



Programme expérimental milieu carcéral

Nantes

Focus sur les ateliers collectifs

Médecins du Monde (2015-2017)

RAPPORT FINAL

Avril 2018

Eric LE GRAND



Remerciements

Nous tenions à remercier toutes les personnes sans qui ce travail n'aurait jamais pu être réalisé

-  *Les personnes détenues que nous avons rencontrées,*
-  *L'ensemble des professionnels du centre pénitentiaire de Nantes,*
-  *L'équipe Nantaise de Médecins du Monde,*
-  *Mélodie pour son appui à la menée d'entretiens,*
-  *La Fondation des Amis de Médecins du Monde et à Médecins du Monde pour son investissement financier dans cette recherche.*

Résumé

De 2015 à 2017, Médecins du Monde a développé un programme expérimental au Centre Pénitentiaire de Nantes (Loire-Atlantique) sur deux sites : le Centre de Détention Hommes et à la Maison d'Arrêt des Femmes. Ce programme a pour objectif de promouvoir la santé et d'améliorer son accès pour les personnes détenues en se fondant sur l'approche et les principes de la démarche communautaire (participation, conscientisation, développement de compétences sociales, ...). Articulant plusieurs objectifs et activités en direction des personnes détenues (ateliers collectifs, entretiens individuels, actions de promotion de la santé, ...), des professionnels de santé et de surveillance, Médecins du Monde a souhaité associer un volet recherche à ce programme afin d'en mesurer les effets, freins et leviers pour transférer ce type de démarche dans d'autres établissements pénitentiaires. Cette recherche s'est inscrite sur la durée du programme en se focalisant plus particulièrement sur les ateliers collectifs hebdomadaire, support de la démarche communautaire. Afin de percevoir les effets de la démarche, des entretiens individuels et collectifs ont été réalisés auprès des personnes détenues et des professionnels engagés dans ce programme. Ainsi, la démarche permet pour les personnes détenues d'acquérir une reconnaissance sociale, des gains d'estime de soi et de confiance en soi, le développement de compétences psycho-sociales, l'acquisition de connaissance santé, ... et favorise la proposition d'actions permettant d'améliorer la santé sur l'établissement. Les différents professionnels engagés dans le programme montrent aussi tout leur intérêt quant à la démarche, notamment en soutenant et en valorisant l'expression et les propositions émises par les personnes détenues et en faisant évoluer leur pratique et organisation pour améliorer la santé des personnes détenues. Ces différents effets -tant du côté des personnes détenues que des professionnels – sont dus : à la présence d'un intervenant tiers (MdM) ; à la cohérence et convergence des objectifs et activités proposées touchant l'ensemble des acteurs de l'établissement (personnes détenues, professionnels de santé, surveillants...) ; ainsi qu'aux 2 logiques sous-jacentes au programme : l'aller-vers et la co-construction.

Pour citer ce rapport : LE GRAND E., *Programme expérimental milieu carcéral Nantes. Focus sur les ateliers collectifs. Médecins du Monde (2015-2017)*. Rapport final EHESP, Avril 2018.

ABREVIATION

AP	Administration Pénitentiaire
ARS	Agence Régionale de Santé
CD	Centre de Détention
CP	Centre Pénitentiaire
CSAPA	Centre de Soins d'Accompagnement de Prévention en Addictologie
EHESP	Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique
MAF	Maison d'Arrêt des Femmes
MdM	Médecins du Monde
OIP	Observatoire International des Prisons
QA	Quartier Arrivant
SMPR	Service Médico Psychologique Régional
SPIP	Service Pénitentiaire d'Insertion et de Probation
USMP	Unité de Soins en Milieu Pénitentiaire (ex-UCSA)

Table des matières

PREAMBULE	6
INTRODUCTION	7
I –PROMOTION DE LA SANTE EN MILIEU CARCERAL ET APPROCHE COMMUNAUTAIRE	2
Contexte promotion de la santé en France en milieu pénitentiaire.	2
Approche communautaire, un cadre théorique de réflexion	2
II- PRESENTATION GENERALE DE LA RECHERCHE ET METHODOLOGIE	4
Méthodologie : croiser de données pour renforcer la validité des résultats.....	4
Accessibilité aux terrains et posture du chercheur	6
Vers un essaimage du programme : enjeu autour de la transférabilité	9
III- CONTEXTE SPECIFIQUE DU PROGRAMME	10
Un cadre initial soutenant et perdurant sur la durée du programme	10
Présentation des deux sites.....	12
La Maison d’Arrêt des Femmes (MAF)	12
Le centre de détention des hommes (CD)	14
L’équipe du programme MdM	15
IV – PERCEPTION DE LA SANTE ET DE LA DEMARCHE PAR LES PERSONNES DETENUES	17
Perception de la santé.....	18
...et de la démarche de santé communautaire	21
V- L’ATELIER DE TRAVAIL COLLECTIF : UN ELEMENT ESSENTIEL ET COMPLEMENTAIRE AUX STRATEGIES D’INTERVENTION PROPOSEES	22
DES EFFETS INDIVIDUELS de la participation aux ateliers... ..	23
Estime de soi, confiance en soi et reconnaissance sociale.....	23
Une amélioration des connaissances sur la santé et sur le système de santé.....	24
Développement de compétences psycho-sociales et de...projet.....	27
...AUX EFFETS COLLECTIFS	30
Un sentiment d’appartenance et de soutien social.....	30
Des effets secondaires propres à la démarche : le réseau social	32
Conclusion : les ateliers, un espace collectif, valorisant, apprenant et socialisant	33
VI LES POINTS D’ATTENTION AUX ATELIERS COLLECTIFS	35
La mobilisation d’un groupe dans la durée : amener à et veiller à	35
Les personnes relais	38
Mémoire individuelle et collective, élément central de la démarche	39

VII - LES EFFETS DE LA DEMARCHE SUR L'ENVIRONNEMENT	41
Réorientation des services de santé	41
Elaboration de politiques pour la santé	42
Création d'un environnement favorable à la santé	44
Valorisation des professionnels dans leur fonction	45
Conclusion : la démarche communautaire comme levier de changement	47
VIII- PERSPECTIVES DE GENERALISATION : TRANSFERABILITE	49
Apport novateur de la démarche communautaire en milieu pénitentiaire	49
Dimension temporelle	51
TRANSFERABILITE	52
Sur le programme.....	53
Un critère indispensable : l'accord et le soutien de la direction	53
Etre porté par un « tiers » aux missions précises.	53
Implication des équipes médicales.....	53
Un programme aux angles d'approches différents	53
Des logiques transversales : aller-vers et co-construire.....	54
Sur les ateliers collectifs	54
Transférable vers d'autres sites pénitentiaires ?.....	56
Savoir partir et pérenniser le programme	56
IX- PERSPECTIVES POUR DES RECHERCHES FUTURES EN PROMOTION DE LA SANTE	59
CONCLUSION	63
BIBLIOGRAPHIE	65
ANNEXES	68
Annexe 1 : Synthèse des activités développés sur le programme expérimental en milieu carcéral – Janvier 2015-décembre 2017	68
Annexe 2 : Exemple de semaine type du programme. Rapport d'activités 2017	69
Annexe 3 : Exemples de productions des personnes détenues.....	70
Annexe 4 : Affiche réalisée par les personnes détenues sur la permission médicale.....	71
Annexe 5 : Typologie du non-recours	72

PREAMBULE

Nous laissons ici la parole aux différents auteurs et acteurs du programme. Ces extraits d'entretien sont aussi présentés en remerciements pour les 3 années passées sur une recherche qui a permis des rencontres riches de sens et d'intérêt tant sur le plan humain, que pour l'appréhension de la santé en milieu carcéral et à la démarche communautaire.

« Pour toutes, le but ... est d'oublier les barrières de la prison, qu'on puisse être traité comme des êtres humains et soigné comme à l'extérieur. Notre but est que la prise en charge à l'intérieur, soit égale à celle de l'extérieur...Même s'il y aura des inconvénients, extractions...mais qu'ils restent minimes, et que la santé passe au-dessus de tout cela ». Une personne détenue à la MAF

« Moi, c'est le temps qui passe, je vais sortir en 2029, ce sera ma première permission après 10 ans d'incarcération. Que dire ? En fait, je n'ai plus envie de voir mes parents, ma famille, qu'est-ce que je peux leur raconter ? Ma vie en prison, ce qui s'y passe, cela les inquiéterait, bref c'est la routine aussi, pas comme à l'extérieur bien sûr ! Je n'ai plus envie de les voir, je n'ai plus l'énergie nécessaire, et pourtant ils viennent de loin, j'ai presque envie de leur dire, ne venez plus, cela ne sert à rien. Bref, je me coupe de tout, je me renferme » Une personne détenue, Centre de Détenion.

« La démarche communautaire en prison, qu'est-ce que c'est ? C'est créer des espaces d'échange pour que les personnes détenues puissent s'impliquer en termes de santé, en partageant leurs réflexions et compétences, en valorisant leur expertise... » Coordinatrice générale Médecins du Monde, Nantes.

Ces quelques phrases illustrent tant les questionnements de santé des personnes détenues, notamment les liens entre l'extérieur et l'intérieur de la prison ; la difficulté de maintenir des liens sociaux, ici familiaux lorsque les personnes sont soumises à des longues peines ; et la place que peut occuper une démarche communautaire en prison, par la valorisation des savoirs de chacun.

INTRODUCTION

En 2013, Médecins du Monde¹ a souhaité étudier la pertinence d'intervenir en milieu carcéral. L'équipe de Nantes (salariés et bénévoles) a proposé d'explorer le contexte local pour étudier la faisabilité de réaliser un programme afin de promouvoir la santé et d'améliorer son accès, sur la base d'une démarche communautaire. Le choix de cette stratégie d'intervention est motivé par une volonté de réfléchir et d'agir **à partir de l'expertise et expérience** quotidienne des personnes détenues pour élaborer des propositions d'actions visant notamment les déterminants de la santé. Ainsi, l'enjeu n'est pas de « faire pour » les personnes détenues des programmes de santé, mais bien de « faire avec » et de les rendre actrices et auteures de cette démarche s'inscrivant ainsi dans le renforcement de leur pouvoir d'agir (autre terme utilisé pour situer l'empowerment). De même, il s'agissait aussi de renforcer les liens intersectoriels entre différents groupes de professionnels (administration, professionnel de santé, surveillants, Service Pénitentiaire d'Insertion et de Probation)

A la suite de plusieurs rencontres entre l'administration pénitentiaire, et un groupe de professionnels de la santé et du social, en 2014, il a été décidé de lancer un programme **expérimental** sur une **durée de 3 ans** (2015-2017) au **centre pénitentiaire de Nantes**, et ce sur **deux sites** : le Centre de Détention Homme (CD) et la Maison d'Arrêt des Femmes (MAF), tous deux éloignés géographiquement l'un de l'autre².

- Le Quartier Centre de Détention Homme (QCD) compte 510 places (*taux d'occupation moyen 2015 : 82 % ; 2016 : 94.39 % ; 2017 : 92.7 %*) et se situe Boulevard Einstein à Nantes.
- Le Quartier Maison d'Arrêt situé Rue de la Mainguais a une capacité totale de 570 places se répartissant de la façon suivante : 20 places au Service Médico-Psychologique Régional (SMPR) ; 30 places au Quartier Arrivants ; 60 au Quartier Courte Peines (QCP) ; 420 places à la Maison d'Arrêt Homme (*taux d'occupation moyen en 2015 de 151 % et en 2016 de 166 %*) et de **40 places** à la **Maison d'Arrêt Femme (MAF)** (*taux d'occupation moyen en 2015 : 99 % ; 2016 : 107.5 %*).

