).

Les femmes (4,3% *versus* 2,5%) et les mineurs (1,5% *versus* 0,8%) sont plus représentés dans les établissements répondants ($p < 0,001$) (Tableau 5).

Tableau 4 : Type des établissements pénitentiaires répondants au questionnaire détaillé sur les actions*

Type d'établissement pénitentiaire	Répondants (N)	Non répondants (N)	Total (N)
Maison d'Arrêt	61% (42)	53% (56)	56% (98)
Centre de Détention	12% (8)	16% (17)	14% (25)
Centre Pénitentiaire	22% (15)	24% (26)	24% (41)
Établissement Pour Mineurs	6% (4)	1% (1)	3% (5)
Maison Centrale	0% (0)	5% (5)	3% (5)
Total	69	105	174

*Source ossd

Tableau 5 : Population détenue dans les établissements pénitentiaires répondants au questionnaire détaillé sur les actions*

Population détenue	Etablissements répondants (%)	Etablissements non répondants (%)	Total (%)
Hommes majeurs	27029 (94,3%)	29726 (96,7%)	56755 (95,5%)
Hommes mineurs	390 (1,4%)	247 (0,8%)	637 (1,1%)
Femmes majeures	1213 (4,2%)	775 (2,5%)	1988 (3,3%)
Femmes mineures	17 (0,1%)	5 (0%)	22 (0,0%)
Total	28649 (100%)	30753 (100%)	59402 (100%)

*source DAP au 1^{er} janvier 2010)

- **Explicitation de non réponse au questionnaire**

Quelques médecins d'UCSA ont expliqué leur absence de réponse. Deux situations ont été rapportées. Dans un cas il s'agissait d'un désaccord de fond sur l'intérêt de l'éducation pour la santé dans les conditions de détention et de fonctionnement des structures de santé en milieu pénitentiaire. Dans d'autres cas, il s'agissait de difficultés d'ordre matériel à répondre au questionnaire.

5. Réalisation d'actions d'éducation pour la santé

Des actions d'éducation pour la santé (EPS) ont été réalisées en 2010 dans 85% des établissements répondants (93).

Le nombre moyen d'actions, dans ces établissements était de 5. La médiane était de 4, avec des extrêmes de 1 à 18. Dans 54% des établissements le nombre d'actions était compris entre 1 et 5 par an (Figure 4). Il était supérieur à 10 dans une minorité (9 soit 8%) des établissements.

Le nombre d'actions n'est pas lié à la taille des établissements pénitentiaires (Tableau 6) ($p > 0,05$). Ceci peut être expliqué par le fait qu'une même action pouvait être répétée pour plusieurs groupes de personnes. Il n'est pas lié non plus au type des établissements pénitentiaires, les différences constatées n'étant pas significatives ($p > 0,05$) (Tableau 7).

Figure 4 : Nombre d'actions d'éducation pour la santé par établissement en 2010

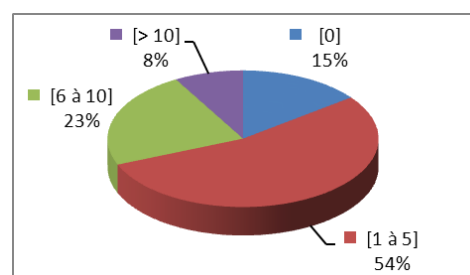


Tableau 6 : Nombre d'actions selon la taille des établissements pénitentiaires

Nombre d'actions	Etablissements pénitentiaires <150 places théoriques (N)	Etablissements pénitentiaires 150-500 places théoriques (N)	Etablissements pénitentiaires >500 places théoriques (N)
0 action	14% (6)	15% (5)	13% (4)
1 à 5	55% (23)	59% (20)	52% (16)
6 à 10	21% (9)	21% (7)	26% (8)
>10	10% (4)	6% (2)	10% (3)

Tableau 7 : Nombre d'actions selon le type des établissements pénitentiaires

Type d'établissement pénitentiaire	Moyenne du nombre d'actions réalisées en 2010 (médiane)
Centres de détention	2,9 (2,5)
Centres pénitentiaires	4,3 (4)
Maisons d'arrêt	4,6 (3)
Etablissement pour mineurs	6,75 (6,5)

Dans 16 établissements (15%), il n'y a eu aucune action d'EPS. Ces établissements ne diffèrent des établissements où il y a eu des actions ni par leur type ni par leur taille, ni selon la population détenue ($p>0,05$). Treize de ces 16 établissements ont expliqué l'absence d'action d'EPS. Les principales raisons invoquées sont le manque de moyens humains et la priorisation faite au soin (10 établissements) :

« Aucune action collective n'a été mise en place par manque de moyens et de temps disponibles. D'autres démarches d'amélioration des prises en charge soignantes ont été priorisées en 2010. L'obtention en 2011 d'une augmentation du temps cadre de santé devrait permettre d'accompagner cette dynamique. »

Les autres causes sont des difficultés de partenariat (3 établissements) avec un manque de disponibilité des intervenants ou opérateurs potentiels ou une coordination difficile. Dans un cas, c'est le bilan de la pratique des actions collectives d'éducation pour la santé qui a conduit à les arrêter :

« Après plusieurs années d'actions collectives, la plus-value pour les patients au regard du temps investi nous a conduit à privilégier les actions individuelles. »

6. Le pilotage de l'éducation pour la santé

Le guide méthodologique relatif à la prise en charge sanitaire des personnes détenues² recommande la constitution d'un comité de pilotage des actions d'éducation pour la santé et l'élaboration d'un programme annuel ou pluri annuel d'éducation pour la santé.

a. Le comité de pilotage (COPIL) d'éducation pour la santé (Q3 et suivantes)

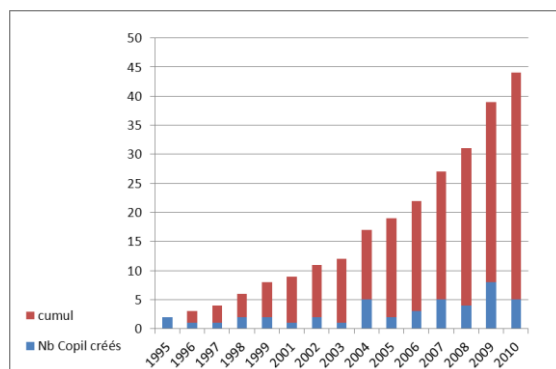
En 2010, il y avait un comité de pilotage (COPIL) dans 42,2% des établissements ayant répondu à l'enquête (46)⁹. Cinq établissements n'ont pas répondu à cette question. Ce chiffre est inférieur aux données, exhaustives, de l'observatoire des structures de santé des personnes détenues (Ossd) pour lequel la proportion d'établissements avec un COPIL est de 53% (93 établissements). Cet écart peut être lié à la

⁹ Un établissement de plus de 500 places avait 2 COPIL, l'un animé par l'UCSA, l'autre par le SMPR, portant à 47 le nombre de COPIL dans ces 46 établissements.

différence de méthode de recueil de données. Dans cette enquête, l'utilisation de définitions strictes a pu induire un chiffre plus faible.

La date de mise en place du COPIL était demandée et permet de constater une augmentation régulière de leur nombre au fil du temps (Figure 5). En revanche, le COPIL a disparu dans 12 établissements¹⁰ au cours des années précédentes.

Figure 5 : Evolution du nombre de COPIL éducation pour la santé depuis 1995



Les établissements sans COPIL sont plus petits (Tableau 8) sans que cela soit significatif (p=0.056)

Tableau 8 : Taille des établissements avec et sans COPIL

Taille de l'établissement pénitencier	Nb d'établissements avec COPIL	Nb d'établissements sans COPIL
>500 places	18	11
150-500 places	14	20
<150 places	13	26

Composition du COPIL (Tableau 9)

L'UCSA était systématiquement présente dans les COPIL, en dehors de 2 exceptions : un COPIL spécifiquement lié à un SMPR¹¹ et le COPIL d'un centre pénitencier de 170 places théoriques où l'UCSA a totalement délégué la mission d'éducation pour la santé au CODES.

Les services de soins psychiatriques (SMPR et DSP) étaient présents dans un peu moins de la moitié des COPIL. Ce chiffre peut avoir été sous-estimé si les professionnels de santé mentale ont été inclus dans la réponse « UCSA »¹², plutôt que « DSP SMPR ». Néanmoins, la participation des DSP - SMPR au COPIL peut avoir effectivement été relativement faible, limitée par des difficultés pratiques ou de coordination. L'importance de leur présence dans le COPIL doit donc être soulignée.

Les directions des établissements pénitenciers et les SPIP étaient très présents, dans plus de 80% des COPIL. Les personnels de la PJJ participaient au COPIL de 7 des 18 établissements accueillant des mineurs et ayant un comité de pilotage (38,9%). Seul 1 des 4 EPM avait un COPIL, dans lequel la PJJ n'était pas présente.

Les directions des établissements hospitaliers étaient présentes dans plus du tiers des COPIL.

¹⁰ 3 centres de détention de 114 à 780 places théoriques (m=498), 2 centres pénitenciers de 690 et 693 places théoriques et 7 maisons d'arrêt de 64 à 593 places théoriques (m=312)

¹¹ L'établissement avec 2 COPIL, l'un avec l'UCSA, l'autre avec le SMPR

¹² Composées d'un dispositif de soins somatiques (DSS) et d'un dispositif de soins psychiatriques (DSP)

Les structures destinées à la prise en charge des personnes présentant des addictions¹³ étaient présentes dans plus du quart des COPIL. La présence de l'éducation nationale, des structures de prévention et de dépistage de la tuberculose¹⁴ et du VIH, des hépatites et des IST¹⁵ et des Instances Régionales d'Education pour la Santé (IREPS) était moins importante. Des structures associatives étaient présentes dans quelques COPIL.

Tableau 9 : Composition des comités de pilotage éducation pour la santé

Structures	Nb de COPIL où cette structure est présente (%)
UCSA	45 (96%)
Direction de l'établissement pénitentiaire et/ou détention	42 (90%)
DPIP / SPIP	38 (81%)
DSP / SMPR	22 (47%)
Direction établissement(s) hospitalier(s) de rattachement	16 (34%)
CSAPA	13 (28%)
Services éducatifs de la PJJ	7 (38,9%)*
CLAT, CIDDIST ou CDAG	7 (15%)
Education Nationale	7 (15%)
IREPS, CRES ou CODES	6 (13%)
Association	6 (13%)
CAARUD	5 (11%)
DISP	2 (4%)
Gestionnaire privé	2 (4%)
Equipe de liaison addictologie, CMP	2 (4%)
ARS	1 (2%)
Autre (s) intervenant(s)	1 (2%)

*7/18 établissements accueillant des mineurs et ayant un comité de pilotage

Animation du COPIL

L'UCSA animait 87,2% des COPIL (41). Quand il ne s'agissait pas de l'UCSA, il s'agissait de l'IREPS (2), d'un CSAPA (1), de la direction de l'établissement pénitentiaire (1), du SMPR (1)¹⁶ et dans 1 cas d'un animateur socio-éducatif n'appartenant pas à l'UCSA mais dont la structure de rattachement n'était pas précisée. Les COPIL étaient majoritairement animés par des soignants (83% des COPIL), un médecin dans plus de la moitié des cas et un cadre infirmier dans plus d'un quart (Figure 6).

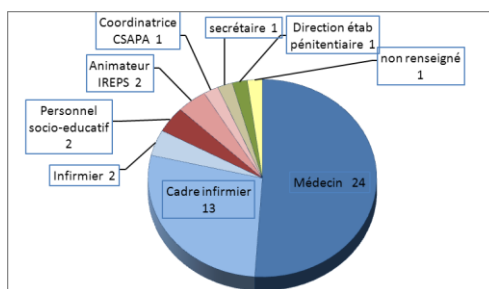
¹³ Centres de Soins d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie - CSAPA, Centres d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction de risques pour Usagers de Drogues - CAARUD

¹⁴ Centres de Lutte Anti Tuberculose - CLAT

¹⁵ Centres de Dépistage Anonyme et Gratuit – CDAG, Centre d'Information, de Dépistage et de Diagnostic des Infections Sexuellement Transmissibles CIDDIST

¹⁶ Cas de l'établissement pénitentiaire avec 2 COPIL, un UCSA et un SMPR

Figure 6 : Métier de la personne animant le COPIL (47 COPIL)



Activités du COPIL

Le COPIL s'est réuni 2,4 fois par an en moyenne (0 à 8). Il était le lieu d'échange d'information sur les actions menées et/ou financées dans 94% des cas (44) et de validation des actions proposées dans 91,5% des cas (43). Dans $\frac{3}{4}$ des cas il a élaboré (36 COPIL) et/ou validé (35) le programme d'actions. Il a choisi les intervenants dans 60% des cas (28). Les autres activités citées étaient la réalisation de bilan (1), la réflexion sur les actions futures (1), la coordination des actions (1), la proposition à d'autres partenaires d'intervenir et de s'approprier les actions menées par l'UCSA (1), la construction de demandes de financement (1).

COPIL, nombre d'actions, existence d'un programme et temps consacré à l'EPS

Parmi les établissements répondants le nombre d'actions était plus élevé, sans que cela soit significatif, dans les établissements avec un COPIL. L'existence d'un programme y était plus fréquente et le temps consacré à l'éducation pour la santé y était plus important :

- La moyenne du nombre d'actions réalisées est de 6 dans les établissements avec COPIL *versus* 3,5 dans les établissements sans COPIL (médiane à 6 *versus* 3). Cette différence n'est pas significative ($p > 0,05$) ;
- 89% des établissements avec un COPIL ont un programme *versus* 58,6% des établissements sans COPIL ($p < 0,001$) ;
- 57% des établissements avec un COPIL consacrent plus de 10 heures à l'EPS *versus* 30% des établissements sans COPIL ($p < 0,01$) ;

A noter que 2 établissements avec COPIL n'ont pas réalisé d'action en 2010 (COPIL mis en place en 1997 et 1998) et 47 établissements sans COPIL ont réalisé des actions.

b. Le programme d'éducation pour la santé (Q11)

Un programme d'éducation pour la santé existait dans 68% des établissements pénitentiaires répondants à l'enquête (74). Ce chiffre est inférieur aux données, exhaustives, de l'observatoire des structures de santé des personnes détenues pour lequel il est de 77% (134 établissements). De même que pour le nombre de COPIL, cet écart peut être lié à la différence de méthode de recueil de données, avec dans cette enquête l'utilisation de définitions strictes qui a pu induire un chiffre plus faible.

L'existence d'un programme ne différait pas de façon significative selon les types d'établissements pénitentiaires (MA, CD, MC) et leur taille (Tableau 10). En revanche, un programme existait plus fréquemment dans les établissements accueillant des mineurs (85,3% de ces établissements avaient un programme) et dans les établissements accueillant des femmes (80% de ces établissements avaient un programme).

Tableau 10 : Taille des établissements pénitentiaires avec et sans programme d'EPS

Taille des établissements pénitentiaires	% d'établissements avec programme (N)	% d'établissements sans programme (N)
>500 places	74% (20)	26% (7)
150-500 places	62% (21)	38% (13)
<150 places	79% (30)	21% (8)

COPIL et programme Il y avait plus d'établissements ayant élaboré un programme (74) que d'établissements avec un COPIL (46) ; 53% établissements sans COPIL ont élaboré un programme¹⁷.

Nombre d'actions Le nombre d'actions dans les programmes était de 5,8 en moyenne (médiane à 5), nettement plus élevé que dans les établissements sans programme (moyenne 1,8 ; médiane 1). Cette différence est significative ($p < 0.001$).

Elaboration du programme Le COPIL et/ou l'UCSA ont élaboré la quasi-totalité des programmes, conformément à leur mission. Le COPIL a élaboré le programme de 82,5% des 40 établissements avec COPIL et programme. Dans ces établissements lorsque ce n'était pas le COPIL, c'était l'UCSA. Lorsqu'il n'y avait pas de COPIL, c'était toujours l'UCSA qui élaborait le programme (34/34), éventuellement en collaborant avec d'autres structures. Les structures associées à l'élaboration du programme étaient le DSP/SMPR (4), le SPIP (2), une association (1), l'IREPS (1), un CSAPA (1).

Vingt-trois établissements n'avaient ni COPIL ni programme¹⁸. Le nombre moyen d'actions y était de 1,8 et la médiane à 1 [0 ; 9] ; 9 de ces établissements n'ont réalisé aucune action.

c. Le choix des thèmes des actions et du programme (Q 26)

Le choix du thème des actions (Tableau 11) était le plus souvent déterminé en fonction des données disponibles sur l'état de santé des personnes détenues (69% des établissements répondants). Pour près de la moitié des établissements (48%), il s'inscrivait dans les priorités régionales et nationales. Moins souvent, il s'intégrait à des journées nationales (40%) ou répondait à une demande spontanée des personnes détenues (39%). Les possibilités de financement étaient citées par 34,4% des structures. Les autres critères de choix, mentionnés dans la réponse « autre » étaient le renouvellement d'actions antérieures (4), la disponibilité des intervenants (3), les propositions d'élèves infirmières dans le cadre de leurs stages (2), une demande de l'administration pénitentiaire ou du SPIP (2), le projet soignant (1).

¹⁷ Les établissements avec un COPIL ont quasiment tous élaboré un programme (89% ; 41 / 46)

¹⁸ Il s'agissait de 14 MA, 2 MC, 5 CD, 2 CP, de taille moyenne de 316 places

Tableau 11 : Raison du choix du thème des actions *

Raison du choix	%	N
Données sur l'état santé des personnes détenues	68,8%	64
Priorités régionales et nationales	47,3%	44
Dans le cadre de journées nationales	39,8%	37
Demande spontanée des détenus	38,7%	36
Possibilités de financement	34,4%	32
Renouvellement actions antérieures	4,3%	4
Disponibilité des intervenants	3,2%	3
Avis élèves infirmières (stages)	2,2%	2
Demande administration pénitentiaire ou SPIP	2,2%	2
Projet soignant	1,1%	1
Autre	5,4%	5
NSP/NR	6,5%	6

*données concernant 93 établissements ayant réalisé 344 actions

d. Evaluation des actions (Q 29 et 30)

Soixante-dix pour cent des UCSA ont déclaré avoir évalué les actions (65 des 93 établissements ayant réalisé des actions). Dans 2/3 des cas, il s'agissait de toutes les actions réalisées. L'évaluation, dans ces 65 établissements, reposait sur un questionnaire de satisfaction et/ou de réponses aux attentes dans 61,5% des cas (40) et/ou sur les connaissances avant-après dans 46,2% des cas (30). Le compte-rendu de(s) (l') intervenant(s) était utilisé dans 72,3% des cas (47). Les autres techniques mentionnées comportent les fiches de présence et taux de participation (3), les « retours » en consultation (2), le nombre de diplômes obtenus (1), une évaluation informelle (1) et un bilan avec l'intervenant (1). D'« autres » méthodes étaient mentionnées dans 6 cas, sans précision.

La perception des actions par les UCSA (Q11 du questionnaire détaillé) est en grande majorité bonne, la proportion de « bonne et très bonne » est supérieure à 95% dans les 4 dimensions explorées par le questionnaire : adhésion des participants (95,5%), adéquation aux besoins (96,9%), impact de l'action (95,2%) et collaboration entre les partenaires de l'action (96,2%). Ce résultat est lié au fait que ce sont les UCSA, principaux opérateurs et intervenants qui ont été interrogées mais il peut aussi témoigner de leur investissement dans l'éducation pour la santé.

7. Moyens humains de l'EPS

Ces informations sont disponibles pour les 93 établissements ayant réalisé au moins 1 action. Les questions portaient sur l'existence de temps spécifiquement alloué par l'établissement hospitalier pour l'éducation pour la santé, le temps consacré à l'éducation pour la santé, l'organisation des équipes en particulier la présence de référents en éducation pour la santé en leur sein et les formations en éducation pour la santé, antérieures ou dans le cadre de la formation continue.

a. Temps soignant spécifiquement alloué à l'éducation pour la santé (Q13 et 14)

Quinze UCSA sur les 93 établissements ayant réalisé des actions bénéficiaient de temps soignant spécifiquement dédié à l'éducation pour la santé (Tableau 12). Cela concernait 13 établissements hospitaliers car 3 UCSA dépendaient d'1 seul CHU. Six UCSA (4 établissements hospitaliers) bénéficiaient de temps de médecin généraliste, 8 de temps d'infirmier, 2 de temps de cadre infirmier, 1 de temps de psychologue (0,6 ETP par mois). Aucun établissement ne finançait de temps de psychiatre pour l'éducation pour la santé.

Cela représentait en tout 1,35 ETP de médecin somaticien ; 2,95 ETP d'infirmier ; 0,25 ETP de cadre infirmier ; 0,6 ETP de psychologue ; 1,5 ETP « d'autre professionnels ». Ce temps spécifiquement financé pour l'éducation pour la santé était le seul pour les 43010 places théoriques des 109 établissements ayant répondu à l'enquête.

