



Guide de l'intervention en milieu pénitentiaire

DESTINÉ AUX ACTEURS ASSOCIATIFS DE LA LUTTE CONTRE LE SIDA

Coordination générale du guide :

Ridha NOUIOUAT

Chantal MANNONI

Contributeurs principaux à l'écriture et à la conception de ce guide :

ACCES (Action pour la Citoyenneté et l'Education à la Santé, Marseille)
Jacqui Schneider HARRIS

ACTIS (Saint-Etienne)
Malika LEBBAL

ADIS (Association Dunkerquoise d'Initiatives contre le Sida, Dunkerque)
Mélanie BERTIN
Christelle BAILLET

ALS (Association de Lutte contre le Sida, Lyon)
Valérie BOURDIN
Omar HALLOUCHE

ASSAMEDE (Association Santé Médiation et Développement, Paris)
Lamia RAHMANI
Ophélie GALLOIS
Camille PENINON
Chantal MEDENOU

ASSOCIATION SANTE VIH Côte Basque (Bayonne)
Sandie LAUMOND

LA CASE DE SANTE (Toulouse)
Charles HAMBOURG
Jérôme HOST
Amina MESSABIS

MIGRATIONS SANTÉ (Paris)
Sandrine ALLARD
Bénédicte PESTOUR

OIP (Observatoire International des Prisons, Paris)
François BES

PASTT (Prévention Action Santé Travail pour les Transgenres, Paris)
Sabrina AZAMBUJA

SIDA INFO SERVICE (Paris-Cayenne-Montpellier)
Hélène PELLISSIER
Denyse CASSIN
Fabienne HARLET

SIDA PAROLES (Colombes)
Rosine REAT

SOCIETE D'HEPATO-GASTROENTEROLOGIE DE CATALOGNE-ROUSSILLON
(Perpignan)
André-Jean REMY
François ANEL

Contributeurs au comité de lecture :

François BES
Valérie BOURDIN
Marc DIXNEUF
Omar HALLOUCHE
Charles HAMBOURG
Malika LEBBAL
Chantal MANNONI
Ridha NOUIOUAT
Hélène PELLISSIER
Rosine REAT
André-Jean REMY

Mise en forme pour la version présente :

Virginie HÉLAINE
Paula LAKROUT
Bérénice PIERSON

Crédit Photo couverture : © Sébastien Boistel

Nous remercions également l'administration pénitentiaire pour avoir mis à notre disposition la carte de ses établissements, présentée en annexe de ce document.

Pour SIDACTION – Paris - Avril 2011

Préface	p.6
Préambule	p.7
Introduction à la santé en milieu carcéral	P.10
Bref état de la santé en milieu carcéral	p.12
Les principes de l'intervention : des chartes à connaître	p.14
La charte de Sidaction	p.14
Une charte pour guider les interventions	p.14
Les pincipes essentiels de la Charte de Sidaction	p.16
La charte de Dublin	p.16
Le contexte de l'intervention en milieu pénitentiaire	P.18
Organisation du milieu pénitentiaire	p.20
Les établissements pénitentiaires et leur organisation (voir cartes en annexe)	p.21
Les maisons d'arrêt	p.21
Les établissements pour peine	p.22
Le statut juridique de la personne détenue	p.23
Les régimes de détention	p.24
Vivre en détention	p.26
Les activités en détention	p.28
Les liens avec l'extérieur (liens familiaux et sociaux)	p.30
Préparation à la sortie : alternatives à l'incarcération et aménagements des peines	p.32
Organisation de la santé en milieu carcéral	p.35
Avant 1994 : l'époque de la médecine pénitentiaire	p.35
Les textes de référence	p.36
Loi 94-43 du 18 janvier 1994 relative à la santé publique et à la protection sociale	p.36
Guide méthodologique relatif à la prise en charge sanitaire des personnes détenues de 2004	p.36
Application des lois et recommandations	p.37
Les ministères de tutelle et services concernés	p.37
Protection sociale	p.38
Prévention, éducation pour la santé en milieu pénitentiaire	p.39
Les Ucsa et leur organisation	p.40
Prise en charge en milieu carcéral	p.41
Le "parcours de soins"	p.41
Traitement des urgences	p.41
Circuit du médicament	p.43
Les prises en charge spécifiques	p.44
Prise en charge psychologique	p.44
Prise en charge de la substitution	p.44
Prise en charge des hépatites et du VIH	p.44
Accidents d'exposition au sang et traitement post-exposition : le flou et l'inconnu	p.44
Résumé des actions de prévention selon le guide méthodologique	p.45
Les actions de prévention	p.45

Intervenir auprès des personnes	p.52
Éléments de méthode	p.54
Rappel des éléments fondamentaux	p.54
Qui peut intervenir et sous quelles conditions en milieu carcéral ?	p.54
Comment construire votre projet ?	p.55
Rappel des principales notions	p.58
Méthode et posture professionnelle : une alliance indispensable	p.62
Posture vis-à-vis des professionnels	p.63
Posture vis-à-vis de la personne détenue	p.64
Comment cerner le contexte pour organiser votre projet ?	p.65
Recueillir les informations permettant de réaliser un premier état des lieux	p.66
Les points à vérifier à l'issue de l'état des lieux	p.68
Du diagnostic à la programmation, principes organisateurs du suivi et de l'évaluation	p.70
Première étape : identifier les axes de travail à partir de votre diagnostic	p.70
Deuxième étape : définir les objectifs	p.74
Troisième étape : définir le suivi et l'évaluation du projet	p.78
Articulations dedans-dehors	p.82
La nécessaire prise en compte des déterminants sociaux de santé	p.82
L'articulation entre le dedans et le dehors	p.83
Ouverture vers le dehors des professionnels du dedans	p.84
Implication dans le dedans des professionnels du dehors	p.84
Des pistes de travail...	p.87
Droits sociaux/préparation à la sortie	p.88
Conclusion générale et pistes de réflexion pour les associations	p.89
Annexes	p.90
Les chartes	p.92
Charte de Dublin	p.92
Avant-propos	p.92
Principes fondamentaux	p.92
Cadre dans lequel s'inscrit notre action et notre soutien aux associations de lutte contre le sida et les hépatites en prison	p.94
Charte d'Ottawa	p.97
Les axes de la charte d'ottawa	p.97
Les stratégies	p.99
Charte Sidaction	p.100
Le contexte carcéral et l'environnement socio-sanitaire	p.100
Mener des actions en milieu carcéral	p.101
Les actions de sensibilisation, d'information et d'éducation pour la santé	p.102
Les actions d'accompagnement des personnes vivant avec le VIH ou une hépatite et de leur entourage en milieu carcéral	p.103
L'évaluation	p.104
[Annexes]	p.104
Les principes généraux de la charte de qualité	p.105
Exemples de fiches projets	p.106
ALS	p.106
ASSAMEDE	p.112
La case de santé	p.119
Migrations santé	p.121
Sida Info Service	p.124
Sida Info Service (Montpellier)	p.129
Société d'hépatogastroentérologie de Catalogne Roussillon	p.133
CAARUD Sida Paroles	p.138
Cartes	p.144
Principaux sigles	p.146
Éléments de bibliographie	p.147

Préface

Association reconnue d'utilité publique, Sidaction est le premier collecteur de fonds privés pour la lutte contre le sida en France. C'est aussi un acteur central de la lutte contre l'épidémie d'infection à VIH. Créée en 1994, l'association soutient chaque année près de 400 programmes, tant de recherche que de prévention ou d'aide aux malades en France et dans les pays à ressources limitées.

En 2004, Sidaction a souhaité approfondir son rôle de bailleur de fonds afin de favoriser l'émergence de programmes associatifs dans des champs qui, bien qu'apparaissant comme prioritaires, étaient pourtant peu investis par les associations. Au-delà d'un soutien financier, il s'agissait d'offrir une expertise et un appui en termes d'initiation, de conception et de développement de projets, ainsi qu'une assistance technique et logistique permettant aux associations de se doter d'une structure adéquate à la mise en œuvre de ces projets.

La lutte contre le sida et les hépatites en milieu carcéral fait partie des domaines privilégiés par Sidaction. Le milieu pénitentiaire regroupe des populations particulièrement vulnérables, plus souvent confrontées au VIH et aux hépatites que la population générale. En 2004, la mission "Milieu Carcéral" a ainsi été créée. Cela s'inscrit dans une démarche globale de Sidaction de consolidation du champ associatif de la lutte contre le sida et de promotion de valeurs et d'engagements explicités dans les différentes chartes présentées dans ce document. Parmi elles, la charte de Sidaction de l'intervention en milieu pénitentiaire dessine les contours d'une démarche de promotion de la santé respectant les droits fondamentaux de la personne.

Sidaction soutient chaque année des programmes de santé en direction des personnes qui passent ou sont passées par la prison. Ce guide est destiné à tout acteur associatif souhaitant développer des projets de prévention du VIH et des hépatites en milieu pénitentiaire ou d'accompagnement et de soutien de personnes atteintes sous écrou ou sortant de prison. Il a été élaboré à l'issue d'un travail collectif engagé au sein de la mission "hépatites et VIH en milieu carcéral" de Sidaction et coordonné par Chantal Mannoni¹ et Ridha Nouiouat², en collaboration avec les associations intervenant en milieu pénitentiaire et constituant le réseau associatif prison de Sidaction.

La conception de ce guide participe de la volonté de Sidaction de donner des éléments pratiques et théoriques aux associations intervenant en milieu pénitentiaire et de leur permettre d'acquérir des savoirs élémentaires dans ce champ.

Nos remerciements à toutes les personnes qui ont contribué à l'élaboration de ce document. Merci à François Bes (OIP), André-Jean Rémy (Ucsa de Perpignan), Rosine Réat (Sida Paroles), Hélène Pellissier (Sida Info Service), Valérie Bourdin (ALS, Lyon), Charles Hambourg (La Case de Santé, Toulouse), Malika Lebbal (Actis, Saint-Etienne) et tous les autres (la liste est trop longue pour tous les citer), pour la rédaction et la relecture d'une grande partie de ce document et sans qui cette publication n'aurait pas vu le jour. Merci à Chantal Mannoni, pour ses apports pédagogiques et théoriques et pour avoir été le maître d'œuvre de ce gigantesque travail collectif. Merci à Marc Dixneuf³ pour sa relecture patiente et ses propositions pertinentes.

Ridha Nouiouat

1 Médecin de santé publique et médecine sociale, consultante en santé publique et promotion de la santé.

2 Médecin de santé publique et chargé de mission "hépatites et VIH en milieu carcéral" à Sidaction.

3 Directeur des Programmes associatifs France de Sidaction.

Préambule

Ce document a été élaboré par les associations faisant partie du groupe de travail mis en place par la Mission milieu carcéral de Sidaction, mission faisant partie du service des Programmes associatifs France de Sidaction.

Il a été construit à la suite de constats partagés dans le groupe depuis sa conformation en 2007. Il s'avère que les éléments de repères font bien souvent défaut aux associations qui souhaiteraient intervenir en milieu carcéral ou en lien avec le milieu carcéral. De fait, il s'agit d'un milieu complexe, où les interventions des associations sont plus ou moins difficiles selon les sites considérés.

Il est donc important de pouvoir disposer d'éléments de repères suffisants pour préparer ces interventions en milieu pénitentiaire, ou en lien avec ce dernier, afin d'en cerner les éléments de contexte incontournables, les aspects réglementaires de base concernant l'organisation générale du milieu carcéral, celui de la santé en particulier. Dans le cadre des projets financés par Sidaction, l'accent est mis sur le VIH et les hépatites. Il sera malgré tout important de ne pas perdre de vue une approche globale de la santé, d'intégrer des principes éthiques soulignés dans la Charte de Sidaction et celle de Dublin, deux supports essentiels pour sous-tendre les principes des projets que votre association souhaite mettre en oeuvre. De la même façon, si les interventions en milieu carcéral sont importantes, le lien avec le milieu ouvert doit être exploré puisqu'il offre des possibilités en matière de prévention sous certaines conditions. En outre, le soutien aux personnes détenues en prévision de leur sortie est essentiel et il est possible de contribuer à l'organiser dans les meilleures conditions possibles malgré de fortes contraintes, tout spécialement dans le champ des droits, de la prévention et du soin.

Anticiper et préparer ses interventions en milieu pénitentiaire permettent donc de mieux ancrer le projet en lien avec différents partenaires institutionnels et associatifs. Ce document vise à donner les éléments clés permettant d'organiser votre projet.

Chaque chapitre s'attache à décrypter et donner des repères pour mieux comprendre le milieu carcéral, réfléchir à la posture des professionnels, structurer les projets : ce temps passé en amont en fera gagner par la suite, évitera des difficultés pour évoluer dans un milieu contraignant qui va conditionner les stratégies et modalités d'interventions possibles pour les intervenants selon les sites concernés.

Ce document sera utile à toute association qui :

- souhaite développer une intervention ou un projet en milieu pénitentiaire ;
- travaille avec des publics sortants de prison et qui intègre dans ses pratiques le lien indispensable à créer ou à renforcer avec les intervenants du milieu carcéral ;
- intègre dans ses stratégies d'intervention des actions en milieu carcéral et hors milieu pénitentiaire.

Les informations présentées ne prétendent pas aborder toute la complexité et les nuances qui marquent l'environnement des projets, mais elles seront un soutien pour acquérir une expérience. Des liens ou références sont signalés pour aller approfondir certaines questions.

Enfin, une mise à jour de ce document est prévue pour rester en phase avec les évolutions réglementaires.

Le 24 novembre 2009, une loi pénitentiaire a été adoptée. En l'absence de publication des décrets d'application de cette nouvelle loi, à la date d'élaboration de ce guide, nous n'avons pas pu mettre à jour certains des textes réglementaires évoqués. Des réactualisations régulières de ce document sont prévues et permettront ces mises à jour.

De même, des fascicules portant sur des publics et des problématiques spécifiques (outremer, transgenres, MSM, usagers de drogue, mineurs, migrants...) viendront ultérieurement compléter cette publication.



Les éléments essentiels de ce guide pour vous aider dans l'élaboration et la mise en place d'un projet :

Santé :

Des éléments de base concernant les problématiques de santé en milieu carcéral.

Chartes :

Des éléments concernant les deux chartes sont importantes à connaître (Charte de Sidaction et Charte de Dublin) pour le cadre éthique qu'elles posent et les principes importants qui en découlent pour l'accompagnement des personnes détenues ou à leur sortie du milieu carcéral.

Organisation du milieu carcéral :

Elle est présentée dans ses grandes lignes. Les éléments réglementaires de base qui influencent les modalités d'intervention des intervenants sont clarifiés dans ce chapitre.

Organisation de la santé et prise en charge du VIH et des hépatites :

Les éléments les plus importants sont décrits et des exemples concrets de projets présentés dans les fiches-projets en annexe.

Posture professionnelle :

L'accompagnement des personnes, en particulier les malades, dans un système de grande contrainte, nécessite une réflexion sur la posture professionnelle adaptée. Le chapitre qui en traite propose des éléments de repère qui faciliteront les interventions.

Éléments de repères méthodologiques :

Le dernier chapitre leur est consacré. Les notions qui y sont évoquées ne prennent sens que si les éléments antérieurs ont été intégrés.

Lien "dedans-dehors" :

Un chapitre est spécifiquement dédié à cette question. Il présente les modalités de travail en réseau à mettre en place pour accompagner le parcours des personnes concernées, les protéger et promouvoir leur santé.

Sigles, annexes et bibliographie :

Cette partie complète le document et donne des pistes pour approfondir certaines questions.

Introduction à la santé en milieu carcéral

Bref état de la santé en milieu carcéral

La santé en milieu carcéral doit être considérée au regard du cadre de vie de la personne détenue. Nombre de déterminants défavorables à la santé ont été mis de l'avant tout spécialement par la Commission consultative des droits de l'Homme qui a émis un certain nombre de rapports et d'avis pointant le lien entre la santé des détenus et leur environnement. Ces rapports soulignent aussi les insuffisances en matière de prévention et de soin à destination des personnes détenues⁴ et ébauchent des propositions pour améliorer la prévention et le soin et influencer positivement les déterminants⁵ de santé des personnes détenues.

Quelques éléments de repères :

La très grande précarité et l'état général altéré à l'entrée en détention caractérisent les personnes incarcérées et sont des paramètres essentiels à connaître⁶. De plus, les détenus cumulent les facteurs de risque d'infections virales (utilisation passée ou actuelle de drogue par voie nasale ou intraveineuse, tatouages, relations sexuelles non protégées). Dans l'étude Coquelicot de 2004⁷, 61% des personnes interrogées avaient fait un séjour en prison, dont 12% déclaraient s'être injectées des drogues et parmi elles, 1/3 avaient partagé la "seringue" artisanale. Le séjour en prison constitue en lui même un facteur de risque pour les hépatites B (VHB) et C (VHC)⁸.

Les différentes recommandations officielles (Rapport YENI 2010⁹, Plan hépatites 2009-2012¹⁰, Plan d'actions stratégiques 2010-2014 pour les personnes placées sous main de justice¹¹) partagent les mêmes constats : il est essentiel de dépister en milieu carcéral car les prévalences des infections VHC/VHB/VIH y sont élevées.

Actuellement, on estime qu'il y a en prison en France, un jour donné, près de 800 personnes infectées par le VIH, 860 par l'hépatite B et 3100 par l'hépatite C¹².

Les données sur les infections sexuellement transmissibles sont plus parcellaires et ne permettent pas d'évaluer le nombre de personnes atteintes de syphilis ou d'infections à chlamydiae.

Le diagnostic de ces infections est possible en milieu carcéral car il repose sur des moyens disponibles à l'Unité de consultations et de soins ambulatoires (Ucsa) : bilans biologiques, consultations d'hépatologie et/ou de maladies infectieuses. Toutefois, seule une Ucsa sur trois dispose d'une de ces consultations spécialisées

En théorie, la mise sous traitement est possible avec les mêmes indications, les mêmes médicaments, la même efficacité, la même observance et les mêmes effets secondaires qu'en milieu libre. La gestion d'un traitement de l'infection à VIH ou d'hépatites virales n'est pas différente des pratiques hors prison. Paradoxalement, la surveillance infirmière ou psychiatrique peut même y être supérieure en qualité.

Il est cependant important de souligner que la prison n'étant pas un lieu de soins, beaucoup de personnes vivant avec le VIH ne vont pas vers les services de soins de peur de la stigmatisation dont elles pourraient faire l'objet de la part des codétenus, la confidentialité étant difficile en prison.

A cela, se surajoutent les conditions de vie difficiles en prison, où, surpopulation n'exclut pas isolement social. C'est un lieu où se creusent les inégalités de santé avec la population générale.

La tuberculose est également une pathologie à prendre en compte, sa prévalence étant plus grande à la fois chez les entrants et au sein de la détention.¹³

Dans le domaine de la santé mentale, les détenus sont plus exposés à la maladie que la population générale, pour partie en raison de leurs conditions de détention. Les pathologies psychiatriques y sont rencontrées plus fréquemment qu'en population générale et posent à ce titre plusieurs types de questions (gestion des problèmes psychiatriques hors du milieu carcéral, prise en charge des personnes souffrant de troubles psychiatriques en milieu carcéral, continuité/prise en charge à la sortie : moment particulièrement difficile et nécessitant une préparation adaptée, etc.).

Malgré des rapports successifs sur les insuffisances de la prise en charge de la santé mentale en détention, le dernier en date étant le rapport 2009 du Professeur Allbrand¹⁴, le taux de suicide des personnes détenues reste sept fois supérieur à celui de la population libre.

4 http://www.cncdh.fr/IMG/pdf/Etude_soins_personnes_detenues_190106.pdf ; Voir également : <http://www.ccne-ethique.fr/docs/fr/avis094.pdf>

5 Les déterminants recouvrent les facteurs favorables à la santé, les facteurs défavorables. Ils peuvent être rapprochés respectivement de la notion de facteur de protection et de celle de facteur de risque.

6 La santé des personnes entrées en prison en 2003, DRESS, Etudes et résultats, N°386, mars 2005 : <http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/er386.pdf>

7 Estimation de la séroprévalence du VIH et du VHC et profils des usagers de drogues en France, étude InVS-ANRS Coquelicot, 2004 (http://www.invs.sante.fr/beh/2006/33/beh_33_2006.pdf).

8 http://www.invs.sante.fr/beh/2008/07_08/beh_07_08_2008.pdf

9 YENI P. (dir.), Prise en charge médicale des personnes infectées par le VIH. Recommandations du groupe d'experts, 2010 (<http://www.sante.gouv.fr/rapport-2010-sur-la-prise-en-charge-medical-des-personnes-infectees-par-le-vih-sous-la-direction-du-pr-patrick-yeni.html>).

10 Plan hépatites 2009- 2012 (<http://www.inpes.sante.fr/70000/dp/09/dp090224.pdf>).

11 http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Plan_actions_strategiques_detenus.pdf

12 REMY AJ. Pourquoi soigner l'hépatite C en prison ? Gastroentérologie Clinique et Biologique 2007, 31 566-8.

13 Cochet A., Isnard H., Tuberculose dans les maisons d'arrêt en Île-de-France Enquête prospective 1er juillet 2005 – 31 juin 2006, (http://www.invs.sante.fr/publications/2007/tuberculose_idf/tuberculose_idf.pdf).

14 http://www.justice.gouv.fr/art_pix/rap_albrand_2009.pdf

Les principes de l'intervention : des chartes à connaître

PLUSIEURS CHARTES SONT IMPORTANTES À CONNAÎTRE. ELLE FACILITENT L'ORGANISATION DES PROJETS EN LIEN AVEC LE MILIEU CARCÉRAL ET PERMETTENT D'EN MAÎTRISER LES ASPECTS THÉORIQUES ET PRATIQUES NOTAMMENT DANS LEURS DIMENSIONS ÉTHIQUES : **LA CHARTE DE SIDACTION, LA CHARTE DE DUBLIN ET LA CHARTE D'OTTAWA** DONT LE CONTENU SERA PRÉCISÉ DANS LA PARTIE MÉTHODOLOGIE DE PROJET ET EN ANNEXE.

LA CHARTE DE SIDACTION¹⁵

→ Une charte pour guider les interventions

La charte de Sidaction constitue un document de référence qui **engage les associations sur des principes et des valeurs** : les projets doivent y faire clairement référence et les principes énoncés doivent apparaître de façon explicite dans les actions.

Ces principes et lignes d'intervention font échos avec deux champs conceptuels qui se sont construits historiquement de façon parallèle mais qui entretiennent des liens étroits¹⁶ : la réduction des risques et la promotion de la santé (au sens de la Charte d'Ottawa, OMS, 1986). La qualité des pratiques guide l'élaboration des actions au bénéfice des personnes détenues.

La formalisation d'un projet selon ces principes doit permettre de les faire apparaître clairement dans l'énoncé des objectifs, des modalités d'intervention et de l'évaluation.

Cette formalisation doit servir de guide au fil du temps, constituer un document de référence pour les équipes qui se succèdent et pour les financeurs.

Des principes importants sont à relever dans cette charte et synthétisés comme suit

La personne détenue a droit aux mêmes interventions que tout citoyen : l'action doit rester dans le cadre du droit commun. Évoluant dans des milieux contraignants, les associations devront adopter ce principe.

La lutte contre toute forme de discriminations est au cœur des projets : des publics peuvent y être spécifiquement exposés, tels que les mineurs, les migrants, les personnes homosexuelles et transgenres.

¹⁵ www.sidaction.org

¹⁶ Voir à ce propos l'annexe VII – 3.

La Charte de Sidaction engage à **réaliser un diagnostic de situation avant de mettre en place un projet**. Ce diagnostic est basé sur une recherche documentaire à minima et des contacts à prendre avant de s'engager dans des actions. Il sera affiné avec l'immersion dans le lieu où l'action se tiendra. Vous trouverez dans le chapitre V des propositions de méthode pour réaliser cet état des lieux initial.

Ce diagnostic doit permettre de traiter au mieux une série d'informations qui permettront de proposer :

- des stratégies d'actions ajustées au milieu ;
- des contenus adaptés, complémentaires des actions des autres acteurs.

Ces actions se déroulant dans un milieu aux contraintes importantes, il s'agira de **bien maîtriser les cadres réglementaires** pour identifier les opportunités facilitant l'accès à la prévention et aux soins des personnes détenues, soit en milieu carcéral soit en dehors. Les chapitres III et VI reviendront sur les opportunités à saisir dans ce cadre.

Les projets s'inscrivent le plus possible selon **une approche globale** (ou systémique) de la personne :

- l'approche sera individuelle mais prendra aussi en compte l'entourage de la personne et les pairs ;
- l'approche prendra en compte aussi bien les aspects physiques que psychologiques et psychosociaux.

Les projets devront favoriser :

- l'accès aux droits ;
- l'accès à la prévention ;
- la continuité entre la prévention et le soin. Il s'agira de sessions d'éducation pour la santé, d'éducation thérapeutique, de réduction des risques (ou encore de promotion de la santé quoique difficile à mettre en oeuvre en milieu carcéral) ;
- la continuité des prises en charge (prévention ou soins) en veillant aux liens à instaurer au sein du milieu carcéral, mais aussi en dehors ;
- la construction, chaque fois que possible, des stratégies et du contenu des actions avec les personnes elles-mêmes et leurs proches. Les approches participatives seront recherchées pour deux raisons principales :
 - elles placent au coeur de leurs principes le sujet de droit ;
 - la prévention et les soins sont d'autant mieux appréhendés, que la personne est impliquée activement. Nous parlerons d'empowerment.

Les projets doivent donc répondre à des objectifs explicites, réalistes, clarifier les modalités d'intervention et les principes d'évaluation.

Les évaluations sont essentielles. Elles permettent de soutenir la qualité des projets mais aussi leur valorisation et encouragent la contribution collective à l'amélioration de la prise en charge de la santé.

L'évaluation est un moment particulier dans la vie d'un projet. Elle permet d'en examiner collectivement les différentes étapes et de constituer un espace pédagogique et de communication au sein des équipes et des associations et avec Sidaction autour de ses enseignements.

Elle ne peut se limiter à un document pensé uniquement pour répondre aux demandes des financeurs.

→ Les principes essentiels de la Charte de Sidaction

La “Charte de l'intervention associative en milieu carcéral” de Sidaction explicite la posture que doivent adopter les membres des associations intervenant en milieu carcéral.

Elle est une garantie de l'adhésion de l'association soutenue aux principes que défend Sidaction, notamment en termes de protection des droits des personnes.

L'engagement des financements de Sidaction, dans le cadre de la mission “milieu carcéral” des programmes associatifs, participe de l'adhésion aux principes de la Charte.

Celle-ci complète la convention signée entre Sidaction et les associations financées.

Les associations pourront bénéficier, si leur projet est retenu par les instances décisionnelles de Sidaction, du soutien de la mission “Milieu Carcéral” du service des Programmes associatifs de Sidaction sur les plans financier, méthodologique et de plaidoyer auprès des institutions et des pouvoirs publics.

Ces principes sont parfois de réels défis à relever selon les sites où vous interviendrez, mais vous aurez à coeur de les intégrer à vos démarches.

Sidaction est là aussi pour soutenir vos efforts.

LA CHARTE DE DUBLIN

Cette Charte, établie en 2004, est complémentaire de celle de Sidaction et porte sur des champs plus larges.

Cette charte porte également sur les problématiques du VIH et des hépatites, tout en les replaçant dans un contexte de droit à la santé plus global pour les personnes détenues.

La Charte de Dublin met l'accent sur la nécessité de :

- faire valoir la responsabilité des Etats à prendre les mesures nécessaires pour faire respecter les droits des personnes et de leur entourage, au regard des problématiques VIH/ hépatites ;
- veiller à l'accès à la prévention et aux soins, de même qu'à leur continuité en milieu carcéral et quand la sortie est envisagée ;
- prendre en compte également la tuberculose ;
- veiller aux publics les plus vulnérables.

On retrouve l'esprit et les valeurs prônées par la charte de Dublin dans la charte élaborée par Sidaction et à laquelle adhèrent les associations avec lesquelles elle collabore.

Au-delà des chartes, une intervention de qualité en milieu carcéral nécessite de bien maîtriser certains repères :

Les éléments réglementaires : organisation du milieu pénitentiaire, les différents établissements.

Le droit des personnes : en particulier celui relatif à la prévention et aux soins.

L'organisation de la santé en milieu carcéral : vous serez seulement l'un des acteurs. N'oubliez pas les autres !

Le cadre réglementaire régissant les interventions associatives auprès des personnes détenues, les étapes à respecter vous aideront dans votre organisation.

La posture professionnelle : elle est un élément important pouvant, à elle seule, contribuer à la réussite ou à l'échec de votre projet.

Le maintien du lien entre le milieu carcéral et le milieu ouvert : ce que nous dénommerons le lien "dedans-dehors", qui est l'un des principes que le groupe de travail a souhaité mettre en avant. Ce lien est essentiel, vos projets peuvent y contribuer.

Le contexte de l'intervention en milieu pénitentiaire

Organisation du milieu pénitentiaire

CETTE PARTIE ABORDERA LES ASPECTS QUI TOUCHENT CONCRÈTEMENT À **LA VIE DES PERSONNES AU SEIN DE L'ORGANISATION PÉNITENTIAIRE**. AU PRÉALABLE LES **DROITS FONDAMENTAUX GÉNÉRAUX** QUI DOIVENT ÊTRE RESPECTÉS EN MILIEU PÉNITENTIAIRE SONT À RAPPELER :

La Cour européenne des droits de l'Homme, considérant l'interdiction des traitements inhumains et dégradants : "impose à l'État de s'assurer que tout prisonnier est détenu dans des conditions qui sont compatibles avec le respect de la dignité humaine, que les modalités d'exécution de la peine de prison ne soumettent pas l'intéressé à une détresse ou à une épreuve d'une intensité qui excède le niveau inévitable de souffrance inhérent à la détention et que, eu égard aux exigences pratiques de l'emprisonnement, la santé et le bien-être du prisonnier soient assurés de manière adéquate, notamment par l'administration de soins médicaux requis."¹⁷

L'article 22 de la loi pénitentiaire n°2009-1436 du 24 novembre 2009 mentionne que : "L'administration pénitentiaire garantit à toute personne détenue le respect de sa dignité et de ses droits. L'exercice de ceux-ci ne peut faire l'objet d'autres restrictions que celles résultant des contraintes inhérentes à la détention, du maintien de la sécurité et du bon ordre des établissements, de la prévention de la récidive et de la protection de l'intérêt des victimes. Ces restrictions tiennent compte de l'âge, de l'état de santé, du handicap et de la personnalité de la personne détenue."

Concernant plus spécifiquement la santé, plusieurs aspects importants sont mis en avant dans plusieurs textes :

- le Code de la santé publique (article L.1110-1) : "Le droit fondamental à la protection de la santé doit être mis en oeuvre par tous moyens disponibles au bénéfice de toute personne" ;
- la loi du 18 janvier 1994, relative à la prise en charge sanitaire des personnes détenues, confie à l'hôpital public, l'organisation et la prise en charge des soins des personnes détenues, et prévoit l'immatriculation à la sécurité sociale de toutes les personnes détenues ;
- l'article 46 de la loi pénitentiaire n°2009-1436 du 24 novembre 2009 : "(...) La qualité et la continuité des soins sont garanties aux personnes détenues dans des conditions équivalentes à celles dont bénéficie l'ensemble de la population. (...) L'administration pénitentiaire favorise la coordination des différents intervenants agissant pour la prévention et l'éducation sanitaires (...)".

■ le guide méthodologique¹⁸ (réactualisé en 2005) relatif à la prise en charge sanitaire des personnes détenues, précise que “la continuité des soins et des traitements doit être assurée en toutes circonstances : à l’entrée en détention, à l’occasion d’un transfèrement et en vue de la libération” et également que “la prise en charge médicale des personnes détenues prend tout son sens si elle s’inscrit dans la durée, c’est à dire au-delà du séjour en prison”.

Ces principes de base concernant les droits de la personne doivent être, en milieu pénitentiaire, strictement respectés quelque soit l’organisation des établissements et les règles de vie qui y sont instaurées.

LES ETABLISSEMENTS PENITENTIAIRES ET LEUR ORGANISATION (voir cartes en annexe)

Au 1er janvier 2011 en France, il existe 189 établissements pénitentiaires classés en deux catégories :

- les maisons d’arrêt ;
- les établissements pour peine.

Les centres pénitentiaires, à régime mixte, comprennent au moins deux quartiers différents (maison d’arrêt, centre de détention et/ou maison centrale, etc.).

→ Les maisons d’arrêt

Les maisons d’arrêt sont au nombre de 107. **Les personnes en attente d’un jugement** (prévenus) dans la ou les juridiction(s) du secteur concerné y sont incarcérées ainsi que **les personnes condamnées à des peines de moins d’un an** ou dont le reliquat de peine est inférieur à un an.

- Hommes, femmes et mineurs sont incarcérés dans des quartiers séparés.
- Le principe de séparation des prévenus et des condamnés prévu par les règles pénitentiaires européennes s’applique progressivement depuis 2008.
- Le droit, pour toute personne, à bénéficier de l’encellulement individuel, est prévu par la loi mais peu appliqué.
- La densité moyenne des maisons d’arrêt et quartiers maison d’arrêt (nombre de détenus rapporté au nombre de places) est de 124%. Le nombre de places dans chaque établissement est calculé selon les principes de la circulaire du 17 mars 1988.

“La circulaire du 17 mars 1988 définit le nombre de places disponibles non pas en fonction du nombre de cellules mais de leur superficie. La capacité d’accueil se calcule par référence à la surface au plancher, selon le barème suivant : une cellule de superficie inférieure à 11 m² correspond à une place de détention, de 11 à 14m² deux places de détention, etc.”

¹⁸ Guide méthodologique relatif a la prise en charge sanitaire des personnes détenues Document PDF (973 Ko) Ministère de la santé et de la justice, http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Guide_methodologique_relatif_a_la_prise_en_charge_sanitaire_des_personnes_detenues.pdf

→ Les établissements pour peine

Le nombre total d'établissement pour peine est de quarante-six. Il faut distinguer six types d'établissements :

Les maisons centrales

On en compte quatre en France, elles ont une vocation sécuritaire. Les condamnés purgeant de longues peines ou ceux considérés, par l'administration pénitentiaire, comme dangereux y sont incarcérés. Le principe de détention est l'encellulement individuel. La densité moyenne y est de 77%.

Les centres de détention

Les centres de détention servent à l'incarcération des condamnés à des peines moyennes ou en fin de longue peine. La densité moyenne y est de 91,9%. Il en existe vingt-quatre en France.

Les centres de semi-liberté

Au nombre de douze, ils servent aux placements des personnes bénéficiant d'une mesure de semi-liberté : les condamnés sortent la journée pour travailler, ou suivre une formation, et réintègrent la prison pour la nuit et le week-end. La densité moyenne y est de 91,1%.

Les centres pour peines aménagées

Il s'agit d'établissements qui reçoivent des condamnés en régime de semi-liberté ou en placement extérieur, ainsi que des personnes dont le reliquat de peine est inférieur à un an, inscrites dans un processus de réinsertion. La densité moyenne (nombre de détenus rapporté au nombre de places) est de 104,3%.

Les centres pénitentiaires

Quarante établissements répartis sur l'ensemble du territoire, ils sont dits à régime mixte, comprenant au moins deux quartiers différents (maison d'arrêt, centre de détention et/ou maison centrale).

Les établissements pour mineurs

Au nombre de six, ce sont des lieux dans lesquels les mineurs sont pris en charge par un binôme éducateur/surveillant.

LE STATUT JURIDIQUE DE LA PERSONNE DETENUE

Une personne est considérée comme détenue lorsqu'elle fait l'objet d'une mesure privative de liberté à l'intérieur d'un établissement pénitentiaire, ou quand elle est placée sous surveillance électronique en exécution d'une peine privative de liberté.

Les personnes placées sous surveillance électronique sont inscrites au registre d'écrou de la prison dont dépend le centre de surveillance électronique.

Les personnes placées en garde à vue, ou dans un centre de rétention administrative, bien que privées de la liberté d'aller et de venir, ne sont pas considérées comme détenues : elles ne sont pas écrouées.

Prévenu

Prévenu : personne en détention provisoire, dont la condamnation n'est pas définitive.

Il peut s'agir :

- d'une personne en attente de jugement, placée en détention provisoire sur décision du juge des libertés et de la détention ;
- d'une personne déjà jugée, mais ayant exercé une voie de recours (appel, pourvoi en cassation, etc.) ;
- d'une personne condamnée exécutant sa peine, mais en attente de jugement pour une autre affaire.

Les mesures concernant le prévenu (permis de communiquer avec l'avocat, mise en liberté, permis de visite) sont soumises à la décision de l'autorité judiciaire.

Condamné

Condamné : personne pour qui la peine est prononcée de manière définitive.

Pour ce qui concerne le régime de détention, les mesures concernant le condamné sont soumises à la décision de l'administration pénitentiaire : affectations et transferts, permis de visite, etc.

Les aménagements de peine relèvent du juge de l'application des peines.

Autres cas

- Détenu contraint judiciaire : personne dont la peine est purgée, mais qui reste incarcérée pour amende due au Trésor public (amendes fiscales et douanières).
- Détenu sous écrou extraditionnel : personne arrêtée en France, dont un pays demande l'extradition.

Toute personne détenue, quel que soit son statut, est en droit de bénéficier des actions mises en place par des intervenants extérieurs.

LES RÉGIMES DE DÉTENTION¹⁹

Le quartier arrivant

Dès l'arrivée dans l'établissement pénitentiaire :

- il est procédé aux formalités de mise sous écrou. La personne subit une fouille intégrale, les objets interdits en détention sont confisqués et ne lui seront rendus qu'à sa libération. Elle est ensuite placée au quartier arrivant, pour une durée de quelques jours, avant d'être affectée en détention ;
- la personne doit pouvoir laver ses vêtements, ou se voir proposer des effets propres ainsi que le nécessaire pour l'hygiène corporelle. Elle doit être rapidement mise en mesure d'informer ses proches de son incarcération par téléphone ou par courrier.

L'article 23 de la loi pénitentiaire n°2009-1436 du 24 novembre 2009 : "Lors de son admission dans un établissement pénitentiaire, la personne détenue est informée oralement, dans une langue compréhensible par elle, et par la remise d'un livret d'accueil, des dispositions relatives à son régime de détention, à ses droits et obligations et aux recours et requêtes qu'elle peut former. Les règles applicables à l'établissement sont également portées à sa connaissance et lui sont rendues accessibles pendant la durée de sa détention."

Dans les tous premiers jours qui suivent l'incarcération, la personne va rencontrer :

- **le chef de l'établissement pénitentiaire**, ou l'un de ses subordonnés immédiats, qui doit évaluer sa situation en vue de son affectation en détention, lui présenter la vie dans l'établissement pénitentiaire, et mener un entretien individuel dans le cadre de la prévention du suicide. Une "fiche de signalement" est remplie sur la base de cet entretien, des observations du gradé et des éléments contenus dans le dossier individuel du détenu. Cette fiche est ensuite transmise à l'Ucsa, au SMPR et au Spip²⁰ ;
- **un conseiller d'insertion et de probation (CIP)** qui sera chargé dans un premier temps des liens avec la famille de la personne incarcérée, puis de son suivi social, de la préparation à la sortie et du suivi éventuel de sa demande d'aménagement de peine ;
- **un médecin** pour une consultation médicale d'entrée, dans les plus brefs délais suivant l'incarcération, afin de déceler les risques suicidaires ainsi que toute affection contagieuse ou évolutive nécessitant des mesures d'isolement ou des soins urgents.

Un bilan de santé complet doit être établi, l'état vaccinal contrôlé. Le dépistage obligatoire de la tuberculose doit être effectué et le dépistage du VIH, VHB et du VHC systématiquement proposé.

L'article 51 de la loi pénitentiaire n°2009-1436 du 24 novembre 2009 : "Il est proposé à la personne détenue, lors de son incarcération, un bilan de santé relatif à sa consommation de produits stupéfiants, d'alcool et de tabac. Ce bilan, effectué à titre préventif, dans un but de santé publique et dans l'intérêt du patient, reste confidentiel."

En complément des actions sanitaires et sociales organisées par les différents services précités, la personne détenue peut rencontrer **divers intervenants** chargés d'évaluer ses besoins, de l'informer sur les actions menés dans la maison d'arrêt, ce qui peut enclencher un suivi. Interviennent ainsi enseignants de l'éducation nationale, animateurs d'activités, visiteurs de prison, aumôniers, associations de lutte contre le sida, acteurs de santé, etc.

¹⁹ <http://www.justice.gouv.fr/prison-et-reinsertion-10036/la-vie-en-detention-10039/je-suis-en-detention-guide-du-detenu-arrivant-19214.html>

²⁰ Ucsa : Unité de consultations et de soins ambulatoires ; SMPR : Service Médico-Psychologique Régional ; Spip : Service pénitentiaire d'insertion et de probation.

Au moment de la mise en place de l'action, il faut penser à demander au Spip à figurer dans la liste de présentation des différents intervenants du livret d'information remis aux arrivants.

La détention "ordinaire"

En fonction des évaluations menées au quartier arrivant, la personne sera affectée – sauf avis particulier des autorités judiciaires, pénitentiaires ou médicales – en détention dite "normale".