Si l'objectif **principal** est de promouvoir la santé et d'améliorer son accès sur ces deux sites par le levier d'une démarche communautaire, **3 objectifs/axes intermédiaires** ont ainsi été fixés :

- 1- *Renforcer les capacités des personnes* détenues en matière de santé (au travers d'ateliers collectifs, entretiens individuels, action de promotion de la santé).
- 2- *Sensibiliser les acteurs intervenants auprès des personnes détenues*, hors personnels médicaux, aux enjeux de santé (création de groupe de travail avec les surveillants aux questions de santé des personnes détenues, actions de promotion de la santé auprès des surveillants).
- 3- *Promouvoir les enjeux de santé et lutter contre le renoncement aux soins* (Accompagnements physiques lors d'exams médicaux externes ; visites de personnes détenues en chambre sécurisée ; sensibilisation des équipes médicales au CHU de Nantes ; sensibilisation de l'équipe dédiée aux escortes -extraction médicale).

Nous donnons ici le schéma récapitulatif du programme 2015-2017 (rapport d'activités MdM- 2016)

¹ Pour la suite du rapport, Médecins du Monde sera noté MdM.

² Il faut ajouter le Quartier de Semi-Liberté (QSL), qui compte 40 places Hommes dont 2 places réservées aux femmes.

Promouvoir la santé et améliorer l'accès à la sante des femmes incarcérées en maison d'arrêt et des hommes en centre de détention à Nantes

Axe 1 : Renforcer les capacités des détenu(e)s en matière de santé

- Atelier de travail collectif
- Entretiens individuels
- Action de promotion de la santé

Axe 2 : Sensibiliser les acteurs intervenant auprès des détenus, hors personnel médical, aux enjeux de santé

- Groupes de travail avec les surveillants
- Action de promotion de la santé auprès des surveillants

Axe 3 : Promouvoir les enjeux de santé et lutter contre les renoncements aux soins

- Accompagnements physiques lors d'examens de santé dispensés en externe / médiation
- Visites de personnes détenues en chambre sécurisée
- Sensibilisation des équipes médicales au CHU de Nantes
- Sensibilisation de l'équipe dédiée aux escortes

DEMARCHE COMMUNAUTAIRE

OBJECTIFS GÉNÉRAUX

OBJECTIFS SPÉCIFIQUES

OBJECTIFS OPÉRATIONNELS/ACTIONS/ACTIVITÉS

Si la mise en œuvre de ce programme intègre de manière transversale le principe de la démarche communautaire, il se base sur **4 principes d'intervention** :

- L'empowerment et le pouvoir d'agir
- Une conception dynamique de la santé faisant référence à définition de la Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé de 1986, ainsi qu'à ses 5 axes d'intervention (élaboration de politiques de santé ; acquisition des aptitudes individuelles ; renforcement de l'action communautaire ; création d'environnements favorables à la santé ; réorientation des services de santé)
- L'aller-vers
- La Réduction des risques

Au terme de cette expérimentation, l'objectif pour MdM est de promouvoir sur d'autres établissements carcéraux en France ce type de démarche, si des effets positifs sur la santé et l'amélioration de l'accès à la santé sont observés à Nantes. Pour accompagner cette réflexion, **un volet recherche** a été associé sur **la durée du programme** afin notamment de garantir sa scientificité.

La recherche ne concerne cependant pas l'analyse de l'état de santé des personnes détenues (femme et homme), elle vise plus particulièrement à identifier le ou les effets de la démarche communautaire auprès des personnes détenues, des professionnels et de l'administration et d'observer les freins, leviers à utiliser pour transférer ce type de démarche dans d'autres établissements. Fondée sur une approche qualitative (voir chapitre II) et ce dans une perspective de transférabilité, l'attention a été plus particulièrement portée sur les processus de la démarche et sur les effets³ de celle-ci sur les personnes **détenues**, sur **l'environnement social**, sur **l'environnement politique**. Pour illustrer notre propos, **un focus** a été plus particulièrement effectué sur la participation des personnes détenues **aux ateliers de travail collectifs** (objectif 1),

« véritables piliers du programme, ces groupes de travail hebdomadaire sont les espaces de travail mis en place avec les personnes détenues où peuvent émerger les sujets de santé et où sont travaillés collectivement des solutions adaptées.... Ces groupes de travail sont la mise en œuvre concrète de la démarche communautaire : *« démarche dans laquelle des personnes réunies en groupe, à un moment donné et dans un contexte donné, identifient qu'elles partagent une même problématique et décident de former ou de rejoindre un groupe pour agir collectivement afin de surmonter les obstacles générés par cette problématique »* ». Rapport d'activités MdM 2017, p 25

Cet angle d'analyse nous permet aussi de mieux spécifier les effets d'une démarche « bottom up » qui s'ancre et se crée dans le cas présent, à partir des attentes et intérêts des personnes détenues. Si cette analyse de la participation des personnes détenues aux ateliers de travail collectif constitue le cœur de ce rapport, il est nécessaire de préciser que ces ateliers s'articulent aussi avec les autres axes/objectifs et activités qui ont été réalisés (groupe de travail avec les personnels de surveillance ; formation de l'équipe dédiée aux escortes médicales, ...)⁴. De même, la recherche a aussi pris en compte le contexte dans lequel s'implante ce programme. En effet, bien que la pertinence des démarches communautaire en santé soit bien documentée et étayée (Walleinstein : 2006) tant sur les effets bénéfiques sur la santé, sur l'acquisition de compétences sociales que sur des changements dans les pratiques professionnelles et/ou institutionnelles dans l'environnement des populations, leur mise en œuvre peut s'avérer plus complexe (par exemple : temps long de mobilisation des populations, ...) et peut revêtir un caractère « aléatoire » dans son développement (car partant des attentes et besoins des populations et/ou rencontrant des résistances soient d'ordre politique et/ou

³ Dans ce principe de transférabilité, la question centrale est d'expliquer comment et pourquoi une intervention fonctionne (ou non) dans quelles circonstances et auprès de qui ?

⁴ Pour une présentation complète des activités réalisées, voir annexe 1

professionnelle,...). Ainsi, la recherche doit – au-delà d'un cadre logique et théorique lié aux démarches communautaires – s'adapter aux évolutions du programme et au contexte dans lequel il se situe. Cette analyse doit être vue principalement au travers d'un milieu de vie spécifique, celui de de l'univers carcéral. Si celui-ci concentre plusieurs dynamiques (sécuritaire, sanitaire, justice, social), il doit aussi être caractérisé comme le soulignent D. Fassin (2015), C. Rostaing (1997 ; 2008) comme un « *espace-temps* » singulier dans lequel chaque personne détenue va vivre et développer sa propre « *expérience carcérale* ».

« *Espace* », qui par son organisation sécuritaire sépare le « monde du dedans » et le « monde du dehors »⁵ mais qui doit aussi prendre en charge les besoins principaux des personnes incarcérées. Espace aussi du détenu dans lequel peut être classifié : la cellule, la promenade, les activités proposées, le travail, les parloirs, l'accès à la santé, ... L'expérience carcérale implique aussi un *rapport au temps spécifique* pour les personnes détenues. Ce temps renvoie à la durée de la peine, à sa nature, à l'attente de son jugement, à sa gestion au quotidien, aux offres proposées pour occuper ce temps (sport, bibliothèque, travail, formations proposées, ...) et à la possibilité du détenu d'y accéder.

Ces deux éléments – - espace et temps - - constituent aussi un « cadre de réflexion et de contexte » à prendre en compte dans **l'implantation de la démarche**. Si ce rapport précise les effets de celle-ci sur la période 2015-2017, et ce d'une manière en apparence statique, il est nécessaire de l'appréhender comme un processus dynamique. Au terme de celui-ci, seront proposées des recommandations issues de ce programme pour favoriser son implantation dans d'autres établissements.

⁵ Nous n'entrons pas ici dans les débats théoriques portant sur la nature de l'institution carcérale : institution totale (voir totalitaire dans le sens d'E. Goffman) ou contraignante. Voir sur cet aspect : G. Chantraine : La sociologie carcérale : approches et débats théoriques en France. In : Déviance et société. 2000-Vo. 24-N° 3. pp 297-318

I – PROMOTION DE LA SANTE EN MILIEU CARCERAL ET APPROCHE COMMUNAUTAIRE

Il convient de préciser dans quel(s) contexte(s) s'inscrit ce programme tant en termes d'enjeux de promotion de la santé que dans le cadre théorique de l'approche communautaire.

Contexte promotion de la santé en France en milieu pénitentiaire.

Si de nombreuses recommandations (INPES, 2014 ; CFES 1997) plaident pour le renforcement et la nécessité d'asseoir une politique de promotion de la santé au sein des établissements pénitentiaires en France, en vue notamment de rejoindre un courant européen (Who Health in prison programmes – 2007 ; Health Promoting prisons : A Shared Approach. Londres, 2002), force est de constater que cette dynamique d'implantation en France reste à ce jour peu développée. En effet, les différentes analyses (INPES 2014) montrent encore une très forte prédominance des actions d'éducation pour la santé, visant au renforcement des compétences psychosociales des personnes détenues, sans toutefois agir et interagir sur des modifications de l'environnement et/ou agissant sur les déterminants de la santé (Chemlal, 2017).

De même, **la participation** des personnes détenues à l'élaboration de programme et actions les concernant reste encore très minoritaire. Bien que ce constat soit encore – très et trop souvent - observé sur différents publics (jeunes, publics précarisés) il prend une toute autre dimension appliquée au milieu carcéral. En effet, l'expression des personnes détenues reste d'une façon générale très limitée, et la santé n'y fait pas exception, entraînant de fait - comme le souligne un rapport de l'assemblée nationale (2000) - une déresponsabilisation et une infantilisation des personnes détenues. Dans le même ordre d'esprit, l'application de l'article 29 de la loi n° 2009-1436 du 24/11/2009 en faveur de la consultation des personnes détenues est restreinte à certaines activités dans laquelle n'apparaît pas la santé. Il existe dès lors – en dehors de toute contrainte liée au moyens humains et temps nécessaire à consacrer au développement de processus de participation – un cadre institutionnel peu enclin au renforcement de cet axe. Le dernier point peu favorable au développement de programmes de promotion de la santé au sein du milieu carcéral, est la difficulté de dépasser une approche en silo pour penser, agir en intersectorialité (santé, justice, éducatif, social) et favoriser ainsi une approche en écosystème. Ainsi, si la loi de 1994 a permis une séparation entre la santé et la justice au point de vue de l'organisation des soins notamment, elle n'a pas permis de dépasser le clivage entre enjeux de sécurité et enjeux de santé qui impactent cependant la vie quotidienne des personnes détenues (tant en termes d'accessibilité aux soins, à la prévention que sur des questions de confidentialité notamment). Du fait de sa préoccupation sécuritaire, par son organisation et son environnement, la prison apparaît comme un facteur pathogène pour la santé des personnes détenues. Agir en promotion de la santé implique donc d'intégrer dans une même dynamique ces différents enjeux et acteurs. Le programme expérimental de MDM s'inscrit donc dans un contexte spécifique jusqu'alors peu exploré.

Approche communautaire, un cadre théorique de réflexion

Nous ne reviendrons pas ici sur les développements historiques et conceptuels de l'approche communautaire qui suscitent de nombreuses interrogations tant sur la définition de son contour, que sur sa finalité. Dans le cas présent, nous inclurons cette approche comme une stratégie clef de la Charte d'Ottawa (1986) de promotion de la santé.