Tableau 12 : Temps soignant spécifiquement alloué à l'éducation pour la santé (15 UCSA)

Métiers	Nb d'UCSA concernées	ETP
Infirmiers	8	0,25 à 1
Cadres infirmiers	2	0,05 à 0,15
Médecins	6	0,05 à 0,8

Parmi ces établissements, un CHU a fait le choix de financer du temps médical à hauteur de 0,4 ETP pour 3 UCSA consacré à l'éducation pour la santé. A partir de 2011 ce temps médical a été augmenté à 0,8 ETP et complété par un ETP infirmier et inclut l'éducation thérapeutique du patient. Ce choix conjoint de la direction hospitalière et des équipes soignantes, soutenu par l'ARS, s'accompagnait de démarches innovantes et pluridisciplinaires et d'une pratique d'évaluation. Si une telle organisation n'est pas nécessairement généralisable, il sera utile d'en suivre l'évolution et l'impact pour en tirer les leçons et envisager de développer ce type d'organisation, éventuellement dans le cadre de mutualisations.

b. Temps soignant consacré à l'éducation pour la santé (Q 15)

Plusieurs répondants ont signalé qu'il leur était difficile d'estimer ce temps ou n'ont répondu que pour certaines professions. Ce temps n'était pas spécifiquement comptabilisé, ce qui explique probablement cette difficulté. Quatre-vingt-deux établissements (88%) ont répondu totalement ou partiellement à cette question, seuls 70 (75%) établissements ont pu répondre pour toutes les professions. Les réponses montrent que l'équipe soignante (UCSA, DSP, SMPR) a consacré du temps à l'éducation pour la santé dans 85% (70) des établissements ayant réalisé au moins une action.

Ce temps était associé à la taille des établissements. Il était de 1 à 10 heures par mois dans la majorité (51,4%) des établissements de moins de 150 places théoriques et de plus de 10 heures dans la majorité (55,2%) des établissements de plus de 500 places. Dans les établissements de 150 à 500 places, environ la moitié des établissements consacraient respectivement plus de 10 heures et moins de 10 heures par mois à l'éducation pour la santé (Tableau 13). Ces différences sont significatives ($p=0,03$).

Tableau 13 : Temps consacré à l'EPS (tous métiers) selon la taille de l'établissement*

Taille des établissements	1 à 10 h par mois	Plus de 10 h par mois	Aucun temps consacré	NSP	Temps médian	Temps moyen
	-% d'établissements (N)				(h/mois)	
<150 places	51,4% (18)	22,9% (8)	11,4% (4)	14,3% (5)	6,5	11,77
150-500 places	25,9% (7)	48,1% (13)	18,5% (5)	7,4% (2)	11	26,4
>500 places	20,7% (6)	55,2% (16)	10,3% (3)	13,8% (4)	16,4	31,6

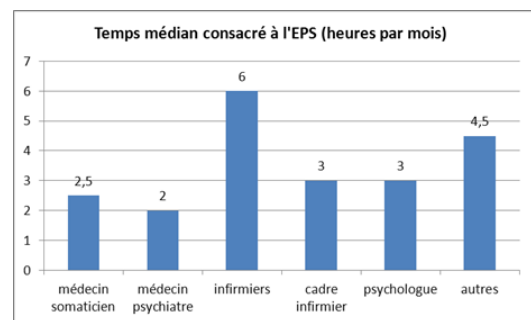
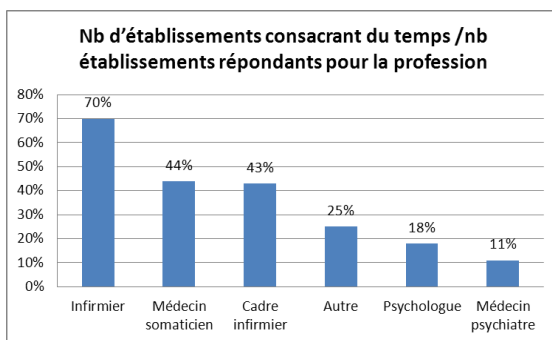
*93 établissements ayant réalisé des actions

Le tableau 14 et la figure 7 indiquent la proportion d'établissements qui ont déclaré consacrer du temps à l'EPS, pour chaque métier ainsi que la médiane et la moyenne de ce temps dans ces établissements.

Tableau 14 : Temps consacré à l'éducation pour la santé, par profession

	Nombre d'établissements répondants (%)	% d'établissements consacrant du temps à l'EPS parmi les établissements répondants (N)	Dans les établissements consacrant du temps à l'EPS	
			Temps médian (h/mois)	Temps moyen (h/mois)
Infirmier	82 (88%)	70% (57)	6	11,9
Cadre infirmier	81 (87%)	43% (35)	3	7,4
Médecin somaticien	80 (86%)	44% (35)	2,5	8,56
Psychologue	80 (86%)	18% (14)	3	20,2
Médecin psychiatre	79 (85%)	11% (9)	2	3,7
Autre	81 (87%)	25% (20)	4,5	14,1

Figure 7 : Temps consacré à l'éducation pour la santé



Ce temps était majoritairement du temps infirmier (70% des établissements). Pour les 57 établissements consacrant du temps infirmier à l'EPS, la médiane était de 6 heures par mois, soit environ 2 demi-journées par mois (moyenne de 11,9 heures par mois). Du temps était consacré à l'EPS par les cadres infirmiers et les médecins somaticiens dans respectivement 43% et 44% des établissements avec une médiane de 3 heures et 2 heures par mois. Du fait de quelques rares valeurs extrêmes, la médiane est préférée pour l'estimation de ce temps. L'item « autres métiers » n'était pas précisé.

Douze UCSA ont déclaré ne pas consacrer de temps soignant à l'éducation pour la santé¹⁹. Ces établissements ont cependant réalisé 1 à 7 actions en 2010²⁰, 5 avaient un comité de pilotage, 9 avaient un programme d'EPS, 8 avaient 1 ou plusieurs référents pour l'EPS. Dans 5 de ces UCSA, du personnel était formé à l'EPS. Dans 1 cas, l'ensemble de l'éducation pour la santé a été déléguée au CODES. Ces UCSA avaient d'une manière ou d'une autre consacré du temps à l'éducation pour la santé : dans 2 cas, elle était opérateur et intervenant dans une action ; dans les autres cas elle était intervenue en association avec d'autres structures, le SPIP, le SMPR, le CSAPA, une association, un intervenant extérieur ou un intervenant hospitalier extérieur.

De fait, sauf exception avec délégation totale à un organisme partenaire (Codes) les établissements de santé ont consacré du temps à l'éducation pour la santé. Il peut ne s'agir que du pilotage, selon les organisations et les moyens locaux. Ce temps était néanmoins difficile à estimer en l'absence de relevé spécifique de cette activité.

Une codification des activités d'éducation pour la santé a été mise en place dans 9 établissements, situés dans 4 régions : 4 en PACA, 3 en Rhône Alpes, 1 en Haute Normandie et 1 en Île de France. Il s'agissait d'initiatives locales non concertées, ne s'appuyant pas sur une nomenclature des actes harmonisée au niveau national, celle-ci n'existant pas à ce jour.

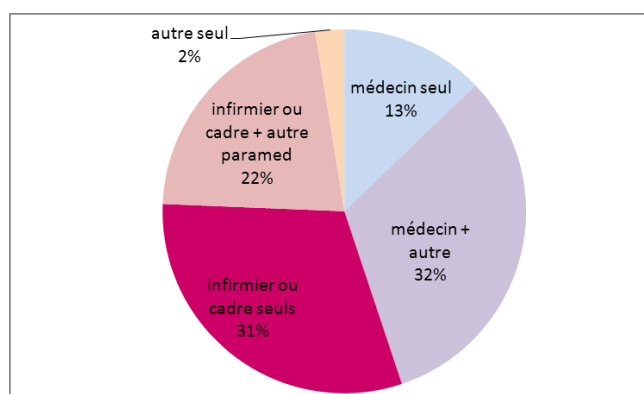
¹⁹ 7 maisons d'arrêt, 3 centres pénitentiaires, 1 centre de détention et 1 EPM

²⁰ La question n'était posée qu'aux établissements ayant réalisé au moins une action en 2010.

c. Les référents pour l'éducation pour la santé (Q17 à 19)

Un ou des référent(s) pour l'éducation pour la santé étaient identifiés dans les structures soignantes de 75% des établissements pénitentiaires (78 établissements). Dans 54% des cas (42 établissements), il y avait plusieurs référents et dans 46% des cas, 1 seul référent (36). Les infirmiers et les cadres infirmiers étaient les plus représentés dans cette fonction. Le(s) référent(s) étai(en)t infirmier(s) dans 54% (42) des établissements, cadre infirmier dans 47% (37) et médecin dans 45% (35). Les infirmiers et les cadres infirmiers étaient seuls référents dans 31% des établissements et les médecins dans 13%. Les autres professions des référents étaient secrétaire (3), ergothérapeute (1), éducateur spécialisé (1), instituteur (1), assistante dentaire, préparatrice en pharmacie (1).

Figure 8 : Profession des référents en éducation pour la santé



La présence de référent en éducation pour la santé dans la structure de soins était liée à la taille de l'établissement pénitentiaire, l'existence d'un COPIL et d'un programme : 56% des établissements de moins de 150 places, 76% des établissements entre 150 et 500 places et 82% des EP avec plus de 500 places avaient un/des référent(s) ($p < 0,02$) ;

- 85% des établissements avec COPIL avaient un/des référent(s) EPS *versus* 65,5% des établissements sans COPIL ($p < 0,001$) ;
- 80% des établissements avec programme avaient un/des référent(s) EPS *versus* 62% des établissements sans programme ($p < 0,001$) ;
- 87% des établissements consacrant plus de 10h à l'EPS avaient un/des référent(s) EPS *versus* 69% des établissements consacrant 1 à 10 heures et 67% des établissements ne consacrant aucun temps à l'EPS ($p > 0,05$).

Cette fonction, qui n'est à ce jour pas définie dans un texte ou une recommandation, était donc très fréquemment identifiée et majoritairement tenue par des infirmiers et des cadres infirmiers. La diversité des organisations (un ou plusieurs référents, métiers) et l'absence de définition incitent à mieux la décrire dans le cadre de recommandations.

Par ailleurs, le personnel soignant avait connaissance de l'existence d'un référent pour l'éducation pour la santé au sein du personnel de l'établissement pénitentiaire dans 54% des établissements répondants (54). Cette connaissance n'était pas liée à l'existence d'un COPIL²¹.

²¹ 63% des UCSA d'établissements avec COPIL connaissent le référent EPS au sein du personnel pénitentiaire *versus* 47% des UCSA d'établissements avec COPIL (NS)

d. Les formations en éducation pour la santé

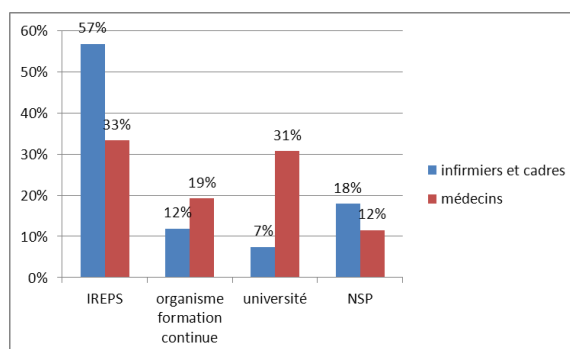
Il s'agissait ici des formations complémentaires à la formation initiale. Du personnel était formé à l'éducation pour la santé dans 43% des 104 établissements ayant répondu à la question (45). Cela représentait 104 personnels soignants : 74 infirmiers et cadres infirmiers et 30 médecins. Parmi eux, 4 infirmiers et cadres infirmiers et 5 médecins exerçaient en DSP SMPR (Tableau 15). La distinction entre UCSA et DSP SMPR est soumise à la limite précédemment évoquée, des personnels du DSP pouvant avoir été comptabilisés dans l'UCSA. Dans les UCSA où du personnel était formé, le nombre médian des infirmiers et cadres infirmiers formés était de 2, celui des médecins de 1. Dans les DSP SMPR où du personnel était formé, le nombre médian des infirmiers et cadres infirmiers formés ainsi que des médecins formés était de 1.

Tableau 15 : Personnel formé à l'éducation pour la santé dans les UCSA et DSP SMPR

	Nb Etab avec personnel formé	UCSA Nb Personnels formés	Moyenne (médiane) /étab	Nb Etab avec personnel formé	DSP SMPR Nb Personnels formés	Moyenne (médiane) /étab
Infirmiers et cadres	34	70	2 (2)	4	4	1 (1)
Médecins	20	25	1,25 (1)	5	5	1

Les organismes formateurs étaient essentiellement les IREPS : 57% des infirmiers et des cadres infirmiers et 33% des médecins ont été formés par les IREPS (Figure 9). La durée de la formation était de 2 à 5 jours pour la majorité des infirmiers et cadres infirmiers (61%) et de plus de 5 jours pour la majorité des médecins (33%). Les médecins suivaient des diplômes d'université, ils ont été formés dans 31% des cas dans une université (*versus* 7% des infirmiers et des cadres infirmiers).

Figure 9 : Organismes ayant réalisé les formations en éducation pour la santé



La présence de personnel formé à l'EPS était liée à la taille de l'établissement pénitentiaire, l'existence d'un COPIL, au nombre d'actions et au temps soignant consacré à l'EPS :

- 60% des EP de plus de 500 places avaient du personnel formé *versus* 39% des établissements de 150 à 500 places et 29% des établissements avec moins de 150 places ($p < 0,05$) ;
- 60 % des établissements avec COPIL avaient du personnel formé *versus* 29% des établissements sans COPIL ($p < 0,05$) ;
- 68% des établissements ayant réalisé 6 à 10 actions avaient du personnel formé *versus* 32% des établissements ayant réalisé 1 à 5 actions et 19% des établissements n'ayant réalisé aucune action ($p < 0,01$) ;

- 68% des établissements consacrant plus de 10 h à l'EPS avaient organisé une formation continue en 2010 *versus* 25% des établissements consacrant 1 à 10 heures à l'EPS ($p < 0,05$).

Elle n'était pas liée à l'existence d'un programme ni à la région.

En 2010, des formations continues en éducation pour la santé ont été réalisées dans 18% des UCSA (20) et 5,5% des DSP SMPR (6). Ce chiffre relativement élevé signe une volonté de formation et un investissement des équipes soignantes. Des formations conjointes santé justice ont été réalisées dans 26% des établissements ayant délivré une formation continue (6).

a. Les thèmes des actions

Trois thèmes pouvaient être cités par action. Ces données concernent 344 actions réalisées dans 76 établissements.

Les thèmes les plus fréquemment traités reflètent les questions connues comme les plus prégnantes dans la population carcérale, notamment les addictions (24,4% des actions), les infections (infections virales à VIH, hépatites B et C et IST : 17,7%). Les actions de portée générale sur la notion de santé étaient aussi parmi les plus nombreuses (21,8%). L'estime de soi (15,1%), la gestion du stress (11%) étaient des thèmes fréquemment cités, ainsi que la vie affective et sexuelle (10,5%). Les actions sur l'alimentation et la nutrition, relativement nombreuses (14,8%) s'inscrivent dans le cadre des priorités nationales de santé publique, tout comme celles sur les addictions et les infections par le VIH et les hépatites. La santé bucco-dentaire représentait 7,6% des actions, il s'agit d'un problème fortement prévalent en milieu pénitentiaire, justifiant de nombreux soins. Le plan d'actions stratégiques 2010-2014 « politique de santé pour les personnes placées sous main de justice » prévoit la mise en place d'un examen bucco-dentaire systématique lors de la visite d'entrée en détention²². L'activité physique et l'hygiène corporelle représentaient 6,7 et 6,4% des thèmes des actions, les premiers secours, 6,1%. La prévention du suicide était un thème de 5,8% des actions. Les actions recensées dans ce questionnaire sont différentes de celles prévues dans le plan d'action de la Garde des Sceaux relatif à la prévention du suicide des personnes détenues (juin 2009). Ces dernières visent en effet essentiellement à améliorer le repérage du risque suicidaire et la prise en charge pénitentiaire. Elles s'adressent principalement au personnel pénitentiaire et sont réalisées sous le pilotage de l'administration pénitentiaire. Les thèmes du sommeil, des vaccinations, de la parentalité, du bon usage des médicaments, de la violence, de la préparation à la sortie et de l'hygiène de l'environnement représentaient chacune moins de 5% des thèmes. Quelques actions dans le domaine de la gynécologie étaient réalisées.

Tableau 16 : Répartition des thèmes des 344 actions

²² Instruction N°DGS/MC1/DGOS/R4/2011/206 du 29 août 2011 relative à la réalisation d'un examen bucco-dentaire des personnes détenues entrant lors de leur arrivée en établissement pénitentiaire et à la réduction du risque infectieux associé aux soins dentaires.

Thème des actions	% d'actions	Nb d'actions
Addictions	24,4%	84
Action de portée générale sur la notion de santé	21,8%	75
Infections virales (VIH-hépatites) et IST	17,7%	55+6=61
<i>Infections virales en général*</i>	7,6%	26
<i>Infections à VIH*</i>	7%	24
<i>Hépatites virales*</i>	4,6%	16
<i>IST*</i>	7,3%	25
Estime de soi	15,1%	52
Alimentation – Nutrition	14,8%	51
Gestion du stress	11,0%	38
Vie/éducation affective et sexuelle	10,5%	36
Santé bucco-dentaire	7,6%	26
Activité physique	6,7%	23
Hygiène corporelle	6,4%	22
Premiers secours	6,1%	21
Prévention du suicide	5,8%	20
Sommeil	2,9%	10
Vaccinations	2,0%	7
Parentalité	1,7%	6
Bon usage des médicaments	1,2%	4
Gynécologie	0,9%	3
Violence	0,9%	3
Accompagnement sortie	0,6%	2
Hygiène de l'environnement du détenu	0,6%	2
Autre	4,1%	14

*une même action pouvait avoir 3 thèmes, le nombre d'actions ayant pour thème les infections est inférieur à la somme de chaque thème sur les infections

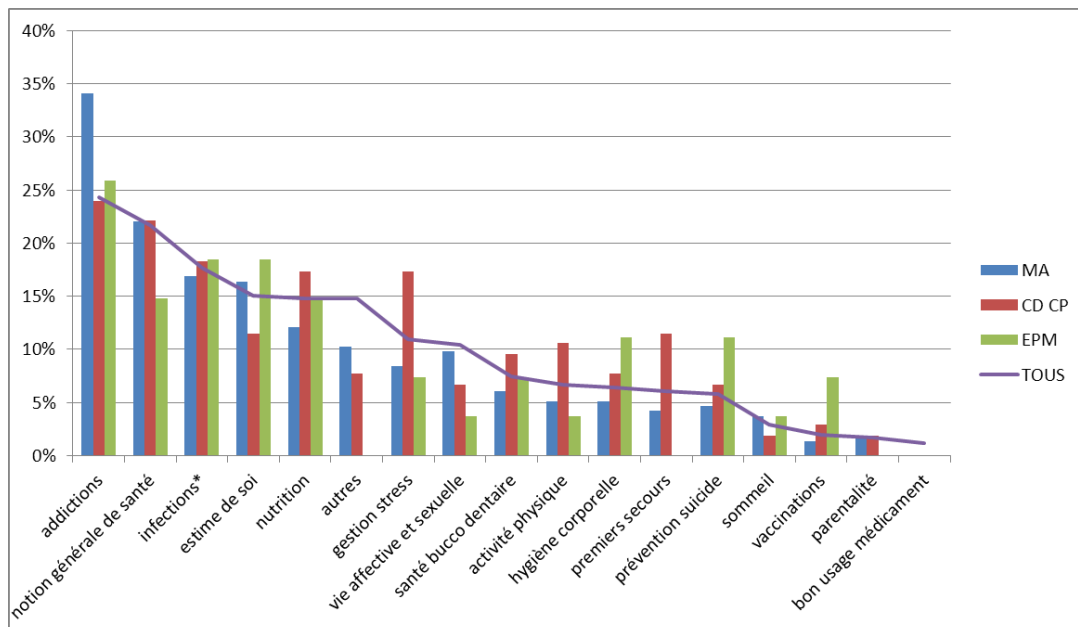
Thèmes des actions selon le type d'établissement pénitentiaire (Tableau 24 en annexe)

Ces 344 actions ont eu lieu dans 76 établissements pénitentiaires :

- 213 actions dans 45 MA
- 104 actions dans 27 établissements pour longues peines (9CD, 17 CP, 0 MC)
- 27 actions dans 4 EPM

La répartition des thèmes traités diffère peu selon le type d'établissement pénitentiaire. Il y a plus d'actions sur le thème des addictions en maison d'arrêt, sur la gestion du stress et les premiers secours dans les établissements de longues peines et sur d'une part l'estime de soi et la prévention du suicide, d'autre part l'hygiène corporelle et les vaccinations dans les EPM (Figure 10).