Un nombre croissant d'établissements pénitentiaires met en place, au sein de la détention "ordinaire", des régimes de détention "différenciés".

Des quartiers "ouverts" ou à régime souple, "semi-ouverts" ou à régime intermédiaire, "fermés" ou à régime strict ont été créés. Les détenus y sont placés selon leur comportement en détention, sur décision de la direction de l'établissement pénitentiaire.

Ces régimes proposent, selon qu'ils soient souples ou stricts, un plus vaste accès au travail, aux activités, au sport, etc.

Quel que soit le régime de détention, toute personne a normalement droit à une heure de promenade par jour, aux visites au parloir (au moins trois fois par semaine pour les prévenus et au moins une fois par semaine pour les condamnés), aux activités que peuvent proposer les associations extérieures, à l'enseignement, au travail.

Le quartier d'isolement

Deux cas prévoient la mise à l'isolement d'un détenu :

- **sur décision du chef d'établissement** : afin d'écarter du reste de la détention des détenus considérés comme gênants, suspects, meneurs, sans qu'ils n'aient commis de sanction disciplinaire ;
- **pour la protection de certains détenus** : à leur demande ou non, susceptibles de subir des agressions de leurs codétenus ou dont la présence pourrait provoquer un désordre (homosexuels, transgenres, délinquants sexuels, policiers ou surveillants de prison, détenus célèbres, etc.).

Les décisions de placement à l'isolement peuvent être contestées devant les juridictions administratives.

Selon le code de procédure pénale, la mise au quartier d'isolement ne constitue pas une mesure disciplinaire, mais une mesure de précaution, et les détenus qui en font l'objet doivent être soumis au régime ordinaire de détention.

Les sanctions disciplinaires

Les fautes disciplinaires, classées en trois degrés d'importance, font l'objet de sanctions sur décision de la commission de discipline, qui est dirigée par le chef d'établissement.

EN PRATIQUE

Il en va tout autrement. D'une part les conditions d'isolement ne peuvent être qualifiées de normales puisque les personnes sont privées de tout contact avec le reste de la détention et, d'autre part, lorsque l'isolement est imposé par l'administration, il est difficile de ne pas l'assimiler à une sanction.

La vie en quartier d'isolement, privé de contacts avec le reste de la détention, est identifiée comme pouvant avoir des effets psychiques et physiques lourds sur les détenus qui la subissent, notamment les malades.

Il est à noter que les associations peuvent intervenir auprès des personnes isolées mais uniquement en entretiens individuels.

Un certain nombre de sanctions dites "générales" peuvent être prononcées quelle que soit l'infraction commise, et sont susceptibles, outre l'avertissement, de modifier le régime de détention de la personne :

- l'interdiction de recevoir des subsides de l'extérieur ;
- l'interdiction d'acheter en cantine²¹ tout autre produit que les produits d'hygiène, le nécessaire de correspondance et le tabac ;
- le confinement en cellule individuelle ordinaire (la durée de confinement peut aller jusqu'à 45 jours). Lors du confinement en cellule, la mesure a lieu dans la cellule habituelle du détenu. Il ne peut sortir de cellule que pour la promenade, les visites et les offices religieux. Il est privé d'activités et de travail. Il ne peut cantiner que les produits nécessaires à l'hygiène, à la correspondance et le tabac ;
- le placement en cellule disciplinaire (la durée peut aller jusqu'à 45 jours).

Lors du placement en cellule disciplinaire, le détenu cumule de nombreuses sanctions : il est enfermé seul dans une cellule du quartier disciplinaire, il n'en sort que pour la promenade (d'une heure par jour dans une cour spéciale où il est également seul) ou pour les parloirs autorisés, depuis juin 2008. Il est privé de toute activité et ne peut cantiner que les produits nécessaires à l'hygiène, à la correspondance et le tabac. Il est privé de la possibilité de téléphoner.

En revanche, il ne peut être privé des contacts avec son avocat, et doit se voir proposer de la lecture et un poste de radio.

Il doit bénéficier de la visite d'un médecin deux fois par semaine.

Toutes les activités collectives sont suspendues, seule demeure possible la continuité d'une prise en charge individuelle.

VIVRE EN DÉTENTION

L'ensemble de la vie en détention est régi par un cadre réglementaire très strict : hygiène, alimentation, relations avec l'extérieur, activité, discipline, travail, mais également droit d'expression, liberté de culte, accès aux droits, à l'enseignement, à la culture, etc.

Certains de ces aspects, à connaître avant d'intervenir en détention, sont détaillés ci-dessous.

EN PRATIQUE

Les détenus sont parfois obligés d'utiliser la lumière artificielle en plein jour, en raison de la petite taille de la fenêtre, de son emplacement ou de la nature des barreaux.

Concernant les douches, leur nombre n'est pas toujours respecté en raison de l'insuffisance des installations sanitaires.

Hygiène

Dans tout local où les détenus séjournent, les fenêtres doivent être suffisamment grandes pour qu'ils puissent lire et travailler à la lumière naturelle et pour permettre l'entrée de l'air frais.

Le détenu a la possibilité de signaler au médecin responsable de l'Ucsa tout problème d'hygiène, puis de s'adresser au médecin inspecteur de la délégation territoriale/ARS et en dernier recours au ministre chargé de la santé.

Les conditions d'utilisation des douches sont fixées par le règlement intérieur de chaque établissement. Le nombre minimum de douches auquel les détenus doivent avoir accès est fixé à trois par semaine, en plus d'une douche prévue après les séances de sport et de retour du travail.

²¹ Lieu, au sein de la détention, sous le contrôle du chef de l'établissement pénitentiaire où le détenu peut acheter divers objets ou denrées en fonction de ses moyens financiers (calculés sur le contenu de son compte nominatif). Cette possibilité de "cantiner" s'exerce dans les conditions prévues par le règlement intérieur qui fixe les jours, heures, modalités des commandes et des livraisons.

Dans quelques établissements, certaines cellules comportent encore un WC sans dispositif de séparation.

Un lit individuel et une literie appropriés doivent être mis à disposition du détenu et doivent être entretenus pour en assurer la propreté.

En raison de la surpopulation, dans certains établissements pénitentiaires, des personnes se voient contraintes de dormir sur un matelas, à même le sol.

Des problèmes récurrents sont rapportés par les détenus :

l'accès aux douches limité ;
les difficultés visuelles dues aux barreaux et aux grillages des fenêtres ;
la présence de rongeurs, d'insectes et de parasites.

Entretien

Dans chaque établissement, des détenus travaillent au "service général" pour maintenir la propreté des locaux à usage collectif. Ils sont choisis de préférence parmi les condamnés sans ressource. Ils nettoient chaque jour les ateliers, réfectoires, couloirs, dortoirs, préaux, ainsi que tous les autres lieux à usage collectif.

Chaque détenu doit entretenir lui-même sa cellule. Le fait de négliger la propreté de sa cellule constitue une faute disciplinaire.

L'administration est tenue de fournir aux détenus, les produits et ustensiles de nettoyage nécessaires.

Un flacon d'eau de javel doit être remis tous les quinze jours à chaque détenu, ce qui est censé lui permettre, outre la désinfection des surfaces et des différents objets usuels, une prévention des maladies transmissibles telles que le VIH ou les hépatites.

EN PRATIQUE

Dans la plupart des cas, aucune information n'est donnée sur les protocoles de désinfection des seringues par l'eau de javel.

Précautions pour les associations intervenant dans le domaine du VIH et des hépatites :

En l'absence de mesures efficaces de réduction de risque liées à l'usage de drogues injectables en prison, malgré les recommandations de différentes instances (groupe d'expert VIH 2010 (http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_2010_sur_la_prise_en_charge_medicale_des_personnes_infectees_par_le_VIH_sous_la_direction_du_Pr_Patrick_Yeni.pdf)? CNS, 2009 (<http://www.cns.sante.fr/spip.php?article306>)...), il est important que les acteurs de la lutte contre le sida puissent diffuser aux détenus une information claire sur les mesures à prendre dans ce domaine, notamment en matière de désinfection. Il est à rappeler que la désinfection par la javel, notamment dans les conditions de la prison (dilution, conditions de conservation, peur d'être appréhendé d'où précipitation...), n'a pas prouvé son efficacité sur le VIH et qu'elle est sûrement inefficace en matière de neutralisation du virus de l'hépatite C. Cela est d'autant plus vrai que se pose également la question du titrage de la javel, conformément aux textes réglementaires qui stipulent que celle-ci doit être titrée à 12°, contrairement à la javel domestique titrée à 9° qui est souvent utilisée. Parfois, sa dilution est encore moindre par crainte d'une utilisation autre que celle de la désinfection.

Vêtements

Les personnes détenues peuvent acheter des vêtements par le biais de la cantine. Familles et intervenants associatifs peuvent, de leur côté, déposer des vêtements à l'attention des personnes détenues. Le règlement intérieur précise les effets autorisés et ceux interdits et définit les modalités de dépôt. De manière générale, sont interdits les vêtements à capuche, les vêtements avec doublure, le bleu marine (couleur des tenues de la pénitentiaire), les serviettes de bain de plus de 1m30, etc.

Alimentation

Les détenus doivent en principe recevoir une alimentation variée, diététique et hygiénique tant en ce qui concerne la qualité, que la quantité.

En pratique, les repas s'avèrent souvent insuffisants ou inadaptés, notamment pour les personnes malades ou dénutries. Les détenus qui en ont les moyens, complètent souvent leur alimentation par des achats en cantine.

Trois repas par jour doivent être distribués à des heures fixées par le règlement intérieur de la prison. La plupart des détenus prennent leur repas en cellule.

Les détenus de moins de 21 ans doivent avoir un régime alimentaire amélioré par rapport à celui des adultes. En fonction de l'état de santé de la personne, un régime alimentaire adapté, prescrit médicalement, doit être fourni par l'administration pénitentiaire. Tout détenu doit également, dans la mesure du possible, pouvoir bénéficier d'un régime alimentaire adapté à ses convictions religieuses. Depuis le décret du 8 décembre 1998, la vente en cantine de toute boisson alcoolisée est interdite.

L'envoi ou la remise de colis alimentaires à l'intention des détenus est interdite, à l'exception des fêtes de fin d'année où les visiteurs peuvent remettre des colis ne dépassant pas 5 kg et avec un inventaire détaillé. Dans bon nombre d'établissements, ne sont autorisés que les colis achetés par les familles à des associations conventionnées telles que la Croix-Rouge ou le Secours catholique.

“La mise en conformité des établissements pénitentiaires aux normes d'hygiène et de salubrité doit être prioritairement poursuivie par les services pénitentiaires.”

“Il appartient aux préfets de faire usage de leurs pouvoirs de police de l'hygiène là où les conditions d'hébergement représentent une menace pour la santé des personnes incarcérées.”

“Le gouvernement est appelé à assurer l'encellulement individuel, seul régime de détention à même de garantir l'intégrité physique et psychologique des personnes incarcérées.”

“Les détenus doivent recevoir de la nourriture saine, équilibrée et en quantité suffisante.”

Commission nationale consultative des droits de l'Homme (CNCDH).

Argent

L'argent liquide est interdit en détention. Chaque personne détenue dispose d'un compte nominatif divisé en trois parties : le pécule "disponible" (qui permet de cantiner), le pécule de libération et le pécule pour le remboursement des parties civiles. Familles et associations peuvent envoyer de l'argent aux personnes détenues, sous forme de virement bancaire ou de mandat postal.

→ Les activités en détention

Ces activités sont régies par le règlement de l'établissement. Elles sont diverses. Les associations intervenant en milieu carcéral doivent les connaître, pour promouvoir leur accès à tout détenu et pour identifier des liens possibles avec des activités portant sur la santé.

Lecture

Tout détenu doit avoir accès à la lecture, soit par le biais de la bibliothèque, soit en se faisant remettre des livres de l'extérieur, après autorisation du chef d'établissement. Ne sont autorisés que les ouvrages à couverture souple. Ne sont normalement interdits que les livres soumis à une interdiction à l'extérieur. L'accès aux journaux et magazines n'est autorisé que par abonnement direct ou achat en cantine.

Télévision et radio

En maison d'arrêt, la télévision n'est accessible qu'à la location, au prix moyen de cinq euros par semaine (depuis janvier 2010). Les personnes sans ressources peuvent être reconnues "indigentes" par l'administration pénitentiaire. Pour ce faire, elles doivent n'avoir pas eu plus de 45 euros sur la part disponible de leur pécule pendant deux mois, avoir fait la demande d'un travail sans que l'administration n'ait été en mesure de leur en proposer, et ne pas avoir eu un comportement sanctionné disciplinairement. Dans ce cas, elles peuvent bénéficier d'un téléviseur gratuit.

Dans les centres de détention et les maisons centrales, les téléviseurs peuvent être achetés en cantine. Les postes de radio peuvent également être achetés en cantine, et sont parfois fournis gratuitement aux personnes sans ressource. Dans bon nombre d'établissements, il existe un canal interne radio ou TV.

Une exposition sur le VIH/sida, réalisée par les détenus de la MA de Villefranche, dans le cadre d'un travail réalisé avec une association de lutte contre le sida de Lyon et deux infirmières de l'Ucsa, a été diffusée par le biais du canal interne.

Un autre projet, a consisté en la mise en scène de textes réalisés autour du VIH/sida et les discriminations envers les personnes séropositives. Destiné à la diffusion sur le canal interne, il a été mené également dans ce cadre, par un groupe de huit détenus, avec un professeur de français et un comédien et a abouti à la réalisation d'un film de 20 minutes.

Enseignement

Toute personne qui le souhaite doit pouvoir bénéficier de l'enseignement de son choix, selon la convention passée le 29 mars 2002 entre les Ministères de la Justice et de l'Éducation nationale.

Outre les cours dispensés par l'Éducation nationale, toute personne doit pouvoir accéder à l'enseignement par correspondance et disposer en cellule d'une table et d'une chaise afin de pouvoir étudier.

EN PRATIQUE

Les moyens matériels demeurent insuffisants, les enseignants peu nombreux et l'enseignement souvent inadapté. De fait, y accèdent prioritairement les détenus les plus jeunes et les moins instruits. De plus, les chefs d'établissement décident souvent à partir d'une liste de candidats ceux qu'il autorise à suivre des cours et ceux qui ne doivent pas y accéder.

Notamment en maison d'arrêt, la promiscuité liée à la surpopulation (bruit, absence de mobilier suffisant) ne permet pas d'étudier. Les frais des cours par correspondance peuvent être pris en partie en charge par l'administration pénitentiaire.

EN PRATIQUE

Le droit du travail ne s'applique pas en prison. Il n'y a pas à proprement parler de contrat de travail, mais une obligation pour l'administration pénitentiaire de cosigner avec la personne détenue un "contrat d'engagement."

Environ un tiers des personnes détenues exerce une activité rémunérée (emploi ou formation professionnelle).

EN PRATIQUE

En réalité, tous les établissements ne proposent pas un panel large d'activités, en particulier les maisons d'arrêt surpeuplées ou les petits quartiers réservés aux femmes.

Travail

Dans le cadre de sa mission de réinsertion, l'administration pénitentiaire est supposée fournir un travail rémunéré à toute personne qui le demande.

Le travail en prison est supposé être productif et suffisant pour occuper la durée normale d'une journée de travail, et tenir compte des capacités physiques et intellectuelles de la personne. Il doit s'inscrire dans un parcours individualisé ayant pour but de faciliter la réinsertion.

Que ce soit au service général (travail à l'entretien des locaux, cuisine, distribution des repas...) ou en atelier (manutention, confection, conditionnement ou façonnage...), le travail proposé est rarement formateur, et très peu rémunérateur.

Dans certains établissements pénitentiaires, la personne détenue peut se voir proposer une activité rémunérée en cellule. Il s'agit de travail à la pièce, fort peu rémunéré, tels que : façonnage, cartonnage, etc.

Promenade

Toute personne doit pouvoir effectuer une promenade d'au moins une heure par jour à l'air libre, dans des cours collectives. Les personnes placées en isolement ou en quartier disciplinaire effectuent ces promenades dans de petites cours où elles sont seules. Les maisons d'arrêt prévoient en général une heure le matin et une heure l'après-midi.

Activités socioculturelles

Des activités socioculturelles doivent être organisées dans chaque établissement pénitentiaire. Le service pénitentiaire d'insertion et de probation (Spip) est chargé de définir et d'organiser la programmation culturelle en liaison avec le chef d'établissement.

Culte

A son arrivée en prison, chaque détenu doit être informé de la possibilité de recevoir la visite d'un représentant de son culte et d'assister aux offices religieux. Les aumôniers nommés auprès de l'établissement peuvent en principe s'entretenir aussi souvent qu'ils l'estiment nécessaire avec les détenus de leur culte. Les aumôniers restent les intervenants extérieurs qui peuvent entrer le plus facilement en contact direct avec les détenus.

→ Les liens avec l'extérieur (liens familiaux et sociaux)**Correspondance**

Attention : pour toute correspondance, le numéro d'écrou doit être indiqué sur l'enveloppe.

Sauf interdiction de communiquer prononcée par l'autorité judiciaire, toute personne détenue peut correspondre à l'extérieur avec les personnes de son choix. Hormis la correspondance à destination ou en provenance de l'avocat et de certaines autorités telles que les parlementaires, organes de contrôle, autorités judiciaires, administratives et sanitaires, tout courrier est lu et contrôlé (par le juge d'instruction pour les prévenus et par l'administration pénitentiaire pour les condamnés). Les courriers contenant des menaces et des insultes peuvent être retenus et remis aux autorités judiciaires. Les courriers en langue étrangère peuvent être retenus aux fins de traduction et de contrôle.

Téléphone

L'article 39 de la loi pénitentiaire n°2009-1436 du 24 novembre 2009 : "Les personnes détenues ont le droit de téléphoner aux membres de leur famille. Elles peuvent être autorisées à téléphoner à d'autres personnes pour préparer leur réinsertion. Dans tous les cas, les prévenus doivent obtenir l'autorisation de l'autorité judiciaire. L'accès au téléphone peut être refusé, suspendu ou retiré, pour des motifs liés au maintien du bon ordre et de la sécurité ou à la prévention des infractions et, en ce qui concerne les prévenus, aux nécessités de l'information (...)."

Les refus d'autorisation sont susceptibles de recours. Les modalités de contrôle par écoute sont équivalentes à celles de la correspondance. Les communications téléphoniques sont payantes. Une personne détenue ne peut pas recevoir d'appel téléphonique.

Les lignes de Sida Info Service : **0800 840 800** et d'hépatites Info Service : **0800 845 800** sont des interlocuteurs à distance sur les questions VIH et hépatites pour les détenus qui ont accès au téléphone.

Visites

Dans le but de permettre la réinsertion des personnes détenues, l'administration pénitentiaire doit favoriser le maintien des liens avec leurs familles et leurs proches.

- Les personnes en détention provisoire ont droit à au moins trois visites par semaine.
- Les condamnés ont droit à au moins une visite par semaine.
- Les visites (d'une durée de 30 à 45 minutes en maison d'arrêt, d'une heure ou deux en établissements pour peine) se déroulent dans des parloirs familiaux (salle commune ou boxes individuels), sous surveillance du personnel pénitentiaire.

Début 2010, quinze établissements pénitentiaires comprennent des Unités de Vie Familiale (UVF), petits appartements aménagés, dans lesquels le détenu peut recevoir ses proches pour une durée de 6 à 72 heures. Les visites ne sont pas surveillées. La personne détenue a droit à une visite en UVF tous les trois mois.

La personne détenue peut également bénéficier de visites d'intervenants extérieurs : avocats, visiteurs de prison, intervenants associatifs. Ces visites se déroulent dans des parloirs spécifiques (parloirs avocats) ou dans les locaux des services accueillant les intervenants (Ucsa, Spip).

L'article 36 de la loi pénitentiaire n°2009-1436 du 24 novembre 2009 :

"Les Unités de Vie Familiale ou les parloirs familiaux implantés au sein des établissements pénitentiaires peuvent accueillir toute personne détenue. Toute personne détenue peut bénéficier à sa demande d'au moins une visite trimestrielle dans une Unités de Vie Familiale ou un parloir familial, dont la durée est fixée, en tenant compte de l'éloignement du visiteur. Pour les prévenus, ce droit s'exerce sous réserve de l'accord de l'autorité judiciaire compétente."

PRÉPARATION A LA SORTIE : ALTERNATIVES A L'INCARCÉRATION ET AMÉNAGEMENTS DES PEINES

Attention : en raison de l'adoption de la loi pénitentiaire du 24 novembre 2009 et en l'absence des décrets d'application, certains éléments contenus dans ce chapitre peuvent évoluer.

Le droit pénal comporte le principe de l'individualisation et l'aménagement des peines, dont les objectifs sont l'insertion du condamné et la prévention de la récidive. Ces mesures sont accordées par le juge de l'application des peines ou le tribunal de l'application des peines. Les personnes dont la condamnation est assortie d'une période de sureté ne peuvent bénéficier d'aménagement de peine pendant toute la durée de celle-ci.

Les personnes en détention provisoire peuvent, à tout moment demander une remise en liberté correspondant aux mêmes critères que les aménagements de peine pour les condamnés (pour raison médicale, familiale, d'insertion sociale et professionnelle, etc.).

Les associations peuvent accompagner les personnes dans leurs démarches : ainsi, Xavier R. a obtenu une permission de sortie dans le cadre d'un projet de soin soutenu par une association de lutte contre le sida qui lui a permis d'intégrer directement un appartement de coordination thérapeutique (ACT) lors de sa sortie définitive.

À Perpignan, un patient détenu, devant subir une chimiothérapie, a débuté son traitement par des permissions de sortie répétées toutes les deux semaines puis au bout de deux mois par une modification de son régime de détention avec passage en centre de semi-liberté.

Au moment de la conception d'un projet d'intervention en détention, il convient de :

Garder en tête que les aménagements de peine et notamment les permissions de sortir peuvent être utilisées afin de permettre à des personnes détenues de participer à des actions organisées à l'extérieur (conférences/débats, repas conviviaux, groupes de paroles, etc.). Cela nécessite parfois de travailler en lien avec des structures ou des personnes compétentes dans ce domaine.

Les réductions de peine

■ **Les réductions de peine ordinaires (RPO)**, sont accordées au détenu faisant preuve d'une bonne conduite. Cette mesure est accordée sous forme d'un "crédit" de réduction de peine, qui pourra être validé ou refusé selon le comportement en détention. Tout condamné peut bénéficier de trois mois de RPO la première année, de deux mois les années suivantes, et de sept jours par mois pour une année incomplète.

■ **Les réductions de peine supplémentaires (RPS)**, sont accordées aux détenus qui fournissent des efforts sérieux de réadaptation sociale²². Les RPS ne peuvent excéder une durée de trois mois par année d’incarcération (deux mois pour les personnes en état de récidive).

■ **Les réductions de peine exceptionnelles (RPE)**, accordées aux détenus dont les déclarations faites à l’autorité administrative ou judiciaire, avant ou après leur condamnation, ont permis de faire cesser ou d’éviter la commission d’une infraction.

Les permissions et autorisations de sortie

Afin de préserver le lien familial, de rencontrer d’éventuels employeurs, de bénéficier d’un suivi médical spécialisé, la personne détenue peut bénéficier de permissions de sortir. La permission de sortir est accordée par le juge de l’application des peines, et peut être assortie d’obligations (interdiction de se rendre dans certains lieux ou de fréquenter certaines personnes).

Il existe trois catégories de permission :

- maintien des liens familiaux ou à la réinsertion sociale ;
- permettre d’accomplir une obligation à l’extérieur ;
- à l’occasion de circonstances familiales graves.

Ne peuvent en bénéficier les prévenus, les condamnés qui accomplissent une période de sûreté et les condamnés à la réclusion criminelle à perpétuité qui doivent d’abord se voir accorder une libération conditionnelle.

Les suspensions ou fractionnements de peine

Afin de permettre à la personne détenue de faire face à des problèmes familiaux, médicaux ou professionnels importants, la peine peut être suspendue pendant un temps ou exécutée par fractions.

La suspension de peine pour raisons médicales : elle a été créée par la loi du 4 mars 2002 sur le droit des malades²³. La suspension de peine pour raisons médicales peut être accordée aux personnes dont le pronostic vital est engagé ou aux personnes dont l’état de santé est jugé durablement incompatible avec la détention.

La semi-liberté

La semi-liberté est une mesure qui permet à un condamné de sortir de l’établissement pénitentiaire, sans surveillance, pour exercer des activités (travail, formation). Lorsque celles-ci sont interrompues, le condamné réintègre la prison.

La semi-liberté peut également être accordée pour une activité non rémunérée au profit d’une association, pour suivre un traitement médical, ou encore assurer une participation essentielle à la vie de famille.

²² Suivre une formation professionnelle, un stage, un enseignement, etc.

²³ <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000227015&dateTexte>

Le placement à l'extérieur

Le placement à l'extérieur est une mesure qui permet au condamné d'être employé en dehors d'une prison avec ou sans surveillance du personnel pénitentiaire.

- Placement extérieur sous surveillance : la personne est employée à des travaux contrôlés par l'administration pénitentiaire, sous surveillance continue du personnel.
- Placement extérieur sans surveillance : la personne peut travailler, suivre un enseignement, une formation, un stage, etc., sans surveillance du personnel de l'administration pénitentiaire. Les travaux réalisés doivent l'être pour le compte d'une administration, d'une collectivité publique, d'une entreprise, d'une association ou d'une personne physique.

La libération conditionnelle

Afin de bénéficier d'une libération conditionnelle, le condamné doit manifester "des efforts sérieux de réadaptation sociale" : suivre une formation professionnelle, un stage, un enseignement, etc. Le condamné doit également apporter la preuve qu'un emploi lui est destiné à l'extérieur, ou que sa participation à la vie familiale est essentielle, ou qu'il doit suivre un traitement médical.

Les condamnés non récidivistes peuvent bénéficier d'une libération conditionnelle lorsqu'ils ont effectué la moitié de leur peine. Les condamnés récidivistes, après avoir accompli les deux tiers de leur peine.

La personne en libération conditionnelle doit respecter un certain nombre d'obligations pendant une période de temps déterminée ("délai d'épreuve") et se soumettre à des mesures d'aide et de contrôle. Si le condamné respecte ces obligations, la peine sera considérée comme définitivement terminée à la fin du délai d'épreuve. S'il ne respecte pas les obligations, il perd le bénéfice de la mesure et doit retourner en prison pour terminer sa peine.

Le placement sous surveillance électronique

Il existe deux formes de placement sous surveillance électronique :

- le placement sous surveillance électronique (PSE) : la personne est assignée à son domicile ou dans un lieu d'accueil public ou privé à certains horaires adaptés en fonction de son activité (formation, travail, soins, etc.). Son bracelet est connecté à un boîtier situé dans le lieu d'assignation afin de contrôler sa présence aux heures qui lui sont imposées ;
- le placement sous surveillance électronique mobile (PSEM) : la localisation de la personne est contrôlée en permanence par satellite, afin de vérifier qu'elle est bien présente aux lieux et aux heures imposées et qu'elle ne se trouve pas dans un périmètre qui lui est interdit ;
- la mise en liberté sous surveillance électronique est possible : si la peine ou la totalité des peines ont une durée inférieure ou égale à un an ; si la durée de la peine restant à effectuer est inférieure ou égale à un an ; comme condition préalable à l'octroi d'une libération conditionnelle (dans ce cas le PSE ne peut excéder un an).

Organisation de la santé en milieu carcéral

AVANT 1994 : L'ÉPOQUE DE LA MÉDECINE PÉNITENTIAIRE

Les personnels de santé, médecins et infirmiers, étaient employés par l'administration pénitentiaire. La délivrance des médicaments se faisait par "fiole" et la distribution par les surveillants.

Lors de l'épidémie de sida dans les prisons à la fin des années 80, il n'y avait pas de prise en charge sanitaire spécifique et la collecte de sang se faisait parmi les détenus.

Différentes étapes ont amené à l'élaboration de la loi fondatrice de 1994²⁴ :

1984 : contrôle sanitaire des établissements pénitentiaires par l'IGAS²⁵ et les services déconcentrés du ministère de la santé (DRASS / DDASS) ;

1985 : l'infirmerie centrale des prisons de Fresnes devient établissement hospitalier public national, puis établissement public de santé national de Fresnes (EPSNF) en 1995 ;

1986 : création des Service Médico-Psychologique Régional (SMPR) ;

1987 : fonction de la santé confiée à des opérateurs privés dans les établissements pénitentiaires du programme 13 000²⁶ ;

1989 : des conventions sont signées entre les établissements pénitentiaires les plus touchés par le sida et des Centres d'informations et de soins de l'immunodéficience humaine (Cisih), afin d'assurer des consultations de dépistage du VIH à l'intérieur des prisons ;

1992 : des conventions expérimentales sont conclues entre trois établissements pénitentiaires et les établissements de santé de proximité ;

1993 : le Haut Comité de la santé publique publie un rapport sur la santé en milieu carcéral, qui souligne la gravité des problèmes de santé en prison, d'où s'en suit un débat au Parlement...

²⁴ <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=LEGITEXT000005615126&dateTexte=20100112>

²⁵ Inspection Générale des Affaires Sociales.

²⁶ Le Programme 13000, régi par la Loi du 22 juin 1987, concerne les établissements pénitentiaires dont la construction, l'entretien, l'hôtellerie, le travail, la formation professionnelle et la santé des personnes détenues sont confiés à des groupements privés. L'administration pénitentiaire conserve les fonctions de direction, de greffe et de surveillance. Les groupements privés ont une obligation de moyens, variables selon le type d'établissement mais notablement supérieurs à ceux dont disposaient alors les établissements pénitentiaires du parc classique.

LES TEXTES DE RÉFÉRENCE

→ Loi 94-43 du 18 janvier 1994 relative à la santé publique et à la protection sociale²⁷

Les objectifs de la loi sont ainsi définis :

- la Loi 94-43 du 18 janvier 1994, transfère la prise en charge des détenus du Ministère de la Justice au Ministère de la Santé et crée les Unités de consultations et de soins ambulatoires (Ucsa) pour assurer aux personnes détenues une qualité et une continuité des soins identiques à l'ensemble de la population. La référence concernant la prise en charge des personnes reste le milieu libre, ce qui permet de comprendre les délais allongés pour certaines consultations et examens complémentaires, etc. ;
- le service public hospitalier assure, dans des conditions fixées par voie réglementaire, les examens de diagnostic et les soins dispensés aux détenus en milieu pénitentiaire et, si nécessaire, en milieu hospitalier. Il concourt, dans les mêmes conditions, aux actions de prévention et d'éducation pour la santé organisées dans les établissements pénitentiaires ;
- les détenus sont "automatiquement" affiliés au régime général d'assurance maladie et maternité de la sécurité sociale et l'Administration pénitentiaire verse la part complémentaire, se comportant comme une mutuelle de fait ;
- les soins liés aux Affections de longues durée (ALD) sont pris entièrement en charge par l'Assurance maladie dans le cadre d'une enveloppe budgétaire définie annuellement pour chaque Ucsa et entrant dans le cadre des Missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (Migac) ;
- la prise en charge sanitaire des détenus nécessitant une hospitalisation par le service public hospitalier est définie dans le cadre d'un schéma national d'hospitalisation des détenus²⁸ ;
- un décret de 2001 modifie les services médicaux des prisons privées (plan 13 000) deviennent aussi des Ucsa ;
- la loi du 4 mars 2002²⁹ sur les droits des malades et la démocratie sanitaire définit les conditions d'obtention de la suspension de peine pour raisons médicales.

→ Guide méthodologique relatif à la prise en charge sanitaire des personnes détenues de 2004³⁰

Le guide méthodologique publié en 2004 par les ministères de la Santé et de la Justice et la circulaire de 2005 constituent les références pour les intervenants en milieu carcéral. Ces textes définissent les rôles et les missions des Ucsa et des SMPR, en matière de soins, de dépistage, d'éducation pour la santé. Une actualisation de ce guide méthodologique prévue initialement pour 2010 ne sera vraisemblablement pas disponible avant la fin de l'année 2011.

²⁷ <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=LEGITEXT000005615126&dateTexte=20100112>

²⁸ <http://www.senat.fr/rap/101-370/101-37016.html>

²⁹ Loi n°2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000227015>

³⁰ 1) Ministère de la santé et de la protection sociale, Ministère de la justice, Guide méthodologique relatif à la prise en charge sanitaire des personnes détenues, septembre 2004, http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Guide_methodologique_relatif_a_la_prise_en_charge_sanitaire_des_personnes_detenues.pdf

2) Circulaire interministérielle DHOS/DGS/DSS/DGAS/DAP no 2005-27 du 10 janvier 2005 relative à l'actualisation du guide méthodologique relatif à la prise en charge sanitaire des personnes détenues et à leur protection sociale.

APPLICATION DES LOIS ET RECOMMANDATIONS

→ Les Ministères de tutelle et services concernés



Ministère de la Santé

Les Ucsa sont rattachées à un Centre Hospitalier Universitaire (CHU) ou à un Centre Hospitalier Général (CHG).

Les SMPR sont rattachés soit à un CHU, soit à un Centre Hospitalier Spécialisé (CHS) pour la psychiatrie.

Ministère de la Justice

L'administration pénitentiaire comprend deux corps hiérarchiquement distincts, mais rattachés à un directeur interrégional (huit en tout en France). Chaque établissement pénitentiaire est dirigé par un directeur assisté d'un ou plusieurs adjoints. Il comprend également l'ensemble des personnels de surveillance. Le deuxième corps est le Service pénitentiaire d'Insertion et de probation (Spip) chargé de la prise en charge sociale et du suivi de la réinsertion. Il est composé d'un directeur départemental, de chefs de service et de conseillers d'insertion et de probation (CIP).

Ministère de l'Intérieur

Les accompagnements vers l'extérieur et notamment les hospitalisations se font en lien avec la police nationale qui assure les escortes.

Une évolution de ce dispositif est prévue et devrait confier à la seule administration pénitentiaire cette mission.

L'absence d'escorte peut-être la raison d'un report ou d'une annulation d'une consultation médicale externe ou d'une hospitalisation.

EN PRATIQUE

L'ouverture de l'ensemble des droits n'est systématique que pour l'obtention de certaines prestations telles que lunettes ou prothèses dentaires.

→ **Protection sociale****Immatriculation et couverture complémentaire**

A l'entrée en prison, tous les détenus sont théoriquement (re)immatriculés à la CPAM³¹ du département dont dépend le centre pénitentiaire. En pratique, la délivrance des soins par l'Ucsa n'étant pas subordonnée à l'ouverture de ces droits, l'obtention d'une immatriculation peut nécessiter plusieurs mois. La CMU et la CMUC sont accessibles aux personnes détenues depuis 2000. Cependant un dossier administratif spécifique est à remplir si besoin avec l'aide du Conseiller d'insertion et de probation, d'un correspondant CPAM ou d'une autre structure dédiée.

Extrait de la circulaire N° 27 DHOS/DGS/DSS/GDAS/DAP du 10 janvier 2005 relative à l'actualisation du guide méthodologique relatif à la prise en charge sanitaire des personnes détenues et à leur protection sociale :

“La couverture maladie universelle complémentaire (CMUC) : Les personnes détenues doivent pouvoir bénéficier de la CMUC, au cours de leur détention et si nécessaire à leur libération, si leurs ressources le justifient. Pour ce faire, les services pénitentiaires, en liaison avec la caisse primaire d'assurance maladie (CPAM) doivent instruire les demandes de CMUC. Compte tenu de la prise en charge du ticket modérateur par l'administration pénitentiaire, la CMUC n'intervient que pour les dépassements et les frais exposés en sus des tarifs de responsabilité pour l'optique, le dentaire et les autres dispositifs médicaux à usage individuel.”

Droits des personnes dépendantes et/ou handicapées

L'accueil en détention de personnes dépendantes, âgées ou handicapées concerne un nombre croissant de personnes détenues. Celles-ci doivent pouvoir bénéficier, lors de l'exécution de leur peine, de prestations et de conditions de détention adaptées à leur état, notamment de cellules réservées à l'accueil des personnes handicapées. En plus de l'allocation aux adultes handicapés (AAH), les personnes détenues peuvent maintenant bénéficier des prestations spécifiques telles que l'allocation compensatrice pour tierce personne (ACTP) et l'aide personnalisée à l'autonomie (APA).

Les médecins des Ucsa peuvent remplir la partie médicale des dossiers AAH, ALD, APA car ils sont considérés, par les caisses d'assurance maladie, comme les médecins traitants des détenus.

→ Prévention, éducation pour la santé en milieu pénitentiaire

Le guide méthodologique relatif à la prise en charge sanitaire des personnes détenues et sa réactualisation en 2005, précisent le champ de la prévention au sein des établissements :

“Développer la prévention en milieu pénitentiaire, c’est favoriser un état d’esprit, une culture pour pouvoir mettre en place un projet global associant les personnes détenues, les professionnels sanitaires, sociaux et pénitentiaires, afin que chacun se sente concerné et s’implique dans le cadre d’une véritable promotion de la santé en milieu pénitentiaire. (...) Le lien avec le milieu libre est primordial pour permettre le suivi des actions et favoriser la réussite de projets de réinsertion. Dans cette perspective, il est indispensable de repérer, de contacter et de sensibiliser les réseaux susceptibles de constituer d’éventuels relais à la sortie.”³²

Le Code de la santé publique précise :

- “L’établissement public de santé coordonne les actions de prévention et d’éducation à la santé en milieu pénitentiaire.”
- “Le Spip, en collaboration avec l’Ucsa et le SMPR, organise des interventions de structures extérieures de droit commun, institutionnelles ou de droit privé” (associations).
- “Les actions doivent s’inscrire dans les Schémas régionaux d’éducation à la santé (Sreps³³). Elles peuvent bénéficier de sources de financement relevant des Programmes régionaux d’accès à la prévention et aux soins en faveur des personnes en situation précaire (Praps). Les Directions interrégionales des services pénitentiaires (Disp) doivent également amener leur appui financier en fonction des orientations du ministère de la santé.”
- “Toutes les campagnes nationales de prévention doivent être adaptées à la population pénale et soutenues par des actions d’éducation à la santé.”
- “Il est souhaitable que les actions entreprises avec un petit groupe de personnes détenues soient menées dans l’objectif d’être diffusées à l’ensemble de la population pénale de l’établissement.”
- “La mise en place d’actions d’éducation à la santé nécessite le recours à des professionnels extérieurs.”

Tout ceci s’inscrit dans l’obligation faite au service public pénitentiaire de “permettre au détenu de préparer sa libération dans les meilleures conditions, en lien avec les services de l’état, les collectivités territoriales et tous organismes publics ou privés”, et d’organiser l’accès aux droits sociaux, aux dispositifs d’insertion et de santé.

Ce guide, dont les recommandations restent difficiles à appliquer dans de nombreux établissements pénitentiaires, reste un support pour les associations auquel elles peuvent se référer. Il précise les modalités d’intervention et la nécessaire articulation entre les différents acteurs. Si cette coordination reste parfois complexe, il n’en reste pas moins indispensable, lors du diagnostic initial, d’identifier les acteurs avec lesquels vous pourriez vous inscrire en complémentarité. Le guide précise également les activités liées à la prise en charge sanitaire et aux soins des personnes détenues.

³² http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Guide_methodologique_relatif_a_la_prise_en_charge_sanitaire_des_personnes_detenues.pdf

³³ Avec les nouveaux modes d’organisation ayant donné naissance aux Agences Régionales de Santé, les schémas de prévention vont être revus dans chaque région.

EN PRATIQUE

Certains postes de médecin coordinateur d'Ucsa peuvent être prévus dans les budgets hospitaliers, mais sans être forcément pourvus.

→ Les Ucsa et leur organisation

La loi du 18 janvier 1994 a réformé la prise en charge sanitaire des détenus en confiant au service public hospitalier, à travers les Ucsa, la santé de la population carcérale. Celle-ci passe du ministère de la justice au ministère de la santé. Le but est de veiller à l'égalité des droits à la santé et des soins entre les personnes détenues et la population générale à l'extérieur.

Il y en France 189 Ucsa, ce qui correspond à autant de modes d'organisation différents.

La composition de base de l'équipe de l'Ucsa est la suivante : cadre de santé, infirmier(e)s, médecin coordonnateur, médecins généralistes, psychiatres, dentistes. Il peut lui être adjoint d'autres personnels de santé comme : assistants dentaire, manipulateurs radio, kinésithérapeute, préparateurs en pharmacie, pharmacien...

Le nombre et la fréquence de consultations de spécialistes intra muros sont très variables : hépato-gastro-entérologue et/ou infectiologue, cardiologue, gynécologue, pneumologue, orthopédiste, anesthésiste, chirurgien viscéral, dermatologue, etc.

A titre d'exemple, une Ucsa sur trois seulement dispose d'une consultation mensuelle d'hépatologie ou de maladies infectieuses³⁴.

Les missions de l'Ucsa sont les suivantes :

- consultations de médecine générale ;
- consultations de médecine psychiatrique (sauf si SMPR) ;
- soins dentaires ;
- certaines consultations spécialisées ;
- coordination des actions de prévention et d'éducation à la santé ;
- certificats et attestations : inaptitude au travail pour raisons médicales, sport, aménagements et suspensions de peine. Leur rôle n'est pas d'établir des certificats d'aptitude à tel ou tel régime pénitentiaire comme des "certificats de contre indication".