« La promotion de la santé passe par la participation effective et concrète de la communauté à la fixation des priorités, à la prise des décisions et à l'élaboration et à la mise en œuvre des stratégies de planification en vue d'atteindre une meilleure santé. Au cœur même de ce processus, il y a la dévolution de pouvoir aux communautés considérées comme capables de prendre en main leurs destinées et d'assumer la responsabilité de leurs actions. Le développement communautaire puise dans les ressources humaines et matérielles de la communauté pour stimuler l'auto-assistance et le soutien social et pour instaurer des systèmes souples susceptibles de renforcer la participation et le contrôle du public en matière de santé. Cela exige un accès total et permanent à l'information et aux possibilités d'acquisition de connaissances concernant la santé, ainsi qu'une aide financière. »

La mise en œuvre de cet axe au sein du milieu carcéral implique donc de nombreux défis. Le premier concerne la mobilisation des personnes détenues. En effet, le terme de « communauté » peut être considéré dans le cas présent comme un « faux-ami ». Il n'existe pas à proprement parler de « communauté de détenus », il est plus question ici de pouvoir fédérer autour de projets et/ou de problématiques communes. Le second défi concerne la prise en compte et l'acceptation d'une parole collective sur des questions de santé. Le dernier défi concerne si nous nous référons à la Charte d'Ottawa, à l'octroi de « pouvoir » aux personnes détenues.

En effet, la participation des publics, ici en l'occurrence des personnes détenues, doit permettre le développement de l'empowerment des personnes (ou pouvoir d'agir). Sur le plan scientifique, comme le souligne Wallenstein (2006), ce renforcement a des effets bénéfiques pour la santé des populations, et plus particulièrement pour celles qui sont les plus exclues (les jeunes, les femmes, les populations les plus précarisées). Dans cette optique, nous **analyserons plus particulièrement**, *les effets de cette participation des personnes détenues aux ateliers collectifs autour des questions de : renforcement de l'estime de soi, d'acquisitions de compétences sociales, de développement de réseaux et de support social, mais bien aussi en termes de sentiment d'appartenance*. Cependant, ce développement doit s'inscrire avant tout **dans une visée de transformation sociale**, et ne doit pas se focaliser uniquement sur le développement de capacités individuelles. Ainsi, comme le souligne Nimacs (2008), l'empowerment peut être situé à **3 niveaux** :

- ✚ L'empowerment individuel correspond au processus d'appropriation du pouvoir par une personne ou par un groupe d'individus ;
- ✚ L'empowerment organisationnel représente le processus d'appropriation du pouvoir par une organisation ;
- ✚ L'empowerment communautaire est la prise en charge du milieu par et pour l'ensemble du milieu de façon à favoriser le développement du pouvoir d'agir des individus, des groupes et des organisations.

Ces 3 niveaux impliquent néanmoins plusieurs phénomènes concomitants : un processus de conscientisation s'inscrivant sur du temps long, une acceptabilité tant pour les personnes impliquées et les professionnels accompagnant la démarche de partage de « pouvoir » et de cerner les effets de cette démarche sur d'éventuels changements dans l'environnement tant organisationnelle que sur les pratiques professionnelles.

Ainsi, ce cadre « promotion de la santé et approche communautaire » constitue la trame d'analyse de la participation des personnes détenues au programme de MdM, notamment au sein des ateliers collectifs.

II- PRESENTATION GENERALE DE LA RECHERCHE ET METHODOLOGIE

Si des recherches en sciences humaines sur le **milieu carcéral** existent et ce sur de nombreux objets⁶, celles en promotion de la santé –en France – restent rares et/ou se concentrent sur certaines thématiques⁷, entraînant une faiblesse de cadre de référence sur lequel s'appuyer dans le cas présent⁸. De même, la démarche communautaire ne se laisse pas appréhender aisément tant sur le plan conceptuel que sur l'analyse de ces effets entraînant de facto de nombreuses difficultés méthodologiques (Draper : 2010). Cette spécificité de la démarche communautaire -appliquée dans le cas présent au milieu carcéral – s'inscrit cependant dans le cadre de référence théorique que nous avons évoqué dans le chapitre précédent et qui a guidé l'ensemble de la réflexion tout au long du programme. Elle doit cependant mobiliser d'autres critères spécifiques à la nature du programme porté par MdM. En effet, ce programme s'inscrit sur deux sites de natures différentes : Maison d'Arrêt et Centre de Détention. Ainsi, si la nature des activités développées reste identique (support de la démarche : ateliers collectifs, entretiens individuels, ...) les contextes d'intervention ont aussi été questionnés. De même sur un temps long 2015-2017⁹, la recherche s'est construite sous une forme itérative et cumulative au regard du développement du programme.

Méthodologie : croiser de données pour renforcer la validité des résultats.

L'objet de la recherche est de percevoir les effets de la démarche communautaire tant du côté des personnes détenues que du côté des professionnels et de l'administration. La modalité méthodologique retenue a été d'ordre **qualitatif**¹⁰. Si celle-ci s'inscrit avant tout dans le champ des représentations, elle laisse aussi une plus grande place à l'expérience vécue, et aux logiques d'interaction pouvant exister entre les personnes et le développement du programme.

S'inscrivant dans la dynamique du déroulé du programme, **des entretiens collectifs** (focus-group) ont été menés à différents moments auprès des personnes détenues participant à la démarche et ce sur les deux sites considérés (Centre de Détention, Maison d'Arrêt Femmes). Sur la période 2015-2017, **9 entretiens collectifs** (6 à la Maison d'Arrêt des Femmes, 3 au Centre de Détention hommes) ont été réalisés mobilisant **70 personnes détenues**. Ces entretiens collectifs avaient pour objet de questionner leur (s) intérêt(s) pour la démarche, les effets perçus sur la santé, la perception de modifications dans l'environnement, et se déroulaient dans les

⁶ Citons ici Siganos Florine, 2008, L'action culturelle en prison : pour une redéfinition du sens de la peine, Paris, L'Harmattan. ; Ricordeau Gwénola, 2008, Les détenus et leurs familles : solidarités et sentiments à l'ombre des murs, Paris, Autrement ; Chauvenet Antoinette, Rostaing Corinne, Orlic Françoise, (éds.), 2008, La violence carcérale en question, Paris, Presses Universitaires de France. Rachel Sarg et Anne-Sophie Lamine, « La religion en prison », Archives de sciences sociales des religions [En ligne], 153 | janvier-mars 2011, mis en ligne le 15 juin 2011, consulté le 30 septembre 2016. URL :<http://assr.revues.org/22761> ; DOI : 10.4000/assr.22761

⁷ Citons ici la recherche-action ANRS AERLI (Accompagnement et Education aux Risques Liés à l'Injection), Aides, 2014

⁸ Cet élément est aussi soulevé sur les questions évaluatives par M. Baybutt et K. Chemlal (2016) « *Evaluating complex whole system settings programmes is challenging, and conducting evaluations of programmes that bridge health and justice sectors is particularly difficult* ».

⁹ Notre présence sur le terrain pour recueillir des données s'est déroulée entre Avril 2015 et novembre 2017.

¹⁰ Ce choix du qualitatif a été maintenu tout au long de la démarche. Cependant, une réflexion sur l'utilité et la pertinence de l'utilisation du quantitatif a été menée en juin et juillet 2016 entre Eric Le Grand, des chercheurs de l'EHESP et des professionnels de l'Ireps Bretagne. Au regard de la nature de la configuration des groupes de personnes détenues, de leur nombre variable, les « outils » quantitatifs n'auraient pas permis une meilleure appréhension des effets.

salles des ateliers collectifs (salle de réunion ou de formation), sur une durée d'une heure et demie maximum, et ce sans la présence de membres de l'équipe de MDM.

Cependant, les dynamiques du groupe -propres aux entretiens collectifs - peuvent aussi occulter l'expression de ressentis plus individuels. Afin d'éviter un « discours trop consensuel » et pour approfondir les différentes perceptions de la démarche et de ses effets, **des entretiens individuels** ont été réalisés auprès des personnes détenues tant chez les femmes que chez les hommes. Ainsi, **16 personnes ont été interviewées**. (10 femmes dont deux rencontrées à deux reprises et 6 hommes dont 2 rencontrés à deux reprises)¹¹. Ces entretiens dont la durée variait entre 1 heure et 1H15 permettaient en outre aussi de revenir sur le parcours de la personne, notamment antérieur à son incarcération (profession, niveau d'étude, rapport à la santé, participation à d'autres activités bénévoles ou non...), et de déceler aussi des logiques sous-jacentes à l'adhésion au programme lui-même.

Afin de compléter ce dispositif, **16 observations** ont été menées sur des temps spécifiques (temps d'atelier collectif, temps de rencontre entre personnes détenues et professionnels de santé et/ou de l'administration, des « pauses santé »¹²), participation à une promenade à la Maison d'Arrêt des Femmes, et une rencontre au quartier des arrivants au centre de détention. Ces observations avaient **un double objectif**. Le premier était de voir les processus d'appropriation de la démarche, de percevoir les interactions entre les personnes détenues (dans le cadre des ateliers collectifs) et avec les professionnels, lorsque cette situation se produisait¹³. Le second était de devenir un « **personnage familier** » pour ces personnes, dans un environnement où les questions de « confiance » restent principalement posées.

Si ce premier corpus¹⁴ concernait plus particulièrement l'analyse de la démarche à partir du point de vue des personnes détenues, principaux acteurs sur lesquels reposent le développement de la démarche, il a été complété par le recueil **du point de vue des professionnels** participants à ce programme.

18 professionnels ont été interviewés et ce à différents moments du déroulement du programme, nous distinguerons cependant **différentes catégories** :

- ✚ Les personnes ayant été impliquées dès le départ dans la démarche. Ce point concerne plus particulièrement : 1 psychiatre SMPR, 1 Assistante sociale SMPR/CSAPA, 1 médecin responsable UCSA, 1 psychologue SMPR ainsi que l'administration pénitentiaire¹⁵ : Directeur Centre Pénitentiaire, Directrice-adjointe Centre de détention puis son successeur.

¹¹ L'équipe de MDM précisait aux personnes détenues, la date, et l'objet de ma venue.

¹² Les « pauses santé » ont été des temps proposés par les femmes et MDM pour aborder une thématique de santé et ce en lien avec l'équipe UCSA.

¹³ Ces observations permettaient aussi d'inclure dans les entretiens collectifs et/ou individuels, des « points clefs » qui avaient été soulevés à certains moments, permettant d'ancrer la démarche de recherche dans des événements et expériences vécues.

¹⁴ Il faudrait ajouter aussi les temps « informels » qui se situent en dehors de ces moments : échange avec les personnes détenues, surveillant.e.s, professionnels et qui constituent aussi des instants précieux de recueil de données. Par exemple : lors du début de la démarche – en 2015- à la Maison d'arrêt des femmes, l'accueil réservé par l'équipe de surveillantes tant au chercheur qu'à l'équipe MDM était relativement froid (« *une fois de plus, y en a que pour elles ; on va encore dire que nous sommes les grandes méchantes* »), peu à peu au fur et à mesure que la démarche se pérennisait, et que celle-ci était mieux appréhendée dans ses fondements et effets, l'accueil fut plus chaleureux et le personnel de surveillance a accepté les différentes contraintes liées à la recherche (mise à disposition de salles, de temps,...) et ce sans aucun souci.