Figure 10 : Thèmes des actions selon le type d'établissement pénitentiaire*



*344 actions dans 76 établissements – pourcentage des actions ayant un thème pour chaque type d'établissement
 **Infections : infections virales en général, infection à virus VIH, hépatites et IST

b. Public destinataire des actions

Les données portant sur le public des actions ont été recueillies pour 291 actions, réalisées dans 69 établissements²³. Les actions d'éducation pour la santé étaient majoritairement à destination des hommes majeurs mais, proportionnellement il y a eu plus d'actions pour les mineurs et pour les femmes (Tableau 17) :

- 93,1% des actions s'adressaient à des hommes ;
- 26% des actions s'adressaient à des femmes alors qu'elles représentaient 4,3% de la population incarcérée dans ces 69 établissements ;
- 27% des actions s'adressaient à des mineurs alors qu'ils représentaient 1,4% de la population incarcérée dans ces 69 établissements.

Le rapport du nombre d'actions par rapport au nombre de personnes incarcérées au 1^{er} janvier 2010 était ainsi de :

- 19,4 actions pour 100 mineurs détenus ;
- 6,2 actions pour 100 femmes détenues ;
- 0,9 actions pour 100 places hommes détenus.

Tableau 17 : Nombre d'actions à destination des différents publics de personnes détenues

Public des actions	Nb d'actions	% des actions	Nb détenus dans les 69 établissements concernés
majeurs	252	86,6%	28 242 (98,6%)
mineurs	79	27,1%	407 (1,4%)
hommes	271	93,1%	27 419 (95,7%)
femmes	76	26,1%	1 230 (4,3%)
public ciblé	56	19,2%	NA

Dix-neuf pour cent des actions s'adressaient à un public ciblé. La notion de public ciblé recouvrait avant tout des publics identifiés sur des facteurs de risque et/ou la présence d'une pathologie (Tableau 18).

²³ Actions pour lesquelles le questionnaire détaillé a été rempli

Tableau 18 : Description des « publics ciblés » et nombre d'actions destinées à ces publics

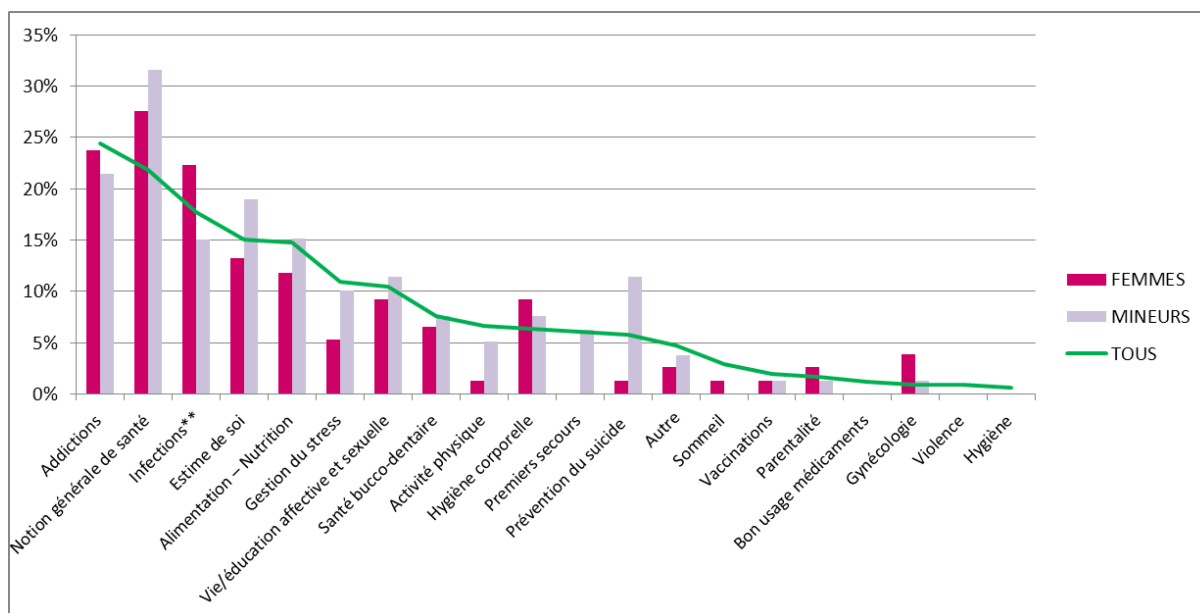
Public destinataire de l'action	% d'actions	Nb d'actions
Public présentant des facteurs de risque ou certaines pathologies*	44.6%	25
Volontariat	10.7%	6
Quartier arrivant	7.1%	4
Motif d'incarcération (agressions sexuelles, violence)	5.4%	3
Détenus proche de la sortie	3.6%	2
En fonction de l'âge (vieillissants, jeunes)	3.6%	2
Manque hygiène corporelle	3.6%	2
Entourage - personnels pénitentiaire et administratifs**	3.6%	2
Migrants en situation de précarité	3.6%	2
Autres	7.1%	4
NSP/NR	7.1%	4

*Poids, diabète, addictions, troubles psychiatriques

**Il s'agit d'actions menées spécifiquement à destination des familles (point accueil familles) ou des personnels pénitentiaires qui ont été citées par une UCSA mais qui n'entrent pas directement dans le champ du questionnaire

Les thèmes des actions étaient sensiblement les mêmes pour les femmes et les mineurs que pour l'ensemble des personnes détenues, les actions à destination des femmes traitaient cependant plus des infections et de la notion générale de santé et celles à destination des mineurs de la notion générale de santé, de l'estime de soi et de la prévention du suicide (Figure 11 et Tableau 25 en annexe). Les actions portant sur la prévention du suicide mentionnées dans les réponses au questionnaire ne sont pas celles mises en place dans le cadre du plan d'actions de la Garde des Sceaux relatif à la prévention du suicide des personnes détenues (juin 2009).

Figure 11 : Part des différents thèmes dans les actions à destination de l'ensemble des personnes détenues, des femmes détenues et des mineurs détenus*



*Répartition de 344 actions pour « tous » ; 76actions pour les femmes ; 79 actions pour les mineurs

**Infections : infections virales en général, infections à virus VIH, hépatites virales et IST

Le nombre de participants n'était connu ou renseigné, à la fois concernant les participants attendus et pour les participants présents que dans 71% des actions (207). Le nombre de participants attendus, connu pour 211 actions, était en moyenne de 36 avec une médiane à 16 [1 ; 400]. Le nombre total de participants

attendus était de 7579 pour ces 211 actions. Le nombre de participants présents, connu pour 234 actions, était en moyenne de 33 avec une médiane à 13,5 [1 ; 400]. Au total 7797 personnes détenues ont participé à 234 actions.

c. Types d'actions et outils (Q 4 à 7)

Le type des actions était distingué en actions évènementielles, actions collectives ponctuelles non évènementielles et actions collectives réalisées sous la forme de plusieurs ateliers. Ces informations sont disponibles pour 291 actions.

- **Types d'actions (Tableau 19 et Figure 12)**

Actions évènementielles (N=79). Un peu plus d'un quart des actions (27,1%) étaient des actions collectives ponctuelles de type évènementiel (journée mondiale du SIDA-1er décembre, journée sans tabac etc...). Ces actions avaient très majoritairement pour thèmes les infections (infections à virus VIH, hépatites virales et IST), les addictions et la notion générale de santé. Quasiment tous les thèmes étaient néanmoins traités (figure X).

La médiane du nombre de participants attendus, connue pour 58 actions, était en moyenne 19 avec une moyenne à 30 [1 ; 130].

La médiane du nombre de participants présents, connue pour 62 actions, était de 14 avec une moyenne à 23 [1 ; 100]. Au total 1428 personnes détenues ont participé à 62 actions évènementielles.

Actions collectives ponctuelles non évènementielles (N=106). Un peu plus du tiers des actions (36,4%) étaient des actions collectives ponctuelles non évènementielles. Les thèmes les plus fréquemment traités étaient les addictions, la notion générale de santé, puis l'alimentation nutrition, l'estime de soi et les infections.

Actions collectives se déroulant sur plusieurs ateliers (N=106). Un peu plus du tiers des actions (36,4%) étaient des actions collectives comportant plusieurs ateliers. Les thèmes les plus fréquemment traités étaient les addictions, la gestion du stress, l'estime de soi et la notion générale de santé.

La médiane du nombre de participants attendus, connue pour 84 de ces actions, était de 15 avec une moyenne à 26 [1 ; 400].

La médiane du nombre de participants présents, connue pour 94 actions, était de 10 avec une moyenne à 24 [1 ; 400]. Au total 2278 personnes détenues ont participé à 94 actions.

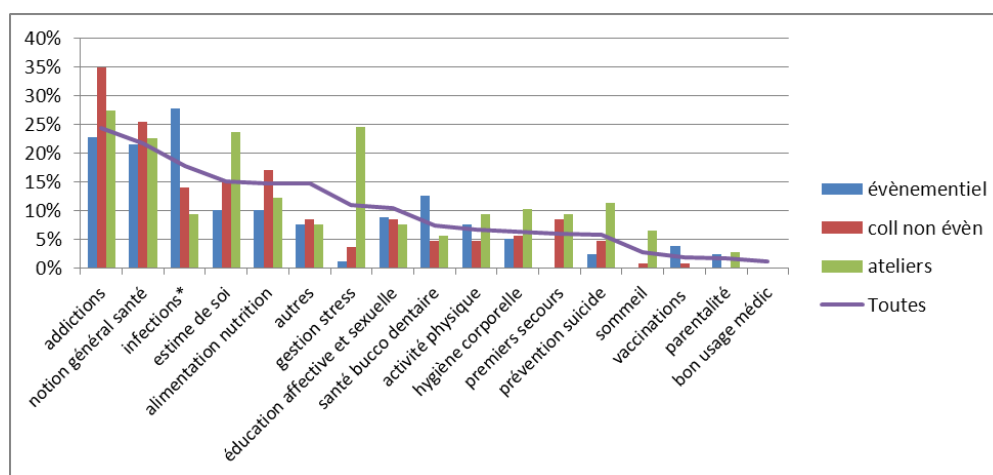
Tableau 19 : Type des actions selon leur thème*

Thèmes des actions	Actions évènementielles (79 actions)	Actions collectives non évènementielles (106 actions)	Actions avec plusieurs ateliers (106 actions)	Toutes les actions (344 actions)
addictions	22,8%	34,9%	27,4%	24,3%
notion générale de santé	21,5%	25,5%	22,6%	21,7%
infections**	27,8%	14,1%	9,4%	17,7%
estime de soi	10,1%	15,1%	23,6%	15,1%
alimentation nutrition	10,1%	17,0%	12,3%	14,8%
autres	7,6%	8,5%	7,5%	14,8%
gestion du stress	1,3%	3,8%	24,5%	11,0%
éducation affective et sexuelle	8,9%	8,5%	7,5%	10,4%
santé bucco-dentaire	12,7%	4,7%	5,7%	7,5%
activité physique	7,6%	4,7%	9,4%	6,7%
hygiène corporelle	5,1%	5,7%	10,4%	6,4%
premiers secours	0,0%	8,5%	9,4%	6,1%
prévention du suicide	2,5%	4,7%	11,3%	5,8%
sommeil	0,0%	0,9%	6,6%	2,9%
vaccinations	3,8%	0,9%	0,0%	2,0%
parentalité	2,5%	0,0%	2,8%	1,7%
bon usage des médicaments	0,0%	0,0%	0,0%	1,2%

*Plusieurs thèmes possibles par action

**Infections : infections virales en général, infection à virus VIH, hépatites et IST

Figure 12 : Thème des actions selon leur type



*Infections : infections virales en général, infections à virus VIH, hépatites virales et IST

• Modes d'intervention - outils

Plusieurs réponses pouvaient être données. Les techniques d'information et d'animation utilisées étaient variées (Tableau 20 et Figure 13). Les techniques relevant de l'information ont été le plus souvent utilisées : séances d'information et exposés dans presque la moitié des actions (134) et débats avec experts dans un quart des actions (70). Les techniques participatives étaient utilisées dans une moindre mesure : des ateliers d'expression ou groupes de parole étaient utilisés dans 38,5% des actions (112). Le théâtre était utilisé dans 5% des actions (14). Dans 18% des actions (52), un entretien individuel était proposé à l'issue de l'action collective.

Le recours à des supports du type brochures et affiches était utilisé dans la moitié des cas (143 actions) et des supports multi médias dans 21,3% (62). Le questionnaire ne permet pas d'indiquer si ces outils étaient élaborés dans le cadre de l'action ou mis à disposition pour l'action.

Les techniques citées par les répondants dans la réponse « autres » étaient des ateliers cuisine (2,4%), la création artistique (1,7%), la sophrologie (1,7%), la formation pratique au secourisme (1,7%). Le jeu, le travail avec un animal étaient aussi cités. L'éducation par les pairs était citée 3 fois. On note une grande variété de techniques, les réponses « autres » concernaient 10% des actions.

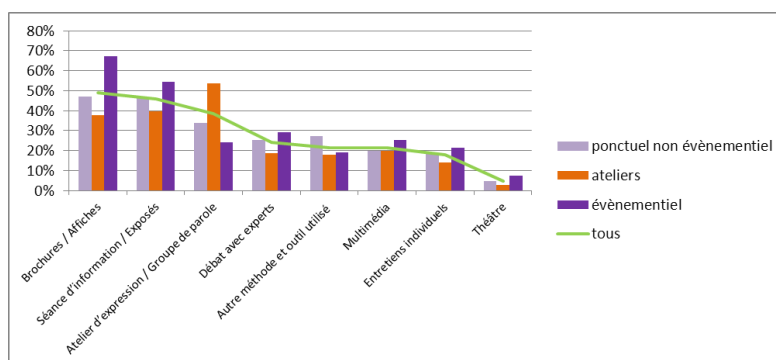
Tableau 20 : Modes d'intervention et outils utilisés dans les actions

Modes d'intervention et outils	Pourcentage d'actions	Nb d'actions
Brochures / Affiches	49,1%	143
Séance d'information / Exposés	46,0%	134
Atelier expression Groupe parole	38,5%	112
Débat avec experts	24,1%	70
Multimédia	21,3%	62
Entretiens individuels	17,9%	52
Théâtre	4,8%	14
Atelier cuisine	2,4%	7
Création artistique	1,7%	5
Sophrologie, relaxation	1,7%	5
Matériel formation secourisme	1,7%	5
Education par les pairs	1,0%	3
Equitation, animal	1,0%	3
Jeu	1,0%	3
Informel	0,7%	2
Autres	10,3%	30
NSP/NR	0,7%	2

*291 actions

Toutes les techniques étaient utilisées dans chaque type d'actions (événementielles, collectives ponctuelles non événementielles et sur plusieurs ateliers). Elles étaient cependant préférentiellement utilisées selon le type d'action. Par exemple, les groupes de parole et les ateliers d'expression étaient plus utilisés dans les actions se déroulant sur plusieurs ateliers et les exposés et brochures, techniques relevant de l'information sensibilisation, lors des actions événementielles (Figure 13 et Tableau 26 en annexe).

Figure 13 : Techniques utilisées selon le type d'action



Les types d'actions et techniques étaient adaptés aux thèmes.

Les actions portant sur l'estime de soi et la gestion du stress (15% et 11% des actions) étaient majoritairement des actions participatives; plus de la moitié étaient des groupes de parole et des ateliers d'expression (Figure 14 et Tableau 27 en annexe).

Les actions sur l'alimentation nutrition (14,8% des actions) étaient souvent réalisées sous forme d'ateliers cuisine (23,5% des actions sur l'alimentation, inclus dans la réponse « autre »).

Les actions sur les addictions (49,1% des actions) étaient en majorité des séances d'information et exposés (44,3% de ces actions) et dans une moindre mesure des ateliers d'expression (36,8% de ces actions) (Figure 15 Tableau 27 en annexe).

Les 20 actions de prévention du suicide (5,8% des actions) étaient le plus souvent des actions collectives répétées (13 actions) et plus rarement des actions ponctuelles (7 actions dont 2 actions évènementielles). La méthode était majoritairement basée sur des ateliers d'expression ou groupes de parole (12 actions) et rarement sur des exposés (3 actions) ou débats avec experts (2 actions). Deux actions utilisaient des animaux (atelier cheval et activité avec un vétérinaire) et 2 étaient basées sur l'expression artistique.

Figure 14 : Techniques utilisées pour les actions sur l'estime de soi et la gestion du stress

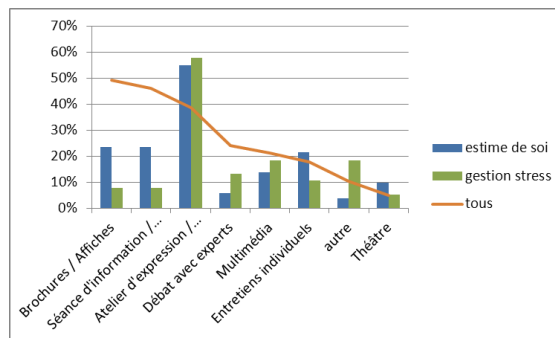
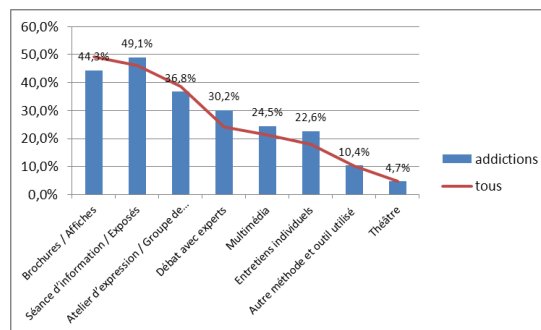


Figure 15 : Techniques utilisées pour les actions sur les addictions



8. Les principaux opérateurs et intervenants de l'EPS en milieu pénitentiaire

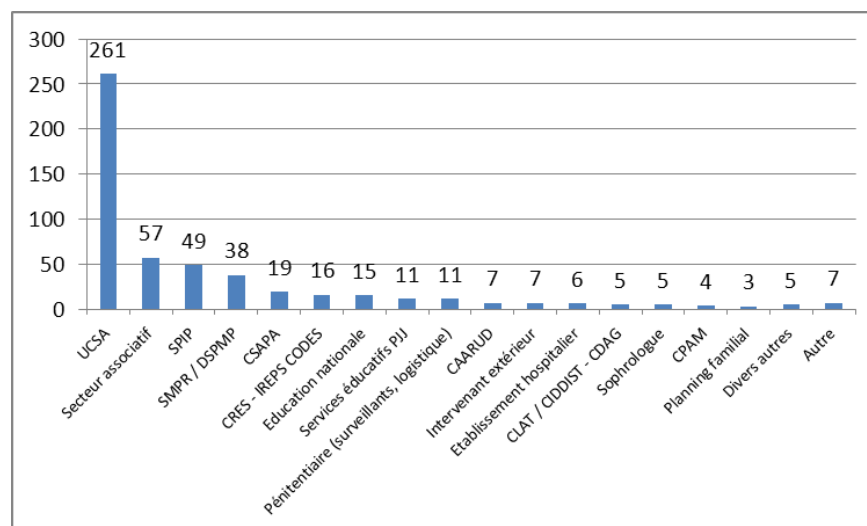
a. Les principaux opérateurs

La définition d'opérateur était « celui (ceux) qui construi(sen)t l'action ». Les opérateurs des actions d'éducation pour la santé étaient nombreux et divers : à l'intérieur de l'enceinte de l'établissement pénitentiaire il s'agissait des UCSA, du SPIP, des DSP SMPR, de l'éducation nationale, des services éducatifs de la PJJ, de l'établissement pénitentiaire. A l'extérieur il s'agissait notamment du secteur associatif, des CSAPA, des IREPS, des CAARUD, des établissements hospitaliers de rattachement des UCSA, des CLAT, CIDDIST et CDAG, des centres de planification familiale, des CPAM, d'intervenants autonomes etc.

Les UCSA étaient opérateur dans 90% des actions d'éducation pour la santé (261 actions). Dans la moitié des cas elles étaient seul opérateur (131 actions). Les autres opérateurs étaient : le secteur associatif pour 19,6% actions, les SPIP pour 16,8% actions et les DSP SMPR pour 13,1% actions. Ces structures étaient le plus souvent associées à d'autres opérateurs. Le secteur associatif était seul opérateur dans 2,7% (8) actions et le SPIP dans 1,7% (7) actions (Figure 16).

En tant qu'opérateur, les UCSA étaient associées avant tout au secteur associatif (48 actions), dans une moindre mesure au SPIP (44 actions) et au DSP SMPR (34 actions). La place des DSP SMPR a possiblement été sous-estimée car ceux-ci pouvaient être inclus dans l'UCSA et leurs actions comptabilisées comme telles (cf. paragraphe limites).

