

L'éducation à la santé en milieu pénitentiaire en questions

Betty Brahmy

Psychiatre, Service médico-psychologique régional de Bois-d'Arcy, membre du Haut Conseil de la santé publique

Bien que la loi prévoie l'éducation à la santé pour les détenus, quelques questions sur sa définition et les conditions de sa mise en œuvre se posent.

La loi du 18 janvier 1994¹ a modifié complètement la prise en charge sanitaire des personnes détenues en la confiant à un établissement hospitalier de proximité (et non plus à l'établissement pénitentiaire), en donnant l'accès à une protection sociale aux personnes sortant de détention. On sait moins que c'est cet établissement de santé, auxquelles sont rattachées les unités de consultations et de soins ambulatoires (UCSA) créées par cette même loi, qui a en charge l'éducation pour la santé des personnes détenues, aussi bien en maisons d'arrêt qu'en établissements pour peines (centres de détention ou maisons centrales). Cette mission doit s'accomplir en collaboration avec les services médico-psychologiques régionaux (SMPR), lorsqu'ils existent au sein des établissements pénitentiaires — il y en a 26 en France —, et avec les services pénitentiaires d'insertion et de probation (SPIP). Au-delà de cette présentation administrative et institutionnelle, plusieurs questions importantes se posent.

Les UCSA, les SMPR et les SPIP ont-ils les moyens d'effectuer ces missions ?

Il existe une disparité des moyens en médecins somaticiens et en médecins psychiatres selon les établissements pénitentiaires. Il y a 188 établissements pénitentiaires, y compris dans les DOM, et donc 188 UCSA. En ce qui concerne

1. Loi relative à la santé publique et à la protection sociale n° 94-43 du 18 janvier 1994, JORF du 19 janvier 1994.

la psychiatrie, c'est le secteur de psychiatrie où est implanté l'établissement pénitentiaire, qui assure les prestations psychiatriques lorsqu'il n'existe pas de SMPR, et l'on sait qu'il y a 1 000 postes vacants dans les secteurs... ce qui fait que la présence dans les prisons n'est parfois pas la priorité.

De toute façon les tâches quotidiennes des médecins sont très nombreuses et ils sont souvent débordés même quand tous les postes sont pourvus.

En ce qui concerne les conseillers d'insertion et de probation (CIP) du SPIP, ils ont énormément de tâches, tant sur le plan social que dans le cadre de l'aménagement des peines et ils ont à gérer souvent plus de 100 dossiers de détenus par CIP.

Tout cela explique que l'éducation à la santé n'est pas la priorité des personnels cités ci-dessus dans leur activité professionnelle déjà bien remplie.

Ces services sont-ils formés pour assurer ces missions ?

Les médecins reçoivent de manière empirique, au travers de l'enseignement de pathologies telles que l'asthme ou le diabète, des notions d'éducation à la santé durant leurs études (éducation du patient asthmatique, éducation du patient diabétique). S'ils s'intéressent à ce sujet, ils doivent se former par une démarche volontaire en lisant des ouvrages de référence et des revues.

Au départ, ils ne savent pas animer un groupe ou faire discuter simplement les gens autour des questions de santé, ce

n'est pas leur métier ! Comme pour les médecins, les infirmières sont formées dans le cadre de l'éducation des patients pour certaines pathologies et elles reçoivent des notions d'éducation à la santé dans le module de santé publique durant leurs études ; par contre, elles ne sont pas formées pour l'animation de groupes d'information et d'échanges.

En ce qui concerne les CIP, la notion d'éducation à la santé est abordée très rapidement durant leur formation à l'École nationale de l'administration pénitentiaire et ils ne sont donc guère mieux armés que les personnels soignants pour organiser des sessions d'information pour les personnes détenues.

Le milieu pénitentiaire ne devrait-il pas être aussi la cible des actions de prévention du milieu libre ?

La base de la réflexion qui a amené à la loi de 1994 était qu'il faut soigner les personnes détenues comme on le ferait si elles étaient en milieu libre. Il semble que la réflexion devrait être la même en ce qui concerne l'éducation à la santé, à savoir que les campagnes de publicité sous forme d'affiches, par exemple, pourraient se faire dans les prisons (en plus des spots télé qui ne sont disponibles que pour ceux qui peuvent payer la télévision). Il faudrait également que l'on dispose sans limitation de nombre toutes les brochures éditées par l'INPES, en prenant en compte le nombre important de personnes détenues ne sachant pas lire le français (Français et étrangers).

Comment le plan régional de santé publique (PRSP) peut-il soutenir les actions du milieu pénitentiaire ? Comment financer les actions ?

La loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique redonne sa place à la prévention et conforte le niveau régional pour définir les objectifs. C'est donc le plan régional de santé publique (PRSP) qui est compétent en matière de prévention, puisqu'un des programmes retenus concerne les personnes détenues. Il faut d'ailleurs noter qu'un autre programme de prévention est prévu pour les personnes en situation de précarité et que bien souvent les personnes qui sortent de prison se retrouvent malheureusement en situation de précarité...

Il faudra faciliter la coordination entre les acteurs de terrain, à savoir les médecins somaticiens et psychiatres, les directions des hôpitaux de rattachement de ces services avec les autorités de tutelle (DDASS et DRASS) avec les groupements régionaux de santé publique (GRSP) chargés de financer les actions de prévention et d'éducation à la santé. Par ailleurs, les directions départementales des SPIP feront remonter, de leur côté, des demandes de financement aux directions régionales des services pénitentiaires (DRSP).

Ainsi le financement des actions sera mixte : justice et santé, comme la mise en œuvre sur le terrain.

Le guide méthodologique² relatif à la prise en charge sanitaire des personnes détenues, de septembre 2004, rappelle le rôle des différentes instances régionales dans ces actions.

Comment concilier l'idée d'éducation à la santé avec les conditions de vie au quotidien dans les prisons où la promiscuité et le manque d'hygiène (dans les maisons d'arrêt) sont notamment au premier plan ?

La vie quotidienne, surtout dans les maisons d'arrêt, est caractérisée par la surpopulation pénale et donc par la promiscuité, mais aussi par le manque total d'intimité, des conditions d'hygiène très mauvaises, des atteintes à la dignité fréquentes ; beaucoup de témoignages ont été faits récemment sur la question de nos prisons et notamment les rapports de l'Assemblée nationale et du Sénat en 2000³. Dans ces conditions, on peut légitimement s'interroger sur le sens de venir parler d'éducation à la santé alors que les personnes détenues n'ont parfois pas de savon pour effectuer leur toilette, qu'elles ont beaucoup de difficulté à laver leur linge (si leur famille ne vient pas apporter du linge propre), qu'elles n'ont droit qu'à 3 douches par semaine (récemment c'était encore 2),

2. http://www.sante.gouv.fr/hm/dossiers/detenus_protectosociale/accueil.htm.

3. Hyst J.-J., Cabanel G.-P. *Rapport de la commission d'enquête sur les conditions de détention dans les établissements pénitentiaires en France*. Paris : Sénat, 2000 ; 775 p. Mermaz L., Floch J. *Rapport fait au nom de la commission d'enquête sur la situation dans les prisons françaises*. Paris : Assemblée nationale ; 2000 ; 893 p.

que les cellules sont rénovées en fonction des budgets mais pas en fonction des besoins ; et on pourrait continuer à décrire longuement cette situation souvent intolérable...

Cependant, même si la prison n'est pas un lieu de soins mais un lieu où l'on peut prodiguer des soins, la prison peut aussi être un lieu où l'on peut donner des informations de vie, c'est-à-dire d'ouverture sur la vie et sur une autre façon de vivre ; c'est là que l'éducation à la santé prend tout son sens.

Comment mobiliser l'ensemble des acteurs (personnels sanitaires, personnels pénitentiaires, personnes détenues) sur ces sujets qui n'apparaissent pas prioritaires dans les conditions actuelles de travail des professionnels et de vie des personnes détenues ?

Il existe des réunions au sein des établissements pénitentiaires qui traitent des questions telles que la prévention du suicide, l'indigence, la prévention de la violence... Ces réunions sont organisées par la direction de l'établissement pénitentiaire et rassemblent les personnels de surveillance et les personnels du service pénitentiaire d'insertion et de probation (SPIP) et les personnels médicaux des UCSA et des services de psychiatrie (SMPR ou secteurs de psychiatrie). On peut utiliser ces réunions, qui en général fonctionnent bien, pour traiter, en plus de l'ordre du jour habituel, des questions d'éducation à la santé. Dans les établissements pénitentiaires de taille importante, il sera peut-être nécessaire de faire des réunions spécifiques à ce thème dans un deuxième temps, quand les acteurs seront déjà sensibilisés à ce sujet.

Quels thèmes spécifiques doit-on aborder quand on connaît les causes de l'incarcération d'un grand nombre de personnes détenues ?

Lorsqu'on étudie les motifs d'incarcération des personnes détenues, il y a des thèmes qui paraissent absolument indispensables à aborder dans toutes les maisons d'arrêt : il s'agit des problèmes d'addictions. En effet, on constate qu'un grand nombre de personnes sont