Un protocole signé entre l'établissement pénitentiaire et l'hôpital de proximité définit les horaires et le fonctionnement de l'Ucsa et du SMPR.

Des surveillants pénitentiaires assurent la sécurité des personnes et des locaux de l'Ucsa et du SMPR.

L'Ucsa est coordonnée par un praticien hospitalier.

Le nombre de médecins et leur temps de présence varient selon l'importance de l'établissement pénitentiaire. Les soins psychiatriques sont assurées par le Service médico-psychologique régional, quand il existe, sinon, par des psychiatres rattachés à l'Ucsa.

Seuls les détenus bénéficiant d'un placement à l'extérieur sans surveillance, d'une semi-liberté ou d'une permission de sortir, peuvent choisir librement leur médecin à l'extérieur. Les détenu(e)s sont soignés par le médecin présent le jour de la consultation et se placent dans la situation d'un "usager contraint du service public".

L'Ucsa (et le SMPR) est une UF (unité fonctionnelle) de l'hôpital public, très rarement un service indépendant. Mais c'est une unité fonctionnelle qui n'est pas (encore) soumise à la tarification à l'activité (T2A) mais au régime des Migac (Missions d'Intérêt Général et d'Aide à la Contractualisation).

³⁴ REMY AJ et les Ucsa de France. Amélioration du dépistage et du traitement de l'hépatite C en prison : Enquête comparative 2000-2003. Presse Médicale 2006, 35 (9) : 1249-1254.

Le rattachement à un pôle médical s'est fait selon le rattachement initial à un service : Urgences, Médecine légale, Médecine interne, Santé publique, etc.

PRISE EN CHARGE EN MILIEU CARCÉRAL

→ Le “parcours de soins”

Dans les 48 heures qui suivent l'incarcération, une visite d'entrée a lieu avec un médecin généraliste. Cette visite permet un bilan somatique et psychologique, des propositions de dépistage (VIH, hépatites virales, syphilis, chlamydiae, tuberculose) et des prescriptions médicamenteuses.

Il n'y pas d'autre consultation “obligatoire” sauf deux “visites” par semaine pour les détenus placés aux quartiers disciplinaires et d'isolement (Code de procédure pénale). La loi pénitentiaire du 24 novembre 2009 pose le principe d'une consultation systématique de sortie pour les personnes condamnées, dans le mois précédant leur libération.

Les demandes pour les autres consultations se font par écrit, soit directement, soit via un tiers (codétenu le plus souvent) pour les détenus illettrés. La consultation de médecin spécialiste est toujours précédée d'un passage par le médecin généraliste.

Même si un certain nombre de prestations de santé sont assurées en prison, celle-ci n'est pas un lieu de soins. Ainsi les conditions d'incarcération peuvent constituer pour de nombreuses pathologies des circonstances aggravantes. Par ailleurs, la situation peut varier d'une Ucsa à l'autre et constituer une véritable rupture dans la prise en charge des personnes. Parfois cependant, pour certaines personnes très précaires, cela peut-être l'occasion de recréer le lien avec le soin.

→ Traitement des urgences

Aux heures d'ouverture de l'Ucsa, le tri des urgences s'effectue sur place avec transfert éventuel aux services d'accueil des urgences. En dehors de ces horaires, il existe quelques astreintes, mais cela concerne moins de dix établissements en France. En règle générale, la régulation se fait donc via le Centre 15 ou SOS médecins, ce qui implique un passage obligé de la demande du détenu par le surveillant.

La nuit le surveillant de garde n'a pas les clés ce qui pose un gros problème de prise en charge en cas d'urgence.

Les soins “externes”

Les consultations externes sont assurées à l'hôpital de proximité sous escorte pénitentiaire, ce qui implique de fait un “quota” (non écrit) journalier d'extractions possibles (hors urgences). Les hospitalisations, urgentes ou programmées, inférieures à 48h, sont réalisées à l'hôpital de proximité sous escorte policière. Au delà de 48h, c'est l'Unité hospitalière de soins inter-régionale (Uhsi) qui prend le relais.

Les unités sanitaires ou cellules médicalisées

Certains établissements pénitentiaires disposent de cellules médicalisées, ou d'unités sanitaires, généralement placées à proximité des Ucsa. Elles sont prévues pour héberger les détenus malades, âgés, handicapés ou fortement dépendants, dont l'état de santé ne nécessite cependant pas une hospitalisation.

Souvent situées dans des établissements vétustes ou anciens, ces cellules n'offrent souvent pas des conditions de vie “compatibles” avec l'état de santé de ces personnes.

“M. Rudy Salles attire l'attention de Mme la garde des sceaux, ministre de la justice, sur le projet de loi qui sera prochainement discuté à l'Assemblée nationale, et plus particulièrement sur la situation des détenus handicapés. Pour les personnes en situation de handicap détenues, le respect de leur droit réside notamment dans la mise en place de cellules individuelles aménagées permettant l'installation de lit, de douche et de toilettes adaptés, et d'une dimension permettant la circulation en fauteuil. Le vote de cette loi est véritablement l'occasion de se conformer aux normes d'accessibilité en milieu carcéral qui constitue, comme l'ont affirmées plusieurs décisions de la Cour européenne des droits de l'Homme, pour les personnes en situation de handicap un élément de leurs droits fondamentaux. Car la privation de liberté ne peut constituer une double peine pour les détenus en situation de handicap. Parmi les difficultés qu'elles rencontrent, figurent l'accessibilité mais aussi le respect de leur droit à compensation, y compris en établissement pénitentiaire, c'est-à-dire bénéficier d'aides techniques adaptées individuellement et de l'intervention d'une aide humaine pour accomplir les gestes et soins quotidiens qui sont indispensables. Il lui demande de préciser les intentions du Gouvernement et si elle entend améliorer l'accessibilité des lieux de détention et, de manière plus générale, la situation des détenus handicapés.”

Question à l'assemblée nationale publiée au JO le 09/06/2009, p.5527.

L'hospitalisation

Un protocole lie l'hôpital de référence et l'Ucsa du milieu pénitentiaire.

L'établissement de santé chargé des soins somatiques (la psychiatrie dépend des SMPR lorsqu'ils existent) apporte une réponse d'ensemble aux besoins des personnes détenues dans l'établissement pénitentiaire avec lequel il a conclu un protocole en application du code de la santé publique.

Ce protocole détermine les conditions de fonctionnement de l'Unité de consultations et de soins ambulatoires (Ucsa) et les obligations respectives de l'établissement hospitalier et de l'établissement pénitentiaire.

Les prestations fournies dépassent le cadre de l'établissement pénitentiaire et concernent, quand cela est nécessaire l'accueil hospitalier en consultation ou hospitalisation ainsi que la préparation du suivi après la libération. La personne hospitalisée est supposée conserver les droits auxquels elle a droit en détention, tels que la visite, la correspondance, l'accès à son avocat, etc.

Les consultations spécialisées et les hospitalisations de courte durée, ainsi que les urgences, sont assurées par l'hôpital de proximité. La personne y est placée en chambre sécurisée, gardée à l'extérieur par des fonctionnaires de police ou de l'administration pénitentiaire.

Les hospitalisations excédant la très courte durée ou réclamant la proximité d'un plateau technique très spécialisé sont mises en oeuvre dans les Unités Hospitalières Sécurisées Interrégionales, implantées dans des centres hospitaliers régionaux. Ces unités sont sécurisées et fermées. A l'intérieur, la garde y est assurée par des fonctionnaires de l'administration pénitentiaire. A l'extérieur, les bâtiments sont gardés par des fonctionnaires de police. Il y a une Uhsi par région pénitentiaire.

Lorsqu'il s'agit d'hospitalisation où le pronostic est incertain, l'aménagement de peine pour raison médicale doit être systématiquement envisagé.

→ Circuit du médicament

Il concerne les médicaments référencés, remboursés mais non référencés, non remboursés et les traitements de substitution.

Les médicaments disponibles sont ceux référencés à la pharmacie de l'hôpital de rattachement. Pour les médicaments remboursés mais non référencés, le remplacement se fait par un "équivalent". Pour les médicaments non remboursés mais nécessitant une prescription, il peut être mis en place un circuit dédié avec une pharmacie de ville, ou un achat direct par la pharmacie hospitalière, mais seulement si la personne détenue peut payer ces médicaments. Les traitements de substitution (méthadone et buprénorphine) font généralement l'objet d'un circuit et d'une distribution particuliers.

Une étude récente³⁵ note cependant qu'en 2007, 22% des Ucsa pilaient le Subutex® avant sa prescription aux détenus.

La visite de sortie peut-être l'occasion de la remise au détenu de son dossier médical, ce qui facilitera sa prise en charge à l'extérieur. C'est un point qui peut faire l'objet d'une information aux détenus de la part des associations.

³⁵ http://prison.eu.org/IMG/pdf/Sante_Publique_Penitentiaire_Franck_LAVAL_CD_UZERCHE.pdf

LES PRISES EN CHARGE SPÉCIFIQUES

→ Prise en charge psychologique

Là également, les pratiques sont variables selon la présence ou non d'un SMPR, le nombre de postes budgétés (et pourvus) de médecins psychiatres, infirmiers psychiatriques et psychologues. La consommation de médicaments psychotropes est importante en milieu carcéral.

→ Prise en charge de la substitution

Deux rapports successifs (Michel-Maguet en 2005³⁶, Laval en 2008³⁷) ont mis en évidence la très grande disparité de la prise en charge des traitements de substitution aux opiacés (TSO) en milieu carcéral. L'initiation ou la poursuite des TSO sont variables. La prescription initiale et/ou le renouvellement se fait par un psychiatre et/ou un médecin généraliste. La distribution et la prise des traitements de substitution obéissent à des procédures tellement différentes qu'il est difficile d'établir un "modèle". Certaines Ucsa et SMPR disposent de l'antenne d'un Centre de soins d'accompagnement et de prévention en addictologie (Csapa), plus rarement de l'intervention d'un Centre d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques lié à l'usage de drogues (Caarud).

→ Prise en charge des hépatites et du VIH³⁸

Dans les textes :

- du dépistage au traitement des hépatites et de l'infection à VIH, tout peut être réalisé au sein des Ucsa ;
- le dépistage dès l'entrée, est systématiquement proposé ;
- le diagnostic se fait par des méthodes biologiques non invasives (tests sanguins, Fibrotest, Fibroscan) ;
- le traitement est prescrit avec les mêmes indications, les mêmes médicaments, les mêmes résultats et induit les mêmes complications qu'en milieu libre³⁹.

→ Accidents d'exposition au sang et traitement post-exposition : le flou et l'inconnu

Il n'existe pas de données chiffrées sur les Accidents d'exposition au sang (AES) et le traitement post-exposition (TPE) en prison.

³⁶ Michel L., Maguet O., L'Organisation des soins en matière de traitements de substitution en milieu carcéral, Rapport pour la Commission nationale consultative des traitements de substitution, avril 2003. Observatoire international des prisons, Les conditions de détention en France, Paris, La Découverte, 2005.

³⁷ http://prison.eu.org/IMG/pdf/Sante_Publique_Penitentiaire_Franck_LAVAL_CD_UZERCHE.pdf

³⁸ Plan de lutte contre les IST, VIH, sida 2008- 2012 http://www.km.undp.org/doc/Plan_sida_08.pdf
http://www.inpes.sante.fr/10000/themes/sida/AP2006/programme_sida_DGS_2005-2008.pdf

³⁹ REMY AJ, SERRAF L, GALINIER A, HEDOUIN V, GOSSET D, WAGNER P and others POPHEC investigators. Treatment for hepatitis C in jailhouses is doable and successful: definitive data of first national french study (POPHEC). *Heroin Add & Rel Clin Probl* 2006, 8: 47-49.

Le guide méthodologique donne à l'Ucsa la mission d'organiser la prise en charge des AES et l'accès au TPE⁴⁰.

La circulaire de 2009 sur la gestion des AES précise uniquement que l'accès au TPE dans les Ucsa doit être identique au milieu libre.

EN PRATIQUE

Demander l'accès à un TPE en urgence, pour une personne détenue, implique souvent de reconnaître une pratique à risque, soit sexuelle, soit d'injection, et cela à un surveillant si cela survient en dehors des heures d'ouverture de l'Ucsa.

Il est important de rappeler aux détenus la possibilité d'accès au TPE et d'anticiper avec eux les difficultés liées à cette demande.

RÉSUMÉ DES ACTIONS DE PRÉVENTION SELON LE GUIDE MÉTHODOLOGIQUE⁴¹

→ Les actions de prévention

La prévention incluant l'éducation pour la santé et la réduction des risques font partie intégrante des missions de l'établissement de santé signataire du protocole, qu'il s'agisse de prévention :

- primaire (environnement, conditions de vie, hygiène, éducation pour la santé, vaccinations...);
- secondaire (dépistages) ;
- tertiaire (soins et éducation thérapeutique du patient).

Dans le cadre de ses missions "l'établissement public de santé coordonne les actions de prévention et d'éducation pour la santé organisées dans l'établissement pénitentiaire" (art.R. 6112-20 du Code de Santé Publique) :

A ce titre, il élabore un programme en accord avec le service pénitentiaire d'insertion et de probation, l'établissement pénitentiaire, ainsi qu'avec les préfets de région et de département et le président du Conseil général pour les actions et les services, dont sont respectivement responsables l'État et le département. Les organismes d'assurance maladie ainsi que les autres activités et associations concernées sont associés à ce programme sur lequel le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation donne son avis.

Les actions de prévention ont la spécificité d'impliquer, aux côtés des personnels hospitaliers, d'autres partenaires internes ou externes au milieu pénitentiaire. L'établissement de santé veille à ce que des outils de prévention et de réduction des risques de transmission des maladies infectieuses soient mis à la disposition des personnes incarcérées.

⁴⁰ Ministère de la santé et de la protection sociale, Ministère de la justice, Guide méthodologique relatif à la prise en charge sanitaire des personnes détenues, septembre 2004, http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Guide_methodologique_relatif_a_la_prise_en_charge_sanitaire_des_personnes_detenues.pdf

⁴¹ Ministère de la santé et de la protection sociale, Ministère de la justice, Guide méthodologique relatif à la prise en charge sanitaire des personnes détenues, septembre 2004, http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Guide_methodologique_relatif_a_la_prise_en_charge_sanitaire_des_personnes_detenues.pdf

La réalisation des actions de prévention relevant de la compétence de l'État et du Conseil général peut être déléguée par voie de convention à l'établissement de santé, dans certains cas et en fonction des situations locales. Celui-ci a par ailleurs, toute latitude pour engager ou impulser des actions complémentaires et/ou novatrices en collaboration avec les partenaires de son choix, avec l'accord des services pénitentiaires.

Envisager une action santé en milieu pénitentiaire implique la collaboration et éventuellement l'aval de l'Ucsa.

La coordination des actions de dépistage

Les actions de dépistage en milieu pénitentiaire font intervenir différents acteurs de santé, qui peuvent être extérieurs à l'Ucsa. Le médecin responsable de l'Ucsa doit à la fois s'assurer de la cohérence de ces interventions et veiller à l'efficacité de leur mise en oeuvre. A cette fin, des conventions sont signées, fixant les modalités de réalisation de ces actions qui doivent être adaptées aux situations locales.

Pour des raisons de confidentialité, la communication du résultat d'un test de dépistage à une personne détenue reste orale. Toutefois, la communication écrite de ces résultats ne peut être refusée aux personnes détenues qui en font la demande (loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé). En tout état de cause, ces résultats écrits sont remis à la personne détenue, sous pli cacheté, au moment de sa libération.

Les dépistages proposés à la population générale en milieu libre doivent l'être également en milieu carcéral. Ils sont proposés à la personne détenue et **réalisés avec son consentement**. Les résultats doivent lui être communiqués, qu'ils soient positifs ou négatifs.

Le dépistage est un acte médical conçu dans une démarche d'éducation pour la santé comprenant trois étapes :

- une consultation médicale qui s'accompagne d'une information sur les infections virales (VIH, VHC, VHB), d'un conseil personnalisé de prévention et de la recherche des facteurs de risque (VIH, VHC, VHB) et des situations pour lesquelles le dépistage du VHC est indiqué. Elle doit être l'occasion de rechercher des signes cliniques de ces infections ;
- une prescription de test par le médecin ;
- une consultation médicale de remise des résultats qui permet au médecin de rappeler la signification du test, d'analyser à nouveau avec l'intéressé sa compréhension des risques de transmission et sa capacité à adopter des comportements de prévention.

Lorsque le résultat d'un dépistage est positif, le médecin de l'Ucsa doit faire réaliser les examens complémentaires, nécessaires au diagnostic et au bilan de l'évolution de la pathologie. En cas d'infection, le médecin doit faciliter la démarche de soins et le suivi psychologique et social.

La déclaration de séropositivité constitue un événement grave nécessitant l'accompagnement des personnes, notamment en matière de counseling. Le contexte de la prison peut en faire un événement encore plus dramatique.

Le dépistage obligatoire de la tuberculose

En raison, d'une part, des facteurs de risque présentés par une majorité des personnes détenues avant même leur incarcération et, d'autre part, des conditions de promiscuité inhérentes à la vie carcérale, le dépistage de la tuberculose est systématique pour toutes les personnes arrivant de l'état de liberté.

Les activités de dépistage de la tuberculose relèvent des conseils généraux.

L'établissement de santé doit, en liaison avec l'ARS, prendre contact avec les services compétents du Conseil général afin de déterminer avec eux, en fonction des conditions locales, leurs modalités d'intervention. Le coût de ce dépistage est à la charge du Conseil général, quelles que soient les solutions adoptées.

En cas d'utilisation de rayonnements ionisants, les éléments de justification et d'optimisation devront être conformes aux articles R. 1333-55 à R. 1333-74 du Code de santé publique. En pratique le médecin de l'Ucsa devra s'assurer préalablement à l'examen radiologique, lors de l'examen médical systématique d'entrée, que le rapport bénéfice/risque n'est pas défavorable à la personne détenue (cas de la femme enceinte, des clichés radiologiques récents...).

Le dépistage par intradermo-réaction peut également être envisagé sous réserve de certaines conditions⁴² :

- réalisation et lecture du test par un personnel soignant compétent et entraîné (médical ou infirmier) ;
- interprétation par le médecin de l'Ucsa.

Quel que soit le mode de dépistage, le délai entre l'entrée en détention et la connaissance du résultat du dépistage ne doit pas excéder une semaine.

Les dispositions de la circulaire DGS/DAP n° 98- 538 du 21 août 1998, relative à la lutte contre la tuberculose en milieu pénitentiaire, vont être adaptées en ce sens.

La découverte d'un cas de tuberculose pulmonaire contagieuse impose, dès sa suspicion, la liaison immédiate avec le chef de l'établissement pénitentiaire afin que soient prises toutes les mesures prophylactiques nécessaires à l'égard des personnes détenues et des personnels.

L'enquête sur un cas confirmé de tuberculose pulmonaire contagieuse est entreprise avec le médecin de prévention du personnel pénitentiaire, le médecin du travail de l'établissement public de santé et le service départemental de lutte contre la tuberculose.

La déclaration obligatoire des cas de tuberculose est faite par le médecin ayant effectué le diagnostic. Elle est transmise au médecin inspecteur de santé publique de l'ARS par le médecin responsable de l'Ucsa.

EN PRATIQUE

Comme beaucoup d'autres pathologies ou problèmes sanitaires, la prise en charge post-carcérale des personnes atteintes par le VIH et les hépatites est variable et souvent insuffisante, dépendante de l'investissement des équipes soignantes. Le suivi et l'observance sont satisfaisants. L'incarcération pourrait cependant être un moment "idéal" du traitement du VIH et des hépatites avec une équipe pluridisciplinaire motivée.

⁴² Recommandations du Conseil supérieur d'hygiène publique de France du 14 mars 2003 relatif au traitement de la tuberculose infection (cf. avis du CSHPF, www.sante.gouv.fr).

Le dépistage volontaire de l'infection par le VIH

En matière de dépistage de cette infection, les principes généraux du milieu libre s'appliquent en milieu pénitentiaire, comme le rappelle la circulaire DGS/DH/DAP n° 96-739 du 5 décembre 1996 relative à la lutte contre l'infection par le VIH en milieu pénitentiaire.

- Le médecin de l'Ucsa invite toute personne venant de l'état de liberté à bénéficier d'un conseil personnalisé de prévention de l'infection par le VIH et, si nécessaire, d'un test de dépistage. Cette information-conseil se déroule à l'occasion de la visite médicale d'entrée ou mieux, dans le cadre d'une consultation spécifique de prévention axée sur les maladies transmissibles et organisée quelques jours après l'incarcération, afin que la personne détenue soit plus réceptive aux messages de prévention.
- L'ensemble de ces prestations est réalisé par l'équipe de l'Ucsa. S'il y a lieu, le responsable de l'Ucsa, en lien avec l'ARS chargée de veiller à l'organisation du dispositif de consultation anonyme et gratuite (CDAG), peut faire appel à une CDAG. La désignation de ces consultations dans les établissements pénitentiaires, se fait conformément au cadre réglementaire des CDAG (annexe).
- Il appartient à l'Ucsa de faciliter l'implantation et les interventions de la CDAG et d'informer les personnes détenues de l'existence de ce dispositif et de ses heures d'accueil. En cas de défaillance, la mission de dépistage incombe à l'Ucsa.
- Quel que soit le médecin intervenant, la consultation de remise des résultats, que ceux-ci soient positifs ou négatifs, constitue un moment important pour expliquer de nouveau à la personne détenue la signification du résultat du test, l'aider à rechercher des modes de prévention adaptés, lui apporter un soutien approprié pour faire éventuellement face à l'annonce d'une séropositivité et faciliter la démarche de soins et de suivi psycho-social.
- Les résultats sont communiqués oralement à la personne détenue qui est la seule habilitée, lorsque le dépistage est réalisé par une CDAG, à autoriser par un accord écrit, leur transmission au médecin de l'Ucsa.

Plusieurs intervenants en prison ont eu à constater que, dans certaines Ucsa, les dépistages n'étaient pas systématiquement proposés, ou rendus dans des délais acceptables, aux détenus, quelque soit le résultat. Ainsi certains tests ont été rendus plus de deux mois après leur réalisation, ou ne l'ont jamais été.

Le dépistage volontaire des hépatites

Le dépistage de l'hépatite B doit être proposé à toutes les personnes détenues en raison de la forte prévalence de cette infection dans la population carcérale, et de la possibilité de vaccination. Après accord de la personne détenue, des tests sérologiques sont réalisés et, en fonction de leurs résultats, la vaccination est entreprise chez les personnes non immunisées.

Cette vaccination est intégrée depuis 1997 dans un programme national de prévention de l'hépatite B en milieu pénitentiaire.

Le dépistage de l'hépatite C doit également être proposé systématiquement aux personnes détenues en attachant une attention spéciale aux personnes particulièrement exposées, notamment aux personnes déclarant avoir fait usage de drogues par voie intraveineuse. Ce dépistage s'inscrit dans le cadre du programme national de lutte contre l'hépatite C en population générale. Conformément à la circulaire DGS/DH n° 99 /299 du 21 mai 1999 relative à l'organisation des soins pour les personnes atteintes d'hépatite C, une séropositivité au VHC implique donc, comme en milieu libre, un bilan biologique qui peut conduire à la réalisation d'une ponctionbiopsique hépatique et, le cas échéant, à la mise sous traitement. Les différentes alternatives à la ponction biopsique du foie doivent être validées scientifiquement avant toute utilisation à large échelle (expertise collective sur hépatite C - INSERM - juin 2003).

Pour le traitement, en cas de dépistage positif, les médecins doivent se référer aux recommandations de la conférence de consensus de février 2002, sur le traitement de l'hépatite C.

Dans tous les cas, les associations ont un rôle à jouer dans l'information et l'accompagnement des personnes, quelque soient leurs domaines de compétence, en complément avec les dispositifs existant. Elles peuvent assurer un relais vers d'autres associations avec lesquelles elles travaillent en réseau, dans les domaines ne relevant pas de leur champ d'action.

Le dépistage des autres affections

Une attention particulière est souhaitée en ce qui concerne les infections sexuellement transmissibles, notamment, la syphilis, les condylomes, les chlamydiae, la gonococcie.

Pour les personnes incarcérées, les dépistages de certains cancers (sein, colorectal et utérus) prévus par l'arrêté du 24 septembre 2001 doivent être faits selon les mêmes dispositions que celles pour la population générale.

Pour le dépistage organisé du cancer du sein, toutes les femmes de 50 à 74 ans, ne justifiant pas de modalités particulières de suivi, sont invitées à passer, tous les deux ans, une mammographie à deux incidences par sein.

Le dépistage organisé du cancer colorectal est proposé actuellement dans 22 départements pilotes, en attendant de définir une stratégie nationale. Il s'adresse aux hommes et aux femmes de 50 à 74 ans auxquels est proposé tous les deux ans, un test de recherche de sang occulte dans les selles.

Pour le dépistage du cancer du col de l'utérus, les cahiers des charges sont en cours d'élaboration.

Tous ces dépistages seront ordonnés par des structures de gestion départementales ou interdépartementales, chargées de les mettre en place et de les organiser.

Les ARS informeront le médecin de l'Ucsa, des coordonnées des structures gérant ces dépistages, afin qu'il puisse se mettre en relation avec le médecin coordonnateur responsable.

La participation des associations à la prise en charge des détenus est primordiale.

Pour exemple, au Centre Pénitentiaire de Corbas, le SMPR a mis en place un Programme de mobilisation à l'accès aux soins (PMAS) destiné aux personnes détenues toxicomanes ou alcooliques qui avaient refusé les soins proposés à leur arrivée par l'Ucsa et le SMPR. Ce programme se déroulant au même moment que les promenades, les détenus concernés s'en trouvaient privés. Grâce à l'intervention, auprès des responsables pénitentiaires, d'une association de lutte contre le sida externe qui participait à ce programme, des créneaux horaires adaptés à ces personnes ont pu être mis en place.



Conclusion

Le rapport YENI 2008⁴³ précise que “La prison n'est pas un lieu idéal de traitement” et préconise un minimum nécessaire pour la prise en charge du sida et des hépatites virales. Parmi les mesures évoquées :

- dépistages du VIH, du VHB, du VHC systématiquement proposés à l'entrée ;
- prescription et rendu de résultats (positif / négatif) par un médecin ;
- accès à des conseils de prévention et de la vaccination hépatite B ;
- accès 24h sur 24h à une structure de prise en charge des AES et au traitement postexposition, soit directement à l'Ucsa, soit via le service des urgences ;
- dépistages du VIH, du VHB, du VHC accessibles après toute prise de risques ;
- réalisation du bilan biologique à l'Ucsa (prescription par médecin généraliste / utilisation de fiches standardisées) ;
- accès gratuit et pérenne aux techniques d'évaluation non invasives de fibrose hépatique (biologiques ou non) ;
- présence d'une consultation spécialisée (hépatologie et/ou infectiologie) au moins mensuelle ;
- accès au traitement, quelle que soit la durée estimée de la peine ;
- accès à une consultation d'éducation thérapeutique, faite soit par un soignant (infirmier(e), médecin ou pharmacien) ou par un acteur associatif ;
- organisation très précoce, en amont de la sortie du suivi post-carcéral : lettre au médecin traitant / mise en place de l'ALD, CMU, CMU-C... ;
- accès de la personne atteinte à son dossier médical, complet ou sous forme de résumé et/ou certificats si nécessaire.



⁴³ Préconisations reprises dans le Yeni 2010 : http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_2010_sur_la_prise_en_charge_medicale_des_personnes_infectees_par_le_VIH_sous_la_direction_du_Pr_Patrick_Yeni.pdf

Les cadres réglementaires étant posés, les interventions en milieu carcéral seront facilitées par un certain nombre de repères méthodologiques :

- dans un premier temps, votre diagnostic initial ou “portrait du milieu” sera marqué par des étapes à respecter afin de vous faciliter la tâche ;
- d’autres éléments de repères méthodologiques vous seront donnés pour construire un projet dans sa globalité ;
- ces repères incluent un certain nombre de recommandations concernant la posture des professionnels : ils sont indissociables des éléments de méthode et doivent sous-tendre vos interventions auprès des personnes détenues ;
- le groupe de travail ayant souhaité attirer l’attention, dans le cadre des interventions à promouvoir, sur le lien à instaurer entre le milieu carcéral et le milieu ouvert “lien dedans – dehors” : un chapitre y sera donc dédié tout spécialement.

Parmi les points à identifier afin de mieux évaluer les besoins en matière de prise en charge des personnes :

- connaître le parcours de soins du détenu : visite d’entrée, consultations de médecine générale et spécialisées (en détention et à l’hôpital de rattachement), hospitalisations, chambres sécurisées, UHSI, hospitalisation d’office, obligation de soins ;
- connaître les différences : secret médical, secret professionnel, secret partagé ;
- connaître l’état des lieux : VIH, hépatites, IST, substitution, santé mentale en milieu carcéral ;
- dépistage : organisation, résultats, limites ;
- diagnostic : méthodes, organisation, résultats, limites ;
- traitements : méthodes, résultats, obstacles ;
- suivi post-carcéral : intervenants, méthodes, obstacles, limites.

Intervention auprès des personnes

Éléments de méthode

RAPPEL DES ÉLÉMENTS FONDAMENTAUX

Construire un projet en lien avec le milieu carcéral et les détenus répond aux mêmes principes méthodologique qu'un projet en milieu ouvert mais les **paramètres spécifiques du milieu sont à prendre en compte**. Ils nécessitent pour l'intervenant d'en tenir compte et d'adapter son approche à ces éléments. Cette adaptation au milieu détermine ce que nous avons défini dans ce chapitre sous le vocable de "posture professionnelle".

EN PRATIQUE

C'est la mise en tension de ces différents paramètres, avec parfois des aspects contradictoires qui devront vous permettre de guider votre posture professionnelle.

La **vision globale** nécessaire à l'intervention en prison doit intégrer :

- les principes éthiques et d'interventions décrites dans les principales Chartes (Sidaction, Dublin, Ottawa) évoquées dans ce document ;
- les éléments réglementaires qui régissent le milieu pénitentiaire et la santé ;
- les institutions, dispositifs et acteurs intervenant autour de la santé des personnes détenues ;
- les caractéristiques du site sur lequel vous pensez intervenir ;
- les règles pour intervenir en milieu carcéral qui nécessiterons d'entreprendre un certain nombre de démarches.

A chaque fois que cela est possible, il faut créer du lien avec les différents acteurs du milieu carcéral. Les interventions en milieu fermé doivent être articulées entre elles et des passerelles bâties avec le milieu ouvert.

→ Qui peut intervenir et sous quelles conditions en milieu carcéral ?

L'accès à l'établissement est soumis à l'autorisation du chef d'établissement, même dans le cas d'une autorisation régionale ou nationale.

Les intervenants doivent répondre aux critères suivants :

- le candidat doit avoir plus de 21 ans et moins de 66 ans.
Après enquête administrative il est reçu par le Spip et éventuellement par le chef d'établissement. Sur avis favorable, il obtient une autorisation provisoire pour une période probatoire de six mois. A l'issue de cette période, le chef d'établissement propose au Disp un agrément pour une période de deux ans renouvelable ;
- ne pas avoir de condamnation figurant au bulletin n°2 du casier judiciaire ;
- prendre l'engagement de respecter les règlements relatifs au fonctionnement des établissements ;
- obligation de respect des règles de déontologie, du secret médical et professionnel.

Le retrait de l'agrément est motivé par la limite d'âge, (75 ans), la faute grave ou le manquement aux engagements (absence prolongée, non régularité des visites, etc.).

La décision de retrait d'agrément doit être notifiée et motivée, elle est susceptible de recours.

Le Code de procédure pénale (article D.221) :

“Les membres du personnel pénitentiaire et les personnes remplissant une mission dans l'établissement pénitentiaire ne peuvent entretenir avec les personnes placées ou ayant été placées par décision de justice sous l'autorité ou le contrôle de l'établissement ou du service dont ils relèvent, ainsi qu'avec leurs parents ou amis, des relations qui ne seraient pas justifiées par les nécessités de leur fonction.”

→ Comment construire votre projet ?

(Vous trouverez des exemples concrets de projets dans les annexes sous forme de fiches-projets).

Dés avant l'entrée en prison, certains documents peuvent vous aider à dresser le portrait du milieu dans lequel vous allez être amené à intervenir et vous permettre de mieux connaître la population carcérale et les différents acteurs internes.

Règlement intérieur de l'établissement pénitentiaire

Réactualisé chaque année, ce document fixe les règles propres à la vie interne de l'établissement pénitentiaire.

Ce document est à demander, par courrier simple, au directeur de l'établissement pénitentiaire.

Rapport annuel d'activité de l'établissement pénitentiaire

Produit chaque année par la direction de l'établissement pénitentiaire, ce document contient toutes les données utiles afin de connaître l'établissement (nombre et catégories de détenus, les régimes de détention, la vie quotidienne, les activités, le travail, etc).

Ce document est à demander, par courrier simple, au directeur de l'établissement pénitentiaire.

Rapport annuel d'activité de l'Ucsa

Il est utile pour connaître l'activité de l'Ucsa, la prise en charge sanitaire des personnes détenues, les pathologies traitées, les difficultés rencontrées par l'Ucsa, les actions menées en matière de prévention, d'éducation à la santé, etc.

Ce document est à demander à la direction du centre hospitalier de rattachement de l'Ucsa.

Rapport d'activité du SMPR

Il est utile pour connaître l'activité du SMPR, la prise en charge psychologique des personnes détenues, les pathologies traitées, les difficultés rencontrées par le SMPR, les actions menées, etc.

Ce document est à demander à la direction du centre hospitalier de rattachement du SMPR.

Rapport annuel d'activité du Spip

Il permet notamment de prendre connaissance de toutes les actions menées ou pilotées par le Spip, particulièrement en matière de santé (prévention, éducation à la santé, activités thérapeutiques, etc.).

Ce document est à demander au directeur du service pénitentiaire d'insertion et de probation.

Rapport d'inspection sanitaire

Entre 2006 et 2010, chaque établissement pénitentiaire a fait l'objet d'une inspection sanitaire extrêmement détaillée, tant au sujet des locaux où les détenus séjournent, que de la prise en charge sanitaire et médicale.

Ce document est à demander à l'Agence régionale de santé.

Tous ces documents sont des pièces administratives communicables de plein droit à toute personne qui en fait la demande. La réglementation prévoit cependant que doivent en être occultées par l'administration concernée, avant communication, toute partie concernant la sécurité ainsi que les données nominatives.

Quelques principes en planification de projet

- La planification de projet doit être une **démarche au service de la qualité des projets** et non un exercice technocratique qui enferme les programmes et les acteurs.
- Les éléments de repère servent de **guide** pour organiser un projet dans sa globalité, ses différents volets, depuis les premières étapes permettant de réaliser un premier diagnostic ou état des lieux, jusqu'à l'évaluation du projet et la valorisation de ses résultats.
- Il est nécessaire d'allier rigueur et souplesse : même si la planification est un exercice qui permet de baliser un chemin, elle doit permettre aux programmes de respirer et d'évoluer.

Les orientations qui suivent doivent toujours être marquées par ces deux préalables :

- la planification de projet sert déjà à rendre explicite des intentions et à les décliner de façon opérationnelle ;
- le processus lui-même parfois un peu ardu permettra de se poser des questions et donc de chercher à trouver des réponses.

Se saisir de la rigueur de la planification permet de :

- anticiper ;
- clarifier ce que vous souhaitez réaliser ;
- mieux communiquer ;
- contribuer à asseoir sa légitimité.

Une définition classique de la planification :

“La planification est un processus continu de prévision des ressources et de services requis pour atteindre des objectifs déterminés selon un ordre de priorité établi, permettant de choisir la ou les solutions optimales parmi plusieurs alternatives... Les choix faits prennent en considération le contexte de contraintes, internes et externes, connues actuellement ou prévisibles dans le futur.”⁴⁴

La planification permettra d’organiser un programme ou un projet : “ensemble organisé, cohérent et intégré d’activités et de services réalisés simultanément ou successivement, avec les ressources nécessaires, dans le but d’atteindre des objectifs déterminés, en rapport avec des problèmes de santé précis et ce, pour une population définie.”⁴⁵

La planification va s’intéresser aux différentes étapes de votre projet, qui ne sont pas linéaires mais interagissent dans le temps et l’espace. Le premier exercice de planification suivra les étapes suivantes en s’adaptant aux contextes spécifiques.

Le projet doit aussi pouvoir rester évolutif.

Les différentes étapes de planification

■ **Diagnostic** (schéma) : encore appelé état des lieux ou portrait du milieu.

A cette étape vous rassemblez une série d’informations et vous les organisez pour aider à définir votre projet.

Sur certains sites, il se fera dans des conditions qui ne permettront de le préciser que lorsque des actions “à minima” seront implantées.

■ **Programmation** : vous rendez explicite à cette étape les orientations de votre projet, vous formulez des objectifs, vous les déclinez en activités et vous prévoyez les ressources nécessaires (humaines, matérielles, financières et... le temps !).

Le temps imparti aux évaluations doit être intégré à votre charge de travail.

■ **Implantation** : Vous mettez en oeuvre concrètement votre projet, de façon progressive : le bon ancrage influencera les résultats.

Un projet mal ou non implanté ne peut pas produire de bons résultats.

■ **Suivi/évaluation** : vous organisez les informations quantitatives et qualitatives à recueillir et vous prévoyez les supports, les synthèses et leur analyse : vous veillez activement, vous analysez, vous synthétisez, vous exploitez les informations pour ajuster et enrichir le programme.

Vous prévoyez ce temps de recueil et d’analyse dans votre planning.

■ **Valorisation des résultats** : vous prévoyez des espaces pour diffuser les informations pertinentes selon les publics destinataires, les objectifs poursuivis par cette valorisation. Le lobbying s’inscrit aussi dans cette partie.

⁴⁴ Source : Pineault R, Daveluy C. La planification de la santé, concepts méthodes stratégies. Montréal, éd. Nouvelles, 1995 : 35.

⁴⁵ Source : ibid : 333.

→ Rappel des principales notions

Plusieurs notions doivent être brièvement rappelées et sous-tendent l'élaboration des projets et la mise en oeuvre des interventions.

Ces notions se sont superposés dans le temps, entretiennent des liens, mais il est important d'en distinguer les différents termes :

- prévention ;
- promotion de la santé ;
- éducation pour la santé, d'éducation thérapeutique ;
- réduction des risques.

Des glissements sémantiques sont trop souvent réalisés tout spécialement entre promotion de la santé, prévention et éducation pour la santé alors que cette dernière notion traverse les autres sans pouvoir s'y substituer.

La prévention⁴⁶

La prévention est historiquement marquée par l'approche hygiéniste dans notre pays ("une cause, un effet", pour être très rapide).

"La prévention est une intervention qui anticipe sur le risque, sa survenue ou le fait d'y être exposé". Elle vise à réduire ces risques par une intervention en amont.

Les trois termes de la prévention se réfèrent toujours à un moment du "risque", de la maladie à laquelle la personne peut être exposée ou subit déjà.

- Prévention primaire : vise à réduire le risque (ex : vaccination) ; la période d'incarcération doit être le moment pour vérifier si les personnes ont leurs vaccinations à jour et les compléter si besoin, ou a minima, de leur donner de l'information à ce sujet.
- Prévention secondaire : elle cherche à détecter l'atteinte d'un problème existant pour prévenir l'aggravation de la maladie (ex : dépistage) ; en milieu carcéral une série de dépistages est obligatoire, ou doit être systématiquement proposée, comme c'est le cas pour le VIH.
- Prévention tertiaire : elle permet d'éviter les complications, les rechutes. L'éducation thérapeutique appartient aux stratégies utilisées dans la prévention tertiaire.

L'éducation pour la santé

L'Éducation Pour la Santé (EPS)⁴⁷ est un processus d'accompagnement des personnes et des groupes dans le développement de leurs capacités de bien-être et d'adaptation, valorisant leur autonomie, comme leur responsabilité, face aux risques. L'éducation pour la santé est l'une des stratégies inscrite dans une politique de prévention ou de promotion de la santé. Elle se situe souvent en prévention primaire.

⁴⁶ Source : SREPS, Région centre, 2003-2007 : 8.

⁴⁷ Source : Réseau CFES, Direps Nord-Ouest, 1997.

L'EPS est sous-tendue par des modèles théoriques de changements comportementaux⁴⁸.

La désresponsabilisation et la privation d'autonomie des individus produites par la prison constituent des difficultés importantes que doivent prendre en compte les associations. L'un des enjeux est alors de permettre aux personnes suivies de se réapproprier leur santé et d'en garder la maîtrise.

L'éducation thérapeutique

L'éducation thérapeutique "a pour but d'aider les patients à acquérir ou maintenir les compétences dont ils ont besoin pour gérer au mieux leur vie avec une maladie chronique. Elle fait partie intégrante et de façon permanente de la prise en charge du patient. Elle comprend les activités organisées, y compris un soutien psychosocial, conçues pour rendre les patients conscients et informés de leur maladie, des soins, de l'organisation et des procédures hospitalières, et des comportements liés à la santé et à la maladie. Cela a pour but de les aider (ainsi que leur famille) à comprendre leur maladie et leur traitement, collaborer ensemble et assumer leurs responsabilités dans leur propre prise en charge dans le but de les aider à maintenir et améliorer leur qualité de vie."⁴⁹

En milieu carcéral, les conditions de vie sont difficilement conciliables avec une bonne qualité de vie pour les malades. Il s'agit de construire avec les personnes détenues une démarche compatible avec le maintien d'un seuil tolérable de prise en charge correcte du patient, tenant compte du contexte.