Figure 16 : Nombre d'actions construites par les différents opérateurs, seuls ou associés*



*291 actions

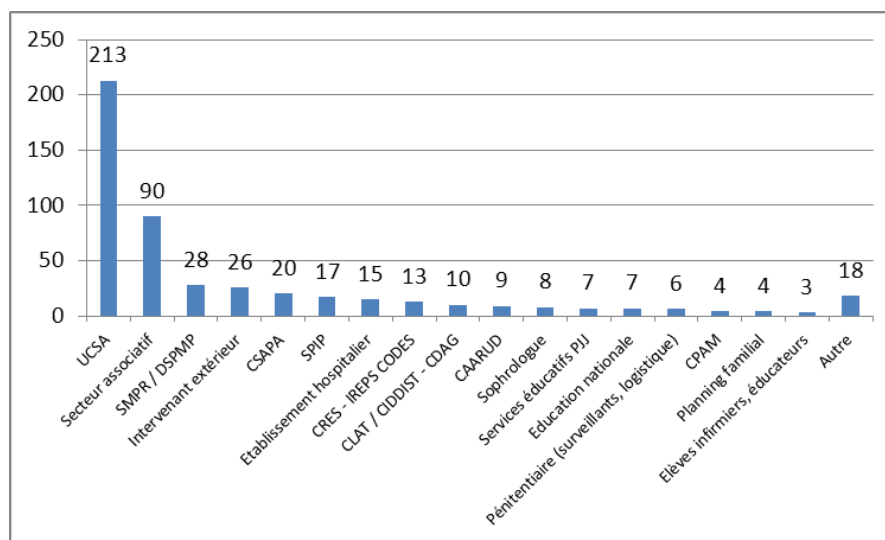
Lorsque l'UCSA était opérateur (261 actions), les intervenants étaient dans 80% des cas les UCSA elles-mêmes (208 actions). Les autres intervenants étaient le DSP SMPR (23 actions) ; le SPIP (16 actions) ; la PJJ (7 actions) ; l'éducation nationale (7 actions) ; les CLAT (9 actions) ; les CAARUD (8 actions) ; les CSAPA (17 actions) ; les IREPS (8 actions) ; le secteur associatif (58 actions) et « d'autres » intervenants (95 actions).

Les opérateurs des actions ayant pour thème la prévention du suicide (20 actions) étaient avant tout les UCSA (15) et les DSP SMPR (4) mais aussi des associations (4) et le SPIP (3). Les intervenants étaient aussi majoritairement les UCSA (9) et DSP SMPR (4). Le secteur associatif intervenait dans 5 actions, le SPIP dans 3. Ceci confirme que les actions recensées dans cette enquête ne sont pas celles prévues dans le plan d'action de la Garde des Sceaux relatif à la prévention du suicide des personnes détenues (juin 2009).

b. Les principaux intervenants

La définition d'intervenant était « celui(ceux) qui intervien(nen)t auprès des personnes ». Les UCSA étaient les principaux intervenants. Elles sont intervenues dans 73,2% des actions, seules dans 28,5% des actions (83) et associées pour 44,7% (130). Elles étaient le plus souvent associées au secteur associatif (56 actions) et dans une moindre mesure au DSP SPMR (23 actions), au SPIP (16 actions), à des intervenants extérieurs (14 actions), aux CSAPA (11 actions), aux CODES et IREPS (9 actions) et à l'établissement hospitalier (7 actions). Le secteur associatif était le second intervenant, il est intervenu seul ou associé dans près d'un tiers (30,9%) des actions. Il est intervenu plus souvent avec l'UCSA (56 actions) que seul (29 actions). Le DSP SPMR est intervenu moins souvent (9,6% des actions). La place des DSP est possiblement sous-estimée car ceux-ci pouvaient être inclus dans l'UCSA et leurs actions comptabilisées comme telles. Les SPIP sont beaucoup plus rarement intervenants (5% des actions) qu'opérateurs (Figure 17).

Figure 17 : Nombre d'actions réalisées par les différents intervenants, seuls ou associés*

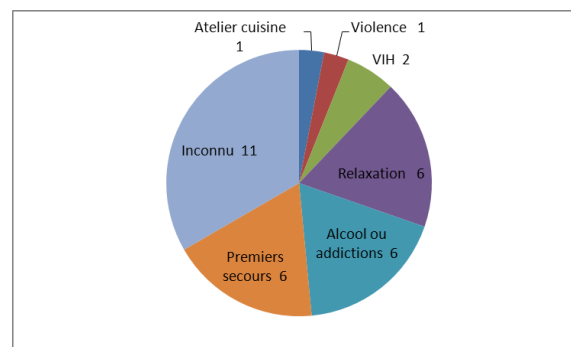


*291 actions

c. Actions d'EPS sans implication de l'UCSA

Dans 15,5% des établissements pénitentiaires (17), des actions d'éducation pour la santé ont été réalisées sans que l'UCSA soit associée²⁴. Un COPIL existait dans 41% de ces établissements (7) et un programme dans 59% (10). Il s'agissait d'un EPM, de 9 MA, de 5 CP et de 23 CD. La médiane du nombre d'actions était de 1,45 par an [1; 10] avec au total 33 actions. Le commanditaire de ces actions était essentiellement le SPIP (22 actions), une fois l'ARS. Les actions portaient majoritairement sur les premiers secours, les addictions et la relaxation (Figure 18). Les opérateurs étaient en premier lieu des associations (7), le SPIP était l'opérateur dans 3 actions. Pour 10 actions l'UCSA n'avait pas connaissance du commanditaire. L'UCSA ne connaissait ni l'opérateur le thème d'un tiers des actions.

Figure 18 : Thèmes des 33 actions réalisées sans implication de l'UCSA

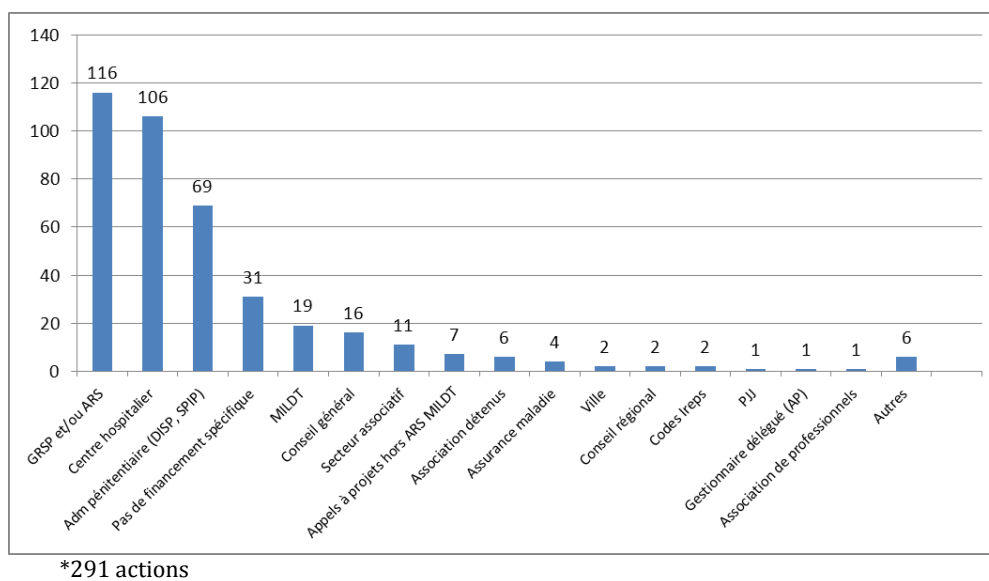


²⁴ Dans 14 établissements (12,7%) l'UCSA n'était pas en mesure de répondre à cette question.

9. Le financement des actions d'EPS en milieu pénitentiaire

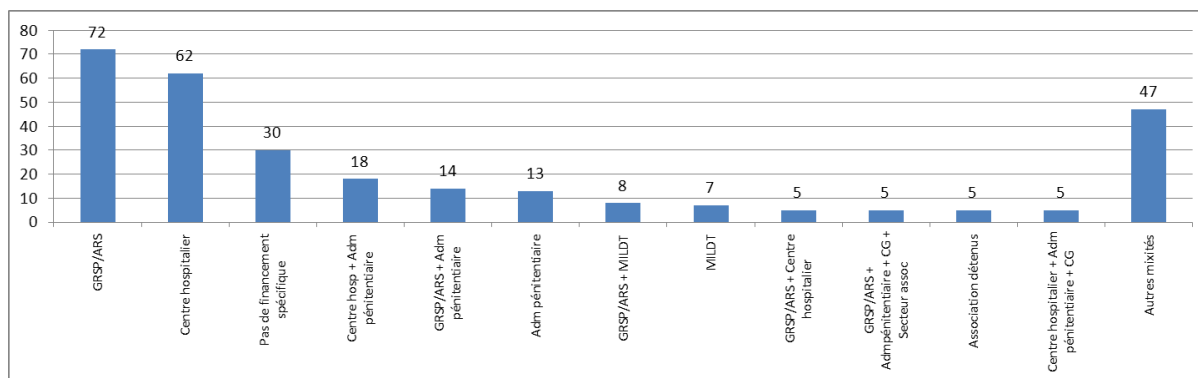
La nature des organismes financeurs était demandée mais pas le montant du financement. La majorité des actions a été financée par les GRSP/ARS²⁵ et les centres hospitaliers de rattachement des UCSA (Figures 19 et 20 et Tableaux 28 et 29 en annexe). Par financement par le centre hospitalier on entend que l'action était menée par l'UCSA sur son propre budget (personnel de l'UCSA et matériel). Les GRSP/ARS ont financé ou participé au financement de 39,9% des actions (116). Les centres hospitaliers ont financé ou participé au financement de 36,4% des actions (106). Les GRSP/ARS étaient le plus souvent seuls financeurs (24,7% des actions soit 72). Les cofinancements (15% des actions financées par les GRSP/ARS) se sont faits entre les GRSP/ARS et les centres hospitaliers, l'administration pénitentiaire et la MILDT. Les centres hospitaliers étaient aussi la plupart du temps le seul financeur de l'action : 21,3% des actions ont été financées uniquement par les centres hospitaliers (62). Les cofinancements (44 actions) se sont faits avec l'administration pénitentiaire, les GRSP/ARS. L'administration pénitentiaire (DISP et SPIP) a participé au financement de 23,7% des actions (69). Les financements de l'administration pénitentiaire étaient majoritairement des cofinancements : 46/69 soit 2/3 des financements de l'administration pénitentiaire ont été des cofinancements avec les centres hospitaliers et les GRSP/ARS essentiellement. La MILDT a financé 19 actions, elle était seul financeur pour 7. Les appels à projets hors MILDT (INPES, Sidaction, fondation de France) ont financé 7 actions. Les « associations de détenus » sont les associations culturelles.

Figure 19 : Nombre d'actions financées totalement ou partiellement par les différents financeurs*



²⁵ L'enquête a porté sur l'année 2010, année de mise en place des ARS. Les questions mentionnaient donc les 2 entités GRSP et ARS

Figure 20 : Nombre d'actions financées par des financeurs seuls ou groupes de financeurs*



*291 actions

10. Renouvellement des actions

La plupart (82,5%) des actions réalisées en 2010 devaient être renouvelées en 2011 (240). Les raisons conduisant à ne pas renouveler 51 actions étaient avant tout liées au manque de moyens. C'était le cas de 23 actions (45%), 16 fois (31,4%) par absence de financement et 7 fois par manque de personnel. Deux actions ne devaient pas être renouvelées du fait de locaux inadaptés. Les autres raisons relevaient de l'évaluation de l'action (16 actions ; 31%) : un mauvais résultat (4 ; 7,8%), un changement de modalité de l'action (3 ; 5,9%), un changement de thème (6 ; 11,8%), un coût trop élevé par rapport à la prestation (3 ; 5,9%). Enfin, il pouvait s'agir de la fermeture d'un quartier (5 ; 9,8%). Pour 6 actions, les raisons n'étaient pas mentionnées.

Des modifications devaient être apportées à 24% actions renouvelées (57). Il s'agissait d'adapter les modalités (contenu, forme) en fonction de l'évaluation et des moyens (18 actions), d'augmenter le nombre de participants aux sessions ou d'élargir le public (14 actions), d'améliorer le mode de recrutement et l'information des personnes détenues (9 actions), de mettre en place une évaluation (5 actions), de consolider le travail en partenariat (5 actions) ou « d'autres » modifications non précisées (6 actions). Pour 4 actions, il était précisé qu'elles ne seraient renouvelées que s'il y avait un financement.

11. Questions ouvertes

Quatre questions ouvertes étaient posées, sur les difficultés, les facteurs facilitant, les souhaits et les remarques des professionnels de santé. Le taux de réponse a été élevé pour les 3 premières questions (plus de 80%). Les résultats sont présentés sous forme de tableau suivi de verbatim pour chaque thème de réponse.

a. Difficultés des professionnels de santé

Le taux de réponse à cette question est de 89% (98 réponses pour 110 répondants à l'enquête). Les difficultés décrites concernent majoritairement les moyens dont disposaient les structures sanitaires pour mener à bien la mission d'éducation pour la santé, qu'il s'agisse de moyens humains (manque de temps soignant pour plus de la moitié des répondants) ou financiers (difficultés de financement pour 41,8% des répondants). Les contraintes pratiques liées à l'environnement carcéral sont aussi fréquemment citées (29,6%) comme pourvoyeuses de difficultés. Les autres freins sont des difficultés de collaboration avec l'administration pénitentiaire (15,3%), le manque de disponibilité de partenaires (11,2%). Le manque de formation et le manque d'investissement des soignants (sans préjuger de ses causes) sont tous deux cités par 10,2% des répondants.

Tableau 21 : Difficultés décrites*

Nature des difficultés	% répondants	Nb répondants
Manque de temps soignant	51%	50
Difficultés du financement	41,8%	41
Contraintes carcérales	29,6%	29
Difficultés de collaboration avec l'administration pénitentiaire	15,3%	15
Manque de collaboration et de disponibilité des partenaires	11,2%	11
Manque de formation	10,2%	10
Manque d'investissement des soignants (UCSA et partenaires)	10,2%	10
Manque de motivation et d'assiduité des personnes détenues	7,1%	7
Manque de soutien de l'hôpital (y compris pas de reconnaissance du travail effectué)	3,1%	3
Décalage entre l'EPS et les autres besoins (soins notamment)	2%	2
Difficultés de pilotage	2%	2

*98 réponses

Manque de temps soignant. Sont relevés les manques d'effectifs et l'absence de personnel dédié à cette mission, conditions qui imposent de privilégier le soin :

« Carences graves en personnel avec seulement 50% des effectifs médicaux et infirmiers couverts. Fonctionnement global de crise avec recentrage des missions sur l'urgence »

« Pas de temps infirmier dédié par le centre hospitalier. Aucune reconnaissance du travail effectué. Trop de temps pris sur les soins. »

Financement. Il s'agit non seulement de financement insuffisant, mais de lourdeur dans les démarches, d'absence d'appel à projet et de non pérennité des financements :

« Les projets de l'UCSA n'étaient pas prioritaires au niveau de l'ARS, un financement de 2000€ a seulement été accordé en fin d'année (décembre 2010) »

« Pas d'appel à projet correspondant »

« Démarches concernant demandes de financement longues et complexes »

« Jusqu'à présent, impossibilité d'obtenir un budget (un appel à projet avait été lancé par l'ARS, mais je n'ai eu le dossier qu'en 12/2010 avec comme date butoir fin 01/2011 pour déposer le projet: trop court !). Seules ont été possibles jusqu'à présent (depuis que je travaille à l'UCSA - 01/2007) les interventions de la Croix Rouge parce que "gratuites".

Contraintes carcérales. Il s'agit majoritairement des difficultés de mouvement, de gestion des plannings et de manque de locaux adaptés à ces actions :

« Les contraintes de sécurité pénitentiaires ne permettent pas l'accès aux EPS à tous les détenus. »

« Locaux inadaptés. Règles de sécurité (telle que l'impossibilité de mélanger les personnes détenues en MA et ceux du CD) »

« Problème de temps : difficulté à regrouper en un lieu les patients détenus »

« Disponibilité au niveau du planning infirmier à mettre en parallèle avec la disponibilité des locaux et du temps au niveau pénitentiaire »

Difficultés de collaboration avec l'administration pénitentiaire. Les difficultés mentionnées concernent essentiellement la tension qui peut exister entre la notion d'éducation pour la santé et celle de prévention de la récidive mais aussi l'existence d'actions non concertées.

« Aucune concertation avec le SPIP qui nous a demandé de valider un projet financé sans nous avoir contacté auparavant et qui par ailleurs n'a pas voulu nous aider dans l'élaboration de notre projet. Comme nous n'avons pas de financement notre projet ne tient que par le bénévolat et c'est difficile de trouver de l'aide »

« Nécessité de bien définir les rôles et responsabilités dépendant de la santé par rapport au côté éducatif (SPIP). Notion de secret professionnel et de confidentialité dans l'activité de l'UCSA. »

« Les frontières entre les actions d'éducation à la santé et les actions de prévention de la récidive sont mal perçues par le SPIP »

« Désintérêt total de la Pénitentiaire. »

Manque de collaboration et de disponibilité des partenaires

« Problème de temps, de connaissance et de disponibilité de certains confrères. »

« Problème de disponibilité de certains partenaires de santé. »

Manque de formation

« Manque de formation et d'information (quels sont nos objectifs, comment doit-on procéder?) »

Manque d'investissement des soignants (UCSA et partenaires)

« Manque d'investissement des personnels »

« Difficultés à trouver des experts dans les domaines retenus »

« Manque de sensibilisation des professionnels du soin; manque d'implication des partenaires hospitaliers dans ce domaine. »

« Hostilité des équipes épuisées pénitentiaires et médicales qui vivent ces actions comme une tâche de travail supplémentaire et superflue »

Manque de motivation et d'assiduité des personnes détenus

« Le manque de mobilisation et de motivation des détenus pour participer aux EPS hormis celles pour lesquelles les détenus ont "une motivation légitime" alléguée aux remises de peine supplémentaire »

« Communication difficile avec les détenus du fait de la taille de l'établissement, information générale difficilement réalisable, ils lisent peu les affiches malgré les divers lieux utilisés, même les lieux de grand passage (illettrisme, personnes étrangères, passages trop rapides pour pouvoir lire, profusion de l'information affichée) »

« Turn-over rapide des détenus de nationalités différentes et souvent porteurs de pathologies psychiatriques faisant craindre un taux d'échecs élevé quant au but recherché et faisant douter de l'intérêt de mettre en place ce type d'actions jugées par ailleurs chronophages. »

Manque de soutien de l'hôpital. Au-delà de la question des effectifs, la reconnaissance des équipes est soulignée par certains.

« Aucune reconnaissance du travail effectué. »

« UCSA non prioritaire pour l'hôpital »

Décalage entre l'EPS et les autres besoins (soins notamment)

« Pas de réponse satisfaisante aux problèmes traités. Par exemple pour l'hygiène bucco-dentaire : peu de temps disponible pour soins dentaires et ORL donc discours peu crédible. »

Difficultés de pilotage

« Imprécisions des fonctions du comité de pilotage (non inscrites exhaustivement dans le guide méthodologique) qui conduisent à des conflits d'intérêts (associations 1901, SPIP, etc.). »

« absence de comité de pilotage ; formation insuffisante ; manque d'investissement des personnels »

b. Facteurs facilitants selon les professionnels de santé

Le taux de réponse à cette question est de 81% (89 réponses /110 répondants à l'enquête). Les facteurs facilitants relevés étaient avant tout la qualité du soutien et de la coopération de l'administration pénitentiaire (39,3% des répondants), de l'établissement hospitalier (13,5%) et celle des partenariats (16,9%). L'implication et la motivation des personnels et intervenants apparaît aussi comme un facteur important, cité par 27% des répondants. Cependant 10% des répondants précisent qu'ils ne voient aucun facteur facilitant.

Tableau 22 : Facteurs facilitants décrits*

Facteurs facilitants	% répondants	Nb répondants
Qualité de la coopération et du soutien de l'administration pénitentiaire	39,3%	35
Implication, motivation des personnels et intervenants	27,0%	24
Qualité des partenariats	16,9%	15
Soutien de l'hôpital (temps - formations - intervenants)	13,5%	12
Aucun	10,1%	9
Aide technique externe (CODES IREPS, éducation nationale etc.)	6,7%	6
COFIL	5,6%	5
Motivation - implication des détenus	3,4%	3
Intervenant déjà financé par ailleurs (y compris par administration pénitentiaire)	2,2%	2
Autres	15,7%	14

*89 réponses

Qualité coopération et soutien administration pénitentiaire

« Bonne communication et articulation UCSA SPIP détention. Implication, motivation des personnels et intervenants »

« Bon soutien de l'administration pénitentiaire, mise à disposition d'une salle, d'un matériel vidéo, facilitation dans l'acheminement des détenus »

Qualité des partenariats. Il s'agit des partenariats noués avec l'établissement hospitalier, l'établissement pénitentiaire et des structures extérieures comme des associations etc.