¹⁵ Certains professionnels ont été rencontrés à plusieurs reprises : l'administration pénitentiaire (directeur et directeur-adjoint du centre de détention) ; médecin responsable de l'UCSA, Professionnels du SMPR

- ✚ Les professionnels de première ligne : 2 surveillantes Maison d'Arrêt Femmes, 1ère surveillante-chef (MAF) et son successeur, 1 surveillante responsable zone de Formation et bâtiment (CD), 3 infirmières (1 Centre de Détention, 2 Maison d'Arrêt), 1 responsable et un agent de l'équipe d'extraction, 1 officier « santé » pénitentiaire (Santé).

Les membres de l'équipe de Médecins du Monde ont été aussi interviewés à plusieurs reprises et nous avons aussi complété ces entretiens par la mise en œuvre d'outils de suivi (compte-rendu de la perception des différents ateliers,¹⁶ etc...). Il faut aussi ajouter la participation au **Comité de suivi** du programme expérimental. Celui-ci s'est déroulé à **5 reprises** entre 2015 et 2017. Composé de représentants divers¹⁷, il était à la fois ressource d'informations et lieu d'observation sur les interactions existantes.

La totalité des entretiens a été retranscrite et analysée en identifiant notamment les occurrences et en travaillant plus particulièrement la question de la saturation de l'information, donnant ainsi une robustesse aux éléments recueillis.

Accessibilité aux terrains et posture du chercheur

L'accessibilité aux personnes détenues a été très largement soutenue tant par l'équipe de MdM, que par l'administration pénitentiaire. Pour la réalisation des entretiens, l'autorisation de « faire entrer » un dictaphone par l'administration a été immédiate et ce sans restriction¹⁸, tout comme celle de pouvoir observer, déambuler et questionner qui nous souhaitions, dès lors que les règles de sécurité étaient suivies¹⁹. Cependant, le **rapport de genre** a pu être questionné dans les relations entre personnes détenues de sexe féminin et l'enquêteur. En effet, il n'était pas possible pour l'enquêteur de rencontrer seul des femmes soit de manière individuelle ou en groupe. De fait, la réalisation des entretiens auprès d'elles a nécessité la cooptation d'une tierce-personne, Mlle Mélodie Renvoise, bénévole à Médecins du Monde et étudiante en master 2 de sociologie à l'Université de Nantes, qui réalisait elle-aussi une enquête en milieu carcéral²⁰.

Ce cadre étant posé, les sollicitations pour rencontrer des personnes détenues en entretien individuel se sont faites sur la base du volontariat. La personne étant libre d'accepter ou non cette sollicitation. Seule une personne a refusé -après y avoir réfléchi – notre demande de rencontre car « *elle estimait que ce qu'elle pourrait dire n'avait pas grande importance* ». Le choix des personnes à solliciter s'effectuait selon plusieurs critères : son degré de participation aux ateliers, le degré de confiance et de proximité avec le chercheur, l'intégration récente ou durable dans la démarche et en mixant les profils notamment pour les femmes, entre personnes prévenues et/ou condamnées. Ainsi, les 16 entretiens se sont répartis de la façon suivante :

¹⁶ Un compte-rendu bimensuel était effectué par l'équipe. Ce dernier comportait les items : ambiance des ateliers, positionnement des « relais », rencontre avec des professionnels et/ou l'administration. De même, les comptes-rendus des réunions mensuelles d'équipe de MdM (bénévole et salariée) étaient aussi transmis.

¹⁷ Ce comité de suivi était composé de : Equipe MdM, directeur du Centre Pénitentiaire, Directrice du Centre de détention, directrice Maison d'arrêt, OIP, SPIP, SMPR (3 personnes), Médecin responsable UCSA, 1 député.

¹⁸ La seule restriction consistait à effacer les enregistrements après leur écoute, pour préserver les propos des personnes.

¹⁹ Les règles de sécurité étaient les suivantes : avertir du lieu de l'entretien auprès des surveillants, se doter – comme toute personne entrant en prison – d'une API (Alarme Portative Individuelle).

²⁰ Son implication a été importante, qu'elle en soit ici encore remerciée. En 2017, elle a engagé un travail de thèse à l'université de Nantes, sur la question des activités mixtes en milieu carcéral.

Tableau 1 : Statut et Age des personnes détenues rencontrées (entretiens individuels)

	Condamnée	Age	Prévenue	Age
Femme	5	3 moins de 25 ans 1 de 33 1 de 40	5	1 de 32 3 entre 40 et 49 ans 1 de 50
Homme	6	3 entre 35 et 50 ans 1 entre 50 et 60 2 de plus de 60 ans		

De la même façon, le choix du lieu de l'entretien était laissé au libre-arbitre de la personne. Celui-ci pouvait s'effectuer dans sa cellule, dans une salle de réunion ou bien en salle commune pour les hommes. Sur l'ensemble des entretiens individuels : 1 a été réalisé dans la bibliothèque des femmes, 7 en cellules, et 8 dans des salles de réunion. Il est important de soulever l'importance des lieux sur le déroulement de l'entretien. Ainsi, en cellule, il n'était pas rare que la personne détenue nous fasse découvrir « *sa chambre, son environnement* »

« Tu vois, ben c'est là que je vis, j'ai mon lit, un bureau, une TV, ma douche, c'est pas Byzance ! Tu veux un café, attend je bouge la table, et voilà, c'est comme si on est à l'extérieur, on peut causer maintenant ». « Bon, y a aussi des inconvénients, tu vois le signal d'appel de nuit, il est mal placé... Y a aussi des barreaux, mais je suis du bon côté, je vois des arbres ! » Homme

« Ben oui, là j'ai ma guitare, c'est un peu mon cocon, enfin je le préserve ». Homme

Note de terrain, à la Maison d'Arrêt des Femmes. *Dans la cellule : un coin douche et wc, séparé du reste de la cellule. Les murs sont jaunes et gris. Peinture propre. Le mobilier est composé d'un lit, d'un bureau avec une chaise et d'un meuble de rangement. Sur le lit de ..., le Ouest-France et des courriers. Pas de frigo, pas de plaque de cuisson. Beaucoup de paquets de cigarettes, gros pot de tabac, feuille. Le cendrier est un pot de yaourt vide. Quatre photos aux murs : une de sa fille, une de son fils, une d'un ami incarcéré à la MA et une de son copain.*

Dans certaines cellules, nous nous sommes assis par terre pour mener l'entretien, mais toujours avec un café ! Cet accueil chaleureux ne se retrouvait pas forcément dans les autres situations d'entretien comme par exemple dans les salles de réunion où la configuration de la pièce rendait l'entretien plus formel. Dans une salle commune, l'intrusion de tierce-personne, rare cependant, pouvait aussi perturber la personne interviewée, qui se taisait, parlait plus bas ou détournait son regard pour savoir où se situait la personne ou si elle avait bien quitté la pièce.

Si l'objet de la recherche était précisé à chaque entretien (apport de la démarche, etc...) et que les différents propos tenus seraient anonymisés, il n'était cependant pas rare que les personnes détenues demandent conseils ou questionnent sur tel ou tel point de santé. Selon la nature de la demande, le chercheur renvoyait systématiquement vers les services de santé et/ou vers Médecins du Monde afin d'éviter toute ambiguïté dans son rôle. De même, certaines personnes détenues ont pu évoquer le motif de leur incarcération, sans que cela ne soit une demande de notre part. En effet, ce motif ne constituait pas d'une part l'objet de la recherche et d'autre part, cette posture de « non demande » s'articulait ainsi à la même philosophie de MdM de « *prendre les personnes dans leur situation actuelle sans les interpeller sur leur acte* ».

Si ces principes (anonymat, objet de la recherche) étaient aussi évoqués dans le cadre des entretiens collectifs, leur réalisation est aussi dépendante des réalités vécues par les personnes détenues et ce dans leur quotidien. Ainsi, certains événements s'étant déroulés dans la journée ou dans la semaine, pouvaient donner lieu à l'expression de lassitude, d'exaspération, de sentiment d'injustice²¹. De fait, tout en laissant libre cours à cette expression, il convenait aussi de (re) trouver l'équilibre pour amener au bon déroulement de l'entretien.

Nous concluons sur **la posture du chercheur** tout au long du programme. En effet, la démarche communautaire n'est pas un programme de santé clef en main. Son déroulement peut connaître des aléas et aussi être « soumis » à des enjeux apparaissant au fur et à mesure de celui-ci : pression de certains bailleurs sur la pertinence de la démarche ; questionnement sur l'efficacité d'un dispositif qui se base sur la parole des personnes détenues, ... Tout en gardant un « fil rouge » celui de la démarche communautaire, et du temps financé pour la recherche (une trentaine de jours par an environ), une certaine adaptabilité a donc été nécessaire. Elle a aussi nécessité en 2016, la création **d'un comité de suivi**²² composé de chercheurs et acteurs de la promotion de la santé qui a pu apporter certains éléments de clarification sur certains enjeux qui étaient apparus. D'une certaine façon, nous pourrions dire que ce fut « une recherche embarquée », notion que nous empruntons de « *l'embedded reporter* ».

Tableau 2 : Résumé de la démarche d'enquête sur la période 2015-2017

Démarche qualitative mêlant entretien individuel et collectif et observation

- 9 entretiens collectifs (6 Maison d'Arrêt Femme, 3 Centre de Détention homme),
- 16 entretiens individuels, (10 femmes, 6 hommes)
- 16 observations
- 1 Quartier des arrivants
- 1 Promenade Maison d'arrêt Femme
- 2 participations à une « Pause-Santé », Maison d'Arrêt des Femmes
- 5 participations aux rencontres Professionnels/Personnes détenues
- 7 observations d'ateliers collectifs
- 18 entretiens individuels auprès des professionnels (personnel de l'administration, personnel pénitentiaire, professionnel de santé)
- 4 entretiens individuels auprès de l'équipe MdM : coordinatrice générale, coordinatrice technique, le responsable bénévole et une bénévole

²¹ Les échanges réguliers entre MdM et les chercheurs permettaient bien souvent d'apprécier le contexte dans lequel se déroulerait l'entretien.

²² Ce comité de suivi était composé de Mme Guével, Enseignant-chercheur en promotion de la santé (EHESP), de Mme Loncle, politiste et sociologue, EHESP, et de Mme Ferron, déléguée Générale de la Fédération Nationale des IREPS. Ce comité s'est réuni en novembre 2016 avec l'équipe MdM. Par la suite, de nombreux échanges entre le chercheur et ce groupe se sont poursuivis tant sur les aspects conceptuels que méthodologiques, sans que d'autre réunion commune en raison de différentes contraintes n'ait pu se réaliser.

Vers un essaimage du programme : enjeu autour de la transférabilité

La question de la transférabilité vers d'autres établissements pénitentiaires, du programme de Médecins du Monde a été posée comme un enjeu essentiel de la recherche. De fait, les entretiens réalisés auprès des différents acteurs et auteurs du programme, ont introduits cette dimension en questionnant plus particulièrement : Ce qui pouvait être transférable ? A quelle(s) condition(s) ? Auprès de qui (nature de l'établissement et population) ? Par quel(s) moyen(s) ? Et quel(s) sont les freins et les leviers observés ? Cet ensemble de questions, pouvant prendre des formes diverses selon les interlocuteurs, est cependant à mettre en parallèle avec **les effets observés** au travers du programme, et ce dans toutes ses dimensions.