La réduction des risques

La réduction des risques (RDR)⁵⁰ dans sa première définition est une "stratégie comportant toutes les actions, individuelles et collectives, médicales et sociales qui visent à minimiser les effets négatifs (sanitaires, sociaux) liés à la consommation des drogues".

La RDR vise à réduire les dommages infectieux, sanitaires et sociaux.

Elle repose sur plusieurs principes :

- admettre la réalité de l'usage des drogues ;
- prendre en compte l'ensemble des comportements d'usage ;
- identifier les dommages sanitaires et sociaux liés aux produits et modes de consommations ;
- protéger les consommateurs et l'ensemble de la société des dommages ;
- faire évoluer les comportements des usagers vers une consommation à moindre risque ou vers l'abstinence.

La réduction des risques a permis entre autres de réduire considérablement les décès par overdoses et de limiter la transmission du VIH, dès les premières années de sa mise en œuvre. La France en la matière a cependant pris du retard par rapport à d'autres pays.

⁴⁸ Voir à ce propos pour introduction Vandoorne C., Comment évaluer une action d'éducation pour la santé ; <http://www.inpes.sante.fr/SLH/articles/390/03.htm> et une partie de l'article suivant (centré sur la nutrition mais abordant les modèles théoriques de changement comportemental ; <http://www.inpes.sante.fr/slh/articles/390/03.htm>

⁴⁹ OMS, 1998, Pour en savoir plus sur ce champ qui se développe actuellement voir :

a) Les Dix recommandations pour le développement de programmes d'éducation thérapeutique du patient en France, SFSP, 13 juin 2008 ; <http://www.sfsp.fr/activites/file/RecoETPV12.pdf>

b) De l'éducation thérapeutique du patient en milieu pénitentiaire, Lorenzo P., mars 2008 ; http://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/Education_therapeutique_du_patient_en_prison_01.pdf

⁵⁰ Voir Source : Mino A., Evolution de la politique de soins en matière de toxicomanie : la réduction des risques, la revue Agora, 1993, N° 27-28 : 153) ou encore un bref historique sur la réduction des risques en France (AFR) ; <http://a-f-r.org/plume/La-RdR-en-France/Histoire-de-la-RdR/Histoire-de-la-Reduction-des-Risques-en-France>

La RDR s'appuie sur la mise à disposition de préservatifs, de matériel stérile à usage unique et de traitements de substitution aux opiacés (TSO) dans une perspective de santé publique.

A ce jour la RDR englobe tous le champ des conduites à risque, au-delà de celui restreint de l'usage de drogue.

Actuellement, la politique de RDR n'est que partiellement appliquée en milieu carcéral et pose toujours d'actualité la dualité entre politique sécuritaire et de santé publique⁵¹.

La promotion de la santé

“La Promotion de la santé est un processus qui permet aux populations d'améliorer leur propre santé en leur donnant les moyens d'un plus grand contrôle sur celle-ci.”

(WHO, Ottawa, 1986, voir annexe VII-2).

Mais encore et surtout “La promotion de la santé est le changement planifié des conditions de vie et des modes de vie relatifs à la santé via une gamme de stratégies individuelles et environnementales.”⁵²

Le projet PMAS mis en place au centre pénitentiaire de Corbas, décrit précédemment (page 48), est un bon exemple de travail sur la réduction des risques avec des détenus qui refusaient au préalable tout soin au regard de leur addictions.

Ainsi, 60% des personnes ayant participé volontairement à ce programme en 2009 ont accepté de rentrer dans un protocole de soins après avoir participé à ce programme.

De nombreuses chartes ont été promulguées autour de la promotion de la santé. La Charte d'Ottawa (1986) est celle qui définit les principes éthiques et méthodologiques toujours en vigueur à ce jour.

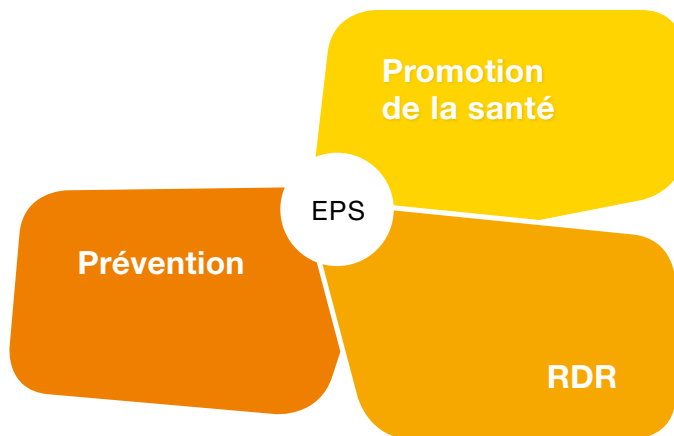
La réduction des risques entretient des liens étroits avec la promotion de la santé si l'on respecte les principes fondateurs de cette dernière et si l'on évite les dérives que certains courants de pensée ont pu développer⁵³.

⁵¹ Voir à ce propos les éléments de la journée prison 2009 de Sidaction, en collaboration avec AIDES et l'AFR : Journée Prison Sidaction, L'échange de seringues : un enjeu de santé publique Représentations, pertinence et faisabilité dans le contexte des prisons françaises ; http://www.sidaction.org/ewb_pages/e/echange_serpingues_journee_prison09.php et les recommandations du Conseil national du sida du 10-09-09 “Note valant avis sur l'expérimentation des programmes d'échange de seringues dans les établissements pénitentiaires” (<http://www.cns.sante.fr/spip.php?article306>).

⁵² Source : O'Neill M., Gagnon, F., Dallaire, C. (2006). La politique, les politiques, le politique : trois manières d'aborder l'action politique en santé communautaire. Dans Caroll, G. (dir.), Pratiques en santé communautaire, pp. 111-126. Montréal : Éditions de la Chenelière.

⁵³ Comme le mouvement “Healthy People” aux USA qui dénature les principes de la promotion de la santé et la transforme en une série de normes prescriptives.

L'éducation pour la santé, est au croisement des trois concepts précédents.



Des valeurs partagées sous-tendent les interventions en promotion de la santé et réduction des risques :

- justice et équité sociale, démocratie ;
- respect de la personne, posture non moralisante ;
- promotion du travail de proximité (stratégie du “aller vers” visant à se rapprocher des populations et à réduire les distances avec les “experts”) ;
- alliance des savoirs profanes et professionnels, les personnes ont en effet une expérience, mis en place des stratégies dans leurs parcours personnels de santé : elles doivent être prises en compte dans les interventions ;
- promotion des pratiques participatives encore dites “communautaires” et stratégies visant à l’empowerment des populations : l’implication effective des personnes est avant tout un enjeu de citoyenneté. Il est spécialement important à valoriser pour des personnes détenues. Par ailleurs, les stratégies impliquant les personnes de façon interactives donnent de meilleurs résultats dans le champ de la santé ;
- innovation et évaluation.

Sidaction a choisi de privilégier les projets inscrits dans ces valeurs.

MÉTHODE ET POSTURE PROFESSIONNELLE : UNE ALLIANCE INDISPENSABLE

La prison est par définition le lieu d'une cohabitation "resserrée" entre les personnes détenues. Structurellement, ce lieu est celui où convergent, et parfois s'opposent, les priorités de deux ministères, celui de la justice et celui de la santé, ce dernier étant présent dans les prisons depuis la loi de janvier 1994 (Ucsa) et mars 1986 (SMPR).

L'administration pénitentiaire arrivant en bout de la chaîne judiciaire, la prison est le siège de contraintes, de complexités, avec lesquelles il peut être difficile de prendre du recul.

Il est alors important de comprendre les codes qui ont cours en prison, tant au niveau institutionnel (personnels pénitentiaires, santé, etc.) qu'au niveau privé (relations entre détenus, relations surveillants/détenus) et la valeur sous-jacente de ces codes. Dans le huis clos de la prison, on comprend que le rôle de chacun, par-delà sa fonction (pour le personnel) ou son statut (pour les détenus), revêt une importance particulière. La santé, dépend d'une administration publique différente qui a son éthique propre, l'Hôpital Public.

L'intervenant associatif ne peut donc faire l'économie d'une appropriation du maillage institutionnel de la prison et de ses éventuelles contradictions, afin de bien délimiter son champ d'action. Le détenu doit donc rester le centre de gravité de l'intervenant. Cette relation au détenu est cependant aussi une sorte de ménage à quatre (détenus, personnel pénitentiaires, professionnels de santé et associations).

Deux questions peuvent être posées, qui définissent deux types de posture, respectivement vis-à-vis des professionnels et vis-à-vis du détenu :

- Quelles contraintes propres à l'environnement carcéral sont à prendre en compte ?
- Quelles approches des questions de santé vis-à-vis du détenu sont les plus pertinentes dans ce contexte ?

La place de la personne détenue doit être au centre des interventions dans leurs conceptions et leurs mises en œuvre.

La posture professionnelle doit permettre de créer un espace d'écoute sécurisant et bienveillant dans un lieu, la prison, qui génère beaucoup de souffrances. Il s'agit de permettre aux personnes détenues d'évoquer d'autres problèmes que ceux abordés dans le cadre de l'action initiale.

Le travail autour des compétences psychosociales et de l'empowerment⁵⁴, même et surtout au sein du milieu carcéral, doit être une constante. Ceci implique l'instauration d'une relation, dans un espace de confiance, d'intérêt pour la personne, sans jugement ni discours normatif, en particulier autour de la santé. Cette relation de confiance permettra de valoriser la parole des personnes détenues, celle de leur entourage et d'ajuster les pratiques autour de celle-ci.

L'accès aux droits restera une préoccupation constante des intervenants, faisant émerger des espaces de contre-pouvoir (professionnels, non professionnels, associations d'ex-détenus, familles, etc.).

⁵⁴ L'empowerment est "un processus d'action sociale par lequel les individus et les groupes agissent pour acquérir le contrôle sur leur vie dans un contexte de changement de leur environnement social et politique" WALLERSTEIN et BERNSTEIN (1994 : 142).

⁵⁵ Revue de l'infirmière N°1, janv. 1996, p. 42.

Parole et témoignages sont les éléments indispensables pour renforcer le droit, les actions de plaidoyer. L'utilisation des canaux de communication existants peut être un biais pour cela, vers l'intérieur (canal radio, télévision, journaux...), mais également vers l'extérieur (certains pouvant être reçus en prison : radios, télévision...).

La période de détention engendre des stigmates qu'il est essentiel de neutraliser au mieux, afin d'en diminuer l'impact sur le parcours futur des personnes. Le rôle des associations dans ce domaine est particulièrement difficile en raison de l'impact restreint qu'ils ont sur les facteurs d'environnement qui en sont la cause dans le milieu carcéral.

Des Ateliers diététiques "petit déjeuner" destinés à un public mineurs ont été l'occasion d'aborder des questions de sexualité et d'addictions.

De même, des ateliers point info santé tabac avec des majeurs ont permis d'aborder la question des addictions et du vécu carcéral.

→ Posture vis-à-vis des professionnels

Le contexte d'intervention : une logique d'ensemble sécuritaire

Lieu de relégation, la prison commence là où la société elle-même trouve ses limites en matière de réponses à des problématiques sociales et dans la prise en charge de la santé mentale. Mettant face à face surveillants et détenus, la prison représente pourtant un condensé de la société, aux aspérités particulièrement marquées. Comme les soignants, les acteurs associatifs offrent une "troisième voie", qui permet l'expression du détenu, sans constituer pour lui un enjeu direct sur la réalisation de la peine. Face à un système carcéral qui morcelle les relations, l'existence d'un réseau de relations "parallèles" entre détenus représente un besoin compréhensible et quasi vital. Celui-ci peut parfois concerner les relations d'un détenu avec un surveillant, dépassant la stricte attitude de respect dictée par la règle allant même jusqu'à une certaine cordialité voire de la sympathie ou parfois même le respect du surveillant vis-à-vis de certains détenus ayant une certaine "aura" liée à leur statut "d'anciens" de la détention.

Impact pour l'intervenant en prison

Dans un article présentant la loi de 1994 sur l'entrée des hôpitaux en prison, on peut lire : "Les actions d'éducation pour la santé doivent être intégrées dans le projet d'établissement, de manière claire et explicite... Les situations sont très hétérogènes. Il faut donc privilégier des projets répondant à des priorités identifiées au sein de l'établissement plutôt que des grands programmes nationaux basés sur des analyses qui ne correspondent pas aux besoins locaux."⁵⁵

Ce grand principe a des implications directes sur le terrain :

- la nécessité pour l'intervenant extérieur de ne pas recouper un travail qui pourrait être déjà mené par ailleurs (Ucsa, SMPR, autres intervenants associatifs, Spip). En effet si le médecin responsable de l'Ucsa a pour charge de coordonner les actions d'éducation pour la santé, le directeur départemental du Spip a quant à lui la charge de coordonner les demandes de financement adressées à la Direction interrégionale de l'administration pénitentiaire ;
- reconnaître que la prison constitue un tout composite dont la lisibilité reste toujours à améliorer. L'alignement sur le projet de l'établissement ne doit pas être compris uniquement en termes de contraintes. En faisant émerger localement un besoin, il s'agit d'avantage de créer l'espace de dialogue nécessaire pour l'ancrage et la pérennisation de votre projet d'intervention.

→ Posture vis-à-vis de la personne détenue

Les spécificités de la détention

Le destinataire et centre du projet est et doit rester le détenu, même s'il n'est pas forcément celui qui est le plus visible. La chaîne des intermédiaires et des verrous qui mènent à lui mérite d'être rappelée, non pour accentuer les entraves au projet, mais pour en souligner les conditions. Le détenu est le destinataire final du système carcéral, comme de l'ensemble des actions qui y sont menées, il faut garder à l'esprit qu'il est aussi le premier à faire les frais de leurs éventuelles lacunes ou contradictions.

En outre, la logique de l'emprisonnement propose des correctifs à la sanction initiale, à travers les aménagements de peines, remise de peine, grâces, etc. La notion de condamnation "ferme" après la période "préventive" est donc relative. Ces mesures ont notamment vocation à valoriser les efforts du détenu en vue de sa réinsertion, mais l'effet est à double tranchant : l'intérêt bien compris du détenu de voir sa peine aménagée peut aussi rendre sa parole suspecte aux yeux de ceux-là mêmes qui sont chargés d'aider à sa sortie.

Impact pour l'intervenant : savoir créer un espace de rencontre avec le détenu

La parole du détenu peut être suspecte pour ses interlocuteurs durant sa période d'incarcération. A l'inverse, son écoute pour un travail mené avec lui sur des thématiques de santé spécifiques n'est pas a priori acquise. Par ailleurs, le suivi d'un traitement au long cours est "facilité" lors de la période d'incarcération, alors que la sortie peut ramener les priorités vers le (très) court terme.

En termes de posture professionnelle deux conclusions peuvent en être tirées :

- selon une approche plus collective des questions de santé, il s'agira de savoir se nourrir des remarques du détenu, même anecdotiques, pour faire vivre un espace de débat qu'il puisse partager ;
- dans une approche plus centrée sur la personne, si la santé n'est pas nécessairement une fin en soi pour le détenu, il s'agira de montrer à celui-ci l'importance de celle-ci à travers ses implications dans son parcours de vie passé et à venir. Ainsi la santé deviendrait l'élément polarisant d'une approche globale du détenu intégrant son parcours et ses projets.

Un acteur associatif extérieur doit apprendre à identifier les partenaires institutionnels, leur investissement potentiel et les partenariats possibles, sans jamais renier son éthique personnelle. Dans chaque établissement ces partenaires et la nature des échanges seront différents.

COMMENT CERNER LE CONTEXTE POUR ORGANISER VOTRE PROJET ?

Réaliser un état des lieux initial s'avère indispensable pour organiser un projet qui prenne sens pour les détenus, en accord avec les principes énoncés précédemment et les éléments développés autour de la notion de "posture professionnelle". Dans certaines situations contraignantes, cet état des lieux sera minimal, il peut être affiné par la suite.

Cet état des lieux, en amont du projet, permettra de préparer sa mise en place. Les informations collectées tout au long de sa réalisation aideront à son intégration (on parle aussi d'implantation du projet) et son développement.

Les étapes pour le réaliser sont décrites dans ce chapitre. Elles peuvent se réaliser successivement ou parallèlement, selon le contexte de l'intervention. Il faudra toujours veiller, chaque fois que possible, aux éventuels liens pouvant être instaurés avec l'extérieur.

D'une manière globale, l'état des lieux doit permettre de connaître : **l'organisation générale** du site dans lequel se fait l'intervention ; **les acteurs** intervenant en milieu carcéral ou ceux à l'extérieur en lien avec les détenus ; **les principaux problèmes** de santé ; les **besoins** couverts et ceux non couverts, tout spécialement ceux auxquels peuvent répondre les associations.

A cette étape la Mission "milieu carcéral" de Sidaction peut-elle vous aider ?

L'association Sidaction a mis en place une mission "Milieu carcéral" au sein de son service des programmes associatifs. **Elle a pour but d'aider les associations à mettre en place des projets vers la prison.**

Le chargé de mission pourra :

- vous informer sur les orientations de financement par la mission, des projets vers la prison ;
- vous conseiller sur les objectifs de votre projet et les moyens pour le réaliser ;
- vous permettre d'identifier l'ensemble des dispositifs susceptibles de cofinancer votre projet ;
- vous mettre en relation avec les autres interlocuteurs, institutionnels, associatifs, pénitentiaires ;
- vous fournir des informations générales sur le lieu d'intervention ;
- vous donner des informations sur le VIH et les hépatites et leur prise en charge sur le lieu visé ;
- vous aider à articuler votre projet avec les autres projets déjà en place dans l'établissement, en vous faisant rencontrer vos principaux interlocuteurs notamment au sein de l'établissement pénitentiaire.

EN PRATIQUE

Plus les informations sur l'environnement et les publics seront précises, plus le projet se mettra en place facilement.

→ Recueillir les informations permettant de réaliser un premier état des lieux

Il s'agit de recueillir des informations permettant d'analyser le contexte dans lequel vous serez amenés à intervenir. Pour cela, un certain nombre d'interlocuteurs susceptibles de vous les fournir sont à rencontrer.

- Ils peuvent être à l'extérieur de la prison : médecin inspecteur de l'ARS, Hôpitaux de référence des Ucsa, Corevih, Disp (une personne est en charge de la santé des détenus dans chaque Disp), Spip en milieu ouvert, Sidaction, associations...
- Ils peuvent être à l'intérieur : Ucsa, Spip, SMPR, administration pénitentiaire, éducation nationale, associations, aumôneries, détenus...

Le choix de l'interlocuteur dépendra du type d'information nécessaire. Il n'est pas indispensable de rencontrer tous les acteurs.

Les détenus sont des personnes qui n'ont pas toujours été incarcérées et qui seront amenées à retrouver le milieu libre. Le projet doit donc s'inscrire dans cette trajectoire de la personne détenue, et tenir compte de son vécu avant l'incarcération et de ses perspectives à l'issue de cette période. Pour cela, il s'agit de recueillir le maximum d'informations sur les structures qui ont eu à connaître les personnes à l'extérieur, avant leur incarcération, et/ou qui sont susceptibles de prendre le relais à leur sortie.

La première étape consistera donc à dresser un tableau des structures et des personnes (adresses, numéros de téléphone, mails...) susceptibles de vous aider à mettre en place votre projet. Ce répertoire sera amené à être enrichi au fur et à mesure de l'avancée du projet.

Avant d'entrer en prison

Il s'agit de recenser les éléments suivants en s'adressant aux interlocuteurs identifiés :

- recueillir des informations générales sur le contexte de la prison et des problématiques particulières qui y sont liées : recherches bibliographiques (rapports, articles, ouvrages, revue de presse...);
- établir un référentiel de tous les acteurs en lien avec la prison qu'ils soient institutionnels ou associatifs : médecin inspecteur ARS⁵⁶, médecins d'Ucsa, référent prison Sidaction, chargés de projets prison associations, etc.;
- connaître les priorités en matière de santé dans le lieu géographique où l'on intervient : priorités régionales en matière de santé, déclinaisons des plans nationaux (Mildt, VIH, hépatites, santé des détenus...), priorités institutionnelles (Assurance maladie, Conseil généraux, Municipalités, centres de ressources régionaux autour des drogues et toxicomanie, en éducation pour la santé...), etc.;
- faire le choix de(ou des) l'établissement(s) sur le(s)quel(s) on souhaite intervenir ;
- s'informer de l'existence d'un Copil au sein de l'établissement et prendre contact avec lui ;
- connaître les dispositifs médico-sociaux référents de l'établissement pénitentiaire (Hôpitaux de rattachement Ucsa/SMPR, services d'urgence, Caisse de sécurité sociale, ANPE...), et le réseau VIH et hépatites autour de la prison : Corevih, ARS, Réseau Ville-Hôpital, Sidaction, associations...

⁵⁶ La loi HPST (<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000020879475&dateTexte=&categorieLien=id>) prévoit une nouvelle organisation régionale avec une ARS (Agence Régionale de Santé), une DRJSSCS (Délégation Régionale de la Jeunesse et des Sports et de la Cohésion Sociale). Des délégations territoriales sont créées et remplacent les DDASS.

- Repérer les actions déjà en place au sein de l'établissement afin d'inscrire son projet dans le programme en cours : en rencontrant les financeurs (ARS, Sidaction, Conseil général, mairies...), la Corevih, le réseau associatif...
- Recueillir des informations sur les conditions de détention, les conditions de soins et d'hygiène, les informations générales sur le VIH et les hépatites, les dispositifs de prévention, de dépistage et de soins...
- Rencontrer des anciens détenus, des familles de prisonniers et des associations les représentant (Uframa⁵⁷) pour mieux appréhender le vécu des personnes et leurs besoins.

Un certain nombre de ces informations sont susceptibles d'être recueillies dans différents rapports (tableau p. 54) : rapport d'activité de l'établissement pénitentiaire, rapport d'inspection de la Drass/ARS, rapport du contrôleur général des lieux privatifs de liberté, enquêtes Ddass et Drass (ex. enquête Drassif 2007 VIH/hépatites)...

Une grande partie de ces documents est accessible au grand public sur simple demande aux institutions concernées (pour voir la liste se référer au site de la Commission d'accès aux documents administratifs⁵⁸).

Rencontrer les acteurs au sein de la prison

Un certain nombre d'interlocuteurs sont incontournables en prison, dont **l'Ucsa et le Spip**. L'une a en charge les problématiques santé, l'autre est responsable des actions d'insertion, de probation et l'accompagnement social des détenus; sans leur aval le projet ne pourra pas être mis en place. Les articulations opérationnelles sont aussi à explorer.

Ucsa et Spip constituent la porte d'entrée vers les autres structures présentes en prison : direction, personnels de surveillance, SMPR, Education nationale, emploi, services sociaux, associations, aumôneries, visiteurs de prison...

Ils pourront vous permettre de faire le lien avec les autres partenaires, vous faciliter les démarches au sein de l'établissement et participer avec vous à la mise en place et à la réalisation de votre projet.

Les informations à privilégier sont :

- connaître le règlement intérieur du lieu où l'on intervient : Spip (réfèrent santé/actions socio-éducatives), direction ;
- s'informer de l'existence d'un Copil : Spip/Ucsa/Direction... ;
- rencontrer le médecin responsable d'Ucsa, le directeur du Spip en milieu fermé, le responsable du SMPR, la Direction, les chefs de détention... ;
- connaître les personnes référentes : Spip, Ucsa (réfèrent prévention/Éducation pour la santé), surveillant (activités socio-éducatives/Ucsa), responsable local d'enseignement, référents PJJ, SMPR, bibliothèque, aumôneries, associations... ;
- rencontrer les associations VIH/hépatites et les autres associations intervenant en prison pour articuler votre intervention avec les leurs, afin d'avoir une plus grande complémentarité dans la prise en charge des personnes, en détention et à la sortie ;
- rencontrer les détenus pour évaluer avec eux les possibilités de construire ensemble le projet et les impliquer dans sa réalisation.

⁵⁷ Union Nationale des Fédérations Régionales des Associations de Maisons d'Accueil de Familles et proches de personnes incarcérées.

⁵⁸ Commission d'accès aux documents administratifs (<http://www.cada.fr>).

EN PRATIQUE

Précision : pour les actions à destination des mineurs incarcérés, l'interlocuteur privilégié n'est pas le Spip mais la Protection judiciaire de la jeunesse (PJJ). Elle assure globalement les mêmes missions avec une dimension supplémentaire d'enseignement, en lien avec l'Education nationale. Bien que relevant tous deux de l'administration pénitentiaire, le Spip et la PJJ sont rattachés à deux directions distinctes.

- s'informer auprès de l'Ucsa des statistiques générales des personnes suivies, de leurs profils, des pathologies existantes, de l'offre de soin et des dispositifs de dépistage et de prévention ;
- connaître les aspects liés plus spécifiquement à la question du VIH et des hépatites (Ucsa) : dépistage, pratiques à risque, mesures prophylactiques, préservatif, matériel stérile de réduction des risques, traitement post exposition (TPE)... ;
- s'informer des dispositifs et des problématiques liés aux pratiques d'addiction en prison : Ucsa, SMPR ;
- identifier le réseau des partenaires médico-sociaux en prison et à l'extérieur, en lien avec l'Ucsa, le SMPR et le Spip ;
- envisager le travail d'accompagnement des personnes, dès l'entrée, en articulation avec l'ensemble des dispositifs dedans et dehors ;
- s'enquérir des actions déjà faites et identifier les manques et/ou les dysfonctionnements : Ucsa, SMPR, Spip, Sidaction, associations... ;
- fixer les objectifs et le calendrier avec l'ensemble des partenaires en officialisant un groupe de travail et en construisant avec lui les outils pour l'évaluation du projet.

Eléments de synthèse

L'ensemble de ces démarches a pour but de faire connaître votre projet, de le construire le plus en lien avec la réalité du lieu et des publics ciblés, d'identifier les personnes ressources et de les sensibiliser à votre projet. Il s'agit également de l'articuler avec l'ensemble des dispositifs existants, dans une approche globale de santé tenant compte du parcours de la personne avant son entrée et après sa sortie.

La question du financement est à envisager avec l'ensemble des partenaires, à l'intérieur et à l'extérieur. Ces financements peuvent être publics (santé, pénitentiaire...) ou privés (Sidaction, fondations...). Ils travaillent tous en lien avec les structures de la prison (dedans et dehors) qui pourront valider votre projet auprès d'eux.

La question de l'entrée en prison ne se pose pas, dans la mesure où votre projet est en lien avec l'une des structures intervenant en prison (Ucsa, Spip, SMPR, associations...) qui en feront la demande pour vous, auprès de la direction. Une pièce d'identité sera demandée au futur intervenant. Elle servira à vérifier que vous n'avez pas d'antécédents judiciaires incompatibles avec votre présence au sein de l'établissement. Une convocation pour complément d'enquête au commissariat de votre lieu de domicile peut-être possible.

→ Les points à vérifier à l'issue de l'état des lieux

- **Identifier les particularités de l'établissement** : selon le type d'établissement, les conditions de détention, les services, les modes de fonctionnement, le turn-over, les liens avec l'extérieur, etc. Cela permet d'en retirer :
 - les facteurs facilitants pour la future intervention : compétences des personnes, motivations, présence de ressources en interne ou en externe. Il faut identifier spécifiquement les structures susceptibles d'aider les détenus à leur sortie ;
 - les facteurs limitants pour votre future intervention.
- **Identifier les principales caractéristiques** de la (ou des) population(s).

■ **Identifier les conditions (déterminants)** influençant particulièrement les thématiques IST, VIH, tuberculose et sida dans l'établissement aussi bien dans le champ de la prévention primaire que secondaire et la prise en charge.

- Existe-t-il des pratiques à risque particulières (exemple des dominos, implants intradermique en Guyane) ?
- Les besoins ou réponses en matière de santé, d'information et de soutien, que ce soit au niveau des détenus, des familles, du personnel.
- Quelles sont les réponses apportées au regard des problèmes (nature des réponses, intervenants, qualité perçue) ?
- Quelles sont les besoins non couverts ? Pouvez-vous y contribuer ?
Sinon, qui interpeller ?

■ **Identifier les modes de prise en charge médico-sociale** concernant les personnes détenues en milieu carcéral, en lien avec le milieu carcéral (voir chapitre articulation "dedans-dehors").

■ **Identifier les conditions de préparation à la sortie** et tout particulièrement ce qui a trait aux droits et à la continuité de la prise en charge à la sortie. Il est important de pouvoir répondre à la question : "Comment cela se passe concrètement dans l'établissement considéré ?"

■ **Identifier ce qui se fait déjà en matière d'éducation pour la santé / RDR** : qui intervient, sur quel(s) thématique(s), de quelle manière ? Avec quelle méthodologie, quels outils, quels supports ? A quel rythme ?

■ **Identifier les acteurs** qui interviennent dans ce milieu ou en lien avec ce milieu (acteurs internes/externes), dans le champ des droits et de la santé, sans oublier ceux qui pourraient y contribuer (exemple les professeurs de l'éducation nationale) et les partenariats possibles à tisser.

Vous pourrez construire un tableau de synthèse en vous inspirant de celui-ci, il sera mis à jour au fil du temps :

TABLEAU DES INTERVENANTS EN LIEN AVEC LE MILIEU CARCERAL

Nom Institution/ association ou service	Mandat ou fonction	Champs d'intervention (santé, social, familles, droits...)	Jours et heures d'intervention (quand pertinent)	Type de complémentarités avec mon projet	Contacts	Etc.
Travaillant uniquement à l'intérieur du milieu considéré						
.....						
Travaillant uniquement à l'extérieur du milieu considéré						
.....						
Travaillant à la fois à l'intérieur et à l'extérieur						
.....						

DU DIAGNOSTIC A LA PROGRAMMATION, PRINCIPES ORGANISATEURS DU SUIVI ET DE L'ÉVALUATION

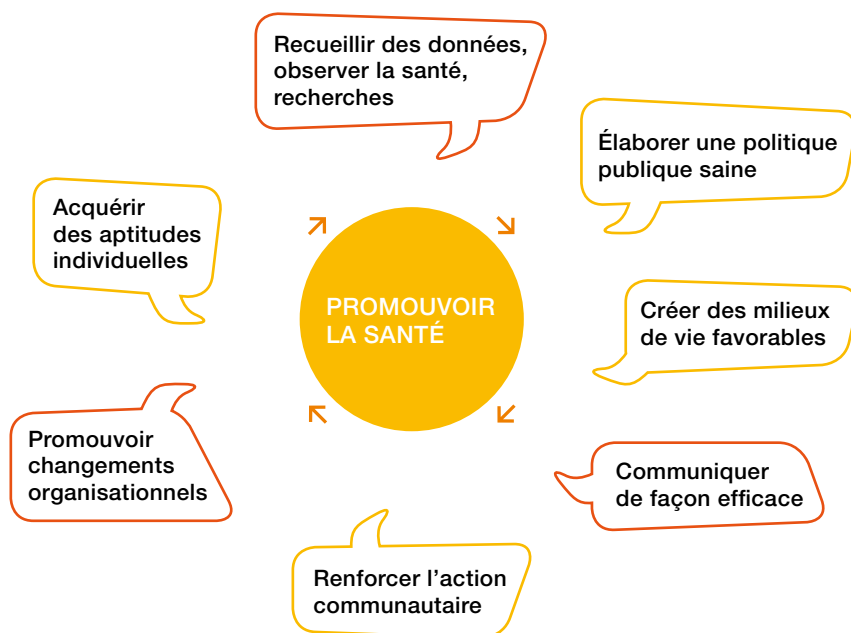
Une fois le diagnostic réalisé, la programmation peut être finalisée. La programmation consiste à organiser dans le temps et dans l'espace (si vous intervenez par exemple en milieu carcéral et en dehors) les principaux axes de travail que vous pouvez investir. Puis vous pourrez formuler des objectifs assortis aux activités et définir les ressources pour pouvoir les atteindre.

→ Première étape : identifier les axes de travail à partir de votre diagnostic

Les principes organisateurs d'un projet global, peuvent s'inspirer des axes stratégiques de la promotion de la santé (voir l'annexe VII – 2).

Ces principes s'organisent autour de sept axes qui peuvent aider à structurer le projet et les actions (certaines pouvant se dérouler dans le milieu carcéral, d'autres en dehors). Ces sept axes se renforcent les uns les autres. Il ne faut donc pas privilégier la dispersion des actions, mais rechercher celles qui vont se potentialiser les unes les autres (principe fondateur en réduction des risques comme en promotion de la santé).

Ces axes recouvrent les dimensions suivantes et sont détaillées en annexe :





© Richia Nouniati/Sidaction

Le projet pourrait ne recouvrir que certains de ces axes pour différentes raisons : projet se limitant par exemple à des sessions d'éducation pour la santé (axe "aptitudes individuelles"), projet d'ampleur limitée, contraintes du milieu imposant de n'intervenir que sur un champ spécifique, etc.

Il ne faut pas perdre de vue l'aspect global d'un projet selon cette déclinaison en sept axes.

Le contenu de chaque axe dépendra de l'analyse qui aura pu être faite des déterminants. Il pourra être évolutif dans le temps.

La globalité du projet et de son schéma directeur devra refléter le lien "dedans-dehors".

Cette étape finalisée facilitera la formulation des objectifs.

Illustration des axes d'interventions possibles d'un projet mené avec les personnes détenues



Politique publique saine / lobbying / plaidoyer

- **Promouvoir** l'égalité dedans – dehors en général.
- **Lutter** contre les discriminations de tous types.
- **Favoriser** l'application en milieu pénitentiaire des dispositifs de droit commun.
- **Promouvoir** des politiques tenant compte des spécificités de certains publics (personnes transgenres, mineurs...).

Milieu de vie favorable

Cet axe est extrêmement lié au plaidoyer concernant le milieu carcéral.

- **Faciliter** l'accès aux dispositifs : urgences, Ucsa, dépistages, SMPR...
- **Favoriser** l'accès équitable aux traitements et moyens de prévention.
- **Favoriser** l'accès à une alimentation en concordance avec les besoins des personnes.
- **Favoriser** l'accès aux activités socio-culturelles en détention et hors détention.

Communication

- **Promouvoir** l'accès aux informations par des modes de communication adaptés aux publics (femmes, migrants, handicaps...).
- **Promouvoir** des dispositifs facilitant l'expression des détenus (ex : blog, journal interne, émissions radio en interne...).



→ Deuxième étape : définir les objectifs

La formulation des objectifs est essentielle aux projets. Elle permet de réfléchir aux intentions poursuivies, de les rendre explicites. Ces objectifs doivent être réalistes et mesurables : "L'objectif est la formulation anticipée du résultat qu'on veut produire ; il est la prévision du résultat de l'action."⁵⁹

Ces objectifs doivent être hiérarchisés, plusieurs niveaux d'objectifs sont en effet à considérer : objectif général, objectifs spécifiques, objectifs opérationnels (ou activités).

L'intérêt de cette hiérarchisation est d'aller du plus général au plus précis. Les vocabulaires peuvent changer selon les financeurs, la logique reste la même.

Un objectif doit être en lien avec les analyses réalisées, cohérents entre eux. Ils servent de base pour les évaluations.

La formulation des objectifs répond à des règles. Chaque fois que possible, l'énoncé d'un objectif doit permettre de répondre aux questions suivantes : qui, quoi, de combien, pour qui ? Où ? Sur combien de temps ?

Les objectifs dits pédagogiques permettent de préciser ce que vous poursuivez comme intention dans vos sessions d'éducation à la santé par exemple.

Dans certaines situations, il existe des difficultés pour chiffrer, mais bien souvent, on s'aperçoit qu'en se servant des résultats antérieurs (bilans...) on peut tenter l'exercice. Avec l'introduction de la notion de résultats attendus, les objectifs spécifiques peuvent prendre une forme un peu différente.

Illustration

Elle sera axée sur la question du VIH, mais le principe reste le même pour d'autres thématiques.

■ **Objectif général** : Contribuer à renforcer la prévention autour du VIH sur le site Y au cours des années 2011 et 2012.

■ **Objectifs spécifiques (OS) :**

→ OS 1 : renforcer les compétences de X % des détenus du site Y sur la prévention du VIH.

→ OS 2 : augmenter de X % le taux de dépistage VIH des détenus durant les deux années du projet⁶⁰.

Chacun des objectifs spécifiques se traduit par des objectifs opérationnels, c'est-à-dire les activités à mettre en place pour les atteindre.

⁵⁹ Zuñiga R., Planifier et évaluer l'action sociale, 1994 : 102.

⁶⁰ Se servir pour quantifier des données de l'Ucsa ou du CDAG.

Exemples d'objectifs opérationnels pour OS 1

- Mettre en place une session hebdomadaire d'éducation pour la santé en milieu carcéral.
- Élaborer du matériel didactique adapté aux publics.
- Organiser des manifestations internes (journée 1^{er} décembre, théâtre forum...).
- Élaborer un programme radio sur la thématique VIH.
- Organiser un groupe dédié à l'éducation par les pairs⁶¹.
- Structurer avec les dispositifs/acteurs déjà existants en milieu carcéral (ex : professeur de biologie ou autre professionnel de l'éducation nationale) des sessions d'éducation pour la santé autour du VIH.
- Promouvoir la participation des détenus à des manifestations autour du VIH à l'extérieur lors de permissions de sortie.
- Etc.

Exemples d'objectifs opérationnels pour OS 2

- Mettre en place de façon ponctuelle des sessions d'information, via la radio interne, visant à encourager le dépistage du VIH.
- Favoriser la diffusion ou la création de matériel d'information autour du dépistage du VIH.
- Coordonner avec le CDAG ou l'Ucsa les différentes étapes liées au dépistage.

En ce qui concerne l'objectif spécifique 1, il doit être accompagné d'objectifs pédagogiques (OP) car il porte sur les compétences.

Ces OP précisent ce que l'on souhaite apporter comme connaissances, changements de comportements à travers les différentes activités.

⁶¹ Éducation par les pairs : approche éducationnelle, qui fait appel à des pairs (personnes de même âge, de mêmes contexte social, fonction, éducation ou expérience) pour donner de l'information et pour mettre en avant des types de comportements et de valeurs. Notamment dans la prévention vis-à-vis de la drogue et du sida, l'éducation par des pairs est une alternative ou un complément aux stratégies d'éducation pour la santé traditionnelles. Cette approche repose sur le fait que lors de certaines étapes de la vie, notamment chez les adolescents, l'impact des pairs est plus grand que d'autres influences (source : glossaire CRES Paca, 2002 : 11-12).

Exemple d'objectifs pédagogiques concernant la prévention du VIH

A l'issue des activités liées à la prévention du VIH, les personnes seront en mesure de :

- connaître le virus et ses particularités ;
- connaître les modes de contamination possibles ;
- connaître les moyens de prévention ;
- savoir négocier le port du préservatif ;
- savoir apprécier les différentes situations à risque et comment y faire face (piqûre par seringue usagée, rupture de préservatif, tatouage...) ;
- connaître les dispositifs/structures à l'intérieur et à l'extérieur du milieu carcéral (information, dépistage) ;
- connaître les éléments de base des traitements du VIH ;
- etc.

.....

Conclusion

Le schéma suivant reprend la logique de la hiérarchisation des objectifs et amorce le lien avec le suivi et l'évaluation. Le schéma met aussi en évidence que des objectifs viennent se renforcer les uns les autres, que des actions (objectifs opérationnels) vont venir alimenter plusieurs objectifs spécifiques.

.....



INDICATEUR

→ Troisième étape : définir le suivi et l'évaluation du projet

Le suivi consiste à :

- rassembler des données comparables de manière permanente, systématique et routinière⁶² ;
- il permet de mesurer les changements, les tendances, de manière systématique, sur un laps de temps défini, autour d'un phénomène donné ;
- il est basé sur un recueil de données, souvent formulées sous forme d'indicateurs ;
- les informations que présentent ces données doivent être qualitatives et quantitatives. Il ne faut pas se limiter aux "chiffres" ;
- le suivi consiste également à réaliser une veille sur différentes composantes :
 - les éléments du contexte : changements sur certains déterminants ;
 - les informations concernant les publics concernés ;
 - être attentif aux évolutions des problèmes de santé et leurs déterminants ;
 - comptabiliser les activités réalisées et les ressources engagées sur la base des indicateurs ;
 - veiller à la qualité des activités, "services" produits ;
 - veiller à la bonne "marche" du projet et sa cohérence de façon générale.

Quelles sont les informations nécessaires, pertinentes dans le cadre du suivi ?

Quelques questions pour vous aider à rechercher les bonnes informations :

- A quoi vont-elles nous servir ?
- Quelles sont celles qui seront les plus utiles parmi celles qui sont disponibles (faire des choix) ?
- Quelles seraient les informations utiles, mais qui ne sont pas disponibles ?
- Comment passer d'une information à un indicateur ?
- Quelles sont les sources d'informations ?
- Quel recueil de données cela implique-t-il ?
- Quels outils utiliser (fiches, grilles, autre support de recueil) ?
- A quelle fréquence recueillir les données, les analyser ?
- Comment et quand organiser l'analyse des informations collectées ?