« Partenariat avec des associations qui ont pu bénéficier de financements publics de la part de l'ARS »

« Travail avec le monde associatif, les intervenants extérieurs »

« Partenariat du choix de l'action, à son élaboration, sa mise en place, sa réalisation et son évaluation, formation des personnels à l'éducation pour la santé, communication auprès des pairs sur les actions, rigueur dans le travail (calendrier, organisation écrite dans la mise en place, compte rendu écrit) avec charte commune de fonctionnement, implication des hiérarchies, implication des tutelles »

« La collaboration entre les acteurs du comité de pilotage »

« Collaboration avec des partenaires souvent engagés »

« Réflexion entre les différents partenaires »

*« Implication de l'éducation nationale
Appui méthodologique et en formation du CODES, également porteur de projets »*

« Intervenants extérieurs formés »

Soutien de l'hôpital. Il s'agit notamment du temps alloué, de l'accès à des formations et de la disponibilité d'intervenants de l'établissement

« Disponibilité du personnel à l'UCSA par l'augmentation du temps IDE de 1,5 ETP, et l'acceptation de la direction de l'établissement de santé de rattachement des demandes de formation pour les IDE »

« Possibilité de solliciter des intervenants du centre hospitalier de rattachement : médecin hygiéniste - diététicienne - sophrologue »

« Du personnel dédié pour l'éducation à la santé ; des formations pour le personnel de santé effectuant l'éducation à la santé »

Aucun Ecrit spontanément tel que dans 9 réponses

Aide technique externe (CODES, éducation nationale etc.)

« Implication récente du CODES et de l'éducation nationale »

« Le CODES est très impliqué dans ces actions et nous aide du mieux possible »

« Aide technique et disponibilité de l'animatrice de l'IREPS "rôlée" aux démarches »

COPIL

« L'existence d'un comité local de pilotage des actions d'éducation à la santé (travail de concertation, de coopération, de suivi et d'évaluation) impliquant différents acteurs et services »

« Comité de pilotage avec administration pénitentiaire, coopération de personnels surveillants, aide de l'association des détenus (ASDAS). »

Motivation - implication des détenus

« Grande mobilisation des détenus (conforme à leurs souhaits). »

Intervenant déjà financé par ailleurs (y compris par l'administration pénitentiaire)

« Aide extérieure gratuite (venue à plusieurs reprises de l'association XXX) »

« Budget et financement par SPIP »

Autres

« Recrutement d'un personnel infirmier formé en 2009 »

« Délégation de la gestion de l'éducation à la santé à un organisme sanitaire indépendant du CH du SPIP et de l'établissement pénitentiaire »

« Bonne volonté des gens de terrain »

« Un référent ARS engagé »

« Une approche transversale des problèmes de santé publique et présence d'un animateur en éducation pour la santé. »

c. Souhaits des professionnels de santé

Le taux de réponse à cette question est de 79% (87 réponses /110 répondants à l'enquête). En écho aux difficultés décrites, les souhaits des professionnels de santé portent avant tout sur les moyens octroyés à l'éducation pour la santé, qu'il s'agisse de moyens humains (51,7% souhaitent du temps dédié à l'EPS) ou des modalités de financement de ces actions (50,6% souhaitent un financement pérenne, dédié et facilité). Il y a aussi une forte demande de formation (28,7% des répondants) et une demande d'appui sous forme de structuration de l'EPS au niveau régional et national (10,3%), d'accompagnement par des structures spécialisées et de conseil méthodologique (6,9%). Certaines structures souhaitent la mise en place d'un COPIL.

Tableau 23 : Souhaits décrits*

Souhaits	% répondants	Nb répondants
Temps dédié	51,7%	45
Financement pérenne, dédié, facilité	50,6%	44
Formation	28,7%	25
Logistique: horaires et locaux adaptés	18,4%	16
Meilleure collaboration avec l'administration pénitentiaire	13,8%	12
Structuration de l'EPS (niveau régional, national)	10,3%	9
Plus de partage et concertation entre services	10,3%	9
Accompagnement par structures spécialisées - conseil méthodologique	6,9%	6
COFIL	5,7%	5
Soutien des directions hospitalières et reconnaissance travail	5,7%	5
Développement des partenariats	2,3%	2
Autres	29,9%	26

*87 réponses

Temps dédié

« Personnel dédié à cette activité (que nous pourrions estimer à environ 0.50 ETP infirmier et 0.10 cadre de santé) »

« Augmenter le temps alloué (0,5 ETP d'IDE à 1ETP d'IDE pour travailler sereinement) »

« Une infirmière dédiée à l'EPS à au moins 50% »

Financement pérenne, dédié, facilité

« Soutien financier de l'ARS avec réponse plus rapide aux subventions pour l'année courante, difficulté de s'engager avec les partenaires sans financement, ou avec financement non débloqués fin juin »

« Financement pérenne permettant une continuité et un approfondissement des actions. »

« Financement dédié par l'ARS »

« Crédits alloués aux établissements de santé pour accomplir cette mission, notamment en termes de financement des actions »

Formation

« Formation conjointe de personnels pénitentiaires et sanitaires à l'éducation santé mais plus précisément à la méthodologie de l'élaboration, la mise en œuvre et l'évaluation de programmes. »

Logistique : horaires et locaux adaptés

« Avoir une plage horaire réservée à l'EPS »

*« Des locaux adéquats au sein même de l'UCSA pour les actions de groupe.
Un moyen de communication adapté (canal vidéo interne en projet, cela semble une bonne idée). »*

« Avoir un local dédié pour l'EPS dans toutes les nouvelles prisons »

Meilleure collaboration avec l'administration pénitentiaire

« Un personnel AP référent et interlocuteur privilégié au sein même de la détention. en charge au même titre que nous à l'élaboration et l'organisation des projets »

« Meilleure collaboration avec le personnel de surveillance »

Structuration de l'EPS (niveau régional, national). Il s'agit d'organiser un appui aux UCSA, un partage d'expériences et d'informations et du soutien des ARS.

« Structuration régionale EPS pour mettre au point des actions généralisables et proposer aux établissements avec financement correspondant »

« Savoir ce qui se fait ailleurs et avec quel succès: des projets existent, certains ont probablement abouti; pourquoi ne pas partager les bonnes expériences en les adaptant aux particularismes locaux »

« Référent ARS engagé »

« Et si on organisait..

1. hors les murs, des journées-rencontres annuelles (à l'échelle régionale et nationale) pour échanger les savoirs, les pratiques et les expériences entre professionnels du milieu pénitentiaire et acteurs de la santé publique ?

2. "sur le terrain" même de la détention des rencontres collectives entre des acteurs extérieurs à la prison et la population placée sous main de justice, de façon à bien prendre en considération les conditions de vie en détention aujourd'hui ?

3. "sur le terrain" même de la détention davantage de rencontres collectives entre des acteurs impliqués dans le fonctionnement de la prison et le public écroué sur place? »

« Inscrit dans le guide méthodologique »

Plus de partage et concertation entre services

« Davantage de partage avec tous les acteurs du milieu carcéral »

« Avoir des réunions multiservices pour préparer l'EPS »

Accompagnement par structures spécialisées - conseil méthodologique

« Accompagnement par le CODES »

« Conseils méthodologique programme EPS »

COFIL

« Travail en partenariat : création d'un comité de pilotage »

« Ecriture d'un programme d'action concerté entre les différents partenaires. »

« Rendre obligatoire la création d'un comité de pilotage qui puisse arbitrer les choix ou siégerait obligatoirement les payeurs et l'UCSA »

Soutien des directions hospitalières et reconnaissance du travail

« Que l'on cesse de puiser dans le "temps médecins UCSA/SMPR" pour boucler les planning des services d'urgences ou des services de psychiatrie. »

« Augmentation de 1,5 ETP d'IDE, consentement de la direction à accorder le financement des formations aux IDE dans le domaine d'éducation pour la santé »

« Meilleure intégration et reconnaissance des actions des actions d'EPS par l'administration pénitentiaire et hospitalière »

Développement des partenariats

« Travailler avec d'autres opérateurs »

« Intervention de professionnels »

« L'intégration clairement écrite de l'éducation pour la santé dans les missions de chaque partenaire, une technique d'organisation permettant l'implication de la population pénale dans le groupe de travail (partenariat) « éducation pour la santé », une implication sereine, pleine et entière des personnels pénitentiaires de surveillance dans l'éducation pour la santé. »

Autres

« Etablissement d'un recueil de besoins auprès de la population pénale »

« Inscrit dans le guide méthodologique »

« Mise en place d'outils d'évaluation des actions. »

« Assurer du temps de soins satisfaisant et suffisant afin de rendre le discours d'EPS crédible »

« 1 éducateur en santé à l'UCSA... »

d. Autres commentaires

Les autres commentaires (28 réponses) appuient ce qui a été déjà exprimé : Insuffisance des moyens humains, difficultés des financements, nécessité de valoriser cette mission, d'appui méthodologique, d'échanges et de partenariats

« Cette mission est très lourde à porter compte-tenu des moyens dérisoires, du manque de soutien et de la difficulté à intéresser la population carcérale visée »

« Encourager et valoriser ce travail qui prend beaucoup d'énergie et de temps et qui a toute sa place dans la chaîne du soin. »

« Ces programmes demandent un investissement en temps et en énergie qui ne peuvent être compatibles qu'avec un effectif paramédical et médical suffisant ; par ailleurs lorsque des problèmes d'hygiène notamment surtout liés aux conditions très vétustes d'enfermement existent il me semble "décalé" de parler de prévention des risques avec des CD ou autre quand les détenus sont entassés, couchent par terre et n'ont qu'un pauvre lavabo pour y faire la vaisselle, la toilette, la cuisine et le ménage » .

« Je pense que l'élaboration d'un projet d'éducation à la santé est un exercice difficile dans sa partie "évaluation des résultats" : est-ce un aspect auquel est accordée une grande importance ? Y-a-t-il des "professionnels" susceptibles d'apporter leur expertise pour aider les concepteurs de projets dans la définition des critères d'évaluation? »

« Au jour d'aujourd'hui, nous sommes dépendants de crédits uniquement alloués par la Direction Pénitentiaire pour accomplir cette mission (ces crédits diminuent par ailleurs chaque année de 2000 à 3000€, soit 11000€ en 2011 contre 14000€ en 2010 et 16000€ en 2009) ; par ailleurs, nous ne connaissons le montant de ce qu'il sera alloué pour l'année qu'en février-mars, ce qui ne facilite pas la programmation des intervenants). L'établissement de santé, engagé dans cette mission, ne peut dégager de financement spécifique hormis du temps agent pour élaborer et mettre en œuvre un programme qui reste donc restreint; les effectifs alloués à l'UCSA (absence de temps ETP dédié) ne permettent pas de mettre en œuvre un programme d'action qui se voudrait plus ambitieux (avec une véritable coordination souhaitée avec tous les partenaires potentiels : CDAG, service éducatif ..., journées nationales ...) et pourrait couvrir plus de besoins ; La lourdeur des dossiers, le manque de formation des personnels et la disponibilité nécessaire pour les remplir ne nous ont pas permis de rechercher d'autres sources de financement. La Direction de l'établissement de santé est représentée en comité de pilotage par le cadre supérieur de santé du pôle dont fait partie l'UCSA, rattaché à la Direction des Soins. La disponibilité des personnels ne permet pas de formaliser des actions d'éducation santé individuelles (qui restent donc rares et ponctuelles, s'assimilant plus à des informations qu'à des actions d'éducation). La mise en place d'un comité de pilotage reste fragile et soumise à la volonté des individus de faire des actions d'éducation santé une priorité. N'étant pas obligatoire, elle est aléatoire.»

e. Des interrogations sur la portée de l'EPS dans le contexte du milieu pénitentiaire

Des interrogations sur la portée de l'éducation pour la santé dans le contexte du milieu carcéral sont explicitées. C'était le cas d'un soignant ayant refusé de répondre à l'enquête et cela a été exprimé dans les questions ouvertes :

« Ce qui fait à mon sens que beaucoup d'argent donné pour ces programmes qui sont sous-traités avec des prestataires n'ont aucun sens dans les lieux où ils sont dispensés expliquant en partie la faible adhésion des détenus à ces conférences. Je dis ça car travaillant en maison d'arrêt, dans une vieille prison Napoléonienne, j'ai vu par exemple des fonds donnés pour faire des séances de "reflexothérapie" à des gens qui n'avait pas de quoi se laver tous les jours et dormait à même le sol par terre !!! quel sens éducatif donner à ce genre de décision ?»

Discussion et recommandations

1. Taux de réponse et représentativité des établissements pénitentiaires répondants

Le taux de réponse de 63% apparaît élevé, en particulier au regard de la longueur du questionnaire²⁶ et de quelques difficultés pratiques pour y répondre, comme le manque d'accès à Internet de plusieurs UCSA.

Le questionnaire a permis d'explorer l'ensemble de l'éducation pour la santé en milieu pénitentiaire : le pilotage, les moyens alloués, la formation des personnels, les publics touchés, les modalités de réalisation et de financement des actions. De plus, les questions ouvertes ont permis de recueillir les perceptions, analyses et propositions des soignants. Il s'agit de la première enquête de ce type à l'échelle nationale.

Les établissements pénitentiaires répondants ne diffèrent pas de façon significative des établissements non répondants, en dehors d'une sur légère représentation, dans les établissements répondants, des femmes détenues, ainsi que des mineurs détenus pour les questions portant sur le détail des actions. Toutes les régions sont représentées à l'exception de la Corse.

Les établissements pénitentiaires répondants sont donc représentatifs et les résultats de l'enquête peuvent être extrapolés à l'ensemble des établissements pénitentiaires, à la réserve de la sur représentation des femmes et des mineurs détenus dans les établissements répondants qui a pu conduire à une légère surestimation du nombre des actions.

2. Réalisation d'actions d'éducation pour la santé en 2010

Des actions d'éducation pour la santé ont été réalisées dans la grande majorité des établissements pénitentiaires, c'est le cas dans 85% d'entre eux. Les raisons qui ont conduit à ne pas en réaliser dans 16 établissements sont de la même nature que les difficultés citées par la majorité des répondants : avant tout le manque de moyens, notamment humains, et des difficultés de partenariat.

Le nombre moyen de 5 actions réalisées par établissement en 2010 reflète en réalité une grande diversité de situations les chiffres oscillants de 1 à 18 actions par établissement. Le nombre d'action n'apparaît pas lié de façon significative à la taille des établissements, ce qui est expliqué par le fait qu'une même action pouvait être répétée pour plusieurs groupes de personnes détenues²⁷, estompant l'effet de l'effectif sur le nombre d'actions. Il n'est pas lié non plus au type des établissements pénitentiaires. Des actions d'éducation pour la santé sont donc mises en œuvre, dans la grande majorité des établissements pénitentiaires, indépendamment de leur taille et de leur type, qui n'influent pas non plus sur le nombre d'actions.

3. Pilotage de l'éducation pour la santé à l'échelle des établissements

Le guide méthodologique relatif à la prise en charge sanitaire des personnes détenues et à leur protection sociale²⁸, en cours d'actualisation à la date de l'enquête et de la rédaction de ce rapport, recommande la mise en place d'un comité de pilotage de l'éducation pour la santé (COPIL) et l'élaboration d'un programme d'éducation pour la santé annuel ou pluri annuel.

²⁶ 37 questions pour la partie générale et 15 questions par action pour la partie détaillée

²⁷ Selon la définition annexée au questionnaire

²⁸ Guide méthodologique relatif à la prise en charge sanitaire des personnes détenues et à leur protection sociale. Accessible à www.sante.gouv.fr Dossier détenus

Un COPIL a été mis en place dans moins de la moitié des établissements pénitentiaire (42%). On constate néanmoins une augmentation importante et régulière de leur nombre au fil des ans. Cette dynamique est cependant « fragile », alors qu'il existait 47 COPIL en 2010, 12 ont disparu au cours des années précédentes. Le cadre de l'enquête ne renseigne pas sur les circonstances de leur disparition mais quelques commentaires peuvent l'illustrer :

« La mise en place d'un comité de pilotage reste fragile et soumise à la volonté des individus de faire des actions d'éducation pour la santé une priorité. »

« Un des freins est le temps pour se poser et de réunir un comité de pilotage avec les différents intervenants ».

Ainsi, si les actions existent pour une part importante des établissements, elles ne sont pas toujours structurées autour d'un COPIL.

Les informations recueillies sur les activités des COPIL montrent qu'ils remplissent leur mission de coordination et d'élaboration ou de validation des actions ou des programmes.

La composition des COPIL est caractérisée par la présence quasi constante des UCSA, et celle, très importante des directions des établissements pénitentiaires et des SPIP, respectivement dans 89% et 81% des COPIL. Les UCSA assurent l'animation des COPIL conformément aux textes. La présence des personnels de santé mentale (47% des COPIL), même sous-estimée, pourrait être plus systématique et celle des directions hospitalières, dans un tiers des COPIL, apparaît relativement faible. Or, leur participation au COPIL est importante pour assurer sa mission de coordination et la cohérence des actions, entre elles et avec le projet d'établissement. La présence des directions hospitalières devrait, de plus, faciliter les démarches budgétaires et les liens avec les ARS. Les personnels de la PJJ apparaissent peu représentés dans les COPIL. Par ailleurs, la présence de structures externes à l'établissement, mais qui participent à la mise en place des actions ou qui apportent une expertise et un savoir-faire telles que les structures d'addictologie, présentes dans plus du quart des COPIL, et les IREPS présents dans 13% des COPIL devrait être encouragée et développée. Enfin, la place des ARS et des DISP dans les COPIL nécessite d'être clarifiée, ces structures ne pouvant être à la fois juge et partie en particulier en matière d'allocation de budget. Leur présence, à titre d'invités, doit donc viser avant tout à faciliter les échanges d'information.

Un programme d'éducation pour la santé a été élaboré dans les 2/3 des établissements pénitentiaires. Il est élaboré par le COPIL dans les établissements qui s'en sont doté, et dans les rares cas où ce n'est pas le COPIL c'est l'UCSA. Lorsqu'il n'y a pas de COPIL c'est toujours l'UCSA, éventuellement associée à d'autres structures, qui élabore le programme. On constate qu'il y a eu plus de programmes que de COPIL. Diverses situations peuvent expliquer l'existence d'un programme sans COPIL. Un manque de moyens humains a pu empêcher la tenue de COPIL mais pas l'élaboration du programme. Cela peut aussi refléter des difficultés de partenariats et pour établir un consensus. A l'inverse, 6 des 47 établissements avec un COPIL n'ont pas élaboré de programme. Cinq de ces établissements ont pourtant réalisé des actions (1 à 3). Dans de tels cas, le COPIL a pu se réunir pour un petit nombre d'actions sans que cela constitue un réel programme. Ces exemples illustrent les difficultés que peuvent rencontrer les personnels dans la coordination et la mise en œuvre de programmes d'éducation pour la santé.

Le choix du thème des actions et du programme a été guidé par plusieurs types de données. Les plus fréquentes (70% des établissements) sont celles relatives à l'état de santé des personnes détenues. La nature de ces données n'était pas précisée. A priori, il s'agissait de ce que l'UCSA sait des pathologies et des facteurs de risque des personnes reçues lors de la visite arrivant ou des consultations, réalisées pour la plupart à la demande des personnes détenues. Il est important, au-delà des informations recueillies au cours des consultations, que des données épidémiologiques actualisées soient disponibles au niveau régional et national. L'axe 1 du plan d'actions stratégique « politique de santé des personnes sous main de justice » devrait permettre de disposer à terme de données actualisées sur l'état de santé des personnes détenues.

Les priorités nationales et régionales sont prises en compte dans moins de la moitié des établissements (47%). Elles justifieraient d'une meilleure connaissance et d'une meilleure diffusion par les instances administratives de santé (ARS notamment mais aussi Direction Générale de la Santé - DGS et Direction Générale de l'Offre de Soins - DGOS). Ceci est d'ailleurs souhaité par certains répondants :

« Les priorités nationales ne sont pas données suffisamment tôt pour l'élaboration du programme à mettre en œuvre et la date limite de dépôt des dossiers. »

Les possibilités de financement constituent logiquement un motif relativement fréquent de choix des thèmes (34% des établissements). Il reflète la réalité de terrain, pour les actions qui ne sont pas directement menées par le personnel de l'UCSA et nécessitent donc un financement externe. Ces choix pourraient sembler guidés par l'offre plus que par les besoins des personnes détenues dans l'établissement pénitentiaire. Or les financements sont liés aux priorités définies dans le cadre des plans régionaux de santé et des schémas régionaux de prévention. Il est donc important que les besoins de la population des personnes détenues soient pris en compte lors de l'élaboration et l'actualisation des schémas régionaux de prévention.