Cette préoccupation – bien que centrale – tant du côté de la recherche que des porteurs du programme a pu se concrétiser plus particulièrement en termes de réflexions approfondies à partir de novembre 2016 et tout au long de l'année 2017. Le décalage observé entre le début du programme (2015) et cette réflexion plus aboutie provient avant tout, de l'installation pérenne de la démarche au sein des deux sites permettant ainsi un socle solide d'informations. Ainsi, le 15 février 2017, une première journée de travail a été réalisée auprès des membres de l'équipe MdM (salariés et bénévoles) à partir de 2 questions :

- ✚ Qu'est-ce qui peut et doit-être transféré ?
- ✚ Si on s'arrêtait aujourd'hui le 15 février 2017, quelles recommandations pourrions-nous faire ?

Celle-ci s'est poursuivie par 3 réunions, permettant d'approfondir certains points, mêlant ainsi expertise pratique et théorique. De même, les entretiens auprès des personnes détenues, les professionnels, l'administration effectués en 2016 et 2017 ont intégré cette dimension de transférabilité. Les réponses ont montré une certaine homogénéité, leur donnant une plus forte cohérence interne. Celles-ci ont donné lieu à une communication orale au Congrès de la SFSP à Amiens, sur le thème « *Allier chercheur et acteur : un enjeu pour la transférabilité ?* »²³

Cependant, il est important ici d'éclaircir le terme de transférabilité. Comme le souligne de nombreux auteurs²⁴ les interventions en promotion de la santé intègrent de nombreuses composantes (populationnelles, environnementales, interventionnelles) pouvant interagir de façon interdépendantes et/ou dépendantes. De fait, une attention particulière doit être accordée aux logiques d'intervention (liée au contexte, à la population, au mode d'intervention, ...) et au processus qui amènent à produire ces effets.

Dans le cas présent, cet aspect sera plus particulièrement observé à **partir des ateliers collectifs** (sur une approche micro) et mis **en perspective avec des éléments structurants** le programme (approche macro) dans lequel s'insère ces ateliers.

²³ I. Aboudaram, P. Bolo, M. Hornsperger (MdM), E. Le Grand (EHESP) <http://www.adelf-sfsp.fr/wp-content/uploads/2017/11/SC8-LEGRAND.pdf>

²⁴ Wang S; Moss J.R., Hiller J.E., Aplicability and transférability of interventions in evidence-based public health. Health promo in 2006; Cambon L., Minary L., Alla F, Ridde V. Transferability of interventions in health education: a review, BMC Public Health2012, 12:497

III- CONTEXTE SPECIFIQUE DU PROGRAMME

Le cadre général - tant sur le plan théorique que méthodologique - étant posé, nous abordons ici plus spécifiquement les contextes d'implantation du programme intégrant les représentations initiales de l'administration et des professionnels ainsi que la présentation des deux sites sur lesquels l'intervention communautaire s'est développée.

Un cadre initial soutenant et perdurant sur la durée du programme

Comme nous l'avons indiqué, dès 2013, diverses réunions tout d'abord avec les professionnels de santé puis avec la direction se sont déroulées avant l'implantation du programme. **Cette étape préalable** a constitué un atout à l'adhésion et à la volonté de déployer une démarche communautaire sur l'établissement pénitentiaire. Ces rencontres ont été qualifiées de « participatives » ...

« Il n'y avait pas de démarche de terrain conquis de la part de MdM, c'était une démarche très participative, construite ensemble » Directrice du centre de détention.

... et ont permis ainsi une co-construction entre les différentes parties prenantes du projet, notamment autour des problématiques d'accès aux soins et à la santé. De même, elles ont aussi permis de clarifier le rôle de Médecins du Monde qui dans le cadre du programme, ne se substituerait pas aux professionnels de santé²⁵.

Si cette étape – pré-implantation – a été primordiale, l'intérêt perçu par l'administration et les professionnels investis initialement s'inscrivent **dans plusieurs dimensions** :

- ✚ L'expérimentation d'une démarche communautaire : celle-ci « tranche » avec des programmes préétablis portant sur une ou plusieurs thématiques de santé.

« On n'est pas dans une démarche classique, ni sur une thématique, ni sur des résultats chiffrés, comme le demande tout bailleur. L'idée est bien de favoriser l'adhésion des personnes. » Directeur du centre pénitentiaire.

« Dans la forme c'est assez novateur, parce que l'on est plus habitué d'une part à être sur des logiques de solliciter le partenariat plutôt que le partenariat nous sollicite, c'est un premier point, le second on est loin d'un projet clef en main, qui avance au rythme des rencontres, des réunions exprimées par le public. En ce sens-là, c'est assez novateur parce qu'objectivement on ne sait pas forcément ce que l'on va y trouver ». Directeur du centre pénitentiaire.

« C'est une très bonne idée, car du coup contrairement aux différents plans santé, qui viennent de manière verticale, de venir effectivement sans idées et volontés

²⁵ Cet aspect est indiqué dans le rapport d'activité de l'UCSA 2014, p 24. « L'objectif général de l'ONG est d'améliorer la santé et les droits des personnes incarcérées. Prévu sur 3 ans, conçu par les équipes médicales et pénitentiaires, le programme MdM ne se substitue pas aux missions de l'UCSA, mais s'inscrit dans une démarche communautaire, impliquant les détenus pour travailler sur les questions de santé ».

préconçues, cela laisse une liberté aux personnes détenues, qu'ils peuvent saisir ».
Psychologue SMPR

- ✚ Le fait de « partir de l'individu, de son expérience vécue pour construire » entre aussi en résonnance avec la redynamisation du détenu en vue de sa « sortie » et de sa réinsertion, la santé en constituant un des socles. Elle permet en outre, de mieux percevoir les freins à l'accès à la santé.

« Partir des personnes détenues est essentiel...Là, on travaille à partir de leurs préoccupations, souhaits et inquiétudes aussi, des personnes détenues. C'est enrichissant et nécessaire pour tous ». Directrice Centre de Détention.

« L'intérêt est la perméabilité entre le dedans et le dehors, c'est un vrai bénéfice, permettre à des gens de s'interroger sur la prise en charge de leur corps, de leur santé. On est privé de sa liberté, comme toutes elles sont de passage, ce sont des personnes, cela participe aussi à leur réinsertion ». Directrice centre de détention

« Effectivement, de mieux pointer, de prendre du recul sur notre organisation, de travailler avec MdM et des personnes détenues, cela nous permet de prendre du recul, en équipe ou sur l'organisation. MdM nous permet cela, et sa neutralité nous aide ».
Médecin responsable UCSA.

- ✚ L'incursion d'un nouveau partenaire extérieur au sein d'un milieu clos « la prison » comme levier de changement et qui n'est ni de l'administration pénitentiaire, ni des services de santé.

« La particularité de la démarche, c'est une action qui a l'idée d'agir en direct entre les détenus, les soignants et la pénitentiaire. Les autres (associations intervenantes en prison) ne sont pas là pour soutenir des actions de changements à l'interne. Et c'est pour cela que cela vient bousculer les acteurs du dedans. Repérer aussi nos manques, et de mettre en place un changement ». Psychiatre SMPR

« ...avoir une personne- tiers qui joue un rôle de médiation, pas en termes de conflits, mais médiation en terme parfois de logique différente ou opposée peut permettre de faire gagner du temps sur des choses qui ne sont pas suffisamment travaillées. » Directeur du centre pénitentiaire.

Ces différents éléments amènent à un cadre soutenant la démarche. L'aval et l'appui de la direction constitue un point fort du déroulement du programme. En effet, les changements dans l'équipe de direction (départ en juillet 2016 de la directrice du Centre de Détention ainsi que celle de la Maison d'Arrêt des femmes) n'ont pas altéré l'ancrage et la pérennisation du programme. Les nouveaux interlocuteurs se sont inscrits dans les mêmes dynamiques. Ainsi, comme le soulève le nouveau directeur du Centre de Détention :

« L'intérêt de la démarche, c'est bien de partir des attentes des personnes détenues, et de leur donner plus d'autonomie, c'est vraiment très important...Les rendre acteurs, leur donner la parole, c'est bien dans l'ère du temps...L'intérêt aussi, est qu'ils (MdM) sont extérieurs à l'établissement, et qu'ils nous permettent de faire bouger les lignes entre l'AP s'il le faut et/ou les professionnels de santé, si cela est nécessaire aussi ».

De même, la réalisation **des comités de suivis** sur la période 2015-2017 a permis de montrer tout l'intérêt de cette démarche, de favoriser aussi les discussions de manière intersectorielle, d'exposer aussi des points de vue éventuellement divergents. De fait, cet espace créé tout au long de la démarche a permis – par la présence d'un tiers, en l'occurrence MDM- de favoriser les alliances entre l'Administration Pénitentiaire et différents professionnels.

Ce cadre soutenant s'inscrit dans deux dynamiques complémentaires pour les différents acteurs concernés par le programme. La première est de **soutenir des démarches d'empowerment** (en partant des personnes détenues et de leur savoir) et ce dans un principe de confiance réciproque, la seconde est d'accepter un **principe d'incertitude** quant aux sujets de santé pouvant émerger. Ce socle initial a permis d'accompagner et d'aider à l'implantation de la démarche et ce plus particulièrement sur deux sites.

Présentation des deux sites

La Maison d'Arrêt des Femmes (MAF)

La maison d'arrêt est un lieu de détention qui reçoit les personnes prévenues (en attente d'un jugement), les personnes condamnées dont la durée de peine restant à purger est inférieure à deux ans et les personnes en attente d'une affectation dans un établissement. Cette diversité de statut entraîne de facto, plusieurs phénomènes : un turn-over des personnes détenues (entrant/sortant), mais aussi une surpopulation et saturation des capacités d'accueil créant des problématiques relationnelles entre personnes et surveillants ainsi qu'une instabilité des relations entre les personnes détenues.

La maison d'arrêt de Nantes est un nouvel établissement créé en 2012²⁶ avec 2 entités (hommes et femmes), il faut plus particulièrement situer la Maison d'Arrêt des Femmes, comme isolée dans la topographie du site. Comme le souligne la 1^{re} surveillante-chef de la MAF, en 2015 :

« C'est un quartier autonome, avec des cellules pour les arrivantes, d'isolement, disciplinaire, des salles pour la scolarité et les activités, une bibliothèque, c'est un micro-quartier ! »

Cette caractéristique « d'isolement » se trouve aussi renforcée par la qualification des surveillantes. « *Ce sont des surveillantes qui sont choisies, après candidature. Ce sont des postes à profil* ». Ainsi, 15 surveillantes²⁷ sont présentes sur le site de la maison d'arrêt des femmes. Au regard des caractéristiques de la détention, elles doivent accompagner les femmes détenues sur l'ensemble de leur déplacement, y compris ceux relevant de l'accès à l'unité sanitaire. Pour rejoindre cette unité, les femmes ont un accès spécifique, évitant les contacts dans les déplacements avec les hommes.

²⁶ Antérieurement, la Maison d'Arrêt se situait en centre-ville. Comme le soulignent plusieurs professionnels, si ce changement a permis une amélioration des conditions de vie des hommes, il a contribué à renforcer l'isolement des femmes.

²⁷ Ce chiffre a varié au cours des 3 années d'expérimentation.

Les personnes détenues sont soumises à un régime de détention « fermé ». La porte de leur cellule est constamment close et l'accès aux activités est soumis à l'accompagnement d'une surveillante. De fait, le temps passé en cellule dépend de l'offre d'activités (travail, formation, activités socio-culturelles et sportives). Dans le cas présent, il peut y avoir des distinctions entre les travailleuses (ici boulangères) et les non-travailleuses.