Ce temps doit être inscrit dans les agendas !

Différence : suivi et évaluation

- **Suivi** : le suivi consiste à rassembler des données comparables de manière permanente, systématique et routinière, avoir une photographie à un temps "t".
- **Évaluation** : c'est l'examen du programme/projet qui permet de comparer ce qu'on a obtenu par rapport à ce qui était prévu.

La notion de comparaison distingue suivi et évaluation mais les frontières sont parfois étroites.

Exemple d'indicateur de suivi autour de l'OS 1	Exemple d'indicateur d'évaluation autour de l'OS 1
Nombre de détenus participant aux sessions d'information	Nombre de détenus participant aux sessions d'information / prévu
Nombre de sessions d'éducation à la santé réalisées	Nombre de sessions d'éducation à la santé réalisées / prévu
Nombre de sessions radio réalisées	Nombre de session radio réalisées / prévu
Nombre de pairs formés	Nombre de pairs formés / prévu
% des détenus ayant acquis 80 % des objectifs pédagogiques	% des détenus ayant acquis 80 % des objectifs pédagogiques / prévu
Etc.	Etc.

Le "prévu" peut parfois être complexe à projeter. Tout en restant réaliste, il faut chiffrer les "prévu", cela donne une base par la suite.

Si vos objectifs ne sont pas atteints, il suffira d'en expliquer les raisons : ceci permet de documenter le degré de contraintes rencontrées par les associations et de servir de levier pour tenter de les lever.

L'évaluation

Elle permet :

- de préciser les effets produits par le projet ;
- de donner une vision globale des informations synthétisées à cette occasion ;
- de prendre les décisions adéquates, consensuelles, afin d'améliorer et de renforcer la qualité du programme ;
- menée au sein d'une équipe, de croiser les regards et constitue un outil de communication en interne.

Elle doit :

- se penser dès le début du projet, c'est-à-dire quand on réfléchit à son organisation et ses objectifs. Elle peut être enrichie par la suite ;
- être réalisée chaque année. Des moments particuliers peuvent susciter la mise en œuvre d'une évaluation : changement de contexte, souhait de réorientation importante du projet.

L'évaluation globale d'un projet peut être complétée par des évaluations portant sur un aspect spécifique du projet (exemple : évaluation d'un réseau de partenaires...).

Il s'agit d'un moment formateur, l'aspect pédagogique des évaluations les distingue d'un contrôle.

L'évaluation permet de constituer une mémoire utilisable... et de communiquer.

Évaluer : une définition parmi d'autres

“Évaluer c’est se poser les bonnes questions et essayer d’y répondre grâce au recueil de données de routine (suivi), complété si besoin par un recueil spécifique quantitatif/qualitatif sur des éléments d’intérêt particulier.”⁶³

Évaluer, c’est aussi une aide à la prise de décision : “On compare un réalisé en regard d’un attendu, à ce qui était prévu.”

Cependant, l’évaluation ne peut se limiter à la comparaison avec le “prévu” (le “programmé”/ rendu explicite via des objectifs).

EN PRATIQUE

Préciser les questions auxquelles l'évaluation doit répondre sur les différents aspects du programme.

Définir des critères à partir des questions (caractéristiques à observer ou à mesurer pour répondre aux questions).

Définir des indicateurs (instrument de mesure) à partir de ces critères.

Identifier les sources pour documenter les informations nécessaires.

Différents types d'évaluation existent

Trois types d'évaluation sont définis en fonction de l'objet auquel elle s'intéresse :

■ Évaluation de résultats

(différentes définitions : attention à ce qu'entend le financeur)

Comparaison entre les effets obtenus par rapport aux objectifs généraux fixés dans une population donnée : effets à court, moyen et long terme.

■ Évaluation de processus

Comparaison entre le déroulement opérationnel des activités, l'utilisation des ressources, les participations partenariales et communautaires, les actions prévues du programme et son déroulement réel.

■ Évaluation d'impact

S'intéresse à l'ensemble des effets dans la population concernée et dans la population générale. Effets tout spécialement à long terme : effets très généraux d'un programme ; résultats produits par rapport aux objectifs ; effets directement liés au programme.

Exemples :

Questions	Critère	Indicateur	Source d'information
Comment la promotion du dépistage évolue-t-elle sur le site ?	Dépistage VIH	Taux de dépistage des personnes détenues	Données des Ucsa, CDAG
Comment se traduit le lien dedans / dehors sur le site ?	Activités régulières organisées à l'extérieur pour les détenus	Nombre et types d'activités organisées à l'extérieur pour les détenus	Fiche de recueil de données des associations collaborant sur ce champ
Etc.			

- analyser les informations ;
- conclusion & recommandations ;
- valorisation.

Un indicateur dit de qualité doit être valide et spécifique : il mesure ce qu'il est prévu de mesurer.

Pour obtenir une meilleure validité plusieurs indicateurs :

- sensible et fiable : varier dans les mêmes proportions que le phénomène observé ;
- observable / mesurable ;
- reproductible ;
- avoir un coût acceptable.

Exemple de fiche action⁶⁴ :

FICHE D'ACTION	
Thématique :	
Titre du projet ou de l'action :	
Structure porteuse :	
Personne référente (tél, mail...) :	
Contexte	<i>Donner ici les principaux éléments de connaissance.</i>
Publics concerné(s)	
Objectif général du projet	
Objectifs spécifiques ⁶⁵	
Objectifs opérationnels	<i>Mettre ici des commentaires relatifs aux modalités de travail notamment sur les activités non prévues.</i>
Partenaires opérationnels	
Informations quantitatives (indicateurs) et qualitatives	
Modalités d'évaluation	<i>Préciser ici comment la ou les évaluations sont envisagées.</i>
Ressources	
Points forts (opportunités du contexte, forces du projet)	<i>Mettre toutes les conditions qui vont favoriser l'implantation du programme en milieu pénitentiaire ou le lien "dedans / dehors". Mettre aussi les lignes de force de votre projet.</i>
Points faibles (contraintes, risques - demandés par certains financeurs)	<i>Mettre les éléments du contexte et les facteurs limitant votre projet, en lien avec le milieu pénitentiaire.</i>

Pour en savoir plus

- Guide d'auto-évaluation "Comment améliorer la qualité de vos actions en promotion de la santé ?" de l'INPES : <http://www.inpes.sante.fr/guide-autoevaluation-qualite/pdf/Guide-qualite-version-integrale.pdf>
- Outil de pilotage et d'analyse de l'efficacité attendue des interventions en promotion de la santé-Preffi 2.0 de l'INPES : http://www.inpes.sante.fr/preffi/Preffi2_Outil.pdf
- Outil de catégorisation des résultats de projets de promotion de la santé et de prévention : http://www.inpes.sante.fr/outils_methodo/categorisation/guide-fr.pdf

⁶⁴ Vous pouvez effectivement élaborer plusieurs fiches action pour le même projet. Chaque fiche action peut alors décliner un objectif spécifique.

⁶⁵ On trouve désormais dans de nombreuses fiches actions, la notion de résultats attendus.

Articulations dedans/dehors⁶⁶

NOUS AVONS INSISTÉ DÈS LE DÉBUT DE CE DOCUMENT SUR L'IMPORTANCE À ACCORDER AUX PROJETS QUI CONTRIBUENT DIRECTEMENT OU INDIRECTEMENT – PAR LE BIAIS DE PARTENARIATS PAR EXEMPLE - AU LIEN ENTRE LES INTERVENTIONS EN MILIEU FERMÉ ET LE MILIEU OUVERT. C'EST POURQUOI, UN CHAPITRE EST SPÉCIFIQUEMENT DÉDIÉ À CE LIEN.

Le “dedans”, concentration de toutes les inégalités sociales de santé du “dehors”.

Les populations incarcérées cumulent les facteurs de vulnérabilité et d'inégalités sociales de santé : les migrants, les exclus, les plus pauvres, les plus malades, les plus en situation de handicap au niveau mental constituent l'essentiel des effectifs des détenus. La prison est le lieu par lequel transitent des populations dont l'accès aux soins est médiocre comme l'ont souligné certains intervenants des journées Inpes, en 2008.

Les problèmes de santé sont parfois, paradoxalement, mieux pris en charge à l'intérieur qu'à l'extérieur. La prison n'est pas un “bon lieu de soins” mais c'est plutôt le système du droit commun qui est un mauvais lieu de soins pour les populations les plus précaires (majoritairement représentées en prison) : refus de CMU, stigmatisation des usagers de drogues, limitation d'accès à la substitution, exclusion des étrangers du système de santé...

La période d'emprisonnement, peut être mise à profit pour mettre en place des projets de soins, ou de promotion de la santé avec ces publics précaires. Les marges de manoeuvre sont parfois étroites mais nous avons vu dans les chapitres précédents qu'il y avait des possibilités d'actions conditionnées par : la prise en compte des déterminants sociaux de santé ; l'articulation entre le dedans et le dehors.

LA NÉCESSAIRE PRISE EN COMPTE DES DÉTERMINANTS SOCIAUX DE SANTÉ

La France est le pays d'Europe de l'ouest où les inégalités sociales de santé sont les plus fortes⁶⁷. Certaines catégories sont particulièrement vulnérables dans le domaine de la santé : migrants, usagers de drogues, malades mentaux...

Ces populations sont sur représentées en prison.

Les données disponibles montrent que l'absence de prise en compte des spécificités liées à chacune de ces populations accroît les inégalités de santé⁶⁸.

Les intervenants du milieu carcéral doivent acquérir des savoirs spécifiques relatifs aux problématiques médico-sociales rencontrées par ces populations.

⁶⁶ Chapitre élaboré à partir OIP, Guide du sortant de prison, Edition la Découverte, 2006.

⁶⁷ Haut Conseil de la santé publique. Les inégalités sociales de santé : sortir de la fatalité. Coll. Avis et rapports, Paris : La Documentation française ; avril 2010.

⁶⁸ Réduire les inégalités sociales de santé : Auteurs : POTVIN, Louise ; Moquet Marie-José ; Jones Catherine (sous la dir.), Editions : Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES), Collection : Santé en Action, ISBN 978-2-9161-9223-9 – parution 2010. <http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1333.pdf>

Exemples : situation administrative des migrants, problématique du logement, problèmes liés à la santé mentale, titres de séjour pour soins, approches tenant compte du parcours migratoire, des problématiques socioculturelles et des barrières de la langue, réduction des risques pour les usagers de produits psychoactifs...

Le score EPICES est un des outils validés pour évaluer la vulnérabilité sociale d'un usager. Il permet de repérer les situations à risque de dégradation de l'état de santé. [Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire n°14, 4 avri l 2006].

Des outils plus élaborés peuvent être imaginés (outils communautaires, travail avec les pairs...), mais le milieu carcéral est peu propice à de telles expériences. Souvent, il est réticent aux innovations et privilégie des objectifs d'application de peine et de lutte contre la récidive. A sa décharge, ces outils sont en France, assez peu nombreux, même à l'extérieur.

L'ARTICULATION ENTRE LE DEDANS ET LE DEHORS

Le "dedans" et le "dehors" sont deux mondes obéissant à des règles différentes impliquant des modes d'adaptation et des comportements différents.

Chacun de ces milieux nécessite des compétences spécifiques. Par exemple, soigner dans un milieu "contraint", fermé, n'a pas le même sens, ne requiert pas les mêmes outils, ni les mêmes compétences qu'en milieu "ouvert".

Il s'agit pour les intervenants médico-sociaux, d'éviter au maximum que la période de détention soit une exclusion de plus, pour des populations qui cumulent déjà souvent des facteurs de vulnérabilité sociale à l'extérieur.

Il est également important, au moment critique de la sortie, qui constitue paradoxalement souvent, un renforcement des vulnérabilités des détenus, d'éviter la rupture des droits ou des traitements. Ce moment nécessite un accompagnement spécifique des personnes.

Le succès du passage dedans/dehors dépend de la mise en place de trois orientations :

- ouverture vers le dehors, des professionnels du dedans ;
- implication dans le dedans, des professionnels du dehors ;
- mobilisation de structures médiatrices entre le dedans et le dehors.

Mr F. E. sort de prison après un an de détention. Il est étranger et n'a pas de famille en France. Co infecté par le VIH et le virus de l'hépatite B, il a 2 CD4, c'est-à-dire une immunodépression profonde.

Il n'a pas d'attestation de sécurité sociale, pas de lettre de liaison médicale, pas de lieu où aller. C'est la Cimade qui est appelée par l'usager car une rencontre avec cette association avait eu lieu en détention. La Cimade appelle une association partenaire qui a un programme spécifique autour du lien "dedans / dehors". Il faut presque une semaine pour que l'usager trouve un logement temporaire, reprenne le suivi médical approprié et se procure les traitements, retire le dossier de demande de titre de séjour pour raisons médicales à la préfecture (Article L313-11 11 Loi Ceseda). Une demande en Appartement de coordination thérapeutique a été faite. L'énergie déployée par les acteurs associatifs pour résoudre ce cas a été énorme. Un travail en amont aurait permis d'anticiper l'ensemble de ces démarches. Cet exemple illustre bien l'importance d'améliorer le lien "dedans / dehors".

→ “Ouverture vers le dehors des professionnels du dedans”

Les acteurs du monde carcéral doivent sans cesse garder à l'esprit que la personne détenue va réintégrer, au terme de sa peine, la société.

Pour cela la préparation à la sortie doit être un objectif à envisager, dès l'entrée.

Il s'agit, en concertation avec la personne détenue, de hiérarchiser ses priorités, dont la santé est l'une des composantes importantes. Un certain nombre d'éléments sont à préparer en amont de la sortie en lien avec le droit commun (Spip/Ucsa/SMPR...) et les associations intervenants en prison :

- **droits sociaux** (couverture sociale, ouverture d'ALD, allocation chômage ou RMI, carte d'identité...) et besoins fondamentaux (toit/domiciliation, nourriture, santé, liens familiaux) ;
- **démarches de santé** : courriers de liaison avec un médecin traitant ou une structure ambulatoire, notes de synthèse médicale (s'assurer de la bonne remise à la sortie), contact téléphonique pour récupérer des données médicales (Ucsa), prise de rendez-vous à l'extérieur dans le cadre de pathologies chroniques, intégration lors des interventions collectives en milieu carcéral d'informations pouvant servir une fois dehors... ;
- **articulation avec des structures extérieures** travaillant sur la question de la sortie de détention ou impliquée dans le lien “dedans/dehors” : annuaires des professionnels du droit commun ; mise en place de “réseaux” avec l'extérieur... ;
- **plaidoyer auprès des structures extérieures** intervenant en prison, pour développer les pratiques autour des demandes de permission de sortir, de libération conditionnelle, d'aménagement de peines qui sont trop peu utilisés.

→ Implication dans le dedans des professionnels du dehors

Il est aussi essentiel de pouvoir mobiliser les acteurs “du dehors” afin qu'ils :

- développent des compétences spécifiques à la problématique carcérale et à la sortie de prison ;
- considèrent la période d'incarcération comme une situation plutôt à risque de mauvaise santé ou d'aggravation de l'état de santé pour les publics qu'ils suivent ;
- envisager d'emblée la prise en charge des détenus dans une perspective globale, bio-psycho-sociale.

Les problématiques spécifiques à l'enfermement doivent être connues des professionnels “du dehors” afin de leur permettre de mieux prendre en charge des sortants de prison :

- répercussions psychologiques liés à l'enfermement, risque suicidaire en sortie, etc. ;
- exposition aux risques d'usage de produits psycho-actifs en milieu carcéral ;
- dépendances aux produits psycho-actifs ;
- pratiques sexuelles à risque ;
- maladies contractées en prison ;
- violences agies ou subies.

Les différents intervenants à l'extérieur du milieu carcéral ont un rôle spécifique à jouer pour lutter contre les effets désocialisant de l'emprisonnement et si possible tenter de soutenir la personne détenue dans un projet personnel, familial, professionnel, à la sortie. Ils doivent être accessibles et réactifs. Proposer un accompagnement de proximité (pour des personnes désorientées dans le temps, l'espace) vers les diverses structures d'accès au droit. Travailler à partir du réseau relationnel existant (travail de médiation avec la famille, évaluer la force du réseau de sociabilité pour éviter ou limiter les modes de vie à risque).

Le lien avec le milieu professionnel doit s'articuler autour des thématiques de la formation, de la lutte contre l'illettrisme et de l'aide à l'accès à l'emploi.

Les acteurs doivent se familiariser avec les mesures d'aménagement de peine, les connaître (cf chapitre 3) et saisir les opportunités que celles-ci soient appliquées pour une prise en charge médicosociale adaptée. Cela consiste à éviter au maximum ce que l'on appelle les "sorties sèches".

Si les partenariats avec le Spip sont déterminants, il est aussi utile de développer un partenariat avec les avocats et les autres structures intervenant en prison, pour anticiper le projet de sortie : travail, logement, formation...

Il s'agit aussi pour les intervenants à l'extérieur de connaître les différences qui existent entre le dedans et le dehors.

Il faut travailler avec l'usager sur les modifications des "champs des possibles" entre le dedans et le dehors afin que lorsqu'il élabore ses stratégies, celles-ci soient adaptées au milieu (présentation des outils disponibles, adresses et lieux ressources...).

Le travail de requalification des personnes est possible et l'approche collective doit être basée sur la participation et l'autonomisation des personnes. Le retour vers le droit commun peut être long dans certains cas, cela dépend de chaque situation. L'usager est partie prenante de ce processus, le professionnel n'étant là que pour l'accompagner.

Dans le cas d'acteurs travaillant dans des milieux différents, avec des usagers communs, le réseau est un outil pertinent en termes d'échanges et de modification des comportements. Il est nécessaire de susciter des réunions régulières autour de situations concrètes.

La séparation des rôles entre acteurs de différents champs, doit être respectée pour des raisons éthiques et de confiance avec les usagers.

Gaby : bref historique d'un accompagnement en lien avec la détention.

Nous rencontrons Gaby pour la première fois au printemps 2006, dans le cadre de l'accueil de jour du Caarud. Il est consommateur de crack, usager abusif de drogues depuis 25 ans, il n'a pas de domicile stable et est en rupture de soins alors qu'il est séropositif au VIH et au VHC.

En octobre 2006, à sa sortie, il nous informe de son incarcération. Nous lui proposons une orientation vers une structure hébergeant les sortants de prison mais rapidement il reprend un parcours d'errance centré sur une consommation de drogue. Notre accompagnement à cette période vise essentiellement la réduction des dommages liés à ce mode de vie relativement précaire. Fin décembre 2006, Gaby est à nouveau incarcéré.

Cette fois-ci il nous écrit et nous organisons avec lui son suivi de soutien en détention (envois de courriers, mandats, dépôt de vêtements, colis de Noël, liens avec sa famille, visites régulières). Quand il est libéré en mars 2007, nous avons, à sa demande, pris contact avec l'Estran (CHRS sortant de prison). Rapidement, Gaby reprend la vie chaotique de "crackeur", il lâche l'hébergement, mais les contacts avec l'équipe du Caarud sont maintenus : lors d'entretiens nous abordons ensemble la question des soins et le projet pour l'instant lointain qu'il aurait, de "partir" pour pouvoir se soigner. A cette occasion la possibilité d'une orientation dans un ACT du sud de la France est évoquée.

En juin 2007, nous apprenons son incarcération. Le suivi amorcé s'est poursuivi au rythme des visites en détention jusqu'à janvier 2008. Pendant cette incarcération Gaby n'a pas souhaité que nous prenions contact avec les équipes du Spip et de l'Ucsa. La préparation à la sortie permet tout de même qu'il soit accueilli dans un hébergement à l'hôtel à sa sortie. Cette fois-ci, Gaby garde un hébergement "stable" mais reste toujours extrêmement négligeant vis-à-vis de sa santé. Son hygiène de vie est déplorable et il ne prend aucun traitement malgré une perte de poids et des signes cliniques alarmants. Malgré la présence chez Gaby de désirs de "prendre mieux soin de lui-même", il n'arrive pas à réguler sa consommation de drogue et à organiser ses soins. Nous continuons néanmoins à envisager la possibilité d'un accueil en structure de soins. En décembre 2008, Gaby retourne en prison. Après une période très difficile, il retrouve du dynamisme et reprend son "ébauche de projet de soins".

Après plusieurs temps d'échanges avec les professionnels (médecin, psychologue, éducatrice) Gaby décide de prendre un traitement contre le VIH. Nous travaillons ensemble à son projet de soins et cette fois-ci en lien avec le SMPPR, l'Ucsa et le Spip, un accueil dans un ACT est sollicité. Grâce à une permission, Gaby se déplace pour l'entretien d'admission et il est finalement accueilli là-bas à sa sortie de prison en juillet 2009. Pendant son séjour en ACT, nous restons en lien avec Gaby et maintenons le travail avec les partenaires professionnels (équipe de l'ACT, équipe hospitalière du service VIH et médecin du Csapa (relais TSO).

Ce synopsis d'accompagnement illustre comment continuité du travail dedans/dehors, travail en réseau et persévérance sont des qualités essentielles des accompagnements en lien avec la détention.

DES PISTES DE TRAVAIL...

Intervenir en milieu carcéral, c'est travailler sur un parcours des personnes. La préparation à la sortie s'envisage dès l'entrée en prison. Il s'agit, d'anticiper et d'accompagner les personnes dans leur parcours de sortie, et même au-delà.

Quelques éléments peuvent aider dans cette démarche, par exemple :

- prévoir des dispositifs récupérant les usagers passés au travers des mailles du filet médico-social existant : Spip, Ucsa, associations... ;
 - ces dispositifs doivent être réactifs, pluridisciplinaires, compétents et bien financés, car les usagers qui se retrouvent dans les situations les plus compliquées sont souvent ceux qui cumulent les problèmes médico-sociaux ;
 - cela nécessite de mobiliser des professionnels compétents durant des temps assez longs ;
 - cela nécessite aussi d'avoir des outils pertinents pour analyser les dysfonctionnements et y pallier, en lien avec les différents acteurs du droit commun, qu'ils soient en milieu carcéral ou à l'extérieur.
- Le travail en réseau, formalisé par des rencontres régulières, pourrait être un outil intéressant dans cet objectif.

Conclusion

“Les personnes qui ont besoin d'un suivi médical à la sortie sont, en grande majorité, dans une situation socio-économique difficilement compatible avec un suivi socio-sanitaire correct, qui supposerait que soit mis en place un accompagnement social.”⁶⁹

Une approche spécifique autour du lien “dedans/dehors” est nécessaire. Il faut des actions innovantes, souples mais pédagogiques : en se basant sur les données disponibles, les situations concrètes, les acteurs du dehors doivent arriver à interagir avec les professionnels du dedans, d'une façon à ce que ces derniers ne se sentent pas mis en défaut mais plutôt sollicités pour une amélioration rationnelle des pratiques.

⁶⁹ Guide du sortant de prison, OIP, édition de la découverte. 2006. http://www.editionsладecouverte.fr/catalogue/index-Le_guide_du_sortant_de_prison-9782707147554.html

DROITS SOCIAUX/PRÉPARATION À LA SORTIE

En raison de la nature de ce guide, nous n'avons pas souhaité aborder ce chapitre d'une manière détaillée. Simplement orienter vers des outils plus complets comme le Guide du sortant de prison de l'OIP⁷⁰ ou le guide des droits sociaux d'Act up⁷¹.

La grande majorité des personnes purgeant des peines relativement courtes, la question de la préparation à la sortie et de l'insertion après la peine, notamment pour les personnes atteintes par le VIH et les hépatites, doit être posée dès les premiers jours de l'incarcération.

Dans le cadre de la stratégie nationale de prise en charge des personnes sans-abri ou mal logées présentée au conseil des ministres le 10 novembre 2009, l'attention des préfets et des directeurs interrégionaux des services pénitentiaires était attirée sur le fait que "sur près de 85 000 personnes sortant d'établissements pénitentiaires chaque année, il est estimé qu'un maximum de 8% à 10% d'entre eux n'ont en effet aucune solution de logement, quand d'autres ne disposent que de solutions précaires". Dès lors, le ministère de la justice et le secrétariat d'état chargé du logement et de l'urbanisme, dans une note du 1er mars 2010, affirment que "les personnes sortant de prison doivent pouvoir accéder à l'ensemble des droits et prestations sociales, et en particulier aux dispositifs existants d'accès au logement, sauf exclusions et restrictions légales".

Dès lors, professionnels et bénévoles intervenant en prison se voient confrontés à la nécessité de mettre en œuvre le plus tôt possible un accompagnement des personnes détenues afin de préparer au mieux la sortie de prison.

Des outils répertoriant l'ensemble des mesures à mettre en œuvre, en partenariat avec les services pénitentiaires d'insertion et de probation et les structures de droits commun oeuvrant à l'extérieur, sont accessibles aux associations. Parmi eux, le Guide du sortant de prison, édité en 2006 par l'Observatoire international des prisons (et réactualisé en 2008) qui récapitule les dispositifs d'aménagement de peine, la préparation à la sortie de prison et les mesures de contrôle après la sortie de prison.

⁷⁰ Le guide du sortant de prison, OIP / Editions La Découverte, 2006, 411 p.

⁷¹ <http://www.actupparis.org/IMG/pdf/GDS-2.pdf>

Conclusion générale

En élaborant ce document, Sidaction a souhaité mettre à la disposition des acteurs associatifs un outil pratique, permettant de mieux appréhender le milieu pénitentiaire et en faciliter l'approche.

Chacun pourra y puiser, selon son degré de connaissance et son expérience, les éléments nécessaires à la réalisation d'un projet professionnel.

Il est destiné aussi bien à des acteurs souhaitant pénétrer la prison qu'à ceux accueillant des publics sortant de prison. Il peut être parcouru de multiples façons ; lu de manière continue ou en sautant d'un chapitre à l'autre. Il offre un premier accès du milieu pénitentiaire. Nous avons donc privilégié une approche généraliste basée sur les "fondamentaux" à connaître absolument, avant de s'engager dans un projet.

Des annexes seront publiées ultérieurement et porteront sur des aspects particuliers, notamment sur des publics spécifiques. D'ici là, et si certains intervenants souhaitent dès à présent intervenir auprès de certaines de ces populations, la mission "Milieu carcéral" de Sidaction peut apporter son soutien.

Certains des rédacteurs de ce guide ont souligné la nécessité d'insister auprès des futurs promoteurs de projets sur l'indispensable patience et pugnacité à avoir, avant d'envisager la mise en place d'actions. Ces qualités seront nécessaires pour affronter les difficultés qu'ils seraient amenés à rencontrer et la sensation d'inutilité bien souvent éprouvée par certains intervenants, lors de l'évaluation de l'impact de leur action.

Ces difficultés devront être clairement évoquées, notamment auprès des détenus. La lenteur de l'évolution des projets ne doit pas être prise par eux pour de l'indifférence de la part des intervenants à leur égard. Cette posture devra être bien maîtrisée, afin de ne pas confondre explication et justification. Elle nécessite une parfaite analyse, par l'intervenant, de l'état d'esprit des populations qu'il rencontre en prison. Sens de l'analyse et adaptabilité sont des qualités à avoir en général quand on veut intervenir dans ce milieu.

L'appui sur les éléments contenus dans ce guide peut permettre d'anticiper une partie de ces difficultés. Pour cela, sa lecture est un élément important, même si parfois elle peut paraître décourageante, au vu de l'ensemble de ce qui est exigé avant toute intervention.

En se référant aux annexes de ce document, vous pourrez vous rendre compte que d'autres avant vous s'y sont risqués, bien souvent sans avoir eu à leur disposition d'outils spécifiques pour le faire, ce qui ne les a pas empêchés de réussir dans leur entreprise.

Que cela soit pour vous, une source d'encouragement et si cela ne suffit pas, songez à l'importance que ce milieu engage comme enjeux de santé publique, notamment en matière de VIH et d'hépatites.

Et si malgré tout cela, vous garder encore au fond de vous quelque appréhension, n'oubliez pas que Sidaction est là pour vous soutenir et vous accompagner.

Alors, au travail !

Annexes

Les chartes

CHARTRE DE DUBLIN

Déclaration de Dublin sur le VIH/sida dans les prisons d'Europe et d'Asie Centrale,
Dublin, Irlande, 23 février 2004.

(Publiée à Dublin, Irlande le 23 février 2004 à l'occasion de la conférence Breaking the barriers : partnership in the fight against HIV/AIDS in Europe and Central Asia, Dublin Castle, Dublin, Irlande, 23 et 24 février 2004)⁷².

→ Avant-propos

Le VIH/sida est un grave problème pour les populations carcérales de l'Europe et de l'Asie centrale.

Dans la plupart des pays, les taux d'infection à VIH parmi les détenus dépassent de plusieurs fois ceux observés dans la population hors prison). Dans la plupart des cas, les taux élevés d'infection à VIH sont liés au partage de matériel d'injection, tant en prison qu'à l'extérieur, ainsi qu'à des activités sexuelles non protégées en prison. Dans la majorité des pays, on n'a pas mis en oeuvre les mesures adéquates de prévention du VIH, en prison, bien qu'elles aient été introduites avec succès dans d'autres systèmes carcéraux et qu'on y ait constaté leur efficacité. En conséquence, d'une part les personnes incarcérées sont en situation de vulnérabilité accrue de contracter l'infection à VIH, et d'autre part les détenus qui vivent avec le VIH/sida sont en situation de risque accru de déclin de leur santé, de co-infection à l'hépatite C et/ou à la tuberculose et de mort précoce.

Manque de volonté politique ou à des politiques qui donnent priorité à une tolérance-zéro de l'usage de drogue, au détriment de la lutte contre le VIH/sida et le VHC.

Obligation morale et éthique des autorités publiques de prévenir la propagation du VIH et du VHC en prison et de fournir aux détenus séropositifs des soins, des traitements et du soutien.

Les personnes incarcérées ont le même droit à la santé que la population générale. Par ailleurs, les vies et la santé des personnes incarcérées sont liées de plusieurs manières à celles du reste de la société. Protéger la santé des détenus, c'est protéger aussi l'ensemble de nos communautés. Protéger les détenus, c'est protéger aussi les employés carcéraux, qui ont droit à cette protection contre le VIH, l'hépatite C et la tuberculose, en prison, et dont les besoins à cet égard sont tout à fait compatibles avec ceux des détenus.

⁷² Déclaration de Dublin sur le partenariat pour la lutte contre le VIH/sida en Europe et en Asie centrale. (Traduction libre) Dublin, gouvernement irlandais, 2004 ; <http://www.euro.who.int/en/what-we-do/health-topics/communicable-diseases/hiv/aids/policy/dublin-declaration-on-partnership-to-fight-hiv-aids-in-europe-and-central-asia>

→ Principes fondamentaux

Ils sont énoncés, ici :

Principe 1 : les personnes incarcérées font partie de nos communautés.

Les personnes incarcérées sont des parents, des frères et soeurs, des fils et filles, des grands-parents, des époux, des êtres chers, des partenaires et des amis. Le fait qu'elles soient incarcérées pendant un certain temps n'y change rien. Les détenus viennent de nos communautés et, en grande majorité, ils y retournent.

Principe 2 : les personnes incarcérées ont le droit à la santé.

Ce droit est garanti par le droit international et enchâssé dans des règles, directives et pactes internationaux, notamment la Déclaration universelle des droits de l'homme, le Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels (article 12), le Pacte international relatif aux droits civils et politiques (article 10.1), les Principes fondamentaux relatifs au traitement des détenus (principes 5 et 9) des Nations Unies et la Recommandation du Comité des ministres aux États membres relative aux aspects éthiques et organisationnels des soins de santé en milieu pénitentiaire (recommandation 10) du Conseil de l'Europe. Cela inclut le droit à un traitement médical, à des mesures préventives ainsi qu'à une norme de soins équivalente à celle qui prévaut dans la communauté. Les États ont l'obligation de respecter ce principe. Tout échec à s'y conformer constitue une violation du droit international et des directives internationales sur le traitement des détenus.

Principe 3 : la santé en prison, c'est la santé publique.

La vaste majorité des personnes incarcérées réintègrent éventuellement la communauté. Par conséquent, toute infection contractée en prison, ou toute maladie aggravée par les conditions d'emprisonnement, devient un problème de santé publique lors de leur mise en liberté. Les gouvernements ne peuvent ignorer la santé en prison, puisqu'elle fait partie intégrante de la santé publique. La réduction de la transmission du VIH et du virus de l'hépatite C (VHC) en prison est cruciale pour freiner leur propagation parmi la population générale. De plus, la mise en oeuvre de programmes efficaces de traitement de la tuberculose, en prison, préviendra la transmission de souches multirésistantes de cette infection, tant en prison qu'à l'extérieur.

Principe 4 : protéger la santé des détenus et réduire la transmission d'infections en prison, c'est protéger aussi la santé des employés carcéraux.

L'amélioration de l'état de santé des détenus et la réduction de l'incidence des infections en prison comportent des bienfaits pour les employés carcéraux. Par conséquent, l'amélioration des soins de santé et des programmes de prévention pour les détenus est fondamentale pour rehausser la santé et la sécurité des employés carcéraux.

Principe 5 : les rapports sexuels et l'injection de drogue sont présents, voire répandus, dans plusieurs prisons.

L'expérience de plusieurs pays d'Europe et d'Asie centrale (et d'autres régions du monde) démontre que l'activité sexuelle et l'injection de drogue sont présentes, voire répandues, dans leurs prisons. Les gouvernements doivent le reconnaître publiquement et mettre en oeuvre des mesures de santé adéquates. Le déni gouvernemental de cette réalité entrave la lutte contre le VIH/sida et le VHC en prison.

Principe 6 : la réduction des méfaits, plutôt que la tolérance-zéro, doit servir d'approche pragmatique aux politiques de lutte contre le VIH/sida et le VHC et de soins en prison.

Des données internationales montrent que le VIH peut se propager en prison, parfois à un rythme alarmant. Les politiques axées sur une tolérance-zéro de l'usage de drogue peuvent faire obstacle à la lutte contre le VIH/sida en prison. La criminalisation de l'usage de drogue cause une présence disproportionnée d'utilisateurs de drogue parmi la population carcérale. Or, plusieurs ne cessent pas nécessairement l'usage de drogue, en prison : ils sont nombreux à continuer de s'en injecter sur une base régulière ou occasionnelle, pendant leur incarcération. Les approches de tolérance zéro de l'usage de drogue nient cette réalité et sous-tendent des politiques carcérales qui accroissent le risque de pratiques d'injection non sécuritaires et de transmission du VIH. Par conséquent, pour lutter efficacement contre le VIH/sida en prison, les politiques carcérales et sanitaires doivent se fonder sur la philosophie de la réduction des méfaits.

Principe 7 : le VIH/sida est un grave problème dans les prisons de nombreux pays; les États doivent agir ensemble et collaborer à la lutte contre cette épidémie.

Le VIH/sida est un problème mondial qui nécessite des solutions mondiales. La prévention du VIH en prison et la provision de traitements aux détenus vivant avec le VIH/sida peuvent être coûteuses. Les pays les plus riches ont une obligation morale d'aider les plus pauvres dans cette lutte.

Principe 8 : la lutte au VHC dans les prisons est aussi cruciale que celle au VIH/sida ; elle doit être intégrée dans toutes les initiatives de prévention et de traitement en matière de VIH/sida.

La transmission du VHC [virus de l'hépatite C] résulte en grande partie de pratiques d'injection non sécuritaires. Dans plusieurs pays, les taux d'infection à VHC parmi les détenus sont largement plus élevés que ceux observés dans la communauté générale; et de nombreux détenus vivent avec une co-infection à VIH/VHC. Par conséquent, la lutte contre le VHC en prison est étroitement liée à celle contre le VIH/sida. Les droits et principes énoncés dans cette Déclaration s'appliquent également au VHC; et les stratégies gouvernementales de prévention du VIH et de soins aux détenus séropositifs doivent intégrer celles qui touchent le VHC.

→ Cadre dans lequel s'inscrit notre action et notre soutien aux associations de lutte contre le sida et les hépatites en prison

Article 1 : les détenus ont le droit de se protéger contre l'infection à VIH.

- Les détenus vivant avec le VIH/sida ont le droit de se protéger contre la réinfection et/ou la coinfection à VHC et/ou à la tuberculose.
- Accès gratuit au traitement d'entretien à la méthadone ou à d'autres traitements de substitution.
- Accès gratuit, confidentiel et non discriminatoire aux mesures de réduction des risques. Information exacte et simple sur l'utilisation adéquate des mesures de réduction des méfaits.

Article 2 : les détenus vivant avec le VIH/sida ont le droit de maintenir et de favoriser leur santé.

- Accès gratuit à des traitements et soins pour le VIH/sida et le VHC qui soient équivalents à ceux offerts hors prison. Cela devrait comprendre les traitements antirétroviraux, une alimentation adéquate, des options de promotion de la santé et des médicaments antidouleur.
- Fournir des soins gynécologiques et obstétriques de qualité aux détenues qui vivent avec le VIH et qui sont enceintes, y compris un traitement antirétroviral continu et une prophylaxie à leurs nouveau-nés, durant et après l'accouchement, pour prévenir la transmission périnatale du VIH.
- Fournir des effectifs suffisants de professionnels de la santé en prison.
- Faire du traitement d'infections transmissibles sexuellement une composante clé des soins complets pour le VIH.
- Améliorer les conditions de détention (surpeuplement, piètre état des bâtiments, insalubrité, médiocrité de l'éclairage et de la ventilation) qui peuvent affecter les personnes dont le système immunitaire est affaibli.
- Favoriser l'accès effectif des associations et des professionnels de la santé de l'extérieur, qui peuvent aider à la provision de services de soins, de traitement et de soutien en prison.

Article 3 : les détenus ont le droit à la confidentialité de leur état sérologique.

Par conséquent, les États ont la responsabilité de :

- assurer la sécurité et la confidentialité des renseignements médicaux des détenus ;
- ne pas loger, catégoriser ou traiter les détenus d'une façon qui révèle leur état sérologique ; et assurer que leurs dossiers ne soient pas marqués ou étiquetés d'une telle façon.

Article 4 : les détenus ont le droit au consentement éclairé dans l'accès aux traitements et thérapies anti-VIH, y compris le droit de refus.

Par conséquent, les États ont la responsabilité de :

- interdire le traitement obligatoire des détenus vivant avec le VIH/sida ;
- voir à ce que les détenus reçoivent suffisamment d'information sur les traitements et thérapies anti-VIH pour pouvoir prendre une décision éclairée quant à leur traitement.

Article 5 : les détenus ont le droit d'accéder à un test du VIH volontaire et confidentiel, assorti de counselling pré- et post-test. Ils ont le droit au consentement éclairé au test du VIH, y compris le droit de refus.

Par conséquent, les États ont la responsabilité de :

- interdire le test de sérodiagnostic obligatoire du VIH pour les détenus ;
- fournir aux détenus un accès à des services de test du VIH volontaires et confidentiels ;
- voir à ce que le counselling pré- et post-test fasse systématiquement partie des protocoles et pratiques de test du VIH ;
- fournir aux détenus un accès à des services de test anonyme du VIH, dans les pays où ce type de test est offert dans la communauté générale.

Article 6 : les personnes vivant avec le VIH/sida ont le droit à une vie exempte de stigmata, de discrimination et de violence.

Par conséquent, les États ont la responsabilité de :

- voir à ce que les détenus vivant avec le VIH/sida ne soient pas isolés involontairement du reste de la population carcérale en raison de leur séropositivité ;
- voir à ce que les détenus vivant avec le VIH/sida ne se voient pas refuser la participation à des programmes, à un travail ou à des activités récréatives en raison de leur séropositivité ;
- fournir de l'éducation sur le VIH/sida à tous les détenus et employés carcéraux ;
- combattre la phobie du sida parmi les détenus et les employés carcéraux ;
- fournir à tous les employés carcéraux une formation régulière sur les infections transmissibles et sur l'usage de drogue, et mettre à jour cette formation fréquemment.

Article 7 : les détenus ont le droit à une éducation sur le VIH/sida qui soit exacte, exempte de préjugés et accessible.

Par conséquent, les États ont la responsabilité de :

- fournir un accès gratuit et continu à du matériel éducatif sous diverses formes ;
- considérer la prévention du VIH comme un volet d'un programme complet de prévention des infections transmissibles sexuellement ;
- donner accès à des organismes non gouvernementaux et à d'autres professionnels de la santé de l'extérieur, qui peuvent aider à des interventions éducatives en prison ;
- fournir un appui aux initiatives d'éducation des pairs, dirigées par des détenus.

Article 8 : les populations carcérales ont le droit de voir leur diversité reconnue et respectée, dans la conception et la provision des services liés au VIH/sida.

Par conséquent, les États ont la responsabilité de :

- fournir des interventions et des services en matière de VIH/sida qui reconnaissent et respectent les différences liées au sexe, à l'âge, à la race, à l'origine ethnique, à la langue, à l'orientation sexuelle et à l'identité de genre.

Article 9 : les détenus, employés carcéraux et organismes non gouvernementaux devraient être consultés pour la conception et la mise en oeuvre des programmes de lutte contre le VIH/sida en prison.

Par conséquent, les États ont la responsabilité de :

- élaborer des mécanismes permettant une implication significative des détenus, des employés carcéraux et des organismes non gouvernementaux dans le contenu, la conception et la fourniture des programmes de lutte contre le VIH/sida ;
- encourager et soutenir les interventions d'éducation et de soutien des pairs dirigées par des détenus ;
- assurer la durabilité des interventions à court terme d'organismes communautaires en les intégrant aux programmes carcéraux.