L'expression des personnes détenues, explorée par la question portant sur la « demande spontanée des personnes détenues » est citée dans 39% des établissements. Cette prise en compte s'inscrit dans la démarche d'éducation et de promotion de la santé, basée sur une logique d'écoute des personnes, de prise en compte de leurs représentations et attentes exprimées et « d'empowerment ». L'empowerment est le « processus dans lequel des individus et des groupes agissent pour gagner la maîtrise de leur vie, et donc pour acquérir un plus grand contrôle sur les décisions et les actions affectant leur santé dans un contexte de changement de leur environnement social et politique. Leur estime de soi est renforcée, leur sens critique, leur capacité de prise de décision et leur capacité d'action sont favorisés. Toutes les personnes, même avec peu de capacités ou en situation de précarité, sont considérées comme disposant de ressources et de forces. Le processus d'empowerment ne peut être produit mais seulement favorisé. »²⁹ Cette approche mérite d'être développée, d'être appuyée sur des formations en éducation pour la santé et a toute sa part dans l'évaluation des besoins. De même, les observations et les perceptions des personnes au contact des personnes détenues est un élément de l'évaluation des besoins en éducation pour la santé et promotion de la santé des personnes détenues dans l'établissement. Ces approches sont importantes, notamment au regard des conditions de vie en détention qui peuvent rendre inopérantes voire discréditantes des actions qui ne les prendraient pas en compte.

Les journées nationales évènementielles (journée sans tabac, journée mondiale des hépatites par exemple) sont citées par 40% des établissements. Ces journées ont vocation à permettre une sensibilisation mais aussi à initier des actions plus pérennes. Médiatisées pour la plupart, elles sont aussi l'occasion pour les personnes détenues de participer à une action de prévention qui n'est pas limitée à la prison et concerne la société entière. Le programme d'éducation pour la santé ne peut néanmoins se résumer à des actions organisées lors de journées nationales. Celles-ci doivent permettre l'instauration d'actions à plus long terme.

L'évaluation des actions fait partie intégrante du pilotage, elle est réalisée dans 70% des établissements, ce qui est élevé. Cette évaluation est le plus fréquemment basée sur le compte-rendu des intervenants (72% des évaluations) et des questionnaires de satisfaction (61,5% des évaluations). La question portant sur le renouvellement des actions montre que pour 16 des 51 actions non renouvelées, soit 5,5% du total des actions, le non renouvellement est lié à un résultat jugé mauvais, à une action jugée inappropriée (changement de thème ou de modalité) ou à un coût trop élevé pour la prestation. Une évaluation est donc réalisée et peut conduire à des modifications. Elle pourrait cependant être plus approfondie que des questionnaires de satisfaction ou le seul compte-rendu de l'intervenant par exemple. Un appui méthodologique ou l'inscription de ce thème dans les formations seraient utiles. L'évaluation des actions est ainsi fondamentale mais un exercice délicat qui nécessite un savoir-faire comme en témoignent certains professionnels :

²⁹ Glossaire des termes de santé publique internationaux. Revue ADSP n° 43 juin 2003. Accessible à www.asp.bdsp.ehesp.fr/Glossaire/adsp-43_0406.pdf

« Je pense que l'élaboration d'un projet d'éducation à la santé est un exercice difficile dans sa partie "évaluation des résultats" : est-ce un aspect auquel est accordée une grande importance ? Y-a-t-il des "professionnels" susceptibles d'apporter leur expertise pour aider les concepteurs de projets dans la définition des critères d'évaluation? »

Plusieurs répondants sont d'ailleurs demandeurs d'appui dans la démarche d'évaluation et certains expriment le souhait de :

« Mise en place d'outils d'évaluation des actions. »

L'enquête confirme donc le rôle structurant et facilitateur des COPIL. Ils sont liés à l'existence des programmes, à un nombre plus élevé d'actions, y compris dans le sous-groupe des établissements avec programme et à un temps consacré à l'éducation pour la santé plus élevé. Le fait que l'existence d'un COPIL soit citée dans les facteurs facilitants témoigne de ce rôle :

« L'existence d'un comité local de pilotage des actions d'éducation à la santé (travail de concertation, de coopération, de suivi et d'évaluation) impliquant différents acteurs et services »

Néanmoins leur existence peut se heurter à des difficultés dont témoigne le nombre plus élevé de programmes que de COPIL et la disparition de certains COPIL. Leur mise en place doit être encouragée et facilitée. De plus, le fait que dans 15% des établissements des actions aient été réalisées sans que l'UCSA soit impliquée, incite à renforcer le rôle du COPIL et en particulier que toutes les actions lui soient présentées.

Les programmes sont fréquents et associés à un plus grand nombre d'actions mais ils ne s'inscrivent pas toujours dans un COPIL. Le rôle structurant du COPIL, la coordination et l'approche pluridisciplinaire qu'il permet tant dans l'évaluation des besoins que la construction du programme puis son évaluation incitent à recommander d'élaborer les programmes dans le cadre des COPIL plutôt que par les seules UCSA et donc mettre en place les COPIL dans les établissements qui ne s'en sont pas encore dotés.

En conclusion, le groupe de pilotage émet les recommandations suivantes concernant le pilotage de l'éducation pour la santé en milieu pénitentiaire :

Au niveau des établissements :

Recommandations relatives aux COPIL

- Mettre en place un COPIL dans chaque établissement pénitentiaire.
- Sur la composition du COPIL :
 - *Systématiser la participation de la/des direction(s) des établissements de santé afin d'assurer la cohérence avec les projets d'établissement, de faciliter les démarches budgétaires et les liens avec les ARS ;
 - *Systématiser la participation des personnels des dispositifs de soins psychiatriques, pour une approche globale des besoins et des actions d'éducation pour la santé ;
 - *Systématiser la participation des personnels de la PJJ dans les établissements pénitentiaires accueillant des mineurs.
- Sur le fonctionnement du COPIL : Les ARS et les DISP peuvent être invitées dans les COPIL en tant que de besoin.

Recommandations relatives à la procédure d'élaboration des programmes et à la définition de leur contenu

- Elaborer le programme d'éducation pour la santé de l'établissement dans le cadre du COPIL, ou en lien avec le COPIL, qui le valide.
- Construire le programme à partir d'une phase d'analyse des besoins en éducation pour la santé des personnes détenues dans l'établissement. Structurer cette analyse notamment en prenant en compte les demandes des personnes détenues, leur problématique de santé et les observations des personnes à leur contact.

- Le programme intégrera aussi les priorités de santé nationales et régionales.
- Présenter au COPIL toute action proposée en dehors du programme, pour intégration au programme. Le programme doit intégrer toutes les actions menées, leur typologie, leur thématique et leur financement, montant alloué et financeur(s) pour permettre au COPIL d'en assurer la cohérence et l'évaluation.
- Renforcer l'évaluation des actions et du programme.

Au niveau régional

- Améliorer la diffusion des priorités nationales et régionales aux professionnels exerçant en milieu pénitentiaire.
- Apporter un soutien méthodologique aux UCSA et membres des COPIL pour :
 - *l'analyse des besoins en éducation pour la santé des personnes détenues dans l'établissement ;
 - *l'évaluation du programme et des actions d'éducation pour la santé.
- Conforter le rôle des IREPS dans cet appui méthodologique.
- Favoriser la mutualisation des expériences par des rencontres régionales de professionnels.

4. Moyens humains

Le questionnaire a exploré le temps dévolu par les soignants à l'éducation pour la santé et leur formation dans ce domaine³⁰.

Le temps consacré à l'éducation pour la santé s'est souvent avéré difficile à estimer, et plusieurs équipes n'ont pu répondre que partiellement aux questions sur ce point. Les réponses montrent que l'équipe soignante (UCSA, SMPR, DSP) déclare consacrer du temps à l'éducation pour la santé dans 85% des établissements ayant réalisé au moins 1 action en 2010. Néanmoins, les établissements qui n'ont pas déclaré avoir consacré du temps à l'éducation pour la santé l'ont vraisemblablement fait, certains sont dotés d'un COPIL ou ont réalisé des actions dans lesquelles l'UCSA est intervenue. Il apparaît nécessaire de connaître précisément le temps dévolu à l'éducation pour la santé, non seulement pour rendre compte du travail effectué mais aussi dans une démarche d'évaluation du temps nécessaire à sa réalisation. Or, dans la grande majorité des établissements, du temps n'étant pas spécifiquement attribué à cette activité, il est fondu dans l'ensemble du temps soignant, et il est difficile à quantifier en l'absence d'outils pour le faire. C'est pourquoi les expériences de codification de l'activité d'éducation pour la santé dans 7 établissements devraient être suivies et évaluées afin d'éventuellement les généraliser.

Les informations recueillies montrent que le temps consacré à l'éducation pour la santé est très variable selon les établissements, tant en volume horaire que pour les métiers concernés. Il s'agit majoritairement de temps infirmier, 70% des établissements y consacrent du temps infirmier avec une médiane de 6 heures par mois, ce qui représente environ 2 demi-journées par mois. Moins de la moitié des établissements consacrent du temps médical ou du temps de cadre infirmier à l'éducation pour la santé. Or l'éducation pour la santé prend du temps, qu'il s'agisse de l'animation du COPIL, de la coordination, de la recherche d'intervenants et de financements, de l'élaboration du programme, de la mise en œuvre des actions et de l'évaluation. De plus, l'éducation pour la santé devrait être clairement identifiée car elle est à risque d'être délaissée au profit de missions prioritaires comme le soin. Le manque de temps soignant est la première difficulté citée (51% des répondants) et la mise en place de temps dédié à l'éducation pour la santé, le premier souhait exprimé (52% des répondants). L'attribution de temps spécifiquement dédié à l'éducation pour la santé, pratiquée par 13 établissements hospitaliers dans 15 UCSA apparaît utile, quelle que soit la répartition entre métiers soignants, pour mieux structurer et planifier l'activité. La pratique de ces 13 établissements hospitaliers montre que ce choix est possible. Ces expériences doivent être suivies et évaluées afin d'étendre cette pratique, si elle s'avère positive.

³⁰ Il s'agit non seulement du temps consacré au déroulement des actions mais aussi du temps consacré au comité de pilotage, du temps de préparation et d'évaluation.

La question du temps soignant consacré à l'éducation pour la santé s'avère centrale. La plupart des équipes soignantes se trouvent dans une situation difficile, sans objectivation ni du temps consacré ni du temps nécessaire à l'accomplissement d'une activité qu'elles sont quasiment les seules à avoir dans les établissements hospitaliers. Ceci, alors qu'elles peuvent avoir à faire des choix entre soin et éducation pour la santé, dans des contextes de ressources limitées voire insuffisantes.

Par ailleurs, la plupart des équipes soignantes (75%) ont identifié en leur sein un(des) référent(s) en éducation pour la santé. Ce sont majoritairement des infirmiers ou des cadres infirmiers mais aussi des médecins. Leur nombre est variable, de 1 à 3 par structure de soins. Cette fonction n'est pas décrite dans des textes ou des recommandations mais correspond manifestement à un besoin pour faciliter l'organisation et la coordination avec les différents partenaires et intervenants. Il sera utile de la définir dans le cadre du référentiel d'intervention qui sera élaboré à la suite de cette enquête.

L'enquête révèle un effort de formation (complémentaire ou continue) en éducation pour la santé. Des personnels soignants sont formés dans 43% des établissements et des formations continues ont été réalisées dans 18% des UCSA et dans 6 DSP-SMPR en 2010. Des formations sont souhaitées par 29% des répondants et le « recrutement d'un personnel formé » est cité comme un facteur facilitant la réalisation d'éducation pour la santé. Les thèmes attendus dans les formations sont l'évaluation des besoins, la programmation, l'évaluation des actions et des programmes et le recours à des techniques d'animation de groupes et de pédagogie. Cet effort et ce souhait de formation doivent être soutenus et encouragés. Les formations conjointes santé-justice existent apparaissent en revanche peu développées (6 établissements en 2010). Dans le domaine de l'éducation et la promotion de la santé, ces formations conjointes sont un moment privilégié de prise en compte de l'ensemble des déterminants de la santé des personnes détenues, de partage entre les différentes professions intervenant auprès d'elles et de compréhension des logiques de chacun pour respecter les positionnements et les limites. Il importe d'inciter à leur développement et à leur généralisation.

Enfin, les principaux organismes formateurs sont les IREPS pour les infirmiers, les cadres infirmiers et les médecins, ainsi que les universités pour les médecins. Les IREPS ne sont cependant pas connues de toutes les équipes soignantes et leur investissement dans le milieu pénitentiaire diffère selon les régions. D'autres structures, selon les historiques et les dynamiques locales, peuvent proposer des formations. Il apparaît néanmoins nécessaire de conforter le rôle des IREPS dans les formations en éducation pour la santé des personnels soignants et de l'ensemble des personnels intervenant en éducation pour la santé en milieu pénitentiaire.

En conclusion, le groupe de pilotage émet les recommandations suivantes concernant les moyens humains consacrés à l'éducation pour la santé :

Au niveau des établissements

Recommandations relatives aux moyens humains consacrés à l'éducation pour la santé :

- Dédier spécifiquement du temps soignant pour l'éducation pour la santé.

Recommandations relatives à la formation des personnels :

- Favoriser la formation continue sur l'éducation et la promotion de la santé des personnels soignants exerçant en milieu pénitentiaire.
- Favoriser la formation continue sur l'éducation et la promotion de la santé des autres personnels intervenant en milieu pénitentiaire et impliqués dans les actions d'éducation pour la santé.
- Inciter au développement des formations conjointes santé-justice.
- Proposer aux IFSI des stages de santé publique dans les UCSA et les DSP.

Au niveau régional

Recommandations relatives à la formation des personnels :

- Inciter au développement des formations conjointes santé-justice.
- Conforter le rôle des IREPS pour l'ensemble des formations en éducation et promotion de la santé, à l'intention des personnes exerçant en milieu pénitentiaire.

Au niveau national

Recommandations relatives aux moyens humains consacrés à l'éducation pour la santé :

- Dédier spécifiquement du temps soignant pour l'éducation pour la santé.
- Valoriser l'activité d'éducation pour la santé et la rendre lisible au travers d'un codage. Celui-ci permettrait d'établir une nomenclature aux fins de financement approprié.
- Formaliser et articuler les fonctions de référent(s) en éducation pour la santé dans les différentes équipes soignantes et pénitentiaires.

5. Les actions

Les thèmes des actions sont variés. Les plus fréquents reflètent les problèmes de santé connus comme les plus prévalents en milieu pénitentiaire (addictions et infections virales par le virus VIH et les hépatites notamment), les priorités nationales de santé publique (nutrition et PNNS par exemple) ou associés à la détention (gestion du stress, estime de soi et prévention du suicide mais aussi hygiène, sommeil). De nombreuses actions portent sur la notion globale de santé. Elles sont adaptées à la population des personnes détenues, souvent précaire, de faible niveau scolaire, ayant eu peu recours aux structures sanitaires à l'extérieur, et rarement accès à une information générale sur le corps, son fonctionnement, la santé et la prévention. Quelques actions ont pour thème la prévention du suicide, ces actions sont différentes des actions menées dans le cadre du plan de prévention du suicide en prison de la Garde des Sceaux (2009), qui relevant de l'administration pénitentiaire, n'ont pas été relevées dans ce questionnaire. Ces dernières visent en effet essentiellement à améliorer le repérage du risque suicidaire et la prise en charge pénitentiaire. Elles s'adressent principalement au personnel pénitentiaire et sont réalisées sous le pilotage de l'administration pénitentiaire. Les actions mentionnées dans l'enquête s'adressent, elles, directement aux personnes détenues, le plus souvent sous forme d'ateliers d'expression ou de groupes de parole.

Le thème des actions soulève la question du champ de l'éducation pour la santé dans le contexte particulier du milieu pénitentiaire où plusieurs logiques coexistent. Cela concerne notamment les thèmes de l'ordre de la citoyenneté comme les premiers secours ou la violence, ceux de la santé psychique et de la frontière entre prévention et soin et les thèmes liés à la prévention de la récidive. Par exemple, une formation aux premiers secours peut participer de l'estime de soi et de la relation à l'autre, être alors considérée comme s'inscrivant dans le thème de l'estime de soi et ainsi relever de la santé. Mais elle peut aussi être considérée comme relevant de la citoyenneté qui ne peut pas être prise en charge par les ARS. La finalité, les objectifs et les moyens utilisés déterminent alors si la formation aux premiers secours est un moyen de restauration de l'estime de soi et de travail de la relation à l'autre. La frontière entre soin et éducation pour la santé peut aussi être délicate, dans le champ de la santé psychique, s'agissant par exemple de la gestion du stress, de l'utilisation de techniques de relaxation ou de sophrologie. Enfin, certaines actions peuvent être difficiles à dissocier d'une logique de prévention de la récidive. Même très peu nombreuses (3), les actions adressées à un public défini par le motif d'incarcération soulèvent cette question. Ainsi la question du champ et des frontières de l'éducation pour la santé peut nécessiter une clarification et une discussion au sein des COPIL mais aussi de recommandations nationales. Cela sera traité dans le référentiel d'intervention qui sera élaboré à l'issue de cette enquête, de même que le choix des thèmes des actions au travers de l'évaluation des besoins et du recueil de la demande des personnes détenues. Cette analyse, qui va au-delà du seul recueil de données sur l'état de santé, justifie d'un appui méthodologique et de formations. Elle implique la collaboration des différents acteurs de l'établissement pénitentiaire et un travail collaboratif, pour lequel le COPIL est le lieu le plus approprié.

Les méthodes d'intervention et outils cités sont très variés. Il est difficile de différencier de façon précise, dans le cadre de cette enquête, les actions d'information et de sensibilisation, des actions éducatives au sens strict (expression et prise en compte des représentations des personnes). Si des méthodes telles que les groupes de parole ou le théâtre sont classiquement propices à une démarche participative prenant en compte les représentations des personnes, un débat avec expert ou le déroulement d'une action sur un ou plusieurs ateliers ne préjugent pas de la nature, sensibilisation ou éducation, de l'action. C'est la place

donnée aux personnes qui fait la différence. Il est important de développer une logique d'autonomisation et d'appropriation par les personnes et de ne pas se limiter à des actions d'information ou évènementielles. Enfin, l'éducation par les pairs³¹, s'est avérée mal connue lors de la phase pilote. Cette méthode repose en général sur la mise à contribution de membres d'un groupe donné, chargés de susciter un changement chez d'autres membres de ce même groupe. Il s'agit souvent de modifier les connaissances, les attitudes, les croyances, ou les comportements³¹. Elle nécessite une réflexion et une évaluation dans le contexte des modes relationnels propres au monde carcéral.

Le choix des méthodes et des outils justifie une clarification dans le cadre de recommandations et d'un appui méthodologique. Le référentiel d'intervention sur l'éducation pour la santé en milieu pénitentiaire devra apporter des clarifications et des éléments de réflexion à la disposition des COPIL.

En conclusion, le groupe de pilotage émet les recommandations suivantes concernant les actions d'éducation pour la santé :

Au niveau des établissements

- Veiller à ce que les actions évènementielles inscrites dans le programme s'inscrivent dans une démarche globale d'éducation pour la santé et développer les actions participatives.

Au niveau national

- Le référentiel d'intervention en éducation pour la santé en milieu pénitentiaire, prévu dans le plan d'actions stratégiques santé des détenus devra clarifier la démarche et le champ de l'éducation pour la santé, dans le contexte du milieu carcéral selon les différents types d'établissements pénitentiaires. Ce référentiel constituera un guide à la disposition des COPIL.

6. Les opérateurs et intervenants

Les opérateurs étaient définis comme les personnes ou structures qui construisent les actions et les intervenants comme les personnes ou structures qui interviennent auprès des personnes. Cette enquête met en évidence la part prépondérante des soignants, notamment des UCSA ainsi que des DSP et SMPR, parmi les opérateurs et les intervenants. Les UCSA sont les principaux opérateurs et intervenants : opérateur de 90% des actions (seul opérateur pour 45% des actions) et intervenant dans 73% des actions (seul intervenant pour 28,5% des actions). Elles sont dans la grande majorité des cas à la fois opérateur et intervenant. Le secteur associatif est un acteur important de l'éducation pour la santé en milieu pénitentiaire, il est le 2^{ème} opérateur (20% des actions) et intervenant (31% des actions). Les SPIP sont le 3^{ème} opérateur (17% des actions) et sont rarement intervenants (5% des actions). Certains intervenants, dont l'éducation pour la santé est une mission et qui disposent d'expertise sont peu représentés (centres de planification et éducation familiale, CLAT, CDAG CIDDIST par exemple).

Il peut y avoir eu une surestimation de la place des soignants dans cette enquête liée à un « biais de désirabilité sociale », le questionnaire étant renseigné par eux. Il n'en reste pas moins que leur place est prépondérante. Cette place plaide pour la reconnaissance de cette activité et de ce que cela implique en termes de temps, de formation et de soutien administratif. Cela inclut l'allocation des moyens nécessaires, un appui méthodologique et logistique et le développement de collaborations, en particulier à l'échelle régionale.

Par ailleurs, la diversité des autres acteurs, en particulier parmi les intervenants, implique une forte coordination, idéalement réalisée dans le cadre du COPIL. Des témoignages de terrain signalent régulièrement la mise en œuvre d'actions d'éducation pour la santé par des intervenants extérieurs,

³¹ Par « pair », on entend toute personne d'un niveau égal à une autre ; appartenant au même groupe social – en particulier de par l'âge, le grade ou la situation. (Education par les pairs et VIH SIDA. ONUSIDA www.unaids.org)

associatifs ou non, sans que l'UCSA n'en ait été informée. Enfin, les personnels soignants souhaitent un appui à l'échelle de la région dans la connaissance des intervenants, des actions efficaces et un partage d'information et d'expériences.