« Quand on travaille, on n'a pas beaucoup d'activités, à part MdM et la bibliothèque, pour le gymnase, c'est le lundi rien d'autres, les spectacles c'est à 14 heures, en fait tout est fait pour ceux qui n'ont rien. Le travail c'est de 7H30-11H30 et de 13H30-16H30. On a une heure de promenade de 12 à 13 heure par jour, y a qu'une heure pour téléphoner, il faut chronométrer le temps. On regarde l'heure pour aller téléphoner. Et après, on a à peine 10 minutes pour téléphoner à nos familles. C'est compliqué. Les garçons, après ils peuvent aller en promenade jusqu'à 17H30. C'est une heure obligatoire. C'est court, après on arrive, on se dépêche tout le temps. Après la bibliothèque on dort. Je suis en cellule double, avec une fille de 26 ans, elle parle gitan, pas français. Elle parle avec moi, pour parler aux surveillantes. Je fais tout pour pas la déranger le matin. Elle est plus sensible que moi pour le sommeil. »

« Ce qui est le plus dur, c'est qu'il y a beaucoup d'enfermement »

« Y a le créneau des innocupées, ce sont celles qui font rien, sans formation, sans travail, donc elles ont pas d'occupation spécifiques. Elles peuvent aller à la bibliothèque, elles ont un créneau. Y a le planning familial qui vient. Tous les premiers lundis du mois, y a un atelier de citoyenneté. Y a aussi l'atelier du chien ».

C'est dans ce contexte qu'intervient MdM. L'atelier collectif se déroule au premier étage de la maison d'arrêt, dans une salle d'activités (où peuvent se dérouler notamment des activités de coutures), en face d'une salle équipée de matériel de sports. Le rez-de chaussée est composé des cellules, réparties sur deux ailes du bâtiment. Il convient aussi d'ajouter que quelques mois après le début du programme, les femmes ont accepté que l'ONG puisse venir à leur rencontre pendant **la promenade**²⁸.

Note de terrain : La promenade : 28 août 2015

Floqué d'un dossard MdM, je rentre avec Irène de MdM dans la cour de promenade. Grillage haut, une cabine téléphonique, un terrain multisport ; une vingtaine de femmes se met à déambuler dans la cour, moi aussi. Irène discute tout en marchant avec une détenue, ... certaines femmes vont vers les fenêtres, discuter avec les « nouvelles arrivantes », échange de cigarettes, de mots... Pendant ce temps, des groupes se forment, par affinités, on rigole, on papouille, on discute mec, enfant. Une femme s'approche de moi, une quarantaine d'années, teint blafard, blonde aux cheveux longs « *Vous allez bien* », me demande-t-elle, avec un maigre sourire, « *oui, ça va, et toi* », « *non, pas du tout, je vais très mal ici depuis que je suis arrivée, je souffre vous savez, et vous voyez je ne peux même pas utiliser la cabine téléphonique, y en a qui sont avant moi, là je pense que ça va finir mal pour moi* ». Je me retourne et transfère l'information à MdM. La femme discutant avec Irène s'approche de moi, « *tu sais Éric, y a pleins de choses qui vont pas ici, on a de l'espoir qu'avec MDM cela va bouger* ». Je m'approche d'un autre groupe devant un parterre de fleurs ; « *ben tu vois, c'est notre boulot, on y a pris plaisir, bon faut l'entretenir maintenant, mais en tout cas, cela nous a détendu, ça nous change de notre train-train* ». Autre rencontre « *..., pour nous c'est ça aussi la santé, nous retrouver sous le soleil, discuter ensemble, échanger, on ne peut jamais, c'est trop rare, et puis on n'a pas les surveillantes sur le dos, enfin on les voit pas* ».

²⁸ La promenade est devenue une activité du programme chez les femmes. Elle permet de tisser des liens, d'échanger sur la vie en détention, et de favoriser une démarche d'aller-vers. L'administration a autorisé cette action sur ces principes notamment.

Moi, ce qui m'intéresse dans la santé, c'est surtout être bien, ne pas avoir de stress, parce que là, on ne sait pas tout, on nous dit pas tout, et ça c'est dur », faut toujours aller voir quelqu'un, sûr que l'on a fait des conneries, mais bon, on paie, mais faut que l'on nous respecte ». Aux côtés de ces groupes, d'autres femmes marchent, parfois en duo, d'autres déambulent dans l'autre sens, seules. Au bout d'une heure, tout le monde rentre, on passe sous un portique. Aujourd'hui, il a fait beau, ce qui ne sera pas toujours le cas.

Nous qualifierons le site d'implantation de la démarche, comme un « **système fermé** » en référence au régime de détention, mais bien aussi par l'autonomie de la Maison d'Arrêt des Femmes. C'est dans ce cadre que l'atelier collectif de MdM s'est implanté. Dès le début du programme en 2015, la mobilisation des femmes a été effective et immédiate (20 personnes en moyenne²⁹). Cette rapidité d'implantation et d'adhésion provient de différents facteurs : une personne détenue charismatique favorisant cette implantation mais aussi l'absence de lieux collectifs d'échanges au sein de la Maison d'arrêt : « *C'est une porte qu'a ouverte MdM, cette mobilisation rapide, c'est aussi parce qu'il manquait un lieu de parole, et leur démarche l'a permis au sein de la Maison d'arrêt* ». Un professionnel.

Le centre de détention des hommes (CD)

Le centre de détention accueille des personnes majeures condamnées présentant les meilleures perspectives de réinsertion. Leur régime de détention est orienté principalement vers la resocialisation des personnes détenues. A Nantes, l'ouverture du C.D. a été effectuée en 1981. De fait, ce bâtiment, par son ancienneté tranche de la Maison d'Arrêt par son caractère austère et par une certaine tristesse, dès que les portes principales ont été franchies. Les caractéristiques du lieu ne sont pas sans incidence sur le rapport aux personnes détenues.

« Le centre de détention, là on est sur des longues peines, c'est un vaste établissement, y a moins de mouvement, donc toute nouveauté est plus compliquée...Se projeter sur 10 ans (quand on a été condamné) c'est plus difficile, cela ronronne...Et tout d'un coup, quelqu'un (MdM) vient réveiller et c'est presque à contre-courant ». Professionnel SMPR

« Au CD, on a des gens sur du long cours, il leur faut du temps, une méfiance plus importante, la temporalité est plus longue, il faut apprivoiser -sans mauvais jeux de mots- , les détenus, les personnels aussi » Directrice-Adjointe CD

Ce contexte impacte aussi sur les conditions de travail des professionnels de surveillance et de l'unité sanitaire.

« Oui, le CD, c'est moins dynamique d'une façon générale, c'est chronique, le temps est figé, comme les locaux, et puis les patients c'est toujours les mêmes plaintes ». Médecin

Si MdM intervient au sein du CD, l'implantation des ateliers collectifs s'est ancrée dès 2015 au sein du Bâtiment H., bâtiment dit de « confiance ». Ce choix a été proposé par l'équipe de direction, afin que MdM se familiarise avec le milieu carcéral :

²⁹ Sur la durée du programme, une moyenne de 15 à 20 femmes a pu être constatée (le chiffre variant aussi avec les arrivées et les départs des personnes détenues).

« ...le bâtiment H., bâtiment d'autonomie, de confiance, on y oriente plutôt des personnes sur des logiques de projet, de sortie. Et ce contexte d'autonomie facilitait la rencontre entre les personnes détenues et MdM. ...C'est suffisamment complexe une intervention en milieu carcéral, on n'était pas obligé, au regard du caractère expérimental d'en faire une course d'obstacle et un parcours du combattant sur une démarche dont le but est de faire évoluer les choses ». Directeur Centre Pénitentiaire.

L'accessibilité à ce bâtiment est fondée sur « la confiance » comme son nom l'indique, mais soumis à des règles de sécurité plus souples, et un confort -toute chose égale par ailleurs – individuel plus important. Comme le soulevait un détenu en entretien individuel :

« Avant j'étais dans le Bâtiment A. Là au H. y a la douche en cellule, qu'il y a pas au A. Le mobilier est tout neuf, c'est isolé les fenêtres, plus grand, c'est plus sain...C'est propre, les gens se respectent, tu vois dans d'autres bâtiments, ce serait impossible qu'on se cause comme cela, y aurait du bruit, ça gueulerait, le contact avec les surveillants est différent, bon on accède à plus de choses, c'est pourquoi les places sont chères...De toute façon, si on rompt le contrat, c'est l'exclusion du bâtiment, et on n'est pas prêt d'y revenir...Retour à la case départ ! »

C'est dans cet autre contexte, que nous qualifierons de « **système ouvert** » (en référence au régime de détention -porte ouvertes, circulation des personnes détenues sans accompagnement de surveillants, ...) que s'inscrit la démarche. Cependant, celle-ci -en raison de ce contexte général – a eu notamment en 2015, plus de difficultés à s'intégrer dans le paysage des personnes détenues. Si de nombreux ateliers se déroulaient au sein du bâtiment H, le groupe de personnes avait plus de mal à se pérenniser et à appréhender le sens de l'action. Ainsi, comme le soulève un détenu participant au début de la démarche :

« Au début, y avait du monde...En prison, le problème, c'est que faut que ça bouge, les gars ils ont pas de patience, au bout de deux fois, la même chose, ça les emmerde...³⁰ »

A partir de 2016, sous l'impulsion de plusieurs autres détenues et d'une nouvelle coordinatrice, la démarche a pu se développer. Sur la période expérimentale du programme, la participation aux ateliers a varié entre 5 et 10 personnes.

L'équipe du programme MdM

La singularité de l'équipe est sa mixité entre professionnels et bénévoles, toute intervention auprès des personnes détenues se fait sous la forme de binôme salarié/bénévole. Le responsable bénévole du programme est médecin et travaille avec 2 salariées ³¹ (1,5 ETP : une coordinatrice technique à 100% chargée de l'implantation de la démarche tant auprès des personnes détenues, qu'auprès des différents professionnels et une coordinatrice générale à 50%). Les membres de l'équipe bénévole –

³⁰ Ce détenu par la suite a été transféré dans une autre prison pour se rapprocher de ses parents.

³¹ Cette structure « salariée » a été l'ossature du programme. En juillet 2015, le premier coordinateur technique a quitté sa mission puis a été remplacé en novembre 2015. En juillet 2017, une autre personne salariée a rejoint le programme afin de renforcer le développement des actions, notamment auprès des professionnels.

16 personnes en 2016 - ont des profils variés : médecins, infirmière.s, éducatrice spécialisée et non médicaux³².

Si l'ensemble des bénévoles reçoit une formation portant sur la démarche communautaire, les caractéristiques de la prison, les modalités d'intervention, des réunions mensuelles sont organisées auxquelles peuvent être adjoints des temps d'analyse de pratiques supervisés par un psychologue. Ainsi, comme le souligne le responsable bénévole, le déroulement du programme s'inscrit :

« Dans une démarche réflexive, permanente, questionnant, et s'interrogeant sur nos pratiques, nos orientations, et si nous sommes toujours dans le cadre d'une démarche communautaire. C'est ce qui fait aussi la grande richesse de ce programme ».