Article 10 : les détenus vivant avec le VIH/sida ont le droit à la continuité de leurs soins après leur mise en liberté.

Par conséquent, les États ont la responsabilité de :

- établir des systèmes de référence entre les prisons et les services sociaux et de santé, de traitement de substitution et de réduction des méfaits dans la communauté ;
- voir à ce que les services sociaux et de santé de la communauté reçoivent suffisamment de ressources et de soutien pour pouvoir fournir des soins aux ex-détenus.

Article 11 : les États les plus riches ont une obligation d'aider et de soutenir les moins riches, dans la provision d'options de prévention du VIH et de traitement aux détenus.

Par conséquent, les États ont la responsabilité de :

- fournir un accès abordable à des traitements et thérapies anti-VIH, des mesures de réduction des méfaits et une expertise technique, aux pays dont les ressources et les infrastructures médicales/pharmaceutiques sont moindres. Cela doit inclure de permettre le développement de versions génériques de médicaments anti-VIH.

CHARTRE D'OTTAWA

Lors de la première conférence internationale sur la promotion de la santé tenue à Ottawa en novembre 1986, la promotion de la santé avait été définie comme un processus qui donne aux populations les moyens d'exercer un plus grand contrôle sur leur propre santé et de l'améliorer.

Cette démarche relève d'un concept définissant la santé au sens large qui permet à un groupe ou un individu d'une part de réaliser ses ambitions et satisfaire ses besoins et d'autre part, évoluer avec le milieu et s'adapter à celui-ci. La santé est donc perçue comme une ressource de la vie quotidienne. Il s'agit d'un concept positif mettant en valeur les ressources sociales et individuelles ainsi que les capacités physiques.

La promotion de la santé ne relève pas seulement du secteur socio-sanitaire, elle dépasse les modes de vie sains pour viser la qualité de la vie.

La Charte d'Ottawa met en évidence les différents mécanismes et stratégies qu'il faut idéalement mettre en oeuvre de façon simultanée pour améliorer la qualité de vie. Ces stratégies se déclinent selon cinq axes pouvant se décliner aux niveaux national, régional ou local. Les projets ainsi développés comportent alors plusieurs dimensions et multisectoriels.

→ Les axes de la charte d'Ottawa

Acquérir des aptitudes individuelles ou renforcer le potentiel des personnes (Concept de l'empowerment)

Il faut d'abord connaître l'influence des facteurs biologiques qui sont souvent déterminants au cours des premières années de vie. Avec l'avance en âge, les facteurs socio-économiques et culturels deviennent davantage déterminants. Il est donc important alors de supporter les personnes pour qu'elles acquièrent les connaissances et les aptitudes nécessaires pour faire face aux différentes étapes de la vie, d'exercer un meilleur

contrôle sur les événements qui les touchent et de pouvoir faire des choix favorables au maintien et au développement de leur propre santé. Cela touche notamment le tabagisme, une alimentation saine, la sexualité, les relations parents-enfants, une plus grande autonomie des personnes qui vivent avec des handicaps.

Créer des milieux favorables ou soutenir les milieux de vie et développer des environnements sains et sécuritaires

La vie sociale est complexe. Tous les éléments sont interdépendants. On ne peut séparer les dimensions de santé des autres secteurs de la vie collective. Il faut prendre en considération le lien inextricable qui existe entre les personnes, leur réseau naturel et leur milieu. Il est donc important de soutenir ou de développer la qualité de vie dans le milieu scolaire, dans le milieu de travail et l'environnement physique.

Élaborer une politique publique saine ou harmoniser les politiques et les actions en faveur de la santé

Tous les responsables de tous les secteurs d'intervention gouvernementale sont concernés à un titre ou à un autre par la qualité de vie des citoyens. Les législations, les mesures fiscales, la taxation, les changements organisationnels peuvent contribuer en bien ou en mal à la santé et au bien-être de la population. Une meilleure collaboration intersectorielle peut permettre d'offrir :

- des biens et des services plus sains et moins dangereux ;
- des services publics favorisant davantage la santé ;
- des milieux plus hygiéniques et plus plaisants.

Renforcer l'action communautaire

La promotion de la santé nécessite la participation effective de la communauté à fixer des priorités, à la prise des décisions et à l'élaboration des stratégies de planification pour atteindre un meilleur niveau de santé.

Il s'agit de stimuler les ressources humaines de la communauté à instaurer des systèmes souples susceptibles de renforcer la participation et le contrôle du public sur des questions de santé.

Réorienter les services de santé ou orienter le système de santé vers les solutions les plus efficaces et les moins coûteuses

Les services curatifs demeurent nécessaires et essentiels dans plusieurs circonstances. Mais l'énorme appareil des services ne doit pas être seulement orienté vers le curatif. Il doit aussi se préoccuper de prévention et de promotion. L'ensemble des professionnels de la santé doit se sentir concerné dans les processus de mise en œuvre d'une politique publique. Ceci suppose :

- de la formation adaptée ;
- de la recherche opérationnelle ;
- des changements d'attitudes des intervenants ;
- des changements organisationnels qui vont favoriser la satisfaction des besoins prioritaires des personnes.

→ Les stratégies

Une fois qu'on a déterminé les axes d'intervention d'un projet, l'application passe par des stratégies d'action qui sont diverses et complémentaires. On peut les regrouper en catégories :

- éducation ;
- marketing ;
- organisation communautaire ;
- communication ;
- action politique : mesures législatives, advocacy.

C'est la synergie de ces stratégies qui a un impact. L'utilisation de plusieurs stratégies de façon articulée s'avérera plus efficace qu'une seule prise isolément.

Par exemple, une bonne campagne de publicité sur la santé mentale pourra sensibiliser la population à l'importance du soutien social, pendant qu'un travail d'organisation communautaire permettra la mise sur pied de groupe d'entraide et que des activités d'éducation viendront consolider l'apprentissage d'habiletés de communication interpersonnelle.

Éducation sanitaire

Approche qui stimule la motivation : présentation d'une information spécifique à un auditoire spécifique de sorte à augmenter des connaissances et modifier des attitudes et des comportements.

Une démarche planifiée d'éducation : aider les individus et les groupes à prendre conscience des problèmes qui peuvent constituer une menace pour leur qualité de vie et les incitent à créer et à revendiquer des conditions favorables à leur santé.

Trois catégories d'éducation :

- éducation directe ou en face à face : éducation personnalisée variant, formation des multiplicateurs pour augmenter la pénétration ;
- éducation indirecte ou médiatisée : par les moyens de communication de masse (journaux, télévision, etc.) ;
- éducation interactive : elle se base sur l'utilisation de moyens informatiques.

Communication/média

Approche qui crée un contexte favorable au changement pour sensibiliser, fournir de l'information ou augmenter la motivation. Les moyens de communication peuvent aussi servir de soutien à la formation, à la transmission des modèles d'action et au maintien des acquis.

Bien que ces fonctions ne soient pas exclusives à la communication, elles ont comme caractéristique de s'intéresser tout particulièrement à la forme du message. Les médias écrits et électroniques ainsi que la vidéo constituent des outils très puissants pour transmettre des modèles de comportement et influencer l'opinion publique.

Marketing social

Le marketing social se définit comme le design, l'implantation et la gestion des programmes destinés à influencer l'adoption des idées sociales. Vendre des idées favorables à la santé.

Méthodes de gestion des efforts de communication

Approche qui vise à rendre une idée ou une cause sociale plus acceptable à l'intérieur du groupe cible.

Au Québec, le marketing social s'est manifesté à travers des campagnes publicitaires organisées. Ces campagnes sont généralement commandées à des grandes agences de publicité qui n'ont pas le pouvoir d'assurer la continuité entre le contenu des campagnes et l'action des intervenants. L'articulation entre les acteurs terrain est importante pour poursuivre le message mais n'est habituellement pas bien coordonnée.

Action politique qui supporte la démarche

Pour devenir une question de santé prioritaire dans l'esprit de tous les citoyens, la santé doit également devenir prioritaire dans l'esprit des décideurs publics. C'est une condition fondamentale.

Définition Advocacy : défendre la santé, les actions et les prises de position menées par des professionnels de la santé et d'autres autorités en matière afin d'influencer les preneurs de décision et les leaders communautaires qui détiennent un contrôle sur les ressources nécessaires à la santé.

Définition Mesures législatives : action du législateur en vue de protéger la santé de la population au moyen de mesures incitatives et coercitives (mesures fiscales, sanctions, règlements, restrictions d'activités, limite d'âge, de vitesse, etc. et l'action des fonctionnaires en vue d'élaborer des politiques de santé.

Organisation communautaire

On veut permettre aux individus et aux communautés de se regrouper pour définir leurs propres objectifs et choisir leurs propres moyens d'action que ce soit en mobilisant des individus et des leaders d'opinion locaux ou en coordonnant des initiatives ou des groupes isolés en vue d'une action commune.

Changement organisationnel

Ensemble de mesures et de programmes appliquant des changements au niveau des structures, des modalités de fonctionnement et des mentalités des gens d'une organisation spécifique, lesquels changements renforcent l'équilibre de santé des membres.

CHARTE SIDACTION

→ Le contexte carcéral et l'environnement socio-sanitaire

Les associations souhaitant intervenir en milieu carcéral dans le cadre de la lutte contre le VIH/sida et les hépatites et collaborant avec Sidaction doivent connaître le cadre général dans lequel elles vont être amenées à mener des actions.

L'association signataire de la charte s'engage donc à :

- bien connaître l'historique et les évolutions des textes réglementaires régissant les droits des détenus et notamment la loi du 18 janvier 1994 relative à la santé publique et à la protection sociale ainsi que les Règles Pénitentiaires Européennes édictées par le Conseil de l'Europe notamment le volet relatif à la "prise en charge sanitaire".

Au préalable à toute intervention, avoir une bonne connaissance des missions de l'administration pénitentiaire, de ses personnels et de leurs missions, des dispositifs et des composants du milieu carcéral, de la réglementation : Spip (milieu fermé et milieu ouvert), Protection Judiciaire de la Jeunesse, Personnels de surveillance, Juges d'application des peines, Directions des Services Pénitentiaires, École Nationale de l'Administration Pénitentiaire...

- S'informer sur la population carcérale : profils, statistiques, problématiques (santé, social, psychologique).
- Avoir une bonne connaissance des établissements pénitentiaires, de leur nature et des publics qu'ils reçoivent.
- Connaître l'environnement socio-sanitaire de chaque établissement visé : l'Ucsa, le SMPR, les structures extérieures (hôpital de référence, structures d'hébergement, dispositifs d'urgence, Réseaux de santé, Mairies, ANPE, etc.).
- Respecter les impératifs de sécurité pour les structures intervenant en milieu carcéral.

→ Mener des actions en milieu carcéral

Les actions en milieu carcéral dans le cadre de la lutte contre le VIH/sida et les hépatites s'inscrivent dans la même philosophie et obéissent aux mêmes règles que celles qui prévalent pour la population générale. Elles ont des objectifs identifiés et reposent sur des principes clairs. L'association signataire de la charte doit donc veiller à :

Objectifs pédagogiques

Améliorer par son action, l'état de connaissances et de santé de la population carcérale dans le domaine du sida et des hépatites.

Renforcer la sensibilisation, l'information, l'accompagnement et le soutien à la population carcérale générale et aux personnes atteintes et à leur entourage.

Accorder une place centrale à la parole des détenus et de leurs proches en créant les conditions pour la libération de cette parole dans le contexte particulier du milieu carcéral.

Principes éthiques et déontologiques

Veiller au respect du droit des personnes et notamment sur les plans éthique, déontologique, de respect des droits de l'homme, de confidentialité et notamment en matière de secret médical.

S'attacher au non-jugement, à la non-discrimination, à la lutte contre les exclusions et au respect de l'identité, de la dignité et des droits de chacun.

Le principe d'égalité des droits

Assurer une égalité en matière d'actions de lutte contre le VIH/sida et les hépatites entre les actions menées à l'extérieur à destination de la population générale et celles à destination de la population sous main de justice en milieu fermé et ouvert.

La complémentarité et le travail partenarial

S'informer des actions déjà menées pour articuler son projet dans une démarche globale de l'établissement pénitentiaire. Il s'agit de s'inscrire dans le dispositif général du milieu pénitentiaire et de s'intégrer dans le programme annuel de l'établissement.

Articuler son projet avec les missions des structures intervenant en milieu pénitentiaire notamment l'Ucsa, le SMPR et le Spip.

Dans un souci de complémentarité, s'inscrire dans une recherche de lien avec les autres intervenants du milieu carcéral (associations, aumôneries, visiteurs de prison...) et les structures du droit commun à l'extérieur.

Veiller à la continuité de la prise en charge des personnes à la sortie, en relais avec les structures externes.

→ Les actions de sensibilisation, d'information et d'éducation pour la santé

Ces actions ont comme préalable :

- le partenariat et le décloisonnement en s'appuyant sur le réseau institutionnel et associatif local, départemental, régional et national ;
- la globalité : la personne détenue doit être prise en compte dans toutes ses dimensions ;
- la continuité : les actions commencées à l'intérieur doivent pouvoir être relayées à l'extérieur.

Elles visent à donner des informations sur l'épidémie de VIH et les hépatites mais également sur les droits à la santé et les dispositifs mis en place dans ce cadre en prison et à l'extérieur. L'association signataire de la charte doit donc :

- mettre en place des stratégies d'éducation pour la santé adaptées au lieu et au contexte ;
- favoriser l'expression des détenus autour du thème du sida et des hépatites / Rechercher ensemble des moyens de prévention ;
- lutter contre les risques liés à certaines pratiques en milieu carcéral ;
- inciter au dépistage dans le cadre du VIH/sida et des hépatites ;
- intégrer le souci de la prévention du sida parmi tous les personnels des établissements pénitentiaires : la sensibilisation passe également par des échanges réguliers avec les personnels autour de l'action afin qu'ils deviennent acteurs dans une démarche globale de prévention ;
- promouvoir les politiques d'information, de prévention, de conseil personnalisé et de dépistage volontaire du VIH/sida et des hépatites ;
- proposer aux personnels pénitentiaires, si elles le souhaitent, une information autour des IST/sida.

→ Les actions d'accompagnement des personnes vivant avec le VIH ou une hépatite et de leur entourage en milieu carcéral

Elles passent par une coordination avec l'ensemble des structures constituant l'établissement pénitentiaire.

Objectifs d'une action de soutien

Le soutien doit permettre d'améliorer le bien-être physique, psychologique et social des personnes malades. L'association de soutien aux personnes atteintes par le VIH et/ou les hépatites, signataire de la charte doit donc viser à :

- améliorer le soutien, la tolérance et la solidarité envers les personnes atteintes par le VIH et/ou le VHC et le VHB et prises en charge par la justice ;
- favoriser l'inscription des personnes dans une démarche de santé ;
- accompagner les personnes atteintes dans leur parcours de soins par une aide personnalisée ;
- aider à la résolution des difficultés sociales ;
- coordonner avec les structures spécialisées la prise en charge des personnes à la sortie dans le cadre d'une aide à la réinsertion ;
- permettre la continuité des soins.

Le soutien reposera également sur la prise en compte de l'entourage pour favoriser son expression et améliorer le vécu de la maladie. Une information sur la maladie, les traitements et les mesures de prévention leur sera délivrée afin de lutter contre les discriminations au sein de l'entourage et permettre d'assurer la continuité du lien affectif et social dans de bonnes conditions. Elle permettra, le cas échéant d'associer les proches à la continuité des soins et au projet de vie.

Différentes formes de soutien

Le soutien s'adapte aux problématiques de la personne tout au long de sa détention.

Il peut provenir de proches, de pairs, de professionnels de santé et du secteur social. Il se développe à partir des besoins exprimés par les personnes concernées et leur entourage. Il nécessite le développement de réseaux et d'outils spécifiques d'accompagnement. Les associations s'inscrivant dans l'une de ces thématiques veilleront donc à :

Soutien psychologique

- Favoriser l'expression des personnes vivant avec le VIH et/ou une hépatite en individuel ou dans des groupes de paroles.
- Proposer un soutien aux personnes atteintes par le virus du sida ou des hépatites en respectant leurs droits élémentaires et en tenant compte du contexte particulier de la prison.

Soutien thérapeutique

- Informer les personnes malades sur leur pathologie et sur les traitements, favoriser l'appropriation des connaissances destinées à permettre aux personnes de comprendre les enjeux thérapeutiques auxquels elles sont confrontées, d'opérer un choix éclairé, d'améliorer la gestion des traitements et de leurs effets indésirables, d'accéder au dispositif de dépistage d'autres pathologies et, si besoin, aux protocoles thérapeutiques.

- Travailler autour des trajectoires des personnes et des ruptures qui ont pu y intervenir et rendre problématiques le respect des prescriptions et le suivi médical et biologique.
- Soutien social et juridique.
- Favoriser le maintien d'un lien social, affectif et familial autour des personnes malades incarcérées et de leur entourage.
- S'assurer de l'accès aux droits, ainsi que l'accès aux soins en détention et à la sortie de prison.
- Lutter contre l'exclusion et la précarité des personnes incarcérées.
- Favoriser l'insertion sociale des personnes vivant avec le VIH et/ou les hépatites.
- Lutter contre toutes les discriminations. Veiller à celles intra familiales.
- Associer la famille ou les proches dans la continuité des soins à la sortie.

→ L'évaluation

Afin de permettre d'appréhender l'impact des actions mises en place en milieu carcéral il paraît nécessaire de les accompagner d'une évaluation. Cette dernière devra être basée sur des indicateurs clairement identifiés et tenir compte du contexte préalable à la mise en place de l'action. Elle pourra s'appuyer sur un échancier et être menée tout au long du projet.

Cette évaluation se base donc sur une analyse de situation, une analyse de processus et une évaluation de résultats qualitatifs et quantitatifs.

L'évaluation est une étape nécessaire de chaque projet financé par Sidaction et un préalable à toute reconduction par Sidaction de son financement aux associations.

→ Annexes

La loi de janvier 94 pose le principe d'une équivalence de qualité et de continuité des soins entre l'intérieur et l'extérieur et confie la prise en charge sanitaire des personnes détenues au service public hospitalier.

En prison, Le VIH et les hépatites ont une prévalence très largement supérieure à celle observée à l'extérieur.

Les tabous, les représentations autour de la maladie, la stigmatisation constituent autant d'obstacles à la mise en place d'actions autour de la lutte contre le VIH/sida et les hépatites en milieu carcéral.

La prise en charge des personnes malades dépasse donc le simple accès aux thérapies médicamenteuses et nécessite des actions de soutien tant au niveau social que psychologique des personnes malades et de leurs proches. Cela est d'autant plus vrai lorsque la personne est incarcérée et qu'elle se trouve de ce fait isolée.

L'information, la sensibilisation et la formation des personnes est un volet important pour un changement de perception du sida et des hépatites en milieu carcéral.

→ Les principes généraux de la charte de qualité

La charte s'inscrit donc dans le contexte général de l'objectif de la Mission "Milieu Carcéral" de Sidaction qui vise à améliorer l'état de connaissances et de santé de la population carcérale dans le cadre de la lutte contre le VIH/sida et les hépatites.

Elle s'inscrit dans un partenariat avec la Direction Générale de la Santé (DGS) et la Direction de l'Administration Pénitentiaire DAP. Elle résulte de la volonté de Sidaction de faciliter l'accès des associations au milieu carcéral. L'adhésion de tous à une plate-forme minimale est un élément facilitateur pour une meilleure collaboration autour d'actions en milieu pénitentiaire dans le cadre de la lutte contre le VIH/sida et les hépatites. Il s'agit à travers elle de :

- offrir aux intervenants en milieu pénitentiaire un cadre permettant d'appréhender les minima requis pour une bonne pratique dans le cadre de la lutte contre le VIH/sida et hépatites ;
- permettre aux institutionnels et aux financeurs de mieux identifier les éléments d'une bonne pratique associative en milieu pénitentiaire ;
- faciliter l'accès des acteurs associatifs au milieu carcéral à travers l'adhésion de l'administration pénitentiaire à cette charte ;
- faciliter le financement des projets associatifs portant sur le milieu carcéral.



Exemples de fiches projets

CES FICHES PROJETS ONT ÉTÉ PROPOSÉES DANS LE GROUPE DE TRAVAIL AFIN DE MIEUX CONNAÎTRE ACTEURS ET ACTIONS DIVERS. ELLES VOUS PERMETTRONT D'IDENTIFIER DIFFÉRENTS TYPES DE CONTEXTES ET POPULATIONS, DE VOUS INSPIRER DES CONTENUS DES PROJETS OU ACTIONS PROPOSÉES, LES PARTENAIRES IMPLIQUÉS, LES POINTS FORTS ET DIFFICULTÉS RENCONTRÉES.

ASSOCIATION DE LUTTE CONTRE LE SIDA

Association concernée : ALS

Date initiale de renseignement de la fiche : 23/04/08

Sites d'intervention concernés en milieu carcéral	Maisons d'arrêt de Corbas (69) et de Villefranche-sur-Saône (69)
Nombre de personnes qui sont présentes lors de vos interventions	Entre 5 et 20 personnes
Intitulé du projet ou des projets en milieu carcéral	"Mise en place d'un programme d'information sur les IST, le VIH/sida, les hépatites, et de réduction des risques de transmission auprès et avec les personnes incarcérées dans les prisons de l'agglomération lyonnaise."
Date de début du/des projet(s)	Janvier 2008
Acteurs impliqués (simplement à citer ici) ; précisez le champ professionnel lors de vos interventions	Valérie BOURDIN Omar HALLOUCHE
Personne(s) contact(s) et coordonnées	Valérie BOURDIN – 06 16 49 05 50 Omar HALLOUCHE – 06 21 02 04 45

→ Décrire brièvement le contexte dans lequel s'inscrit le projet présenté ou vos différentes interventions. Si plusieurs sites, dites quelques mots sur chacun des sites

(On entend par là quelques informations concernant la population bénéficiaire de vos intervention et ses caractéristiques, les éléments qui ont eu une influence importante sur le développement du projet ou de vos interventions, présenter aussi bien les éléments favorables du contexte que les contraintes avec lesquelles il a fallu compter, etc.). Concernant la population, précisez si vous intervenez auprès des mineurs.

Maison d'arrêt de Corbas

- Partenariat avec l'Ucsa pour la tenue de permanences d'information mensuelles et l'animation ponctuelle d'ateliers de discussion auprès des hommes et des femmes incarcérées.
- Partenariat avec l'antenne toxicomanie du SMPR pour l'animation de cycles d'ateliers sur la thématique "prévention des comportements à risque" auprès de détenus consommateurs de drogue ou d'alcool et en refus de soin.

L'année 2009 a débuté par un changement de locaux de la prison (déménagement de Lyon à Corbas) : source de perturbation chez les personnes détenues, les personnels de surveillance ; tout est à réorganiser dans la nouvelle prison (très moderne avec un dispositif sécuritaire beaucoup plus complexe et contraignant pour les personnes détenues et les différents acteurs de la prison que dans les anciennes établissements de Lyon).

Maison d'arrêt de Villefranche

Partenariat avec le comité de pilotage des actions d'éducation à la santé (AES) de la prison (qui réunit mensuellement l'Ucsa, le SMPR, l'école, un représentant de l'Administration pénitentiaire, un représentant du personnel de surveillance) pour la programmation, l'animation et le suivi du programme annuel.

Mise en place et animation, en partenariat avec l'Ucsa, d'un groupe de travail sur la thématique "détention et prévention des comportements à risque", pour l'élaboration, l'animation et le suivi d'un programme annuel impliquant les personnes détenues volontaires autour de la Journée Mondiale de lutte contre le sida et le Sidaction.

Population incarcérée

- Population de prévenu(e)s, ou condamné(e)s à de courtes peines, donc turn-over important avec plusieurs dizaines d'entrée chaque semaine chez les hommes.
- Hommes à ce jour (femmes en prévision).

Situation des personnes détenues

- Carence de soins.
- Carence d'information et notamment sur les risques IST/VIH.
- Fausses croyances sur les risques de transmission de "maladies" en général, du fait de la promiscuité dans les cellules : peur d'être contaminé par la vaisselle, les toilettes, les douches...
- Beaucoup de personnes illettrées ou ne maîtrisant pas la langue française.

Les professionnels de santé intervenant en prison (Ucsa)

- Beaucoup de difficulté à aborder les questions de sexualité car elle reste très stigmatisée en prison ; plusieurs tentatives n'ont pas reçu un bon accueil par les personnes détenues ; certains professionnels disent ne pas se sentir "à l'aise" pour en parler.
- Mise à disposition de préservatifs à l'Ucsa mais non accompagnés de messages de prévention.
- Le test de dépistage n'est pas toujours proposé à l'entrée, et quand le test est fait les résultats sont parfois très longs à revenir (1 mois à 2 mois).
- Accueil très favorable du Spip et de l'Ucsa : nos interventions, qui jusqu'à présent reçoivent un très bon accueil sont identifiées comme complémentaires à ce qui se fait déjà par les autres promoteurs extérieurs (ADES / Bus Info Santé / MFPPF) et une intervention d'un organisme extérieur à la prison sur la thématique (sexualité, IST/VIH)

leur semble tout à fait appropriée au regard des rapports que les personnels de santé de l'Ucsa ont avec les personnes incarcérées ; donc nous avons reçu une adhésion rapide à nos projets.

- À ce jour notre programme n'a pas prévu d'intervention à l'EPM de Meyzieu auprès des mineurs ; cet établissement rencontre actuellement d'importantes difficultés d'ordre institutionnel et les actions de santé ont cessé depuis plus d'un an.

→ Quels sont les objectifs initiaux du projet ? Ou quels sont les objectifs de vos différentes interventions (distinguez alors chaque type d'intervention)

Objectif général

- Développer l'information sur le VIH/sida et les autres IST en milieu carcéral et encourager les conduites préventives auprès et avec les personnes détenues.
- Sensibiliser les professionnels de la prison et les personnes détenues à la lutte contre les discriminations des personnes touchées par le VIH/sida.

Objectifs opérationnels

- Favoriser un processus de valorisation de soi et de meilleure prise en compte de sa santé.
- Promouvoir l'appropriation des messages de prévention en vue de l'élaboration de stratégie personnelle de prévention qui tient compte de la complexité des situations personnelles et des obstacles contextuels auxquels les personnes sont confrontées au quotidien.
- Valoriser le rôle de relais d'information et formation de relais de prévention auprès des pairs/entourage.
- Valoriser le partage de savoirs, d'expériences et de pratiques entre les participants.
- Informer et développer les connaissances sur : l'anatomie, les modes de transmission et les risques de contamination des IST/hépatites et VIH/sida, les matériels de protection et de réduction des risques, le dépistage.

→ Décrivez brièvement le processus mis en place au fil du temps pour ancrer vos interventions

(Expliquer pourquoi le projet ou les interventions ont été mis en place, Comment on s'y est pris, les différentes étapes) : ceci est important car c'est dans la perception de votre réalité que la formation sera adaptée.

Notre projet fait suite à une demande d'intervention du Spip pour la Journée Mondiale de lutte contre le sida 2007, suivi du constat de l'absence d'intervention VIH/sida sur les prisons de Lyon.

1ère étape : état des lieux avec rencontres des différents acteurs intervenant en prison : Spip / Ucsa / SMPR / associations

- Plusieurs rencontres et réunions de travail pour la JMS avec le Spip entre juin 07 et mars 08.
- Participation aux réunions de travail (tous les deux mois) du comité de pilotage des actions de santé en prison, entre octobre 07 et décembre 08.

- Rencontre avec le médecin chef Ucsa en mars 2008 pour la présentation de notre projet.
- Rencontre avec l'infirmière coordinatrice Ucsa et 8 infirmières pour présentation du projet en mars 2008.
- Réunions avec Ades/Bus info santé/Mfpf en avril 2008, pour présenter nos projets afin de l'inscrire dans une complémentarité au regard des actions déjà menées par leurs intervenants ; projet d'intervention commune avec le MFPF sur corps et contraception.
- Sensibilisation de 8 infirmières de l'Ucsa en avril 2008, sur le protocole envisagé pour les interventions auprès des personnes détenues.
- Présentations de notre protocole d'intervention pour la prison de femmes (cycles d'ateliers), à l'Ucsa et aux détenues, en mai 2008.
- Quelques échanges informels avec les gardiens sur les trois prisons lors de nos différentes visites.

2ème étape : phase d'expérimentation d'interventions auprès de groupes de détenus hommes à compter de mai 2008, et détenues femmes à compter de juin 2008.

3ème étape (2009-2010) : ajustement de nos interventions en fonction du contexte et de l'évaluation faite avec les partenaires et les personnes détenues rencontrées, et mise en place d'un programme d'intervention annuel avec les partenaires associés.

Bilan des actions menées en 2008-2009 (cf. rapport d'activité).

→ Quelles ont été les étapes clés⁷³ de la démarche ou du projet / ou des différentes interventions ? Expliquez si besoin les changements ou évolutions qui peuvent aider à comprendre votre projet

(Important dans la cadre de la démarche projet, des ajustements nécessaires, etc.)

L'étape la plus importante a été la rencontre et la sensibilisation des différents acteurs et partenaires potentiels intervenant en prison, pour présenter notre projet en vue d'une collaboration éventuelle.

→ Combien de personnes ont pu bénéficier de votre projet l'année 2007 ?

(Vos actions en milieu carcéral sont soumises à la durée des peines, vous avez donc possiblement un turn-over important)

27 personnes ont été rencontrées dans le cadre des forums animés pour la JMS : 20 hommes et 7 femmes.

Maisons d'arrêt (prévenus ou courtes peines) donc turn-over important.

→ Avec quels partenaires⁷⁴ travaillez-vous systématiquement dans le cadre du projet/intervention sur site ?

- Partenaires rencontrés : Ucsa / Éducation Nationale (professeur de français) / Bus info Santé / Ades / Mfpf / SMPR.

⁷³ On entend par étape clé, les grands moments dans la vie du projet, les événements importants qui l'ont marqué...

⁷⁴ Partenaires de terrain et non les financeurs.

- Les forums débats organisés en décembre 2007 ont été animés en partenariat avec Ades.
- Trois ateliers de travail sur une plaquette d'information à destination des personnes détenues ont été co-animés en partenariat avec l'Ades sur 2008.
- Depuis 2008, toutes les séances d'information réalisées auprès des hommes et des femmes ont été co-animées avec un professionnel de santé de l'Ucsa (infirmière ou médecin).
- Le dispositif mis en place à la MA de Villefranche s'inscrit dans le projet pédagogique du scolaire avec la participation active du professeur de français et des personnes incarcérées.

→ **Quels sont les aspects positifs du projet ou des interventions qu'on peut retenir et pourquoi ?**

La demande initiale du Spip, et la sensibilisation des acteurs effectuée par nos soins, ont donné lieu à un très bon accueil de nos projets par les équipes de l'Ucsa (médecins, infirmières, diététicienne).

→ **Quels sont les facteurs de blocages ou les difficultés rencontrées ?**

Pour l'instant pas de difficultés particulières, si ce n'est quelques détenus qui nous signalent régulièrement ne pas avoir été appelés par les personnels de surveillance alors qu'ils s'étaient inscrits sur nos ateliers/interventions.

Sur 2009, le déménagement sur Corbas a fortement perturbé l'animation des séances sur l'année et demande encore de notre part sur 2010 de s'adapter aux logiques et contraintes sécuritaires du nouveau site et des nouvelles directives ministérielles.

→ **Comment ces difficultés ont-elles pu être surmontées ou non ?**

La période où il n'a pas été possible d'intervenir auprès des détenus sur Corbas (premier semestre 2009) a été mise à profit pour travailler d'une part avec les partenaires sur le contenu et l'organisation des actions de santé, ainsi que l'instauration d'un dialogue avec un représentant de l'administration pénitentiaire et du personnel de surveillance, et d'autre part pour développer notre partenariat avec l'association "Axès libre" (accueil et insertion de personnes sortant de prison) et l'Ucsa de Villefranche.

→ **Quelles sont les difficultés que vous rencontrez plus précisément dans l'organisation méthodologique de vos interventions ou projet ?**

Pas d'autres que celles signalées précédemment sur la MA de Corbas.

→ **Quels sont les besoins en matière d'accompagnement/ soutien à vos projets ou à vos interventions identifiez-vous aujourd'hui ?**

Pas de besoins identifiés à ce jour.

→ Quels sont selon vous les principaux enseignements à tirer du projet et les facteurs clés de succès de vos projets / interventions en milieu carcéral ?

- Pas de solution prêt à porter, les projets doivent s'adapter aux logiques du contexte et aux possibilités de rencontres et d'échanges avec les différents acteurs.
- L'implication des personnes incarcérées est un atout fort de la transmission par les pairs en prison.
- L'implication de membres de l'équipe de l'Ucsa est indispensable pour mener des actions sur la MA de Corbas.
- La mise en place d'un collectif sur les AES au sein d'une prison facilite la mise en place d'actions auprès des personnes détenues.

→ Quels commentaires et questionnements auriez-vous envie de partager avec les autres porteurs de projets du groupe qui sera en formation avec vous ?

- Repérage des difficultés rencontrées par les acteurs ayant plus d'expérience que la nôtre.
- Échanges et réflexion sur les actions menées.



ASSAMEDE

Association concernée : ASSAMEDE

Date de renseignement de la fiche : 10 juillet 2009

Sites d'intervention concernés en milieu carcéral	Milieu fermé : - maisons d'arrêt de Nanterre, Villepinte, Osny et Paris La Santé ; - centre de semi-liberté de Gagny ; - quartiers mineur de Nanterre et Villepinte. Milieu ouvert : - Spip des Hauts-de-Seine et de Seine-Saint-Denis.
Nombre de personnes qui sont présentes lors de vos interventions	Variables selon les interventions. Groupes d'une quinzaine de détenus maximum pour les interventions collectives. Entretiens individuels.
Intitulé du projet ou des projets en milieu carcéral	"Promotion de la santé, lutte contre les IST/sida et réduction des risques en milieu carcéral".
Date de début du/des projet(s)	1er Juin 2007
Acteurs impliqués (simplement à citer ici) ; précisez le champ professionnel lors de vos interventions	Institutionnels (Ucsa, Spip, SMPR...) , associations (Aides, Sida Paroles, La fratrie, Sida Info service, FAIRE...), autres intervenants extérieurs (Visiteurs, aumoneries...).
Personne(s) contact(s) et coordonnées	Emilie Bissette / Chantal Medenou association@assamede.org

Intitulé du projet ou des projets en milieu carcéral	Promotion de la santé, lutte contre les IST/sida et réduction des risques en milieu carcéral.
Intitulé du projet ou des projets hors milieu carcéral	Promotion de la santé, lutte contre les IST/sida à destination des personnes sous main de justice en milieu ouvert.
Sites concernés par vos interventions	<p>Milieu fermé :</p> <ul style="list-style-type: none"> - maisons d'arrêt de Nanterre, Villepinte, Osny ; - centre de semi-liberté de Gagny ; - quartiers mineur de Nanterre et Villepinte. <p>Milieu ouvert :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Spip des Hauts-de-Seine et de Seine-Saint-Denis.
Type d'intervention et public	<p>Type d'intervention :</p> <ul style="list-style-type: none"> - actions collectives d'information, de sensibilisation et de formation de relais en milieux ouvert et fermé ; - accompagnement et soutien des PVVIH et de leurs familles en détention et à la sortie. <p>Public :</p> <ul style="list-style-type: none"> - détenus ou personnes sous main de justice précaires (étrangers, usagers de drogues, personnes en rupture de lien social ou familial...) ; - détenus vivant avec le VIH et /ou une hépatite et leurs familles ; - jeunes et mineurs détenus.
Date de début du/des projet(s)	1er Juin 2007
Personne(s) contact(s) et coordonnées	Emilie Bisette / Chantal Medenou association@assamede.org

→ Décrire brièvement le contexte dans lequel s'inscrit le projet présente ou vos différentes interventions. Si plusieurs sites, dites quelques mots sur chacun des sites.

(On entend par là quelques informations concernant la population bénéficiaire de vos intervention et ses caractéristiques, les éléments qui ont eu une influence importante sur le développement du projet ou de vos interventions, présenter aussi bien les éléments favorables du contexte que les contraintes avec lesquelles il a fallu compter...).

Concernant la population, précisez si vous intervenez auprès des mineurs.

Éléments de contexte

Sur l'ensemble des sites où nous intervenons (essentiellement en maisons d'arrêt en Ile-de-France), nous retrouvons sensiblement les mêmes publics et les mêmes difficultés :

- une population carcérale jeune, marginalisée, pauvre, socialement, économiquement et culturellement désinsérée et souffrant souvent de problèmes de santé mentale ;

- des statistiques du VIH/sida et des hépatites plus élevées que dans la population générale ;
- une prise en charge inadaptée en prison des personnes malades, entraînant des répercussions sur leur état de santé ;
- un accès aux soins et aux droits insuffisant, conduisant parfois à des ruptures des soins à la sortie pour des détenus malades ;
- les tabous, la stigmatisation des personnes atteintes, les représentations autour de la maladie et les facteurs socio-culturels (20% de la population carcérale est étrangère) constituant encore des obstacles importants à la lutte contre le VIH/sida et les hépatites en milieu carcéral ;
- le non-respect des droits élémentaires des personnes notamment des situations aboutissant de fait à une violation du secret médical ;
- l'existence en prison de conduites à risque notamment en matière d'usage de drogues et de pratiques sexuelles ;
- une surpopulation carcérale induisant une promiscuité et des conditions de détention incompatibles avec une prise en charge adaptée des détenus malades.

→ Quels sont les objectifs initiaux du projet ? Ou quels sont les objectifs de vos différentes interventions (distinguez alors chaque type d'intervention)

(Distinguez alors chaque type d'intervention) et précisez le public concerné (personnes incarcérées, familles, personnel des établissements pénitenciers, soignants, AS, éducateurs, grand public...).

Objectif 1 : réduire l'incidence des contaminations par les IST/sida et les hépatites en détention et à la sortie pour les personnes sous main de justice.

Objectif 2 : promouvoir le soutien psychosocial, l'empowerment et l'observance des personnes atteintes par le VIH/sida et leurs familles et prison et à la sortie.

→ Ces objectifs sont destinés à être mis en oeuvre en milieu carcéral ?

Oui Non Les deux *(mettre une croix)*

Précisez si vous travaillez particulièrement lors de la sortie du milieu carcéral :

Oui

→ Décrivez brièvement le processus mis en place au fil du temps pour ancrer vos interventions

(Expliquer pourquoi le projet ou les interventions ont été mis en place, Comment on s'y est pris, les différentes étapes) : ceci est important car c'est dans la perception de votre réalité que la formation sera adaptée.

Ce projet s'inscrit dans la logique de notre association qui cible les populations vulnérables notamment autour de la question du sida et des hépatites.

Il correspond également aux profils des compétences internes de l'association qui regroupe des professionnels de la santé ayant déjà intervenu sur ces lieux et face à ces publics.

Ce projet s'inscrit dans une logique de promotion de la santé (conformément à la charte d'Ottawa) et de réduction des risques privilégiant une approche de santé globale et s'appuyant sur des actions synergiques visant à renforcer l'autonomie des personnes. Cela passe par le développement de leurs connaissances dans le domaine du VIH/sida et des hépatites, par le soutien aux personnes vivant avec le VIH et/ou une hépatite dans les domaines psychosocial, l'empowerment et l'observance, par la création des conditions de milieux favorables pour la lutte contre le sida impliquant l'ensemble des acteurs du milieu pénitentiaire et l'inscription du projet dans l'effort public global de santé conformément aux recommandations du Sresp et du groupe d'experts (rapport Yeni).

Il se déroule essentiellement en Ile-de-France, région particulièrement concernée par la question des IST/sida et des hépatites notamment en prison (voir état des lieux et prisons, Drassif septembre 2007).

Les prisons d'Ile-de-France : une surpopulation importante. Une population carcérale difficile d'accès qui se caractérise par son extrême méfiance vis-à-vis des structures intervenant en prison et par la pression exercée sur les détenus par les différents groupes sociaux constituant cette population carcérale.

Une très grande hétérogénéité socioculturelle avec notamment une surreprésentation de populations étrangères ou de jeunes issus de l'immigration (jusqu'à 2006, date de leur transfert à Fresnes, la MAP de la Santé à Paris regroupait 70% d'étrangers) et des représentations socioculturelles en matière de santé, de prévention et de sexualité très diverses.

Les prisons : des lieux de cloisonnements définissant des frontières nettes où s'observent exclusions et discours extrêmes stigmatisant les personnes atteintes par le VIH. Le sida y reste un tabou.

Les personnes vivant avec le VIH : la prison les enferme souvent dans leur maladie ce qui peut conduire parfois au refus de soins afin que ne soit pas découvert leur statut sérologique.

Un constat alarmant nécessitant une mobilisation de tous : pour faire face à cette situation, services pénitentiaires et Ucsa font de plus en plus appel aux associations de lutte contre le sida ayant une plus grande expérience de certains publics et de leurs problématiques.

→ Quelles ont été les étapes clés⁷⁵ de la démarche ou du projet / ou des différentes interventions ? Expliquez si besoin les changements ou évolutions.