En conclusion, le groupe de pilotage émet les recommandations suivantes concernant les opérateurs et intervenants en éducation pour la santé :

Au niveau régional

- Mutualiser les informations sur les intervenants au niveau de la région (cf. Schéma Régional de Prévention) et les rendre accessibles au COPIL.
- Favoriser les liens vers des intervenants locaux comme les centres de planification, les CLAT, les CDAG CIDDIST, les CODES et IREPS ...

7. Le financement

L'information recueillie dans le questionnaire portait sur la nature des financeurs de chaque action mais pas sur le montant des financements. On constate que les financeurs les plus nombreux sont les GRSP/ARS et les établissements hospitaliers et, dans une moindre mesure, l'administration pénitentiaire essentiellement sous forme de cofinancements. Les autres structures (MILDT, conseils généraux par exemple) finançaient moins de 7% des actions chacune. La notion de financement par l'établissement hospitalier a pu être comprise de manière différente selon les équipes et sous-estimée : une action réalisée par le personnel de l'UCSA, du DSP ou du SMPR ou d'un autre service de l'hôpital de rattachement a pu être considérée financée par l'établissement hospitalier ou comme n'ayant bénéficié d'aucun financement. La réponse « pas de financement spécifique » a en effet souvent été donnée comme réponse à « autre financement, préciser ». Elle peut concerner des actions menées par le personnel de l'établissement hospitalier ou par des associations déjà financées.

Par ailleurs, la complexité des circuits de financements est soulignée par les soignants. Elle entraîne une difficulté à trouver des financements et est demandeuse de temps : 42% des répondants ont cité les difficultés de financements, qu'il s'agisse des montants ou des modalités d'obtention, comme difficulté à réaliser l'éducation pour la santé. De même, 51% des répondants souhaitent l'existence de financements pérennes, dédiés et facilités (deuxième souhait exprimé).

Les soignants ne connaissent pas nécessairement tous les financeurs possibles ni les différents appels à projets auxquels ils pourraient répondre. Les démarches administratives, longues et complexes, seraient facilitées si elles étaient centralisées.

Il apparaît donc souhaitable que les ARS soient au centre du dispositif de financement en identifiant les différents financeurs possibles, en centralisant les demandes de financement et en apportant leur appui dans les démarches. Par ailleurs, afin que la population des personnes détenues soit prise en compte et que des crédits soient alloués aux actions, il importe que les professionnels exerçant en milieu pénitentiaire soient associés à l'élaboration et l'actualisation des priorités de santé publique. De même il serait utile que le public des personnes détenues soit clairement identifié dans les appels à projets qui peuvent le concerner.

En conclusion, le groupe de pilotage émet les recommandations suivantes concernant les financeurs en éducation pour la santé :

Au niveau régional

- Identifier l'ensemble des financeurs et les montants alloués aux actions d'éducation pour la santé en milieu pénitentiaire, pour permettre une vision globale de l'ensemble des actions dans les établissements pénitentiaires de la région et repérer notamment les financeurs et les thématiques traitées.
- Identifier et mobiliser localement des financeurs à associer à l'ARS.
- Informer les COPIL sur les possibilités et les circuits de financements et leur apporter un appui dans la recherche de financements.
- Mettre en place un « guichet unique » à l'ARS pour recueillir les demandes et permettre des réponses adaptées en simplifiant et rendant plus lisibles les sources de financements potentiels pour les opérateurs.

Au niveau national

- Veiller à associer les professionnels exerçant en milieu pénitentiaire à l'élaboration des priorités nationales.

De plus, le groupe de pilotage émet les recommandations suivantes concernant la politique régionale et nationale d'éducation et de promotion la santé en milieu pénitentiaire, en complément de l'ensemble des recommandations précédentes :

- S'assurer de la prise en compte de la population des personnes détenues et de ses besoins dans les schémas régionaux de prévention et leur actualisation.
- Veiller à associer les professionnels exerçant en milieu pénitentiaire à l'élaboration des priorités régionales et nationales
- Améliorer la diffusion des priorités nationales et régionales aux professionnels exerçant en milieu pénitentiaire.
- Organiser une coopération, des échanges, éventuellement des actions communes entre plusieurs établissements d'une même région.
- Identifier le public des personnes détenues dans les appels à projets.

8. Questions ouvertes

Les réponses à ces questions montrent la difficulté à mettre en œuvre l'éducation pour la santé en milieu pénitentiaire avant tout par manque de moyens, mais aussi du fait d'un certain isolement. Ces difficultés exprimées sont cohérentes avec ce qui est montré dans l'ensemble du questionnaire. Des facteurs facilitants, et donc des leviers sur lesquels s'appuyer, sont néanmoins décrits. Il s'agit avant tout de la qualité de la collaboration avec les équipes pénitentiaires, de celle des partenariats et de l'implication des personnels et des intervenants. Les souhaits exprimés viennent en réponse à ces difficultés et ces facteurs facilitants. Il s'agit de dédier du temps spécifique pour l'éducation pour la santé, de disposer de financements dédiés et pérennes, de faciliter les démarches auprès des financeurs et de former les personnels. Une structuration de l'éducation pour la santé avec un soutien méthodologique, le développement de partenariats avec des structures investies dans ce champ est un des moyens d'augmenter l'adéquation des actions aux besoins des personnes détenues et leur efficacité. L'échelon régional apparaît pertinent pour apporter ce soutien et permettre le partage des informations et des expériences.

Il existe manifestement un besoin de reconnaissance et d'appui à l'éducation pour la santé en milieu pénitentiaire. Il paraît important et possible de répondre à ces attentes. Cela passe notamment par l'objectivation des moyens nécessaires, une clarification et une simplification des circuits de financement, l'appui de structures expertes en éducation pour la santé telles que les IREPS et les pôles de compétences ou d'autres structures implantées localement.

Enfin, plusieurs répondants ont soulevé la question de la contradiction qui peut exister entre les messages délivrés dans le cadre de l'éducation pour la santé et les conditions de vie en détention qui ne permettent pas de les appliquer. Effectivement, la démarche de promotion de la santé, dont fait partie l'éducation pour la santé, doit s'attacher à influencer sur les déterminants de la santé, dont les conditions de vie, et ne pas se limiter à la délivrance de messages éducatifs.

Limites de l'enquête

Cette enquête a permis d'interroger l'ensemble des structures de soins en milieu pénitentiaire sur leur activité en éducation pour la santé, les conditions dans lesquelles elles la réalisent, les difficultés auxquelles elles sont confrontées, les facteurs facilitants et leurs souhaits. C'est la première étude de ce type à l'échelle nationale. Elle présente néanmoins plusieurs limites.

Le circuit du questionnaire, adressé aux UCSA, a pu entraîner une sous-estimation de la part des DSP et SMPR, un certain nombre d'entre eux ayant probablement été inclus dans les UCSA. Par ailleurs dans un établissement pénitentiaire, l'UCSA et le SMPR ont répondu séparément, certains résultats sont de ce fait présentés pour 110 structures sanitaires (dans 109 établissements pénitentiaires). Enfin, les structures mal équipées en informatique n'ont pas répondu ou ont envoyé les questionnaires sous format papier à l'INPES, qui les a saisis, ce qui a induit des retards.

Ce questionnaire déclaratif adressé aux soignants des UCSA a pu faire l'objet d'un biais de « désirabilité sociale », surestimant la part des UCSA dans certaines réponses.

La sur représentation même peu importante des femmes (pour l'ensemble du questionnaire) et des mineurs (pour le questionnaire détaillé par action) a pu surestimer le nombre d'actions (il y a plus d'actions à destination des femmes et des mineurs) et biaiser les résultats.

Certains termes ont été compris de manière différente par différents répondants. C'est le cas de la notion d'action, qui pour quelques répondants, correspondait à chaque session d'une même action contrairement à la définition, conduisant dans ce cas, à une surestimation du nombre d'actions. Dans quelques cas cette erreur a pu être corrigée. C'est aussi le cas du financement des actions réalisées par le seul personnel soignant de l'UCSA, du DSP ou du SMPR ou d'un autre service de l'établissement hospitalier qui a été considéré financé par l'établissement hospitalier en règle générale mais dans certains cas comme n'ayant bénéficié d'aucun financement, ce qui dans ce cas sous estimerait la part de financement des établissements hospitaliers.

Cette enquête ne reflète pas l'intégralité des actions, certaines étant réalisées sans que les UCSA en soient informées. Il s'agit essentiellement d'actions réalisées ou financées par l'administration pénitentiaire, les SPIP ou des associations.

Les chiffres obtenus doivent donc être pris comme des tendances plus que des résultats exacts. Ces tendances sont néanmoins représentatives et instructives, d'autant que le taux de réponse était élevé et les établissements répondants représentatifs de l'ensemble des établissements pénitentiaires, malgré la légère sur représentation des établissements recevant des femmes (pour l'ensemble du questionnaire) et des mineurs (pour la partie détaillée par action du questionnaire).

Conclusion

Cette enquête, la première de ce type à l'échelle nationale a permis d'interroger les soignants de l'ensemble des établissements pénitentiaires de France et de préciser les attentes et les points d'amélioration possibles. Elle montre que l'éducation pour la santé est effectivement mise en œuvre dans la grande majorité des établissements pénitentiaires. Cela constitue un progrès par rapport aux rapports précédents mais les difficultés déjà mises en évidence persistent.

Les problèmes connus comme les plus prévalents en milieu pénitentiaire sont traités dans les actions d'éducation pour la santé. Il existe une dynamique objectivée par l'augmentation importante et régulière du nombre de Comité de pilotage éducation pour la santé (COPIL) et l'effort de formation est sensible. Les UCSA sont au centre du dispositif, malgré quelques actions qui ont encore lieu sans qu'elles en soient informées. L'investissement des soignants est réel, le fort taux de participation à l'enquête peut d'ailleurs en être le reflet, de même que la participation de plusieurs directions d'établissements hospitaliers.

Cependant, les disparités sont importantes, les COPIL, même plus nombreux, n'existent que dans moins de la moitié des établissements pénitentiaires et les difficultés auxquelles les soignants sont confrontés sont réelles et concernent en premier lieu mais pas uniquement des problèmes de partenariat et de ressources.

Il existe un besoin d'appui à la mission d'éducation pour la santé au travers de la reconnaissance de cette activité dans les établissements hospitaliers, d'une structuration probablement régionale, avec l'organisation d'échanges de pratiques entre équipes, de formations, d'appui méthodologique et expert et pour la recherche de partenaires et de financements.

L'ensemble de ces constats a conduit le groupe de pilotage de l'enquête à émettre des recommandations à l'attention des établissements de santé et des établissements pénitentiaires ainsi que des administrations sanitaires régionales et nationale. Ils serviront de plus de guide à l'élaboration du référentiel d'intervention en éducation pour la santé en milieu pénitentiaire.

La dynamique et l'investissement constatés dans le cadre de cette enquête, couplés au plan d'actions stratégique « Politique de santé pour les personnes sous main de justice » sont une opportunité pour renforcer l'éducation pour la santé en milieu pénitentiaire mais aussi introduire et développer une approche plus globale de promotion de la santé dans les établissements pénitentiaires. Celle-ci implique un travail sur les déterminants de la santé en particulier les conditions de vie en détention (matérielles, environnementales, psycho-sociales et réglementaires) dans l'esprit des « prisons promotrices de santé » promues par l'OMS³². Une telle approche permettrait de diminuer la contradiction potentielle entre le message porté dans les actions d'éducation pour la santé et les conditions de vie en détention.

³² Health in prisons. A WHO guide to the essentials in prison health.

Accessible à http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0009/99018/E90174.pdf (accédé le 08/02/2012)

Annexes

Annexe 1 - Index des tableaux et figures

Tableaux

Tableau 1 : Type des établissements pénitentiaires interrogés*	23
Tableau 2 : Type des établissements pénitentiaires répondants à la partie générale du questionnaire*	24
Tableau 3 : Population détenue dans les établissements pénitentiaires répondants à la partie générale du questionnaire*	25
Tableau 4 : Type des établissements pénitentiaires répondants au questionnaire détaillé sur les actions*26	
Tableau 5 : Population détenue dans les établissements pénitentiaires répondants au questionnaire détaillé sur les actions*	26
Tableau 6 : Nombre d'actions selon la taille des établissements pénitentiaires	27
Tableau 7 : Nombre d'actions selon le type des établissements pénitentiaires.....	27
Tableau 8 : Taille des établissements avec et sans COPIL.....	28
Tableau 9 : Composition des comités de pilotage éducation pour la santé	29
Tableau 10 : Taille des établissements pénitentiaires avec et sans programme d'EPS.....	31
Tableau 11 : Raison du choix du thème des actions *	32
Tableau 12 : Temps soignant spécifiquement alloué à l'éducation pour la santé (15 UCSA).....	33
Tableau 13 : Temps consacré à l'EPS (tous métiers) selon la taille de l'établissement*	33
Tableau 14 : Temps consacré à l'éducation pour la santé, par profession.....	33
Tableau 15 : Personnel formé à l'éducation pour la santé dans les UCSA et DSP SMPR	36
Tableau 16 : Répartition des thèmes des 344 actions	37
Tableau 17 : Nombre d'actions à destination des différents publics de personnes détenues	39
Tableau 18 : Description des « publics ciblés » et nombre d'actions destinées à ces publics	40
Tableau 19 : Type des actions selon leur thème*	41
Tableau 20 : Modes d'intervention et outils utilisés dans les actions	43
Tableau 21 : Difficultés décrites*	49
Tableau 22 : Facteurs facilitants décrits*	51

Tableau 23 : Souhais décrits*	54
Tableau 24 : Thème des actions selon le type des établissements pénitentiaires	76
Tableau 25 : Thèmes des actions d'éducation pour la santé à destination des personnes détenues, des femmes détenues et des mineurs détenus.....	76
Tableau 26 : Techniques utilisées selon le type d'action.....	77
Tableau 27 : Techniques utilisées pour les actions sur l'estime de soi et la gestion du stress	77
Tableau 28 : Financeurs des actions*	78
Tableau 29 : Associations de financeurs des actions*	79
Tableau 30 : Financeurs des actions sur l'estime de soi et la gestion du stress.....	79

Figures

Figure 1 : Type des établissements pénitentiaires interrogés*	23
Figure 2 : Nombre des établissements répondants et non répondants par région	23
Figure 3 : Taille des établissements pénitentiaires répondants à la partie générale du questionnaire*	25
Figure 4 : Nombre d'actions d'éducation pour la santé par établissement en 2010.....	26
Figure 5 : Evolution du nombre de COPIL éducation pour la santé depuis 1995.....	28
Figure 6 : Métier de la personne animant le COPIL (47 COPIL).....	30
Figure 7 : Temps consacré à l'éducation pour la santé.....	34
Figure 8 : Profession des référents en éducation pour la santé.....	35
Figure 9 : Organismes ayant réalisé les formations en éducation pour la santé	36
Figure 10 : Thèmes des actions selon le type d'établissement pénitentiaire*	38
Figure 11 : Part des différents thèmes dans les actions à destination de l'ensemble des personnes détenues, des femmes détenues et des mineurs détenus*	40
Figure 12 : Thème des actions selon leur type.....	42
Figure 13 : Techniques utilisées selon le type d'action.....	43
Figure 14 : Techniques utilisées pour les actions sur l'estime de soi et la gestion du stress	44
Figure 15 : Techniques utilisées pour les actions sur les addictions.....	44
Figure 16 : Nombre d'actions construites par les différents opérateurs, seuls ou associés*	45
Figure 17 : Nombre d'actions réalisées par les différents intervenants, seuls ou associés*	46
Figure 18 : Thèmes des 33 actions réalisées sans implication de l'UCSA.....	46
Figure 19 : Nombre d'actions financées totalement ou partiellement par les différents financeurs*	47
Figure 20 : Nombre d'actions financées par des financeurs seuls ou groupes de financeurs*	48

Annexe 2 - Tableaux complémentaires

Tableau 24 : Thème des actions selon le type des établissements pénitentiaires

Action	MA (213 actions)	CD CP (104 actions)	EPM (27 actions)	TOTAL (344 actions)
notion générale de santé	22,0%	22,1%	14,8%	21,7%
activité physique	5,1%	10,6%	3,7%	6,7%
addictions	34,1%	24,0%	25,9%	24,3%
nutrition	12,1%	17,3%	14,8%	14,8%
bon usage médicament	0,0%	0,0%	0,0%	1,2%
estime de soi	16,4%	11,5%	18,5%	15,1%
gestion stress	8,4%	17,3%	7,4%	11,0%
hygiène corporelle	5,1%	7,7%	11,1%	6,4%
infections*	16,9%	18,3%	18,5%	17,7%
parentalité	1,9%	1,9%	0,0%	1,7%
premiers secours	4,2%	11,5%	0,0%	6,1%
prévention suicide	4,7%	6,7%	11,1%	5,8%
santé bucco dentaire	6,1%	9,6%	7,4%	7,5%
sommeil	3,7%	1,9%	3,7%	2,9%
vie affective et sexuelle	9,8%	6,7%	3,7%	10,4%
vaccinations	1,4%	2,9%	7,4%	2,0%
autres	10,3%	7,7%	0,0%	14,8%

* Infections : infections virales en général, infection à virus VIH, hépatites et IST

Tableau 25 : Thèmes des actions d'éducation pour la santé à destination des personnes détenues, des femmes détenues et des mineurs détenus

THEMES	Tous (344 actions)*		Femmes (76 actions)**		Mineurs (79 actions)**	
Activité physique	23	6,7%	1	1,3%	4	5,1%
Alimentation – Nutrition	51	14,8%	9	11,8%	12	15,2%
Estime de soi	52	15,1%	10	13,2%	15	19,0%
Général sur la notion de santé	75	21,8%	21	27,6%	25	31,6%
Gestion du stress	38	11,0%	4	5,3%	8	10,1%
Gynécologie	3	0,9%	3	3,9%	1	1,3%
Hygiène corporelle	22	6,4%	7	9,2%	6	7,6%
Parentalité	6	1,7%	2	2,6%	1	1,3%
Premiers secours	21	6,1%	0	0,0%	5	6,3%
Prévention du suicide	20	5,8%	1	1,3%	9	11,4%
Santé bucco-dentaire	26	7,6%	5	6,6%	6	7,6%
Sommeil	10	2,9%	1	1,3%	0	0,0%
Addictions	84	24,4%	18	23,7%	17	21,5%
Infections***	61	17,7%	17	22,3%	12	15,1%
Vaccinations	7	2,0%	1	1,3%	1	1,3%
Vie/éducation affective et sexuelle	36	10,5%	7	9,2%	9	11,4%
Violence	3	0,9%	0	0,0%	0	0,0%
Bon usage médicaments	4	1,2%	0	0,0%	0	0,0%
Hygiène	2	0,6%	0	0,0%	0	0,0%
Autre	16	4,7%	2	2,6%	3	3,8%

* total de 344 actions ; ** total de 291 actions ; *** Infections virales en général, infection à virus VIH, hépatites et IST

Tableau 26 : Techniques utilisées selon le type d'action

	ponctuel non évènementiel		ateliers		évènementiel		tous	
Brochures / Affiches	50	47,2 %	40	37,7 %	53	67,1 %	143	49,1 %
Multimédia	21	19,8 %	21	19,8 %	20	25,3 %	62	21,3 %
Séance d'information / Exposés	49	46,2 %	42	39,6 %	43	54,4 %	134	46,0 %
Débat avec experts	27	25,5 %	20	18,9 %	23	29,1 %	70	24,1 %
Atelier d'expression / Groupe de parole	36	34,0 %	57	53,8 %	19	24,1 %	112	38,5 %
Théâtre	5	4,7%	3	2,8%	6	7,6%	14	4,8%
Entretiens individuels	20	18,9 %	15	14,2 %	17	21,5 %	52	17,9 %
Autre méthode et outil utilisé	29	27,4 %	19	17,9 %	15	19%	63	21,6 %

Tableau 27 : Techniques utilisées pour les actions sur l'estime de soi et la gestion du stress

	estime de soi	gestion stress	tous
Brochures* / Affiches	23,50%	8%	49%
Séance d'information / Exposés	23,50%	8%	46%
Atelier d'expression / Groupe de parole	54,90%	58%	38%
Débat avec experts	5,90%	13%	24%
Multimédia	13,70%	18%	21%
Entretiens individuels	21,60%	11%	18%
autre	3,90%	18%	10%
Théâtre	9,80%	5%	5%
Nb actions	52	38	291

*Brochure jamais seul

Tableau 28 : Financeurs des actions*

Financeurs	Nb actions	% d'actions
GRSP et/ou ARS	116	39.9
Centre hospitalier	106	36.4
Administration pénitentiaire (DISP, SPIP)	69	23.7
Pas de financement spécifique	31	10.7
MILDT	19	6.5
Conseil général	16	5.5
Secteur associatif	11	3.8
Appels à projets (INPES, Sidaction, Fondation de France etc.)	7	2.4
Association détenus	6	2.1
Assurance maladie	4	1.4
Ville	2	0.7
Conseil régional	2	0.7
Codes Ireps	2	0.7
PJJ	1	0.3
Gestionnaire délégué (AP)	1	0.3
Association de professionnels	1	0.3
Autre(s)	6	2.1

*291 actions

Tableau 29 : Associations de financeurs des actions*

Financeurs	Nb actions	% actions
GRSP et/ou ARS	72	24.7
Centre hospitalier	62	21.3
Pas de financement spécifique	30	10.3
Centre hospitalier + Administration pénitentiaire	18	6.2
GRSP et/ou ARS + Administration pénitentiaire	14	4.8
Administration pénitentiaire	13	4.5
GRSP et/ou ARS + MILDT	8	2.7
MILDT	7	2.4
GRSP et/ou ARS + Centre hospitalier	5	1.7
GRSP et/ou ARS + Administration pénitentiaire + Conseil général + Secteur associatif	5	1.7
Association détenus	5	1.7
Centre hospitalier + Administration pénitentiaire + Conseil général	5	1.7
Autres mixités	47	16.2

*291 actions

Tableau 30 : Financeurs des actions sur l'estime de soi et la gestion du stress

Financeurs	estime de soi	gestion du stress	tous
GRSP et/ou ARS	50,0%	50,0%	39,9%
Centre hospitalier	44,2%	26,3%	36,4%
Administration pénitentiaire (DISP, SPIP)	42,3%	31,6%	24,0%
Autre(s)	5,8%	5,3%	20,0%
MILDT	5,8%	0,0%	6,5%
Conseil général	5,8%	0,0%	5,5%
Appels à projets (INPES, Sidaction, Fondation de France etc.)	5,8%	2,6%	2,4%
Assurance maladie	0,0%	0,0%	1,4%
Ville	1,9%	0,0%	0,7%
Conseil régional	1,9%	0,0%	0,7%

Annexe 3 – Questionnaire

Etat des lieux des actions d'éducation pour la santé en milieu pénitentiaire Questionnaire aux UCSA sur les actions d'éducation pour la santé réalisées en 2010

I. Données générales relatives aux actions d'éducation pour la santé (EPS) en 2010

A tous

1. Combien d'actions collectives d'éducation pour la santé (EPS), financées ou pas, y a-t-il eu dans l'établissement pénitentiaire en 2010 ?