Dans ce principe de mixité d'équipe et de démarche communautaire, l'enjeu était aussi d'adjoindre à l'équipe, « les anciennes personnes détenues » qui le souhaitent, pour compléter les compétences acquises par l'expérience vécue. Six personnes ont rejoint l'équipe au cours de l'expérimentation (3 en 2016, et 3 autres en 2017), toutefois, la réalisation de leur projet personnel n'a pu permettre une implication durable dans l'équipe³³. Comme le soulève le responsable des bénévoles

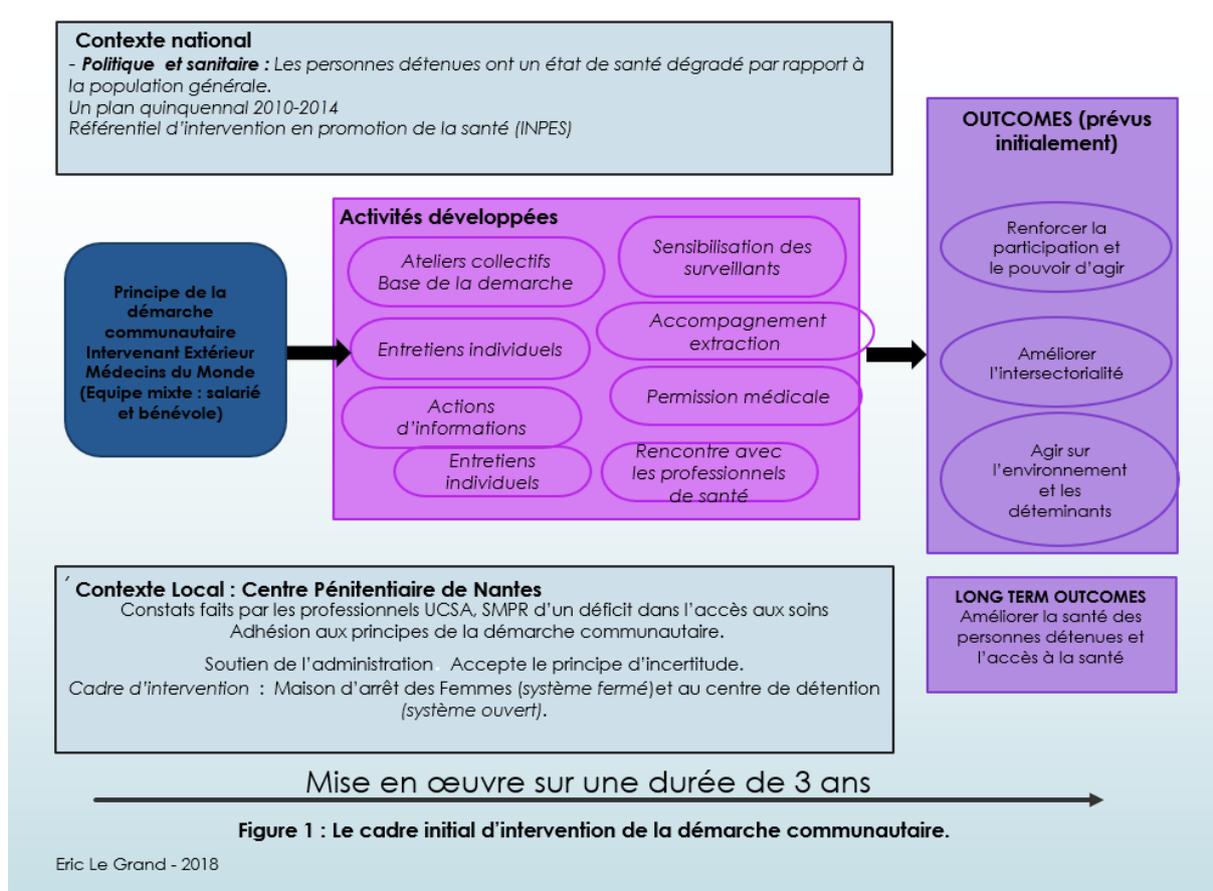
« Oui, c'est très difficile après l'incarcération, revenir sur son passé, voire sur les lieux de détention, cela illustre bien aussi les questions de stigmatisation qui pèsent sur ces personnes ».

C'est donc l'ensemble de ces éléments qu'il convient d'appréhender : les sites et leurs caractéristiques, l'équipe chargée de la mise en œuvre du programme, ainsi que les modalités d'interventions basées sur la démarche communautaire. Nous allons maintenant aborder plus particulièrement, les questions **des problématiques de santé perçue** par les personnes détenues et par la suite, nous mettrons en évidence les différents effets quant à leur participation à ces ateliers collectifs.

Nous illustrons ici la démarche générale, en isolant les questions de contexte et d'activités.

³² Certains bénévoles ont quitté le programme en raison de changements professionnels et/ou par manque de disponibilité.

³³ Cependant, leur présence au sein de l'équipe Mdm a permis de réaliser un livret « Prendre soin de ma santé à la sortie ». Ce livret a été proposé aux différents partenaires du programme et sera disponible en 2018.



IV – PERCEPTION DE LA SANTE ET DE LA DEMARCHE PAR LES PERSONNES DETENUES

Si l'amélioration des connaissances sur l'état de santé des personnes détenues reste à ce jour un enjeu (Godin-Blandeau, Verdout C, Develay :2014 ;2015) pour aider à une meilleure définition des stratégies de soins, de prévention et de promotion de la santé au sein des établissements pénitentiaires, le regroupement de données d'étude permet de donner des tendances fortes et convergentes sur la situation sanitaire des personnes sous-main de justice. Ainsi, il est important de souligner tant à la fois une surreprésentation de la prévalence de certaines pathologies au regard de la population générale ; qu'une surreprésentation des catégories sociales les plus défavorisées, éléments auxquels il convient d'ajouter des besoins de santé à mettre en lien avec l'impact de l'incarcération elle-même (aggravation ou réactivation de certaines affections liées aux facteurs de risque de transmission ou d'exposition ; isolement affectif, rupture de lien social, choc de l'incarcération).

Bien que la recherche ne portât pas sur l'état de santé de la population carcérale de Nantes, nous avons recensé au travers des entretiens, rencontres, observations les perceptions et problématiques concernant la santé et l'accès à la santé et aux soins. Ces divers éléments ont été aussi au cœur des différentes réflexions émises lors des ateliers.

Perception de la santé...

Un **cadre commun** structure la perception de la santé pour les personnes détenues, celui d'une opposition forte entre le « dedans » et le « dehors » du milieu carcéral se situant aussi dans une temporalité du avant/pendant l'incarcération.

« C'est vrai qu'il y a une réelle différence entre l'extérieur et la Maison d'Arrêt, c'est facile à appeler (ndlr un médecin), on est mieux pris en charge, on nous explique mieux, on oriente et y a des questions de confidentialité » Une détenue

« Avant j'avais une bonne mutuelle, pas de problèmes d'accès aux soins, mais là, c'est redoutable, pas d'accès à la CMU, c'est difficile à obtenir ici, quoi qu'on dise, elle n'est pas instaurée pour tout le monde ici, y a une vraie différence de traitement entre la prison et l'extérieur ». Une détenue

Ces propos – que nous pouvons retrouver aussi chez les hommes – structurent la perception des personnes détenues sur l'accès aux soins au sein de l'établissement pénitentiaire. Ainsi, sont évoquées notamment au regard du système de santé interne à l'établissement des difficultés liées :

- ✚ à la confidentialité : *« On n'ose pas dire certaines choses, de peur que cela se sache auprès des surveillants ou bien même des autres détenu.e.s. »*
- ✚ au manque d'information : *« Est-ce que j'ai droit à des prises en charge, si je prends des lunettes ? », « J'aimerais bien comprendre pourquoi on me file ces médicaments, quel(s) effet(s) sur moi, si je les arrête, y a même pas de notices ».*
- ✚ à l'infantilisation : *« Là, on n'ose pas parler, on nous parle comme à des gamins, pas de respect, on est quand même adulte »*
- ✚ à la gestion du temps (accessibilité, retour de résultats d'analyse) : *« On ne nous donne pas toujours les retours d'examens, on aimerait savoir, à l'extérieur, j'ai mon dossier tout de suite, on m'explique, là faut attendre, en fait, il faut toujours attendre »,* un détenu
- ✚ La question de la salle d'attente *« C'est pas agréable, on est entassé, ça peut être dangereux aussi »*

D'autre part, est aussi évoqué **le rapport** aux professionnels de santé. Le fait de rencontrer un-e infirmier-e plutôt qu'un médecin lors des rendez-vous est aussi considéré comme un « manque de respect » vis-à-vis des problématiques qui peuvent être soulevées par la personne. La qualité du médecin peut elle aussi être remise en cause :

« On n'est pas à l'aise, on n'ose pas poser des questions au médecin. Ils nous consultent vite pour se débarrasser de nous, comme on est détenu, ils s'en foutent un peu. On n'a pas une consultation de qualité comme à l'extérieur. A l'intérieur, quand on demande un rendez-vous avec un médecin, on est reçu par une infirmière qui nous prescrit du doliprane. Ben c'est bon, le doliprane on en a marre. » Oui, mais c'est nous qui décidons », oui mais vous n'êtes pas qualifié pour savoir si je suis malade ou pas. Le médecin, je ne le vois pas souvent ». Une détenue.

« Ils n'ont pas de bienveillance, de compétences et de compassion » Un détenu.

La question de **l'accessibilité** aux soins s'avère plus « critique » notamment, le soir (après la fermeture de l'unité sanitaire) et le week-end ...

« Ben oui, cela peut être des moments critiques, on peut avoir des problèmes ou quelqu'un d'autre, ça stresse tout le monde, le surveillant, nous, bref, comment ça marche, c'est inquiétant » entretien collectif Homme

... ou bien lors de consultations hospitalières à l'extérieur de l'établissement. En ce sens, il est plus fait référence à la question de « **L'extraction médicale sous escorte** »³⁴ qui apparaît comme un point central de cristallisation de tensions, de stress.

« ...J'ai été quelques fois en extraction et de fait, par la suite, je refusais les soins et d'y retourner, parce que l'on me regardait, cela me mettait mal à l'aise. Même pour mes poumons, j'ai refusé. On met un peu notre santé en danger. Je me suis sentie en danger, et y a plusieurs personnes ici qui refusent l'extraction médicale à cause de cela ». Une personne détenue à la MAF.

« Oui, j'ai quelques soucis de santé, qui obligent à un suivi. La dernière fois, j'étais entravé, je déambulais avec l'escorte dans les couloirs de l'hôpital. Je me suis dit, j'espère que je ne vais rencontrer personne que je connais, on mérite mieux. Et puis après, assis dans la salle d'attente, avec mes entraves, y avait une personne âgée qui me regardait, enfin, non elle détournait le regard, gêné, moi aussi d'ailleurs, j'y étais gêné. Je comprends pourquoi les mecs refusent ». Une personne détenue CD.

Nous pouvons ainsi en utilisant la définition de P. Warin (2010) du non-recours : « **Le non-recours renvoie à toute personne qui – en tout état de cause – ne bénéficie pas d'une offre publique, de droits et de services à laquelle elle pourrait prétendre** », catégoriser plusieurs formes à partir de ses différents éléments. Ainsi, l'une des formes les plus observées au regard du recueil de données effectués (qui ne portait pas exclusivement sur le non-recours), est bien **le non recours par non connaissance de l'offre** (par manque d'informations ou par incompréhension). Dans le cas présent, nous pouvons aussi évoquer la barrière de la langue ainsi que la diversité des informations données le premier jour d'incarcération.

« Oui, pour elle c'est trop dur, elle parle pas français, c'est la première fois qu'elle est incarcérée...En plus, on nous file pleins de trucs à lire, qu'on a pas le temps de lire en plus," parce qu'on nous dit, fais-ci fais ça ! » Entretien collectif Femme.