Actions d'information et de formation

- État des lieux et coordination avec les différents acteurs de la détention (Ucsa, Spip, SMPR, administration pénitentiaire, associations...) et mise en place d'actions collectives d'information et de sensibilisation autour du VIH/sida et des hépatites à destination des personnes sous main de justice en milieux fermé et ouvert.
- Mise en place d'un groupe de travail avec les référents institutionnels pour l'élaboration des modalités d'intervention et d'information aux détenus.

⁷⁵ On entend par étape clé, les grands moments dans la vie du projet, les événements importants qui l'ont marqué...

- Élaboration des outils d'information et d'évaluation des actions et du calendrier d'intervention.
- Mise en place des modules d'information et des groupes de paroles à destination des détenus au niveau de la détention et des quartiers arrivants et pour les personnes placées sous main de justice en milieu ouvert.
- Identification des groupes à risque (UDVI, HSH, migrants, mineurs...) et actions adaptées aux pratiques et au contexte (approche globale de santé, information sur les pratiques à risque en matière d'usage de drogues; initiation à la sexualité pour les publics jeunes, travail sur les représentations sociales, culturelles, religieuses pour les populations de référence culturelle étrangère...).
- Travail auprès des pairs pour le relais de l'information aux autres détenus et à l'entourage pour une information adaptée tenant compte des représentations de tous.
- Groupes de travail avec les référents et les intervenants associatifs pour une collaboration à la prise en charge des personnes (prévention individuelle, accompagnement aux droits et aux soins, aide à l'observance, aide à la sortie...).
- Évaluation et adaptation des interventions aux problématiques nouvelles non prévues par l'action.
- Évaluation annuelle et définition de l'évolution de l'action.

Actions d'accompagnement des PVIH et de leurs familles

Elles ont concernées les personnes vulnérables et celles vivant avec le VIH et/ou une hépatite et leurs familles en milieux ouvert et fermé ;

Les étapes ont été les suivantes :

- repérer les personnes en situation de vulnérabilité, notamment celles vivant avec le VIH et ou une hépatite, en collaboration avec l'Ucsa, le SMPR et le Spip et en marge des actions collectives en milieu fermé et ouvert ;
- accompagner individuellement les personnes en difficulté dans les domaines de l'accès aux soins et aux droits, de la prévention, du soutien psychosocial, de l'empowerment, de l'observance et de l'aide à la sortie ;
- mettre en place une coordination avec les structures pénitentiaires et les associations en prison et à la sortie pour une prise en charge globale des personnes et l'accompagnement aux dispositifs de droit commun ;
- aide à la réinsertion sociale en prison et à la sortie en lien avec les familles ;
- aide au déplacement des familles ;
- mise en place d'actions de sensibilisation des différents acteurs de la prison pour une meilleure intégration des problématiques de santé notamment du VIH/sida et des hépatites dans les pratiques quotidiennes ;
- veille et plaidoyer pour une sensibilisation à la problématique du sida en prison pour une politique de santé garantissant une réelle égalité de la prise en charge de cette question entre le dedans et le dehors.

→ Combien de personnes ont pu bénéficier de votre projet l'année 2007 ?

(Vos actions en milieu carcéral sont soumises à la durée des peines, vous avez donc possiblement un turn-over important).

- En milieu carcéral : 619 personnes.
- Hors milieu carcéral : 187 personnes.

→ Avec quels partenaires⁷⁶ travaillez-vous systématiquement dans le cadre du projet/intervention sur site ?

Le partenariat est multiforme et se fait avec les services intervenant en :

- en milieu pénitentiaire (Ucsa, Spip, SMPR, PJJ, Direction et personnels de surveillance, Éducation nationale...);
- avec les associations (Aides, Codes95, Sida Info Service, La Fratrie, Sequana Jeunes, Faire, Sida Paroles, Ban-Public...);
- les réseaux et les dispositifs (RVH, Corevih...);
- les institutionnels (Ddass, Drass, Cramif, Conseils Généraux...);
- les financeurs (GRSP, Sidaction, Inpes, DISP...).

→ Quels sont les aspects positifs du projet ou des interventions qu'on peut retenir et pourquoi ?

- La bonne intégration des actions dans le milieu pénitentiaire et leur articulation avec les dispositifs déjà en place.
- L'impact des actions de formation auprès des publics : les sessions de formation sont bien connues par les détenus qui y participent de plus en plus, et qui diffusent le message de prévention à leurs codétenus, et à leurs proches. Ils s'engagent par ailleurs à recruter de nouveaux participants aux sessions suivantes.
- Les interventions permettent une meilleure connaissance de la maladie, et la levée de certains tabous concernant le VIH/sida.
- L'accompagnement des personnes a permis de pallier à des situations d'urgence sur le terrain.
- Le partenariat notamment inter-associatif permet une complémentarité des actions.

→ Quels sont les facteurs de blocages ou les difficultés rencontrées ?

Le contexte : il peut parfois constituer un obstacle en raison parfois de la difficulté d'articuler des actions extérieures avec l'activité du milieu carcéral (disponibilité des salles, manque de personnels, difficulté de circulation des détenus...).

Les publics : difficulté d'aborder la question du sida qui reste encore tabou.

⁷⁶ Partenaires de terrain et non les financeurs.

→ Comment ces difficultés ont-elles pu être surmontées ou non ?

La nécessité de s'inscrire dans la durée et d'expliquer à tous les objectifs de l'action et ses résultats sur la santé des personnes y compris celle des personnels.

En s'appuyant sur des relais parmi l'ensemble des acteurs de la pénitentiaire pour être accepté et pouvoir intervenir sans être perçu comme un élément extérieur potentiellement perturbateur.

→ Quelles sont les difficultés que vous rencontrez plus précisément dans l'organisation méthodologique de vos interventions ou projet ?

Difficulté en matière d'évaluation de l'impact des messages sur des publics captifs pour qui la sexualité ou les pratiques liées à l'usage de drogues sont tabous en prison.

Difficulté également d'interventions couplées à d'autres structures dont l'approche et les interventions ne sont pas toujours dans la même logique de promotion de la santé qui est la notre.

→ Quels sont les besoins en matière d'accompagnement/ soutien à vos projets ou à vos interventions identifiez-vous aujourd'hui ?

Surtout financier mais également nécessité d'une coordination en interne aux établissements pour faciliter l'accès et le bon déroulement des actions.

→ Quels sont selon vous les principaux enseignements à tirer du projet et les facteurs clés de succès de vos projets / interventions en milieu carcéral ?

La nécessité de bien comprendre le milieu carcéral bien avant d'y pénétrer afin d'anticiper d'éventuelles difficultés.

LA CASE DE SANTE

Association concernée : La Case de la Santé

Date de renseignement de la fiche : juillet 2009

Sites d'intervention concernés en milieu carcéral ou hors milieu carcéral (précisez)	- Spip "milieu ouvert" (préparation à la sortie) MA Seysses et CD Muret. - Centre de santé "la case de santé".
Intitulé du projet ou des projets en milieu carcéral ou hors milieu carcéral (précisez)	"Dedans dehors, un pont pour le suivi médico-social des sortant(e)s de prison".
Type d'interventions et publics	- Suivi individuel (préparation à la sortie). - Suivi individuel (après la sortie). - Réunion publique annuelle autour de la thématique de la sortie de prison (avec professionnels et sortants de prison). - Tout public.
Nombre de personnes qui sont présentes lors de vos interventions	
Date de début du/des projet(s)	début du projet : 2008
Acteurs impliqués (simplement à citer ici) ; précisez le champ professionnel lors de vos interventions	Travailleur social, agent communautaire, médecin généraliste, infirmière, psychologue.
Personne(s) contact(s) et coordonnées	Charles Hambourg charles.hambourg@casedesante.org

"Trois personnes sur quatre sont libérées sans avoir pu bénéficier d'un aménagement de peine, c'est-à-dire une phase de transition entre le dedans et le dehors qui permette de préparer leur retour au sein de la collectivité ; un tiers des personnes accueillies en centre d'hébergement et de réinsertion sociale (CHRS) sont passées par la case prison" OIP, Guide du sortant de prison, 2006.

La sortie de prison est, normalement, préparée par les équipes socio-médicales à l'intérieur de la prison (Ucsa/Spip). Mais trop souvent le suivi des informations médicales et l'accès aux droits n'est pas assuré à l'extérieur ("sorties sèches", mauvaise coordination...)

Nos interventions ont lieu à "la case de santé", dans un lieu neutre, mais en lien avec les différents acteurs du milieu fermé (médecins, agents de probation et d'insertion...)

→ Quels sont les objectifs initiaux du projet ? Ou quels sont les objectifs de vos différentes interventions ?

Nous accueillons les ex détenus en "sortie sèche" mais nous essayons de travailler à la mise en place de mesures d'aménagement de peines, c'est à dire d'alternatives à la détention.

Bilan médico-social pour les sortants de prison

Le travailleur social/la travailleuse sociale :

- fait un point sur la situation administrative (pièce d'identité, titre de séjour, Assurance Maladie, ASSEDIC, RMI, carte de transport...);
- fait un point sur les conditions de vie (logement, travail, entourage) ;
- fait le lien avec le réseau social de la ville.

L'infirmier/l'infirmière :

- réunit les informations sur l'état de santé (questionnaire infirmier) ;
- récupère les informations médicales auprès de l'Ucsa et/ou du SMPR.

Le/la médecin généraliste :

- effectue une synthèse médicale et propose un suivi en fonction des éventuelles pathologies.

Une orientation pour un avis spécialisé peut être proposée. Il s'agit pour notre équipe de lutter contre les effets désocialisant de l'enfermement à la fois par un accompagnement individuel mais aussi par des actions collectives, conviviales... (Cantines, groupes d'usagers...).

Favoriser la rencontre des professionnels de santé travaillant autour de la prison

Une fois par an, "la case de santé" propose aux différents professionnels de la région concernés par la question carcérale et la sortie de détention de se rencontrer.

Cela permet aux acteurs ayant plusieurs types de pratiques (dans la prison, en dehors de la prison ou entre les deux...) de se retrouver autour d'un objectif : une meilleure coordination médico-sociale entre le dedans et le dehors.

A partir de thèmes choisis, il s'agit de se retrouver autour :

- des connaissances disponibles ;
- des difficultés à créer des outils ;
- des outils à créer ;
- du réseau existant.

Au-delà du contenu professionnel de ces rendez-vous, il s'agit aussi de nouer un contact entre les acteurs impliqués autour de la thématique "santé et prisons".

MIGRATIONS SANTE

Association concernée : Migrations santé

Date de renseignement de la fiche : 1er juillet 2010

Intitulé du projet ou des projets en milieu carcéral	Prévention et sensibilisation de l'infection à VIH/sida, des IST et des hépatites B et C auprès des personnes détenues dans un contexte multiculturel en milieu carcéral.
Sites concernés par vos interventions	MA de Fresnes (94), MAP de Villepinte (93), CPA de Villejuif (94).
Type d'intervention et public	En groupe 12 à 15 personnes par sessions pour une durée de 8 séances.
Date de début du/des projet(s)	2010
Personne(s) contact(s) et coordonnées	M. ELMOUBARAKI Migrations Santé, 11 rue Sarrette, 75014 Paris Tél. : 01 42 33 24 74 / Fax : 01 42 33 29 73 migsante@wanadoo.fr / www.migrations-sante.eu

→ Décrire brièvement le contexte dans lequel s'inscrit le projet présenté ou vos différentes interventions. Si vous intervenez sur plusieurs sites, dites quelques mots sur chacun d'entre eux.

Ce projet s'inscrit dans la continuité du projet qui a commencé en 1997 à la maison d'arrêt de La Santé (Paris), puis celle de Nanterre Quartier Adultes et Quartier Mineurs et celle de Villepinte.

Nous intervenons actuellement sur la prison de Fresnes dans le quartier adulte homme et le quartier adulte femme, le CPA de Villejuif, et la MAP de Villepinte. Nous avons eu une réunion avec le Spip de la Seine-et-Marne à Melun.

→ Quels sont les objectifs initiaux du projet ? Ou quels sont les objectifs de vos différentes interventions (distinguez alors chaque type d'intervention) et précisez le public concerné

Notre projet concerne les personnes incarcérées. Notre objectif consiste à informer et éduquer ces populations de différentes origines sur les infections : VIH/sida, IST et hépatites B et C sur leurs modes de transmission, les prises en charges médicales sociales et psychologiques, les traitements (adhésion et observance). Ces séances d'informations permettent de faire passer des messages sur leurs représentations de la maladie et de la santé. Nous organisons des sessions de formation de 12 à 15 personnes pendant 5 à 8 semaines avec une intervention de 2 h par semaine. A l'issue de chaque session, nous souhaitons former un ou deux détenus relais. Les détenus relais ont pour

objectifs de propager l'information auprès des autres détenus. A l'issue de leur détention, les détenus peuvent prendre rendez-vous à l'association Migrations Santé pour un soutien psychologique, une aide sociale et juridique et accompagnement médical.

→ **Ces objectifs sont destinés à être mis en oeuvre en milieu carcéral ?**

Oui Non Les deux

Précisez si vous travaillez particulièrement lors de la sortie du milieu carcéral :

Oui Non

→ **Décrivez brièvement le processus mis en place au fil du temps pour ancrer vos interventions**

Nous rencontrons les équipes intéressées par notre projet soit l'Ucsa ou le Spip.

→ **Quelles ont été les étapes clés⁷⁷ de la démarche ou du projet / ou des différentes interventions ? Expliquez si besoin les changements ou évolutions qui peuvent aider à comprendre votre projet et ses évolutions**

Les étapes clés ont été de rencontrer des personnes opérationnelles (en l'occurrence les infirmières de l'Ucsa) et de pouvoir discuter de ce projet ensemble.

→ **Combien de personnes ont pu bénéficier de votre projet l'année 2009 ?**

En milieu carcéral : 65 personnes

→ **Avec quels partenaires⁷⁸ travaillez-vous systématiquement dans le cadre du projet/intervention ?**

Ucsa, Spip, Aides

→ **Quels sont les aspects positifs du projet ou des interventions qu'on peut retenir et pourquoi ?**

Très bon contact avec l'Ucsa, le Spip et les autres associations intervenant en prison. Échange et discussion avec les personnes intéressées et motivées par ce projet d'éducation pour la santé (personnels de surveillance, autres).

→ **Quels sont les facteurs de blocages ou les difficultés rencontrées ?**

La difficulté à disposer de matériel en prison (vidéoprojecteur, lecteur DVD...).

L'une des difficultés les plus perturbantes pour l'activité est la longue attente avant d'être autorisé à pénétrer dans l'établissement pénitentiaire.

⁷⁷ On entend par étape clé, les grands moments dans la vie du projet, les événements importants qui l'ont marqué...

⁷⁸ Partenaires de terrain et non les financeurs.

→ Comment ces difficultés ont-elles pu être surmontées ou non ?

Il faut faire preuve d'une très grande patience quand on intervient en prison. La motivation des détenus est la clé de la réussite du projet.

→ Quelles sont les difficultés que vous rencontrez plus précisément dans l'organisation méthodologique de vos projets ?

Nous n'avons pas de problèmes pour l'instant, mais la participation active des partenaires est importante dans le milieu carcéral.

→ Quels sont les besoins en matière d'accompagnement/ soutien à vos projets ou à vos interventions identifiez-vous aujourd'hui ?

Les personnes ressources rencontrées dans la prison ou à l'extérieur, exemple les journées de Sidaction, Corevih et autres.

→ Quels sont selon vous les principaux enseignements à tirer de vos interventions, et les facteurs clés de succès de ces dernières ?

Plus d'échanges et de rencontres avec les acteurs de terrain, notamment la nécessité de parler des difficultés rencontrées lors des séminaires ou des conférences sur les prisons. Pour que ces actions réussissent, les facteurs temps et durée sont nécessaires.

SIDA INFO SERVICE

Association concernée : Sida Info Service

Date de renseignement de la fiche : 10 juillet 2009

Intitulé du projet ou des projets en milieu carcéral	Séances de sensibilisation VIH/hépatites. Atelier sur le corps.
Intitulé du projet ou des projets hors milieu carcéral	
Sites concernés par vos interventions	Maison d'arrêt de Fresnes MAH + MAF
Type d'intervention et public	Séances de groupe sur volontariat séances arrivants : détenus entrants sessions d'approfondissement : détenus placés en détention. Atelier sur le corps : détenus placés en quartier dit sortants (courtes peines).
Date de début du/des projet(s)	Avril 2009 pour les séances arrivants. Avril 2008 pour les sessions en détention. Septembre 2009 pour l'atelier sur le corps.
Personne(s) contact(s) et coordonnées	Hélène Pellissier Coordinatrice thématique milieu carcéral hpellissier@sida-info-service.org 01 44 93 16 65

→ Décrire brièvement le contexte dans lequel s'inscrit le projet présenté ou vos différentes interventions. Si plusieurs sites, dites quelques mots sur chacun des sites

(On entend par là quelques informations concernant la population bénéficiaire de vos intervention et ses caractéristiques, les éléments qui ont eu une influence importante sur le développement du projet ou de vos interventions, présenter aussi bien les éléments favorables du contexte que les contraintes avec lesquelles il a fallu compter, etc.). Concernant la population, précisez si vous intervenez auprès des mineurs.

Séances de sensibilisation

Les arrivants sont des personnes détenues qui sont dans les premiers jours de leur incarcération. Elles sont encellulées en première division avant d'être placées en détention "classique". Elles rencontrent un grand nombre d'intervenants différents : chef de détention, CIP, médecin, infirmière... Deux types de personnes sont présentes ceux pour qui la prison est une nouveauté et ceux pour il y a déjà eu une ou plusieurs incarcérations. Les niveaux d'information ainsi que les préoccupations ne sont pas les mêmes, bien que le "choc" carcéral soit présent pour tous.

Ces séances d'information sont proposées sur volontariat. Deux associations (SIS et Aides) interviennent en intermittence (lundi et jeudi) afin qu'un maximum de personnes puisse participer à ces séances d'information en complémentarité avec les entretiens médicaux.

Les sessions de sensibilisation en détention

Ces séances s'adressent aux personnes en détention sur volontariat. Il y a un roulement sur les différentes divisions de la Maison d'arrêt des hommes et une session a lieu à la Maison d'arrêt des femmes. L'action est présentée par le Spip par le biais des CIP avec inscription préalable des personnes volontaires. Les groupes sont constitués par le Spip, tandis que les personnels de surveillance a en charge les déplacements des détenus.

Il n'y a pas de mineurs à Fresnes.

Atelier sur le corps

Cet atelier s'adresse aux hommes détenus dans le quartier dit sortants, destiné à des personnes à qui il reste quelques mois de détention et qui ont un projet de réinsertion établi avec le Spip.

→ Quels sont les objectifs initiaux du projet ? Ou quels sont les objectifs de vos différentes interventions ? (distinguez alors chaque type d'intervention)

Séances arrivants

Les objectifs sont :

- améliorer les connaissances en matière de VIH et hépatites ;
- participer à lever l'anxiété face à ces questions en détention ;
- permettre un espace de parole.

Ces séances se basent sur le mode participatif : échanges, état des lieux des connaissances et des croyances (risques liés à l'incarcération). Il s'agit d'agir en complémentarité avec les actions de l'Ucsa. L'approche collectif et participative implique la parole et met en valeur les connaissances et les compétences des participants au groupe.

Sessions d'approfondissement

Objectifs :

- diminuer l'incidence de la séropositivité au VIH/sida, IST et hépatites par la réduction des risques en milieu carcéral ;
- sensibiliser à l'épidémiologie du VIH et des IST et des hépatites ;
- favoriser l'accès aux soins et la prise en charge médicale, diminuer la stigmatisation.

Atelier sur le corps

Il s'agit pour le groupe de réaliser une publication trimestrielle (lettre recto verso) sur un thème autour du corps (tatouage/piercing, sexualité, VIH/hépatite, maladie et handicap).

Objectifs :

- s'approprier le thème ;
- libérer la parole ;
- élaborer les éléments à diffuser sous la forme d'un écrit ;
- travailler sur à la restitution de l'image de soi ;
- accompagner les participants dans une démarche d'éducation par les pairs.

→ Ces objectifs sont destinés à être mis en œuvre en milieu carcéral ?

Oui Non Les deux

Précisez si vous travaillez particulièrement lors de la sortie du milieu carcéral :

Oui Non

→ Décrivez brièvement le processus mis en place au fil du temps pour ancrer vos interventions

Le premier projet de SIS proposé au Spip avec l'aval de l'Ucsa proposait des séances de sensibilisation en groupe. Initialement prévu sur six séances, le projet a été adapté à l'établissement, au lieu de 6 séances sur six semaines, nous proposons des sessions de deux séances la même semaine afin de garder le maximum de chance d'avoir un groupe constitué et relativement stable.

Après une période d'observation une relation de confiance s'est instaurée et un travail d'élaboration s'est mis en place avec les cadres du Spip. La réflexion s'est portée sur différents type de population en fonction des projets de réorganisation de la détention mise en oeuvre courant 2008 à la MAH de Fresnes (mise en place progressive des RPE). Ce qui implique la séparation des prévenus et des condamnés la mise en place d'actions ciblées d'insertion et un souhait d'une prise en charge multi partenarial avec une implication assez forte des associations déjà en place (souhait de ne pas multiplier les intervenants extérieurs). Propositions de plusieurs actions :

- continuer les séances de sensibilisation ;
- compléter les séances de sensibilisation par des interventions au près des arrivants ;
- mise en place d'un atelier sur le corps qui permettra la réalisation d'un support d'éducation par les pairs.

→ Quelles ont été les étapes clés⁷⁹ de la démarche ou du projet / ou des différentes interventions ? Expliquez si besoin les changements ou évolutions

- Mise en place de la première action.
- Dialogue et le travail en collaboration avec le Spip.
- Prise en compte de la demande du Spip.
- Propositions d'actions en lien avec le projet présenté.
- Demandes de financements extérieurs à l'AP.
- Accord de financement.
- Mise en œuvre des actions (points réguliers avec les partenaires).

⁷⁹ On entend par étape clé, les grands moments dans la vie du projet, les événements importants qui l'ont marqué...

→ Combien de personnes ont pu bénéficier de votre projet l'année 2007 ?

(Vos actions en milieu carcéral sont soumises à la durée des peines, vous avez donc possiblement un turn-over important).

En milieu carcéral :

- cinq sessions en onze interventions de deux heures ;
- soixante-quinze personnes se sont inscrites, un tiers des inscrits ont assisté aux séances ;
- trois sessions ont été menées en bilingue français/anglais.

→ Avec quels partenaires⁸⁰ travaillez-vous systématiquement dans le cadre du projet/intervention sur site ?

Spip (directrice + Centre interrégional de perfectionnement (CIP)).

Personnels de surveillance.

→ Quels sont les aspects positifs du projet ou des interventions qu'on peut retenir et pourquoi ?

- Assise de l'association comme partenaire du Spip.
- Dynamique pour l'association autour de la question carcérale.

→ Quels sont les facteurs de blocages ou les difficultés rencontrées ?

L'attente ! On passe son temps à attendre (à la porte, les participants devant la porte de la salle...).

Le nombre des participants très fluctuant et la difficulté d'analyse des raisons (les personnes finalement ne souhaitent plus venir ? Les surveillants n'ont pas été les chercher ? Une mauvaise présentation de l'action ?...) d'où la difficulté à adapter la présentation antérieure.

→ Comment ces difficultés ont-elles pu être surmontées ou non ?

Elles ne sont toujours pas surmontées ! Le seront-elles jamais ?

→ Quelles sont les difficultés que vous rencontrez plus précisément dans l'organisation méthodologique de vos interventions ou projet ?

Le recueil des besoins des personnes : ne pouvant pas rencontrer les détenus avant la mise en place des actions, il s'agit ici beaucoup plus de l'éducation à la santé que de l'éducation pour la santé. Nous avons l'espoir de pouvoir y remédier avec l'atelier sur le corps.

L'évaluation des actions : est-ce adapté ? Que doit-on modifier ou améliorer ? Il est très difficile de mener une évaluation qualitative de l'action. Quelles répercussions sur les personnes, a-t-on observé une modification des comportements (prévention ou attitude face aux questions VIH...) ?

⁸⁰ Partenaires de terrain et non les financeurs.

→ Quels sont les besoins en matière d'accompagnement/ soutien à vos projets ou à vos interventions identifiez-vous aujourd'hui ?

Continuer les rencontres et l'inter associatif.

→ Quels sont selon vous les principaux enseignements à tirer du projet et les facteurs clés de succès de vos projets / interventions en milieu carcéral ?

De la patience de la diplomatie et de la fermeté sur ses objectifs et sur le contenu des actions et la manière dont on souhaite qu'elles soient menées.



SIDA INFO SERVICE (MONTPELLIER)

Association concernée : Sida Info Service (Montpellier)

Date de renseignement de la fiche : 21 juillet 2009

Sites d'intervention concernés en milieu carcéral	Maison d'Arrêt Beziers
Nombre de personnes qui sont présentes lors de vos interventions	"Atelier Santé" : une dizaine de détenus en moyenne par groupe, co-animé avec la psychologue de l'Ucsa. Entretiens individuels : 2 à 5 détenus rencontrés par heure en moyenne.
Intitulé du projet ou des projets en milieu carcéral	Action d'Éducation à la Santé à destination de détenus : "Ateliers Santé" en groupe suivis d'entretiens individuels.
Date de début du/des projet(s)	Actions mises en place régulièrement depuis 2000.
Acteurs impliqués (simplement à citer ici) ; précisez le champ professionnel lors de vos interventions	Psychologue de l'Ucsa : Claude Isabelle Graziani. Mail : claud.isabelle@hotmail.fr
Personne(s) contact(s) et coordonnées	Fabienne Harlet, Psychologue, Ecoutante à Sida Info Service Tél : SIS Montpellier 04 99 13 35 70 Mail : fharlet@sida-info-service.org

→ Décrire brièvement le contexte dans lequel s'inscrit le projet présenté ou vos différentes interventions. Si plusieurs sites, dites quelques mots sur chacun des sites

(On entend par là quelques informations concernant la population bénéficiaire de vos intervention et ses caractéristiques, les éléments qui ont eu une influence importante sur le développement du projet ou de vos interventions, présenter aussi bien les éléments favorables du contexte que les contraintes avec lesquelles il a fallu compter, etc.).

Maison d'Arrêt de Beziers : détenus hommes majeurs. Maison d'Arrêt particulièrement surpeuplée et vétuste. Forte proportion de détenus maghrébins et gitans, de personnes toxicomanes ou/et en grande précarité. Prévalence VIH assez faible, et élevée pour les hépatites.

Éléments favorables : Ucsa porteur du projet avec la psychologue impliquée dans l'action, qui gère les inscriptions des détenus avec l'Administration pénitentiaire.

Éléments défavorables : les inscriptions peuvent ne pas nous parvenir. Turn-over important, la participation aux "Ateliers Santé" et le suivi individuel peuvent être interrompus à tout moment pour "transfert".

→ Quels sont les objectifs initiaux du projet ? Ou quels sont les objectifs de vos différentes interventions ? (distinguez alors chaque type d'intervention)

Au départ, en 2000, projet d'Action d'Éducation à la Santé avec mise en place de groupe de paroles autour du VIH et des hépatites.

Dès 2001, mise en place "d'Ateliers Santé" pour éviter la stigmatisation d'ateliers spécifiques VIH et hépatites (et donc l'exclusion ou des violences à l'encontre des détenus inscrits à ces groupes).

→ Décrivez brièvement le processus mis en place au fil du temps pour ancrer vos interventions

Tout part d'un travail de réseau : j'anime depuis sa création en 1997 le Collectif de Prévention sida de Béziers (Commission du Réseau Santé) qui réunit mensuellement une vingtaine de partenaires médicaux-sociaux des différentes structures professionnelles et associatives du Biterrois, dont l'Ucsa.

En 1999, proposition de la psychologue de l'Ucsa de créer en partenariat des Actions d'Éducation à la Santé auprès de détenus, et mise en place du projet en 2000.

Depuis 2000, mise en place régulière d'actions d'Education à la Santé auprès de détenus.

→ Quelles ont été les étapes clés⁸¹ de la démarche ou du projet / ou des différentes interventions ? Expliquez si besoin les changements ou évolutions

Changement de l'intitulé de l'action pour éviter la stigmatisation VIH et hépatites.

Adaptation d'entretiens individuels pour permettre à des détenus d'exprimer leurs besoins, leurs émotions, impossibles à dire en groupe.

→ Combien de personnes ont pu bénéficier de votre projet l'année 2007 ?

(Vos actions en milieu carcéral sont soumises à la durée des peines, vous avez donc possiblement un turn-over important)

En 2007, intervention toutes les trois semaines environ (12 "Ateliers Santé", suivis d'entretiens individuels pendant une heure).

"Atelier Santé" : une moyenne de 10 détenus inscrits par atelier (avec un noyau d'anciens participants, beaucoup de nouveaux et un turn-over plus ou moins important). Plus de soixante dix détenus ont participé à ces groupes.

Entretiens individuels : 2 à 5 détenus rencontrés chaque fois en une heure (x12 interventions). Souvent ces détenus ne participaient pas aux ateliers et ne s'inscrivaient qu'aux entretiens.

⁸¹ On entend par étape clé, les grands moments dans la vie du projet, les événements importants qui l'ont marqué...

→ Avec quels partenaires⁸² travaillez-vous systématiquement dans le cadre du projet/intervention sur site ?

La psychologue de l'Ucsa qui est responsable du projet et qui co-anime les "Ateliers Santé".

→ Quels sont les aspects positifs du projet ou des interventions qu'on peut retenir et pourquoi ?

Réponses à des besoins des détenus concernant la prise en charge de leur santé : informations et orientation liées au VIH, hépatites, IST, dépistage, accès aux soins, hygiène et vie carcérale, etc., à travers des échanges et des dialogues, tant sur la prévention que sur les soins et le suivi médical, pendant ou/et après la détention (ceci dans une maison d'arrêt où le personnel soignant, en fonction des mutations professionnelles, peut être plus ou moins disponible, motivé, formé ou informé).

→ Quels sont les facteurs de blocages ou les difficultés rencontrées ?

- Côté détenus : manque de confiance a priori envers tout intervenant en milieu pénitentiaire, stigmatisation liée à la spécificité VIH et hépatites, peur de la parole individuelle en groupe et de ses retombées possibles.
- Côté pénitentiaire : peu d'intérêt pour les actions santé, surcroît de travail lié à l'organisation du projet, contraintes horaires liées à la possibilité de voir les détenus et la coordination avec d'autres activités au même moment.
- Côté Ucsa : changement de médecin, plus ou moins formé à la spécificité de la population pénitentiaire, changement de responsable de Service qui coordonne l'Ucsa, peu de motivation pour des projets santé de certains soignants qui composent l'équipe, lourdeur de l'organisation et de la charge de travail liées à ce type de projet.

→ Comment ces difficultés ont-elles pu être surmontées ou non ?

- Côté détenus : confiance rapidement installée avec les détenus, garantie absolue du secret professionnel (notamment sur des prises de risques en pénitentiaire), "Ateliers Santé" ouverts à "toute" problématique santé pour éviter la stigmatisation, mise en place d'entretiens individuels permettant l'expression de besoins ou de problèmes impossibles à dire en groupe.
- Côté pénitentiaire : travail de confiance et d'intégration progressive, surtout envers les surveillants. Adaptation des actions aux contraintes de l'organisation pénitentiaire pour donner le moins de travail possible en surplus du travail habituel.
- Côté Ucsa : rôle clé de la psychologue qui fait le lien avec l'équipe Ucsa et coordonne les actions avec l'administration pénitentiaire depuis plus de 8 ans. Une formation spécifique "prévention VIH et hépatites" a été menée en 2006 auprès de l'équipe soignante, en partenariat avec le Centre de Dépistage de Béziers.

⁸² Partenaires de terrain et non les financeurs.

→ Quelles sont les difficultés que vous rencontrez plus précisément dans l'organisation méthodologique de vos interventions ou projet ?

Le rythme de mes interventions dépend de la disponibilité professionnelle de la psychologue et de sa charge de travail.

Les inscriptions peuvent parfois revenir partiellement (ou très rarement ne reviennent pas du tout). Idem pour amener les détenus inscrits aux actions santé, plusieurs peuvent être "oubliés" et rester en cellule, si on n'insiste pas pour réclamer leur présence.

→ Quels sont les besoins en matière d'accompagnement/ soutien à vos projets ou a vos interventions identifiez-vous aujourd'hui ?

- Besoin d'expression lié aux interventions car il y a une seule pour mener ce type d'actions dans le pôle régional de SIS.
- Besoin de "faire quelque chose" de tout ce que mes interventions me font comprendre et réaliser autour des besoins de santé des détenus (prévention, accès aux soins, suivi de traitements, hygiène, etc.) et de tous les manques à ce sujet.
- "Besoin de Sidaction" (compétence et notoriété) pour être force de proposition et de changement pour améliorer la prise en charge de la santé en pénitentiaire.

→ Quels sont selon vous les principaux enseignements à tirer du projet et les facteurs clés de succès de vos projets / interventions en milieu carcéral ?

- Un travail régulier en réseau pour susciter une demande d'intervention.
- Un professionnel motivé de la maison d'arrêt pour coordonner l'action.
- L'évitement de toute stigmatisation par le choix de l'intitulé de l'action.
- L'adaptation des interventions au rythme de la vie pénitentiaire.
- La motivation et l'éthique professionnelle de l'intervenant.

SOCIETE D'HEPATOASTROENTEROLOGIE DE CATALOGNE ROUSSILLON

Association concernée : Société D'Hépatogastroentérologie de Catalogne Roussillon

Date de renseignement de la fiche : 19 Septembre 2007

Intitulé du projet ou des projets en milieu carcéral	Réduire la contamination virale en prison : étude de faisabilité
Intitulé du projet ou des projets hors milieu carcéral	Amélioration de la prise en charge postcarcérale associative des détenus vivant avec le VIH et/ou les virus des hépatites B et C
Sites concernés par vos interventions	France entière
Type d'intervention et public	Interventions en groupe et par voie postale
Date de début du/des projet(s)	2007 / 2009
Personne(s) contact(s) et coordonnées	Dr AJ Remy 06 87 14 92 23 andre.remy@ch-perpignan.fr

→ Décrire brièvement le contexte dans lequel s'inscrit le projet présenté ou vos différentes interventions. Si plusieurs sites, dites quelques mots sur chacun des sites

(On entend par là quelques informations concernant la population bénéficiaire de vos interventions et ses caractéristiques, les éléments qui ont eu une influence importante sur le développement du projet ou de vos interventions, présenter aussi bien les éléments favorables du contexte que les contraintes avec lesquelles il a fallu compter.)

■ **2007** : réalisation par notre équipe d'un annuaire des ressources sociales et associatives post-carcérales (en complément d'un annuaire médical) utile à un meilleur suivi post-carcéral des personnes atteintes recensant les associations et les services sociaux en lien avec les établissements pénitentiaires. Il a été diffusé aux équipes médicales et infirmières des Ucsa, des SMPR, des unités médicales des centres de rétention administratives, aux réseaux de soins, aux associations de soutien aux personnes atteintes, de réduction de risques, aux services pénitentiaires d'insertion et de probation afin qu'ils le remettent aux détenus sortants de prison atteints d'hépatites virales chroniques B et C et/ou d'infection à VIH. L'objectif principal de la réalisation de cet annuaire des ressources, est d'améliorer la continuité des soins à la sortie en lien avec les structures soignantes, sociales et associatives extérieures. Il couvre l'ensemble des départements, y compris ceux dont les Ucsa n'ont pas répondu initialement à l'enquête de pratiques.

■ **2008** : 2ème Journée nationale d'échanges sur le suivi médico-social des personnes atteintes d'hépatites virales B et C et/ou d'infection à VIH sortant de prison : "un travail multidisciplinaire à réussir ensemble" (la 1ère journée est réalisée en partenariat avec Sidaction, le 22 juin 2007).

- Lieu et date : Argelès sur Mer, le 20 mai 2008 (en ouverture à la 2ème Université d'été de Médecine en milieu pénitentiaire).
- Public : associations intervenant en milieu carcéral et/ou en situation post-carcérale.

- Nombre de personnes attendues : 100.
- Durée : 1 journée de 9h à 17h.
- Inscription gratuite.
- L'objectif étant d'évaluer la logistique et l'organisation ainsi que les débats pour d'une part échanger avec les participants sur les problèmes liés à la thématique et d'autre part optimiser la réunion pour les années suivantes.
- Édition d'un numéro hors série de la revue Espace info santé (EIS), seule revue professionnelle existante à l'attention des soignants des Ucsa, des SMPR et des unités médicales des centres de rétention administrative, mais aussi diffusé aux administrations telles que ARH, Drass et aux associations intervenant en milieu carcéral. Ce numéro spécial reprendra les principales données de l'enquête de pratiques, présentera les annuaires des ressources et la synthèse des deux journées d'échanges, ainsi que des témoignages de personnes vivant avec le VIH et/ou les hépatites sous forme d'un numéro double de deux fois 4 pages.
- **2009** : 2ème projet : réduire la contamination virale en prison : étude de faisabilité. Début prévu juin 2009.
 - Thématique(s) de l'action : réduction des risques en milieu carcéral.
 - Lieu(x) d'implantation de l'action : France entière.
 - Public(s) cible(s) : détenus.
 - Nombre de personnes bénéficiaires de cette action : non applicable dans la phase préliminaire, 1000 détenus dans la 2ème phase.
 - File active (nombre de personnes suivies) : idem.
 - Programmation prévue :
 - établir un état des lieux à partir de la littérature internationale des études françaises ;
 - constituer un groupe de travail avec des associations partenaires.

Un groupe préliminaire de travail a été mis en place entre notre groupe et l'association AIDES, tout en restant ouvert à tous les acteurs intéressés. Notre apport pratique sera d'abord en tant que coordonnateur du Conseil Scientifique du Collège des Soignants Intervenant en Prison (CSIP) regroupant les soignants des Ucsa et des SMPR. D'autres personnalités ont déjà été pressenties pour participer à ce groupe de travail, mais le soutien méthodologique de la mission prison de Sidaction sera essentiel.

→ **Quels sont les objectifs initiaux du projet ? Ou quels sont les objectifs de vos différentes interventions (distinguez alors chaque type d'intervention)**

Notre équipe a travaillé depuis 1999 à l'amélioration de la prise en charge diagnostique et thérapeutique des personnes atteintes par les hépatites virales B et C, co-infectées ou non par le VIH en milieu carcéral. Ces actions ont été menées au sein et avec les équipes des Ucsa, mais aussi en partenariat avec les administrations et les associations intervenant en milieu carcéral. Des progrès ont été obtenus notamment avec une augmentation significative du nombre de personnes traitées, même s'il persiste encore de fortes disparités entre Ucsa. Notre objectif en 2006 et 2007 est d'améliorer le suivi et la prise en charge post carcérale des personnes vivant avec les virus VIH et/ou des hépatites B et C.

Les 2 premières étapes ont été la réalisation d'une enquête nationale de pratiques et l'édition d'un annuaire des ressources médicales. L'enquête "Réduire la contamination virale en prison : étude de faisabilité" prolonge ces objectifs initiaux et vise à :

Objectif principal

- Déterminer les facteurs permettant de réduire la contamination virale intra-carcérale en étudiant la faisabilité d'une action interventionnelle.

Objectifs opérationnels

- Étudier les exemples étrangers innovateurs (Suisse et Espagne).
- Déterminer la prévalence des comportements à risque en milieu carcéral (et identifier les facteurs de risque) : échange de matériel d'injection non stérile, tatouages, relations sexuelles non protégées.
- Déterminer la prévalence des contaminations virales intra-carcérales.
- Augmenter l'accès des détenus aux outils de réduction des risques.
- Étudier le risque de contaminations sur 1000 détenus consécutifs séronégatifs à l'entrée et étudiés à 6 et 12 mois (2ème phase prévue en 2009).
- Étudier les représentations des comportements à risque (action à développer en coordination et en relation avec le groupe sciences sociales de Sidaction).
- Faire des propositions d'actions de terrain et d'amélioration des comportements.

→ Ces objectifs sont destinés à être mis en oeuvre en milieu carcéral ?

Oui, indirectement.

Précisez si vous travaillez particulièrement lors de la sortie du milieu carcéral : Oui.

→ Décrivez brièvement le processus mis en place au fil du temps pour ancrer vos interventions

La loi du 18 janvier 1994, issue de l'émotion suscitée par l'épidémie de l'infection à VIH dans les prisons françaises dans les années 80, a transformé la prise en charge sanitaire des personnes détenues, par un transfert de compétences du Ministère de la Justice vers le Ministère de la Santé.

L'Hôpital est entré dans la prison. La coopération et la liaison dynamique entre les unités fonctionnelles chargées des soins (Unités de Consultations et de Soins Ambulatoires = Ucsa), leurs centres hospitaliers de rattachement, les administrations des Ministères de la Justice et de l'Intérieur et les acteurs associatifs sont essentiels pour permettre à chaque patient l'accès à des soins de qualité. Les plans gouvernementaux 2006-2010 de lutte contre les hépatites virales et le sida prévoient une large place à la prise en charge nécessaire de ces affections en milieu carcéral.