/_/_/

Si aucune action d'EPS n'a eu lieu en 2010 (Q1=0)

2. Pour quelle(s) raison(s) n'y a-t-il pas eu d'action collective d'EPS dans l'établissement en 2010 ?

Merci d'être le plus précis possible dans votre réponse

Le pilotage des actions d'éducation pour la santé

A tous

3. Existait-il un comité de pilotage des actions d'éducation pour la santé (EPS) en 2010 ?

- Oui
- Non

Si Non en Q3

4. Y en a-t-il eu dans le passé ?

- Oui
- Non

Si Oui en Q3

5. En quelle année ce comité de pilotage a-t-il été mis en place ?

/_/_/_/_/

Si Oui en Q3

6. Qui compose ce comité de pilotage des actions d'EPS ?

Plusieurs réponses possibles

- UCSA³³
- SMPR / DSP³⁴
- Direction du/des établissement(s) hospitalier(s) de rattachement
- SPIP³⁵
- Direction de l'établissement pénitentiaire et/ou détention
- Services éducatifs de la PJJ³⁶
- CLAT, CIDDIST ou CDAG³⁷
- CSAPA³⁸
- CAARUD³⁹
- IREPS, CRES ou CODES⁴⁰

³³ Unité de consultation et de soins ambulatoires

³⁴ Dispositif de soins psychiatriques en milieu pénitentiaire

³⁵ Service pénitentiaire d'insertion et de probation

³⁶ Protection judiciaire de la jeunesse

³⁷ CLAT (Centre de lutte antituberculeuse), CIDDIST (Centre d'Information de Dépistage et de Diagnostic des Infections Sexuellement Transmissibles), CDAG (Centre de Dépistage Anonyme et Gratuit VIH et Hépatites)

³⁸ Centres de soins d'accompagnement et de prévention en addictologie

³⁹ Centres d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction de risques pour Usagers de Drogues

- Autre(s) intervenant(s) → Merci de préciser de qui il s'agissait :

Si Oui en Q3

7. Quelle est la structure de la personne qui anime le comité de pilotage ?

- L'UCSA
 Autre → Préciser :

Si Oui en Q3

8. Quelle est la fonction de la personne qui anime le comité de pilotage ?

- Médecin
 Cadre infirmier
 Infirmier
 Psychologue
 Autre → Préciser :

Si Oui en Q3

9. Combien y a-t-il eu de réunion(s) du comité de pilotage en 2010 ?

/_/_/_/ réunions

Si Oui en Q3

10. Quelles sont les activités du comité de pilotage ?

Plusieurs réponses possibles

- Echange l'information sur les actions menées et/ou financées
 Valide les propositions d'actions
 Choisit les intervenants
 Elabore le programme d'actions (au sens de la définition)
 Valide le programme
 Autre → Préciser :

Le programme d'actions en éducation pour la santé

A tous

11. Un programme d'actions en éducation pour la santé a-t-il été élaboré en 2010 ?

- Oui
 Non

Si Oui en Q11

12. Qui a élaboré ce programme ?

Plusieurs réponses possibles

- Le comité de pilotage
 L'UCSA
 Un autre intervenant → Merci de préciser de qui il s'agissait :

Moyens sanitaires pour l'EPS au sein de l'UCSA, du SMPR ou du dispositif de soins psychiatriques en milieu pénitentiaire (DSP)

A tous

13. Existe-t-il un temps de personnel financé spécifiquement pour l'EPS au sein de l'UCSA, du SMPR ou du dispositif de soins psychiatriques en milieu pénitentiaire...

- ... personnel somatique ? : Oui Non
→ ... personnel psychiatrique ? : Oui Non

⁴⁰ IREPS (Instance régionale d'éducation pour la santé), CRES (Comité régional d'éducation pour la santé), CODES (comité départemental d'éducation pour la santé)

Si au moins un Oui en Q13

14. Combien d'équivalents temps plein (ETP) spécifiquement dédiés à l'EPS sont financés ?

Merci de préciser combien d'ETP de chacun des métiers ci-dessous est spécifiquement financé pour l'EPS

Médecin somaticien	/_/_/, /_/_/ ETP
Médecin psychiatre	/_/_/, /_/_/ ETP
Infirmier	/_/_/, /_/_/ ETP
Cadre infirmier	/_/_/, /_/_/ ETP
Psychologue	/_/_/, /_/_/ ETP
Autres métiers	/_/_/, /_/_/ ETP

Si Q1>0

15. Quel est le temps effectivement consacré à l'EPS au sein de l'UCSA ?

Merci de préciser quel temps est effectivement consacré à l'EPS, en nombre d'heures par mois pour chacun des métiers ci-dessous

Médecin somaticien	/_/_/_/ heure(s) / mois
Médecin psychiatre	/_/_/_/ heure(s) / mois
Infirmier	/_/_/_/ heure(s) / mois
Cadre infirmier	/_/_/_/ heure(s) / mois
Psychologue	/_/_/_/ heure(s) / mois
Autres métiers	/_/_/_/ heure(s) / mois

A tous

16. Existe-t-il une codification des activités collectives en EPS (au sein de l'UCSA) ?

- Oui
- Non

L'organisation

A tous

17. Existe-t-il un ou des référents EPS au sein de l'UCSA, du DSP ou du SMPR ?

- Oui, un seul
- Oui, plusieurs
- Non

Si Oui, un seul en Q17

18. Quelle est sa fonction ?

- Infirmier
- Cadre Infirmier
- Médecin
- Psychologue
- Autre ➔ Préciser :

Si Oui, plusieurs Q17

19. Quelles sont leurs fonctions ?

Plusieurs réponses possibles

- Infirmier
- Cadre Infirmier
- Médecin
- Psychologue
- Autre ➔ Préciser :

A tous

20. Existe-t-il un référent pour l'EPS au sein du SPIP, du service éducatif de la PJJ ou de la détention ?

- Oui
- Non

Les formations en éducation pour la santé

A tous

21. Y a-t-il une (ou des) personne(s) formée(s) à l'EPS au sein de l'UCSA, du SMPR ou du dispositif de soin psychiatrique ?

- Oui
 Non

Si Oui en Q21

22. Combien ...

→ **22.1. ... d'infirmier(s) ou cadre(s) infirmier(s) sont formés à l'EPS ?**

/_/_/ infirmier(s) ou cadre(s) infirmier(s) de l'UCSA

/_/_/ infirmier(s) ou cadre(s) infirmier(s) du SMPR ou du dispositif de soins psychiatriques

Merci de compléter le tableau ci-dessous pour chaque infirmier ou cadre infirmier concerné

	Quel type d'organisme a fait la formation en EPS ?	Combien de temps cette formation a-t-elle duré ?
Infirmier ou cadre infirmier 1	<input type="checkbox"/> Université <input type="checkbox"/> IREPS, CRES, CODES ⁴¹ ou Pôle de compétence en EPS <input type="checkbox"/> Organisme de formation continue <input type="checkbox"/> Association <input type="checkbox"/> Autre <input type="checkbox"/> Vous ne savez pas	<input type="checkbox"/> Moins de 2 jours <input type="checkbox"/> De 2 à 5 jours <input type="checkbox"/> Plus de 5 jours <input type="checkbox"/> Vous ne savez pas
...

→ **22.2. ... de médecins sont formés à l'EPS ?**

/_/_/ médecin(s) de l'UCSA

/_/_/ médecin(s) du SMPR ou du dispositif de soins psychiatriques

Merci de compléter le tableau ci-dessous pour chaque médecin concerné

	Quel type d'organisme a fait la formation en EPS ?	Combien de temps cette formation a-t-elle duré ?
Médecin 1	<input type="checkbox"/> Université <input type="checkbox"/> IREPS, CRES, CODES ⁴² ou Pôle de compétence en EPS <input type="checkbox"/> Organisme de formation continue <input type="checkbox"/> Association <input type="checkbox"/> Autre <input type="checkbox"/> Vous ne savez pas	<input type="checkbox"/> Moins de 2 jours <input type="checkbox"/> De 2 à 5 jours <input type="checkbox"/> Plus de 5 jours <input type="checkbox"/> Vous ne savez pas
...

A tous

23. Des formations en EPS ont-elles eu lieu en 2010 pour les personnels de l'UCSA ?

- Oui
 Non

A tous

24. Des formations en EPS ont-elles eu lieu en 2010 pour les personnels du SMPR ou du dispositif de psychiatrie ?

- Oui
 Non

⁴¹ IREPS (Instance régionale d'éducation pour la santé), CRES (Comité régional d'éducation pour la santé), CODES (comité départemental d'éducation pour la santé)

⁴² IREPS (Instance régionale d'éducation pour la santé), CRES (Comité régional d'éducation pour la santé), CODES (comité départemental d'éducation pour la santé)

Si Oui en Q23 ou Q24

25. Y a-t-il eu des formations conjointes en EPS en 2010 entre les personnels de santé et les personnels de justice ?

- Oui
- Non

Le choix des thèmes du programme ou des actions

Si Q1>0

26. Comment avez-vous choisi les thèmes du programme ou des actions mises en place en 2010 ?

Plusieurs réponses possibles

Etait-ce en fonction de :

- données sur l'état santé des personnes détenues
- demande spontanée des détenus
- priorités régionales et nationales
- possibilités de financement
- dans le cadre de journées nationales (par exemple VIH, hépatites, tuberculose, semaine vaccination, sans tabac ...)
- autres ➔ Préciser :

Données sur les actions d'éducation pour la santé

Si Q1>0

27. Merci de lister les actions d'éducation pour la santé que vous avez entreprises en 2010. Quelques questions plus précises vous seront posées pour chacune de ces actions à la fin du questionnaire.

Action 1 - Intitulé :

Thème : /_/ /_/ /_/

Merci de vous référer à la « liste des thèmes des actions » présentée en Annexe et de reporter ci-dessus le ou les nombres correspondant aux 3 thèmes les plus approfondis - 3 réponses maximum

.../...

Si Q1>0

28. Ces actions ont-elles été présentées au comité de pilotage ?

- Oui, toutes
- Oui, mais seulement certaines
- Non
- Pas de comité de pilotage

Si Q1>0

29. Avez-vous évalué les actions d'EPS réalisées en 2010 ?

- Oui, toutes
- Oui, mais seulement certaines
- Non

Si Oui en Q29

30. De quelle manière avez-vous évalué ces actions ?

Plusieurs réponses possibles

- Questionnaire de satisfaction, réponses aux attentes
- Connaissances avant / après
- Compte-rendu de(s) l'intervenant(s)
- Autre ➔ Préciser :

Données complémentaires

A tous

31. Existe-t-il des actions d'EPS mises en place en 2010 pour lesquelles l'UCSA n'a pas été impliquée ?⁴³

- Oui
- Non

Si Oui en Q31

32. Combien d'actions d'EPS ont-elles été mises en place en 2010 sans l'implication de l'UCSA ?

/_/_/_/

33. Merci de préciser dans le tableau ci-dessous, pour chacune de ces actions dans lesquelles l'UCSA n'a pas été impliquée, son thème principal, son commanditaire et l'opérateur qui s'en est occupé :

Thématique principale de l'action	Commanditaire	Opérateur
...

Difficultés et facteurs favorisant

A tous

34. Quel(s) frein(s) à l'élaboration et/ou à la mise en œuvre d'un programme d'actions ou d'action d'éducation pour la santé avez-vous rencontré(s) ?

Merci d'être le plus précis possible dans votre réponse

.....

A tous

35. Quel(s) facteur(s) facilitant l'élaboration et/ou la mise en œuvre d'un programme d'actions ou d'actions d'éducation pour la santé avez-vous rencontré(s) ?

Merci d'être le plus précis possible dans votre réponse

.....

A tous

36. Si vous aviez 3 souhaits pour faciliter l'élaboration et/ou la mise en œuvre d'un programme d'éducation pour la santé en milieu pénitentiaire, quels seraient-ils ?

Merci d'être le plus précis possible dans votre réponse

.....

A tous

37. Avez-vous des remarques ou des précisions complémentaires ?

Merci d'être le plus précis possible dans votre réponse

.....

⁴³ Par exemple, à l'occasion de cette enquête et des échanges qu'elle suscite l'UCSA a eu connaissance de l'existence d'une action d'éducation pour la santé dont elle n'avait pas été informée auparavant.

II. Fiche complémentaire par action

Une fiche complémentaire pour chaque action d'éducation pour la santé menée, à l'exception de celle(s) n'ayant pas impliqué l'UCSA, sera à compléter.

1. Cette action d'EPS mise en place était-elle destinée ...

	Oui	Non
... à des personnes majeures ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... à des personnes mineures ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... à des hommes ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... à des femmes ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... à un public ciblé (sur des critères démographiques et/ou des facteurs de risque, pathologie sous-jacente) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Si Oui à un public ciblé

De quel public ciblé s'agissait-il ?

Merci d'être le plus précis possible dans votre réponse

.....

2. Combien de personnes détenues étaient-elles théoriquement inscrites à l'action ?

Si vous ne savez pas le nombre exact, merci d'indiquer un nombre approximatif ; si vous ne savez pas du tout, merci d'indiquer 999 (3 fois neuf)

/_/_/_/

3. Combien de personnes détenues ont-elles effectivement participé à l'action ?

Si vous ne savez pas le nombre exact, merci d'indiquer un nombre approximatif ; si vous ne savez pas du tout, merci d'indiquer 999 (3 fois neuf)

/_/_/_/

4. De quel type d'action s'agissait-il ?

- Une action collective ponctuelle, par exemple de type évènementiel (1er décembre, journée sans tabac etc...)
- Une action collective ponctuelle répétée pour des groupes différents (ex module entrants etc...)
- Une action collective se déroulant sur plusieurs sessions pour 1 même groupe)

5. Les méthodes et outils listés ci-dessous ont-ils été utilisés lors des actions menées ?

Plusieurs réponses possibles – Merci de cocher les cases correspondant aux méthodes et outils utilisés

- Brochures / Affiches
- Multimédia
- Séance d'information / Exposés
- Débat avec experts
- Atelier d'expression / Groupe de parole
- Théâtre
- Entretiens individuels
- Autre méthode et outil utilisé → Préciser :

Si action de type non évènementiel (Q4 = code 2 ou 3)

6. Combien de sessions ont-elles été organisées en 2010 ?

(1 personne suit une session de x ateliers)

/_/_/ sessions

Si action de type non évènementiel (Q4 = code 2 ou 3)

7. Et combien d'ateliers ont-ils été organisés par session ?

- 1 seul
- 2 ou 3
- 4 ou 5

- plus de 5

8. Quels étaient les opérateurs de l'action (qui a construit l'action) ?

Plusieurs réponses possibles

- UCSA
- SMPR / DSP
- SPIP
- Services éducatifs PJJ
- Education nationale
- CLAT / CIDDIST – CDAG
- CAARUD44
- CSAPA45
- CRES – IREPS CODES46
- Secteur associatif
- Autre ➔ Préciser :

9. Quels étaient les intervenants pour cette action (qui est intervenu auprès des personnes) ?

Plusieurs réponses possibles

- UCSA
- SMPR / DSP
- SPIP
- Services éducatifs PJJ
- Education nationale
- CLAT / CIDDIST / CDAG
- CAARUD⁴⁷
- CSAPA⁴⁸
- CRES / IREPS / CODES⁴⁹
- Secteur associatif
- Autre ➔ Préciser :

10. Quels étaient les financeurs de cette action ?

Plusieurs réponses possibles

- GRSP et/ou ARS
- Centre hospitalier
- Administration pénitentiaire (DISP, SPIP)
- Assurance maladie
- Ville
- Conseil général
- Conseil régional
- MILDT⁵⁰
- Appels à projets (INPES, Sidaction, Fondation de France etc.)
- Autre(s) ➔ Préciser :

⁴⁴ Centre d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques des usagers de drogues

⁴⁵ Centres de Soins d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie (ex CSST et CCAA)

⁴⁶ IREPS (Instance régionale d'éducation pour la santé), CRES (Comité régional d'éducation pour la santé), CODES (comité départemental d'éducation pour la santé)

⁴⁷ Centre d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques des usagers de drogues

⁴⁸ Centres de Soins d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie (ex CSST et CCAA)

⁴⁹ IREPS (Instance régionale d'éducation pour la santé), CRES (Comité régional d'éducation pour la santé), CODES (comité départemental d'éducation pour la santé)

⁵⁰ Mission Interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie

11. Pour cette action, quelle est votre perception concernant ...

... l'adhésion des personnes détenues qui y ont participé	<input type="checkbox"/> Très bonne	<input type="checkbox"/> Assez bonne	<input type="checkbox"/> Assez mauvaise	<input type="checkbox"/> Très mauvaise
... l'adéquation aux besoins des personnes détenues	<input type="checkbox"/> Très bonne	<input type="checkbox"/> Assez bonne	<input type="checkbox"/> Assez mauvaise	<input type="checkbox"/> Très mauvaise
... l'impact sur les personnes détenues	<input type="checkbox"/> Très bonne	<input type="checkbox"/> Assez bonne	<input type="checkbox"/> Assez mauvaise	<input type="checkbox"/> Très mauvaise
... la collaboration avec les partenaires et les intervenants	<input type="checkbox"/> Très bonne	<input type="checkbox"/> Assez bonne	<input type="checkbox"/> Assez mauvaise	<input type="checkbox"/> Très mauvaise

12. Renouvellerez-vous cette action en 2011 ?

- Oui
 Non

Si Non en Q12

13. Pour quelle(s) raison(s) ne souhaitez-vous pas renouveler cette action en 2011 ?

Merci d'être le plus précis possible dans votre réponse

.....

Si Oui en Q12

14. Quelle(s) modification(s) éventuelle(s) apporteriez-vous à l'action mise en place ?

Merci d'être le plus précis possible dans votre réponse

.....

15. Avez-vous des remarques ou des précisions complémentaires ?

Merci d'être le plus précis possible dans votre réponse

.....

Annexe - Liste des thèmes des actions

1. Action de portée générale sur la notion de santé
2. Activité physique
3. Addictions en général
4. Addictions à l'alcool
5. Addictions au tabac
6. Addictions au cannabis
7. Addictions aux opiacés
8. Autre addiction
9. Alimentation – Nutrition
10. Bon usage du médicament
11. Estime de soi
12. Gestion du stress
13. Hygiène corporelle
14. Infections virales en général
15. Infections virales - Hépatites
16. Infections virales - VIH
17. IST
18. Parentalité
19. Premiers secours
20. Prévention du suicide
21. Santé bucco-dentaire
22. Sommeil
23. Vie/éducation affective et sexuelle
24. Vaccinations
25. Autres → Préciser