Des enquêtes de pratiques pilotées par notre équipe ont démontré une prévalence de 6,9 % pour l'hépatite C et de 2,9 % pour l'hépatite B chez les détenus en France, prévalence largement supérieure à la population générale. Les hépatites B et C et l'infection à VIH (certes dans une moindre mesure mais avec de grandes variations régionales) sont désormais des pathologies fréquentes en milieu carcéral ; mais que

deviennent les patients à leur sortie ? Il n'existait pas actuellement de données nationales sur ce sujet dans la littérature. Notre équipe avait acquis par ailleurs une pratique démontrée dans l'organisation de réunions de formations destinées aux personnels soignants mais également aux personnels de surveillance et aux acteurs associatifs intervenant en milieu carcéral.

Calendrier

Avril 2007 : dépôt du dossier de financement.

Juillet 2007 : réponse Sidaction.

Septembre/Octobre 2007 : recueil des données de l'annuaire associatif.

Novembre/Décembre 2007 : mise en forme et impression de l'annuaire associatif.

Mai 2008 : 2ème Journée nationale d'échanges sur le suivi post-carcéral des personnes atteintes par l'infection à VIH/sida et/ou les hépatites B et C.

Juin 2008 : numéro spécial EIS.

2009 : enquête "Réduire la contamination virale en prison : étude de faisabilité".

→ Combien de personnes ont pu bénéficier de votre projet l'année 2007 ?

(Vos actions en milieu carcéral sont soumises à la durée des peines, vous avez donc possiblement un turn-over important)

En milieu carcéral : 750.

Hors milieu carcéral : 2000.

→ Avec quels partenaires⁸³ travaillez-vous systématiquement dans le cadre du projet/intervention sur site ?

Ucsa et Spip associations intervenant en milieu carcéral

→ Quels sont les aspects positifs du projet ou des interventions qu'on peut retenir et pourquoi ?

Répondre à un manque et favoriser les échanges entre partenaires oeuvrant pour les détenus mais s'ignorant et se méfiant les uns des autres.

→ Quels sont les facteurs de blocages ou les difficultés rencontrées ?

Inertie cumulée des administrations et des milieux soignants enclins à un certain conservatisme.

→ **Comment ces difficultés ont-elles pu être surmontées ou non ?**

Par la répétition et la persévérance dans l'action.

→ **Quelles sont les difficultés que vous rencontrez plus précisément dans l'organisation méthodologique de vos interventions ou projet ?**

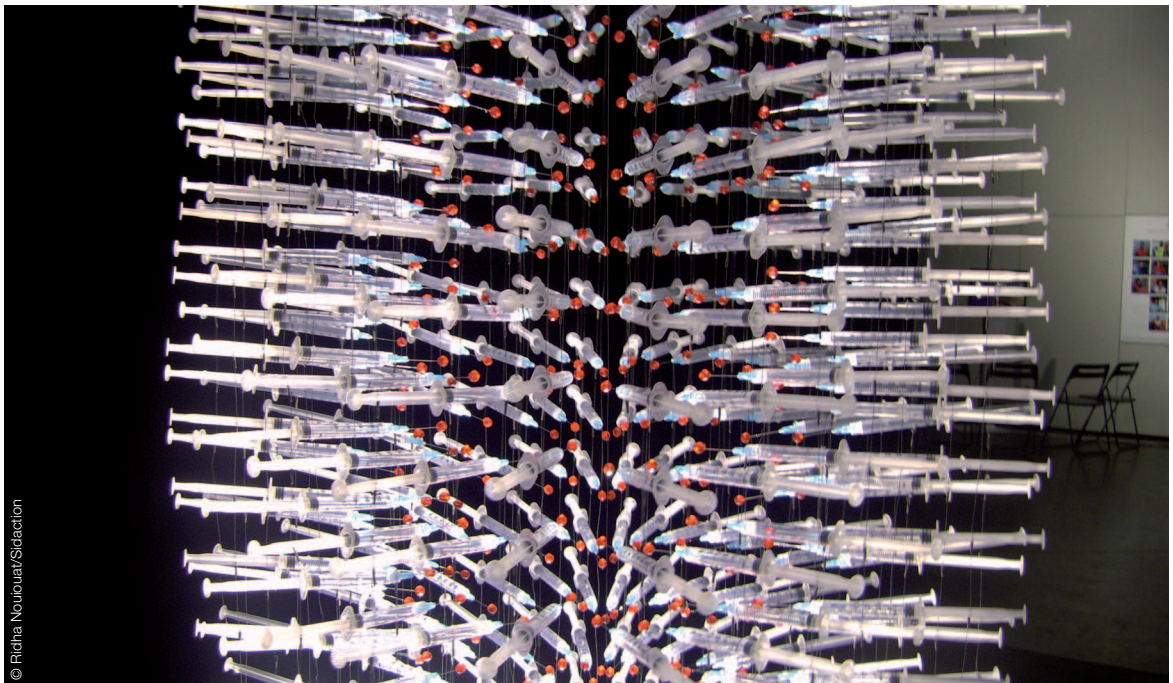
Pas de difficulté méthodologique particulière.

→ **Quels sont les besoins en matière d'accompagnement/ soutien à vos projets ou à vos interventions identifiez-vous aujourd'hui ?**

Pas de besoins identifiés actuellement.

→ **Quels sont selon vous les principaux enseignements à tirer du projet et les facteurs clés de succès de vos projets / interventions en milieu carcéral ?**

Répondre aux besoins exprimés et aller vers les personnes détenues et leurs proches.



CAARUD SIDA PAROLES

Association concernée : CAARUD SIDA Paroles

Date de renseignement de la fiche : 31/10/09

Intitulé du projet ou des projets en milieu carcéral	1/ Suivi de soutien en lien avec la détention 2/ Action collective de prévention et de réduction des risques (VIH, hépatites, drogues)
Intitulé du projet ou des projets hors milieu carcéral	Le suivi de soutien est une action en lien avec la détention : les personnes suivies étaient suivies par le CAARUD avant leur incarcération et le suivi se poursuivra à la libération si elles le souhaitent.
Sites concernés par vos interventions	1/ M.A.H. de Nanterre (92), M.A.H. d'Osny (95), M.A.F. de Versailles(78), M.A.F. et M.A.H. de Fresnes (94). 2/ M.A.F. de Versailles.
Type d'intervention et public	1/ Suivi individuel de majeur(e)s usager(e)s du Caarud 2/ Interventions collectives d'éducation à la santé auprès femmes majeures incarcérées à la M.A.F. de Versailles.
Date de début du/des projet(s)	2000
Personne(s) contact(s) et coordonnées	Benoit Delavault Tél. : 01 47 86 08 90 Mail : benoit.delavault@wanadoo.fr

→ **Décrire brièvement le contexte dans lequel s'inscrit le projet présenté ou vos différentes interventions. Si plusieurs sites, dites quelques mots sur chacun des sites**

■ **L'objectif était de développer notre action de soutien auprès des usagers et des usagères du Caarud pendant leur incarcération.**

Ce dispositif a été mis en place à partir des besoins et de la situation spécifique de chaque usager dans les maisons d'arrêt où les personnes étaient incarcérées. Il a pour objectif le soutien et l'accompagnement de la personne (pas d'objectif pré-établi d'insertion ou même de soin, accompagnement de projet, co-construction du soin).

Le travail s'effectue sur deux plans :

projet 1 : travail de soutien auprès de la personne (plusieurs visites régulières).

projet 2 : travail de médiation en direction des services du Spip, des Ucsa, SMPR.

Ce travail s'appuie avant, pendant et après l'intervention sur le travail d'une équipe, travail qui est intégré dans une proposition d'accompagnement sur le long terme des usagers de la boutique.

Il s'agit d'un travail en réseau avec les partenaires et de coordination des différents partenaires (Spip, Ucsa, SMPR, associations, familles).

Actuellement, le travail en maison d'arrêt se déroule selon le protocole suivant : à la suite de son incarcération, l'usager, directement ou par le biais du Spip, nous informe de sa situation et de son souhait d'être suivi. Une autorisation est alors demandée au Spip, une fois celle-ci obtenue, nous rencontrons régulièrement au parloir "avocat" la personne. Ces rencontres s'effectuent et se répètent à la demande de la personne. Elles ne visent aucun but défini a priori, notamment concernant l'usage de drogues ou la mise en sens de la peine. Les objectifs de ces rencontres sont de proposer un temps et un espace de relation qui offrent le maximum d'opportunités saisissables pour l'usager.

Ces rencontres sont par ailleurs sous-tendues par un contrat de continuité pendant et après l'incarcération (qui peut, contre notre volonté, être mise à mal par les décisions de l'administration pénitentiaire), et d'indépendance vis à vis de cette même administration.

En détention, mon travail s'oriente selon deux axes : le travail auprès de la personne et le travail médiation en direction des partenaires. Il peut sembler surprenant qu'une psychologue, dont le champ d'intérêt se situe davantage du côté de la réalité psychique, intervienne dans le champ de la réalité externe. Mon expérience de travail à la Boutique et en maisons d'arrêt, me laisse à penser qu'à contrario, prendre en compte celle-ci est primordial.

■ Depuis 2000, l'association Sida Paroles et ses partenaires d'Aides 92, du CAST, de la Fratrie mènent une action d'information pour la réduction des risques VIH/hépatites à la maison d'arrêt pour hommes de Nanterre (92).

Le projet soutenu par Sidaction était de développer une action similaire, prenant en compte les spécificités féminines dans un lieu de détention pour femmes.

Depuis le mois de septembre 2006, nous intervenons à la Maison d'Arrêt de Versailles (78) auprès des femmes incarcérées. La maison d'arrêt de Versailles est une petite unité d'incarcération (74 places) qui possède la particularité d'avoir une unité locale d'enseignement auprès de qui nous avons trouvé un appui pour notre projet.

Nos interventions s'inscrivent dans une dynamique d'éducation à la santé. Elles visent dans le cadre d'une approche globale de la personne à favoriser la prise de conscience des risques liés à la santé et à soutenir les capacités des détenues de faire des choix adaptés dans la réponse à ces risques. Par ailleurs nous visons une démarche participative, prenant en compte la personne dans son contexte et soutenant l'expression des dimensions spécifiques des questionnements, des difficultés rencontrées, des potentiels et des compétences.

Nos interventions consistent en la mise en place de modules de quatre sessions différentes : une séance "sexualité", une séance "IST", une séance "hépatites" et une séance "réduction des risques liés à l'usage de drogues".

Les personnes sont invitées à participer aux quatre sessions mais ce n'est pas une obligation et chaque détenue peut intégrer l'atelier quand elle le souhaite.

Notre sensibilité à la réduction des risques liés à l'usage de drogue et notre conviction de son intérêt pour la réduction des risques de transmission du VIH et des hépatites, chez les usagers (occasionnels, abuseurs, dépendants) de drogues (alcool, cannabis, cocaïne, héroïne, ecstasy, médicaments psychotropes, etc.) nous a amené depuis plusieurs années à mettre dans l'échange avec les détenus la question de l'usage de drogues et de la réduction des risques liés à cet usage. Notre expérience de 5 ans d'intervention à la maison d'arrêt, nous a convaincu de l'intérêt de cet aspect du travail.

La période d'incarcération est une période de forte exposition à la consommation de produits psychotropes. Un nombre significatif de personnes quitte les prisons en étant devenu dépendant alors qu'il ne l'était pas en entrant. L'usage de drogue fait partie des risques spécifiques liés à l'incarcération. La mise en place d'actions de réduction des risques, dans un contexte d'accès réduit aux informations et aux outils de prévention est particulièrement utile.

→ **Quels sont les objectifs initiaux du projet ? Ou quels sont les objectifs de vos différentes interventions (distinguez alors chaque type d'intervention) et précisez le public concerné**

Essentiellement les personnes incarcérées, les familles, les personnels des établissements pénitenciers, les soignants, les assistantes sociales, les éducateurs, le grand public...)

■ **Concernant le travail en direction de la personne, les objectifs sont le soutien psychologique et la facilitation de l'accès aux soins.**

Le travail en MA s'inscrit dans un objectif général du travail du psychologue en structure Caarud : proposer à la personne un dispositif d'accès aux soins psychiques adapté.

La proposition de soutien pendant les périodes d'incarcération correspond à la proposition d'un lien, qui crée la confiance et facilite le soutien. Avec le soutien de l'équipe des intervenants, la personne peut déployer ses capacités de questionnement et d'élaboration qui rendent possible un travail personnel permettant d'engager des dynamiques de changements et d'aller vers un mieux être.

Avec les usagers une alliance de travail, une confiance en soi, une confiance dans le lien sont à construire. L'offre de suivi pendant les périodes d'incarcérations, tel qu'il est proposé par la Boutique, est une étape du travail. Celui-ci, se poursuit ensuite dans le cadre des entretiens et du travail de médiation auprès des partenaires.

En MA nous réalisons aussi un travail de médiation, son objectif est de :

- faciliter et de renforcer l'accès de la personne au service du Spip et au service médical et de soutenir et accompagner les projets des usagers pendant et après l'incarcération ;
- réduire les résistances que les professionnels développent en direction des usagers de drogue, participer aux changements des représentations sur eux et sur les personnes vivant avec le VIH.

Le travail de médiation est toujours mis en place en accord et en transparence avec la personne détenue. Il se fait en direction des conseillers du Spip. Le but est de renforcer le soutien aux personnes dans leurs démarches pendant leur détention et/ou en vue de leur insertion à la sortie. Cette année, nous avons par exemple accompagné une personne pendant une permission pour un rendez-vous dans un centre de soins, où il a été accueilli à sa sortie et où il a pu s'inscrire dans une dynamique de soins. Ce travail de partenariat auprès du Spip présente l'intérêt de pouvoir proposer, en ce qui concerne la prise en charge des usagers de drogue, un autre point de vue que celui dispensé par l'ENAP.

Nous avons aussi des contacts avec les services médicaux, notamment pour nous assurer de la continuité des soins à la sortie et avec des associations travaillant à l'extérieur et dont les actions s'adressent particulièrement aux sortants de prisons.

■ **Concernant les actions collectives, l'action vise l'information et la prévention du VIH, des hépatites et la réduction des risques liés à l'usage des drogues prenant en compte les risques spécifiques liés à l'incarcération.**

→ **Ces objectifs sont destinés à être mis en œuvre en milieu carcéral ?**

Oui Non Les deux

Précisez si vous travaillez particulièrement lors de la sortie du milieu carcéral, dans le cadre du suivi individuel, à la demande de la personne et en prenant en compte celle-ci :

Oui Non

→ **Décrivez brièvement le processus mis en place au fil du temps pour ancrer vos interventions**

Dès l'ouverture de la boutique en 2000, le premier pas que nous avons fait en direction d'une maison d'arrêt, celle des Hauts de Seine, a été la mise en place d'actions d'information et de prévention sur le VIH et le VHC au quartier des arrivants. Il s'agissait d'un projet inter associatif dans lequel nous nous étions inclus. A la fin de cette même année, un usager de Sida Paroles a été incarcéré et nous a demandé que l'on vienne le voir. La demande n'était pas plus précise que cela, ce n'était pas vraiment une demande de suivi, juste "qu'on vienne le voir". Ce qui fut fait.

Petit à petit, et ce jusqu'en 2006, des actions ont été mises en place auprès des détenus des Maisons d'Arrêt d'Osny, puis de Nanterre ; nous n'avions pas les moyens financiers et humains d'en faire davantage. Notre but était d'étendre les services proposés aux usagères femme de la boutique. Grâce au soutien financier de Sidaction, nous avons depuis lors, pu développer ces actions sur d'autres Maisons d'Arrêt d'Ile de France. Ce soutien nous a permis aussi de pouvoir commencer à travailler en direction des lieux de détention pour femmes. Si aujourd'hui nous connaissons tous l'indigence de la situation des lieux de détention pour hommes, concernant les femmes, c'est encore plus terrible et je pense qu'il y a là nécessité de se mobiliser.

→ **Quelles ont été les étapes clés⁸⁴ de la démarche ou du projet / ou des différentes interventions ? Expliquez si besoin les changements ou évolutions qui peuvent aider à comprendre votre projet et ses évolutions**

Étape 1 : intervention collective à Nanterre (2000) ;

Étape 2 : premier suivi individuel à MAH de Nanterre (2000) ;

Étape 3 : premier suivi individuel à MAH d'Osny(2001) ;

Étape 4 : suivis individuels à Osny et Nanterre et action collective à Nanterre (2001/2006) ;

Étape 5 : extension du projet à d'autres lieux de détention notamment des lieux de détention accueillant les femmes (2006).

⁸⁴ On entend par étape clé, les grands moments dans la vie du projet, les événements importants qui l'ont marqué...

→ Combien de personnes ont pu bénéficier de votre projet l'année 2009 (chiffre au 30/11/09) ?

En milieu carcéral :

- **action de soutien individuel** : 11 personnes (dont deux femmes), 83 entretiens (dont 20 concernant des femmes, 43 visites (dont 20 concernant des femmes) ;
- **action collective** : Versailles : file active : 21, passages : 72, intervention : 10.

→ Avec quels partenaires⁸⁵ travaillez-vous systématiquement dans le cadre du projet/interventions ?

Sur tous les sites nous avons développé (dans la mesure du possible) un partenariat avec Spip, Ucsa, SMPPR.

Nous travaillons de manière privilégiée avec les Csapa, les Caarud, les ACT, les associations liées à la détention (l'Estran, l'Atre, etc...) et aux problématiques liées à l'accès aux droits (avocats, juristes, Cimade, etc...)

Quand cela est possible nous associons les familles des personnes détenues aux actions.

→ Quels sont les aspects positifs du projet ou des interventions qu'on peut retenir et pourquoi ?

Quels sont les facteurs de blocages ou les difficultés rencontrées ?

Le mode de fonctionnement du système carcéral et sa situation actuelle (surpopulation). Les difficultés liées à la mise en place d'un travail en réseau.

Comment ces difficultés ont-elles pu être surmontées ou non ?

Patience, médiation, pugnacité, travail d'équipe

Quelles sont les difficultés que vous rencontrez plus précisément dans l'organisation méthodologique de vos projets ?

Évaluation qualitative.

Quels sont les besoins en matière d'accompagnement/soutien à vos projets ou à vos interventions identifiez-vous aujourd'hui ?

La question de l'hébergement (thérapeutique ou non), en amont et en aval, des incarcérations reste une problématique majeure.

Quels sont selon vous les principaux enseignements à tirer de vos interventions, et les facteurs clés de succès de ces dernières ?

Patience, constance dans l'effort, engagement, intransigeance sur les valeurs.



CARTES

189 ÉTABLISSEMENTS PÉNITENTIAIRES

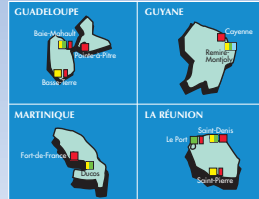


L'ADMINISTRATION PÉNITENTIAIRE

- Une administration centrale et des services déconcentrés (9 directions interrégionales et une mission outre-mer)
- 189 établissements pénitentiaires
- 103 services pénitentiaires d'insertion et de probation (SPIP)



- Limite de direction interrégionale des services pénitentiaires
- Limite départementale administrative
- Maison d'arrêt (MA)
- Centre de détention (CD)
- Maison centrale (MC)
- Centre de semi-liberté (CSL)
- Centre pour peines aménagées (CPA)
- Centre pénitentiaire (ici un quartier MA et un quartier SL)
- Établissement pénitentiaire pour mineurs (EPM)
- Établissement public de santé national (EPSN)
- Unité hospitalière sécurisée interrégionale (UHSI)
- Unité hospitalière spécialement aménagée (UHSA)
- Siège de service pénitentiaire d'insertion et de probation (SPIP)
- Antenne ou résidence administrative de SPIP
- École nationale d'administration pénitentiaire (ÉNAP)
- Service de l'emploi pénitentiaire (SEP)



- Nouvelle-Calédonie ■ CP de Nouméa et SPIP
- Polynésie française ■ SPIP
- MA de Uruao-Raiatea
- CP de Fao'a Nautania
- MA de Taiahao-Marquises
- Mayotte ■ MA de Majicavo et SPIP
- Saint-Pierre-et-Miquelon ■ CP de Saint-Pierre-et-Miquelon
- Wallis-et-Futuna ■ MA de Mata-Utu



© Administration pénitentiaire

PRINCIPAUX SIGLES

AAH : allocation pour adulte handicapé	GRETA : groupement d'établissements de l'éducation nationale pour la formation des adultes
ACTP : l'allocation compensatrice pour tierce personne	ITF : interdiction du territoire français
ALD : affection de longue durée	JAP : juge d'application des peines
APA : aide personnalisée à l'autonomie	JLD : juge des libertés et de la détention
ARS : agence régionale de santé	PASS : permanence d'accès aux soins de santé
ASE : aide sociale à l'enfance	PEP : projet d'exécution de peine
CAARUD : centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues	PRSP : programme régional de santé publique
CAP : commission de l'application des peines	PSE : placement sous surveillance électronique
CHRS : centre d'hébergement et réinsertion sociale	PSEM : placement sous surveillance électronique mobile
CIP : conseiller d'insertion et de probation	PSJ : placement sous surveillance judiciaire
COREVIH : coordination régionale de lutte contre l'infection à VIH	QSL : quartier de semi-liberté
CPA : centre pour peines aménagées	RIEP : régie industrielle des établissements pénitentiaires
CRA : commission de recours amiable	RPE : réduction de peine exceptionnelle
CRA : centre de rétention administratif	RPO : réduction de peine ordinaire
CRP : crédit de réduction des peines	RPS : réduction de peine supplémentaire
CSAPA : centres de soins d'accompagnement et de prévention en addictologie	SMPR : service médico-psychologique régional
CSL : centre de semi-liberté	SPIP : service pénitentiaire d'insertion et de probation
CSST : centre spécialisé de soins aux toxicomanes	SRAIOSP : service régional d'accueil, d'information et d'orientation des sortants de prison
CSSTH : centre spécialisé de soins aux toxicomanes avec hébergement collectif	SREPS : schéma régional d'éducation pour la santé
DAP : direction de l'administration pénitentiaire	SROS : schéma régional de l'organisation des soins
DDASS : direction départementale des affaires sanitaires et sociales	SSJ : suivi socio-judiciaire
DRASS : direction régionale des affaires sanitaires et sociales	STIC : système de traitement des infractions constatées
DRSP : direction régionale des services pénitentiaires	TAP : tribunal de l'application des peines
DSPIP : directeur du service pénitentiaire d'insertion et de probation	TASS : tribunal des affaires de la sécurité sociale
EI : entreprise d'insertion	TI : tribunal d'instance
ETTI : entreprise de travail temporaire d'insertion	TGI : tribunal de grande instance
FIJAIS : fichier judiciaire national automatisé des auteurs d'infractions sexuelles ou violentes	UCSA : unité de consultations et de soins ambulatoires
FNAEG : fichier national automatisé des empreintes génétiques	UHSA : unité hospitalière spécialement aménagée
	UHSII : unité hospitalière sécurisée interrégionale.

ÉLÉMENTS DE BIBLIOGRAPHIE

Bergeron H., *L'Etat et la toxicomanie, Histoire d'une singularité française*, Paris, PUF, 1999.

Bonnet N. et al., *L'injection à moindre risque*, Paris, édition CILDT / Apothicom, 2008

Disponible sur : http://www.apothicom.org/injection_moins_risque.php

Canarelli T., Coquellin A., *Données récentes relatives aux traitements de substitution aux opiacés Tendances*, n° 65, mai 2009, p. 4.

Comité consultatif national d'éthique pour les sciences de la vie et de la santé,

La santé et la médecine en prison, Avis n° 94, novembre 2006, p. 32

Document disponible sur : <http://www.ccne-ethique.fr/docs/fr/avis094.pdf>

Comité des ministres aux états membres, Recommandation N° R (93) 6 relative aux aspects pénitentiaires et criminologiques du contrôle des maladies transmissibles et notamment du sida, et les problèmes connexes de santé en prison (adopté le 18 octobre 1993) I-B (18).

Comité stratégique du plan national hépatites virales, *plan national de lutte contre les hépatites B et C, Ministère de la santé et des sports, Direction générale de la santé*, 2009-2012, janvier 2009, p. 17.

Document disponible sur : http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Plan_national_Hepatitis.pdf

Commission addiction, *prise en charge et de prévention des addictions plan : 2007-2011*, novembre 2006.

Document disponible sur :

http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/plan_addictions_2007_2011.pdf

Commission d'enquête de l'Assemblée nationale sur la situation dans les prisons françaises,

La France face à ses prisons. La situation dans les prisons françaises, n° 2521, Rapport fait au nom de la commission d'enquête de l'Assemblée nationale sur la situation dans les prisons françaises, op. cit. ; Pradier P, *La gestion de la santé dans les établissements du programme 13 000. Evaluation et perspectives*, 1999.

Conseil national du sida, *Avis et rapport sur les situations médicales sans absolue confidentialité dans l'univers carcéral*, CNS, 15 p., 12 janvier 1993

Disponible sur : http://www.cns.sante.fr/IMG/pdf/1993-01-12_avi_fr_politique_publique.pdf

Conseil national du sida, *Les risques liés aux usages de drogues comme enjeu de santé publique. Propositions pour une reformulation du cadre législatif*, 21 juin 2001, 105 p.

Disponible sur : http://www.cns.sante.fr/IMG/pdf/2001-06-21_rap_fr_politique_publique.pdf

Conseil National du sida, *Rapport sur la politique publique de prévention de l'infection à VIH en France Métropolitaine suivi de recommandations pour une meilleure application de la politique publique de prévention de l'infection VIH*, CNS,

Disponible sur : <http://www.cns.sante.fr/spip.php?article247&artpage=25-25>

Conseil national du sida, *Rapport sur la politique publique de prévention de l'infection à VIH en France métropolitaine suivi de Recommandations pour une meilleure application de la politique publique de prévention de l'infection à VIH*, Conseil national du sida, 17 novembre 2005, 55 p.

Disponible sur : http://www.cns.sante.fr/IMG/pdf/2005-11-17_rap_fr_prevention.pdf

Coppel A., *Peut-on civiliser les drogues ? De la guerre à la drogue à la réduction des risques*, Paris, La Découverte, 2002 ,

CRIPS, *Prévention du sida, des hépatites et des IST en prison : état des lieux et perspectives*, 46e rencontre du CRIPS, septembre 2002.

Document disponible sur : http://www.lecrips-idf.net/lettre-info/lettre62/L62_0.htm

Darke S., Kaye S., Finlay-Jones R., *Drug use and injection risk-taking among prison methadone maintenance patients*, *Addiction*, 93 (8), 1998, 1169 - 1175.

Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, Ministerio Del Interior, *Plan Nacional Sobre Drogas* : Memoria 2000, Madrid, Ministerio Del Interior, 2001, p.58

Document disponible sur :

<http://www.csi-csif.es/ense/modules/debatedigital/000305.pdf>

Direction générale de la santé, Circulaire interministérielle DHOS/DGS/DSS/DGAS/DAP n° 2005/27 du 10 janvier 2005 *relative à l'actualisation du guide méthodologique relatif à la prise en charge sanitaire des personnes détenues et à leur protection sociale.*

Document disponible sur : <http://www.sante-sports.gouv.fr/fichiers/bo/2005/05-02/a0020046.htm>

Direction générale de la santé, Sous direction santé et société, circulaire DGS/DHOS n° 2002/57 du 30 janvier 2002 relative à la prescription de la méthadone pour toxicomanes dépendants majeurs aux opiacés.

Document disponible sur : <http://www.prison.eu.org/spip.php?article6538>

Document disponible sur : <http://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/eftxtcp5.pdf>

Dolan K., Hall W., Wodak A., *Méthadone maintenance reduces injecting in prison*, *British Medical Journal*, 312 (7039), 1996, 1162

Dolan K., Shearer J., White B., et al., *Four-year follow-up of imprisoned male heroin users and methadone treatment : Mortality, re-incarceration and hepatitis C infection*, *Addiction*, 100 (6), juin 2005, 820–828.

Dolan K., Wodak A., Hall W., "Methadone maintenance treatment reduces heroin injection in NSW prisons" , *Drug & Alcohol Review*, 17, juin 1998, 153–158 ;

Dolan K., Rutter S., Wodak A., Heilpern H., *Prison-based syringe exchange programmes : A review of international research and development. National drug alcohol research centre university of new south wales*, *Addiction*. 2003, technical report n° 112

Document disponible sur : http://www.iprt.ie/files/dolan_pnep_article.pdf

Entretien personnel avec P. Fäh, directeur de la prison d'Oberschöngrün, le 1er mars 1996, cité dans R. Jürgens, "Échange de seringues en prison : un survol", *Bulletin canadien VIH/sida et droit*, 1996, 2(4) : 1, 38-40.

Escots S., Fahet G., *Usages non substitutifs de la buprénorphine haut dosage, Investigation menée en France en 2002-2003*, OFDT-Trend, juin 2004, 115 p., ISBN / 2-11-093494-8.

Document disponible sur : <http://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/epfxsek6.pdf>

Fatome T., Vernerey M., Lalaide F. et al., *Inspection générale des services judiciaires, Inspection générale des affaires sociales, L'organisation des soins aux détenus. Rapport d'évaluation*, juin 2001, p. 5.

Document disponible sur : <http://lesrapports.ladocumentationfrancaise.fr/BRP/024000176/0000.pdf>

Gentilini M, Tcheriatchoukine J. (vérifier nom) *Infection à VIH, hépatites, toxicomanies dans les établissements pénitentiaires et état d'avancement de l'application de la loi du 18 janvier 1994*, (Rapport au Garde des Sceaux), Secrétaire d'Etat à la Santé, Ministère de la justice, Secrétariat d'Etat à la santé, Tome 1, p. 79, mars 1996.

Document disponible sur : <http://lesrapports.ladocumentationfrancaise.fr/BRP/974008900/0000.pdf>

Halfen S., *Tendances récentes sur la toxicomanie et les usages de drogues à Paris : état des lieux en 2008*, TREND, OFDT, ORS IDF, juin 2009, 162 p.

Document disponible sur : http://www.ofdt.fr/ofdt/fr/trend/idf_08.pdf

Harding T., Nelles J., "Preventing HIV transmission in prison : a tale of medical disobedience and Swiss pragmatism", *Lancet*, 1995, 346:1507-08 ;

Haut Commissariat des Nations Unies aux droits de l'homme, ONUSIDA, *Le VIH/sida et les droits de l'homme : Directives internationales, version consolidée*, UN Doc. HR/PUB/06/9, 2006, Directive 4, par. 21(e).

Heimer R., Zambrano J., Brunet A., Marti Ortiz A., Catiana H., Newman R., *Methadone Maintenance in a Men's Prison in Puerto Rico : A Pilot Program*, Journal of Correctional Health Care, vol. 11, n° 3, avril 2005, 295-305.

Holtgrave D., Pinkerton S., Jones T., et al., *Cost and cost-effectiveness of increasing access to sterile syringes and needles as an HIV prevention intervention in the United States*, Journal of Acquired Immune Deficiency Syndrome and Human Retrovirology, 1998, 18(Suppl 1) : S133-138.

Ibradovic I., *Addictions en milieu carcéral. Enquête sur la prise en charge sanitaire et sociale des personnes détenues présentant une dépendance aux produits licites ou illicites ou ayant une consommation abusive*, OFDT, 2004.

Document disponible sur : <http://www.psy-desir.com/leg/IMG/pdf/drogue-prison.pdf>

Jauffret-Roustide M., Couturier E., Le Strat Y. et al., *Estimation de la prévalence du VIH et VHC et profils des usagers de drogues en France*, étude INVS-ANRS, Coquelicot, 2004 MBEH n° 33, 5 septembre 2006, P.244-247.

Document disponible sur : http://www.invs.sante.fr/beh/2006/33/beh_33_2006.pdf

Jürgens R., *"VIH/sida en prison : développements récents"*, Revue canadienne VIH/sida et droit, 2002, 7(2/3) :14-21.

Document disponible sur : <http://www.aidslaw.ca/publications/interfaces/downloadFile.php?ref=1181>

Le Vu S., Semaille C., *Dépistage anonyme et gratuit du sida en France, 2006. Institut de veille sanitaire, France, 2006.*

Levasseur L., Marzo J-N., Ross N., Blatier C., Lowenstein W., *Fréquence des réincarcérations dans une même maison d'arrêt : rôle des traitements de substitution*, Annales de Médecine Interne, 2002, 153(3), 14-19. Issn : 0003-410X

Lines R., Jürgens R., Betteridge G., Stöver et al., *L'échange de seringues en prison : leçons d'un examen complet des données et expériences internationales*, Réseau juridique canadien VIH/sida, deuxième édition 2006, p.54.

Ministère de la santé et de la protection sociale, Ministère de la justice, *Guide méthodologique relatif à la prise en charge sanitaire des personnes détenues*, septembre 2004.

Document disponible sur :

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

Ministère de la santé, de la jeunesse et des sports, Ministère du travail, des relations sociales et de la solidarité, *Circulaire DGS/R12/DHOS/DGT/DSS/2008/91 du 13 mars 2008 relative aux recommandations de prise en charge des personnes exposées à un risque de transmission du VIH.*

Document disponible sur :

http://www.sante.gouv.fr/fichiers/bo/2008/08-05/ste_20080005_0100_0079.pdf

Ministère des affaires sociales, de la santé et de la ville, *Circulaire DGS/DH n° 96-239 du 3 avril 1996 relative aux orientations dans le domaine de la prise en charge des toxicomanes en 1996*

Document disponible sur : <http://prison.eu.org/article6548.html>

Ministère des affaires sociales, de la santé et de la ville, *Circulaire n° 37 du 12 avril 1995 relative à la prévention des risques infectieux chez les usagers de drogue par voie intraveineuse et à l'accessibilité au matériel d'injection stérile.*

Document disponible sur : http://pmb.ofdt.fr/pmb_documents/LEGI/907.pdf

Ministère des affaires sociales, de la ville et de l'intégration, *Circulaire DGS/DH/DAP n° 739 du 5 décembre 1996 relative à la lutte contre l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) en milieu pénitentiaire : prévention, dépistage, prise en charge sanitaire, préparation à la sortie et formation des personnels.*

Ministère du travail et des affaires sociales, Ministère de la justice, *circulaire DGS/DH/DAP n° 96-739 du 5 décembre 1996 relative à la lutte contre l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) en milieu pénitentiaire : prévention, dépistage, prise en charge sanitaire, préparation à la sortie et formation des personnels.*

Ministerio Del Interior/Ministerio De Sanidad y Consumo, *Needle Exchange in Prison Framework Program*, Madrid, Ministerio Del Interior/Ministerio De Sanidad y Consumo, 2002.

Document disponible sur : http://www.ahrn.net/library_upload/uploadfile/file3315.pdf

Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie, Plan MILDT 2008-2011, Paris, La documentation Française, 2007

Document disponible sur : http://www.interieur.gouv.fr/sections/a_la_une/toute_l_actualite/securite-interieure/campagne-voyageurs-drogue/downloadFile/attachedFile_2/080709_PLAN_20082011.pdf?nocache=1249551137.99

Mouquet M.C., *La santé des personnes entrées en prison en 2003*, Etudes et résultats, Drees (Direction des études et de l'évaluation des statistiques) n° 386, mars 2005, 12 p.

Document disponible sur : <http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/er386.pdf>

Nelles J., Dobler-Mikola K., Kaufmann B., *Provision of syringes and prescription of heroin in prison : The Swiss experience in the prisons of Hindelbank and Oberschöngrün*, in Nelles J Fuhrer A (eds), *Harm Reduction in Prison*, Berne, Peter Lang, 1997, p. 239-262.

Nelles J., Fuhrer A., Hirsbrunner H.P., Harding T.W., *Provision of syringes : the cutting edge of harm reduction in prison ?*, *British Medical Journal*, juillet 1998, 317 : 270.

Nelles J., Fuhrer A., Vincenz L., *Prevention of drug use and infectious diseases in the Realta Cantonal Men's Prison : Summary of the evaluation*, Berne, University Psychiatric Services, 1999.

Note interministérielle du 9 août 2001, *Orientations relatives à l'amélioration de la prise en charge sanitaire et sociale des personnes détenues présentant une dépendance aux produits licites ou illicites ayant une consommation abusive.*

Obradovic I., Marzo J-N., Rotily M., et al., *Substitution et réincarcération. Eléments d'analyse d'une relation complexe*, groupe RECAMS Tendances, n°57, décembre 2007.

Document disponible sur : <http://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/efxionc.pdf>

Obradovic I., Canarelli T., *Analyse des pratiques médicales depuis la mise en place de la circulaire du 30 janvier 2002 relative à la primo-prescription de méthadone par les médecins exerçant en établissements de santé*, OFDT, février 2008.

Document disponible sur : <http://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/efxioo4.pdf>

Observatoire français des drogues et des toxicomanies, *Recueil commun sur les addictions et les prises en charge (RECAP)*, OFDT, 2007, 14 p.

Document disponible sur : <http://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/recap2007.pdf>

Observatoire International de Prisons (OIP), *le guide du prisonnier 2005*, Paris, La découverte, Juin 2004.

Observatoire International de Prisons (OIP), *le guide du sortant de prison*, Paris, La découverte, octobre 2006.

Office central pour la répression du trafic illicite de stupéfiants, *Les grandes tendances de l'usage et du trafic illicite de produits stupéfiants en France*, Nanterre, OCRTIS, 2009, 23 p.

OMS, ONUDC et ONUSIDA, *Interventions to Address HIV in Prisons : Needle and Syringe Programmes and Decontamination Strategies*, WHO, 2007

Document disponible sur : http://www.who.int/hiv/idu/oms_%20ea_nsp_df.pdf

OMS, ONUDC et ONUSIDA, *Interventions to Address HIV/AIDS in Prisons : Needle and Syringe Programmes and Decontamination Strategies*, op.cit., p. 12.

OMS, *Priority Interventions : HIV/AIDS prevention, treatment and care in the health sector*, août 2008, p. 25.

Document disponible sur : www.who.int/hiv/pub/priority_interventions_web.pdf

ONUSDC, OMS, ONUSIDA, HIV/AIDS, *Prevention, Care, Treatment and Support in Prison Settings : A Framework for an Effective National Response*, 2006.

Document disponible sur : http://www.unodc.org/pdf/HIV-AIDS_prisons_July06.pdf

Premier Ministre, Décret n°94-929 du 27 octobre 1994 *relatif aux soins dispensés aux détenus par les établissements de santé assurant le service public hospitalier, à la protection sociale des détenus et à la situation des personnels infirmiers des services déconcentrés de l'administration pénitentiaire* ; Circulaire n°45 DH/DGS/DSS/DAP du 8 décembre 1994 relative à l'organisation des soins somatiques et psychiatriques en milieu pénitentiaire et son guide méthodologique.

Document disponible sur : http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do;jsessionid=3CBD783B142C682B7B2F9B7AFF4C6385.tpdjo08v_3?cidTexte=JORFTEXT00000185453&dateTexte=20050725

Ramirez-Jonville A., *La politique de Réduction des risques en France et en Espagne*, Le Courrier des addictions (7), n° 2, avril-juin 2005.)

République Française, Loi n° 70-1320 du 31 décembre 1970 *relative aux mesures sanitaires de lutte contre la toxicomanie et à la répression du trafic et de l'usage illicite des substances vénéneuses*.

Document disponible sur : http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do;jsessionid=242369390873657A99FBBA7440928C66.tpdjo15v_1?cidTexte=JORFTEXT00000321402&categorieLien=id

Stallwitz A., Stöver H., The impact of substitution treatment in prisons - A literature review, *International Journal of Drug Policy*, 18, 2007, 464–474, p. 465.

Document disponible sur : <http://www.sante-prison.com/web/images/library/File/320209.pdf>

Stark K., Hermann U., Ehrhardt S., Bienzle U., *A syringe exchange programme in prison as prevention strategy against HIV infection and hepatitis B and C in Berlin, Germany*. *Epidemiologie and infection*, décembre 2006, vol 134, n°4, pp 814-819

Stöver H., *Evaluations positives de projets pilotes d'échange de seringues en prison*, *Revue canadienne VIH/sida et droit*, 2000 5(2/3) p.68

Stöver H., *Evaluations positives de projets pilotes d'échange de seringues en prison*, *Revue canadienne VIH/sida et droit*, 2000 5(2/3) : 65-69.

Stöver H., Nelles J., *Ten years of experience with needle and syringe exchange programmes in European prisons*, *International Journal of Drug Policy*, 2003, 14(5/6), p. 442.

Stöver H., Nelles J., *Ten years of experience with needle and syringe exchange programmes in European prisons*"

Yeni P., *Prise en charge médicale des personnes infectées par le VIH 2008*, Ministère de la santé, de la jeunesse, des sports et de la vie associative, Paris, Flammarion, 2008

Document disponible sur : <http://lesrapports.ladocumentationfrancaise.fr/BRP/084000593/0000.pdf>

Yeni P. (dir.), *Prise en charge médicale des personnes infectées par le VIH. Recommandations du groupe d'experts*, 2010 : http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_2010_sur_la_prise_en_charge_medicale_des_personnes_infectees_par_le_VIH_sous_la_direction_du_Pr_Patrick_Yeni.pdf

Guide de l'intervention en milieu pénitentiaire

www.sidaction.org

228 rue du Faubourg Saint Martin
75010 Paris
Tél. : 01 53 26 45 55
Fax : 01 53 26 45 75
sidaction@sidaction.org

Association reconnue d'utilité publique.