« Oui, c'est sûr, on rencontre les professionnels de santé, quand on est arrivant, mais après, y a trop d'informations, et on ne sait plus trop où on en est » un détenu

La seconde forme de non-recours observée relève avant tout **d'une non demande** lorsque l'offre est connue mais n'est pas demandée par l'allocataire potentiel (*ne pas être intéressé par l'offre ; ne pas être d'accord avec les principes ou conditions d'accès à l'offre ; préserver son estime de soi ; appréhender les exigences de l'offre et ne pas se sentir capable d'y répondre ; être lassé ou découragé*).

³⁴ L'extraction constitue une problématique commune entre les professionnels de santé, l'administration et les détenus. Comme le souligne le rapport d'activités de l'UCSA 2014, p. 5 : « *Le nombre de consultations et hospitalisations annulées par le patient reste très élevé et en très nette augmentation sur la Maison d'arrêt : 40 % des consultations et/ou hospitalisations sont annulées par le patient en 2014, 36 % en 2013 et 27 % en 2012. Bon nombre de ces annulations sont très probablement en lien avec le fait que l'UCSA ne puisse prévenir le patient la veille de son extraction médicale et lui rappeler alors l'utilité, l'importance de cette extraction médicale ainsi que les conseils nécessaires pour la bonne réalisation de certains examens médicaux. Sur le CD, ce chiffre est relativement stable, tout en restant très élevé : 46 % en 2014, 38 % en 2013, 43 % en 2012* »

Ainsi cet aspect concerne plus particulièrement l'extraction médicale, voire aussi du rapport au médecin (manque de confidentialité, ou le fait d'être reçu par un.e infirmier.e).

Si ces différents points entraînent des phénomènes de « non-recours aux soins », la vie « interne » et l'expérience carcérale ne sont pas sans impacts sur la santé. Nous pouvons citer ici : le rapport aux autres entraînant du stress « *Le stress, c'est les autres* » comme le souligne un détenu, les suicides, les problèmes de maladie chronique, la difficulté de se maintenir en bonne santé :

« Faut une grande force mentale », « Moi à mon arrivée, j'étais chaos, j'ai arrêté les médocs que l'on me donnait, et puis je me suis occupé, j'ai fait du sport, sinon, je ne m'en serais pas sorti, mais bon j'avais déjà une éducation autour de ça ». Personne détenu-CD

De même, plusieurs moments s'inscrivent dans le déroulement de l'expérience carcérale : le choc de l'incarcération (qui peut être aussi associé à des prises de médicaments proposées par les professionnels de santé) ; la première rencontre avec les autres détenus ; l'attente du jugement et la peur de la sortie :

« Oui, cela me stresse un peu. Je ne suis pas zen. Ici, cela fait quand même deux ans, on nous réveille, on nous fait tout, là je vais être dehors, et il va falloir que je me démerde, j'ai perdu l'habitude d'avoir des responsabilités » Une détenue.

« Moi, ça m'inquiète parce que 12 ans enfermé, c'est spécial, c'est de préparer la sortie. On est plus habitué à l'extérieur, la foule... Pour ceux qui sont sortis, que je connais, avec qui je suis encore en contact, c'est dur les premiers jours, la foule, les lumières, et puis... les papiers, et le reste bien sûr... » Un détenu.

Si ces éléments structurent « l'expérience carcérale santé » des détenus (tant vis-à-vis de la vie interne à l'établissement que vis-à-vis de l'extérieur), il convient d'observer au travers des différents entretiens que plusieurs « trajectoires santé » antérieures à l'incarcération existent.

Ainsi, si certaines personnes détenues disposaient d'une couverture santé et n'avaient pas eu de « mauvais rapports » avec des professionnels de santé, leur rapport à la santé montre cependant des configurations différentes allant d'absence de problématiques de santé à une très forte consommation de substances psychoactives associée à des conduites à risques ou à des problèmes de santé nécessitant un suivi particulier.

« Oui, durant toute mon enfance, j'ai été bien suivi sur le plan médical : aller chez le dentiste, chez l'ophtalmologiste, je faisais du sport ! Et puis quand j'ai été en âge de travailler, oui, j'ai juste été arrêté une fois, suite à un lumbago, mais rien de grave... De toute façon, ce sont mes parents qui m'ont donné ces règles d'éducation santé... Je connais bien le système, et puis les médecins, c'est pas comme disent certains des charlatans ! »
une personne détenue.

« M'ouais, la santé c'est important, mais enfin, je ne m'en suis jamais trop préoccupée avant d'être ici... On m'en a juste parlé – sur le sida et la contraception, mais c'était mal fait, on comprenait rien, et cela ne m'intéressait pas. - avant que je quitte le lycée en seconde, enfin avant d'être virée...Après j'ai zoné, pas mal, j'ai pas mal consommé de trucs divers, j'en ai vendu aussi pas mal... » Une personne détenue à la MAF

« Moi, j'ai eu une bonne éducation sur la santé, mes parents m'ont vraiment bien informé et ils me faisaient suivre par les médecins. Après quand j'ai eu mon boulot, aucun problème

pour aller chez le médecin, bonne couverture sociale, mutuelle en or, et surtout grande découverte des stupéfiants, de l'alcool, des filles, du sexe... J'avais du fric, j'étais capable de faire 200 kms en bagnole pour aller chercher de la drogue... Donc le médecin, c'était plus pour un suivi... Après dans cette période- là, il était temps que cela s'arrête, je n'en pouvais plus, c'était trop, trop, trop, pleins d'excès que je ne regrette pas, mais qui m'ont amené au bord du précipice ». Homme

« Moi, j'ai jamais eu de problèmes avec les médecins d'ici, j'ai toujours été bien suivi. En fait, j'avais un mélanome avant d'être là, on l'a bien pris en compte » une détenue.

« ..., avec mes problèmes cardiaques, ben oui qu'ils me suivent ici, heureusement, je veux sortir en bonne santé (rire) » Homme.

D'autres au contraire, ont eu des parcours où la santé était peu présente (tant sur l'aspect éducatif, que dans leur rapport aux professionnels).

« La santé, non personne ne m'en a parlé quand j'étais gamine, faut dire aussi que j'ai déserté le nid familial assez tôt pour zoner, mon beau-père était pas cool, on va dire ça, donc après ben fallait bien que je trouve à me loger, plutôt que de m'occuper de ma santé, c'était ça la priorité ». Femme détenue – 24 ans-.

Ces extraits d'entretien illustrent des manières différentes d'appréhender sa santé au regard de son parcours de vie antérieure à l'incarcération qui peuvent avoir aussi une influence sur les rapports actuels aux professionnels de santé.³⁵

Avant d'aborder plus particulièrement les effets sur les personnes détenues puis sur l'environnement (professionnels, social, politique), il convenait tout d'abord de préciser les différents motifs de leur adhésion au programme.

...et de la démarche de santé communautaire

Comme nous l'avons indiqué, le pivot de la démarche communautaire s'inscrit principalement dans des temps « atelier collectif » qui se déroulent sur une durée d'une heure et demie, le lundi et mardi à la Maison d'Arrêt des Femmes, et le jeudi au Centre de Détention³⁶. C'est à partir de ces ateliers, que sont recueillis les problématiques et questionnements sur la santé, et où sont élaborées des actions

³⁵ Nos entretiens montrent cependant différentes stratégies. Une première catégorie de personnes détenues va utiliser « son passage en prison » pour faire des soins jusqu'alors négligés (dents, vue, etc...) ; une seconde catégorie, déjà suivie antérieurement pour des problèmes de santé va poursuivre son suivi à l'interne ; une troisième catégorie sont ceux ayant eu une bonne couverture médicale antérieurement et une éducation santé soit par les parents, soit par leur mode de vie qui va utiliser les services de santé uniquement en cas de problèmes spécifiques.

³⁶ Nous donnons ici les jours de rencontre fixés au cours de l'année 2016 et 2017. Durant l'année 2015, les jours étaient fixés à la MAF, le mardi, et au centre de détention, le Mercredi. Au regard de remarques faites par les femmes (trop grand nombre de personnes réunies sur un seul jour, difficulté d'articuler travail et ateliers MdM...), le groupe a été scindé en 2. Pour le Centre de détention, le changement de jour correspond aussi au changement de lieu de réunion. L'atelier se déroulant initialement au sein du bâtiment H, il a été convenu à la demande des personnes détenues d'inscrire le nouvel atelier au sein des salles de formation afin d'avoir une ouverture au plus grand nombre de bâtiment possible.

et/ou des stratégies pour améliorer la santé. Il est à noter que la participation à ce temps est « volontaire ».

Lors de nos entretiens, nous avons questionné les raisons qui ont poussé les personnes à s'y intégrer, celles-ci peuvent être de différents ordres :

- ✚ Occupationnelle : « *Cela nous permet d'avoir un autre temps, moi, j'y allais pour m'occuper* » une détenue.
- ✚ Relationnelle : « *...J'y allais pour voir, pour être avec mes copines, et après j'ai écouté, les sujets m'ont intéressée, donc j'y suis allée tout le temps* »
- ✚ De rencontre avec l'extérieur : « *C'est toujours bien de voir quelqu'un de l'extérieur, cela nous ramène à la réalité, et de voir que l'on s'intéresse à nous, c'est bien* ».
- ✚ De curiosité : « *Médecin du monde, qu'est-ce qu'ils nous veulent ?* ».
- ✚ De témoignage « *C'est bien que quelqu'un vienne, il pourra témoigner pour nous, on est un peu oublié, personne ne sait ce qui se passe en prison* », groupe Homme
- ✚ Aider les autres : « *MdM est venu, faut y aller, pas pour moi, parce qu'il y en a tellement qui ne s'en sortent pas ici, si on n'essaie pas de les aider, ils s'aideront pas eux-mêmes. On a du temps, on est coincé, allez-y on y va, on s'aide* » Un détenu.

Bien que les portes d'entrée soient différentes, l'intérêt de construire ensemble, de réfléchir et d'agir trouve toute sa pertinence « *Si l'on peut faire bouger les choses* », et ce à partir du vécu et des attentes des détenus. Si cette prise en compte de l'expérience vécue constitue un élément clef dans le processus d'adhésion à la démarche : « *A un moment donné, là vous êtes là pour nous, y a des choses que vous ne pouvez pas voir. C'est aux détenus d'en parler...C'est un travail dans les deux sens* », les dynamiques en cours au sein de ces ateliers ne se limitent pas à une simple consultation sur des problématiques individuelles et/ou collectives, mais se basent autour des processus de participation, sur le développement d'un « pouvoir d'agir », autre terme fréquemment utilisé pour désigner l'empowerment (qui trouve des difficultés de traduction).

V- L'ATELIER DE TRAVAIL COLLECTIF : UN ELEMENT ESSENTIEL ET COMPLEMENTAIRE AUX STRATEGIES D'INTERVENTION PROPOSEES

Il est important de préciser que les ateliers de travail collectif sont un des éléments du programme concernant les personnes détenues **s'articulant avec différentes stratégies d'intervention**. Ainsi, nous retrouvons des dynamiques d'intervention autour du « **aller-vers** » reposant tant sur l'accueil des arrivant.e.s. sur le site d'incarcération, sur des participations au promenade, ainsi que des rencontres sur les différents bâtiments du Centre de détention. De même, ce programme intègre aussi des interventions visant aux **renforcements de capacités individuelles** des personnes détenues : possibilité d'avoir un entretien individuel avec l'équipe de MdM pour aborder certains questionnements plus difficiles à aborder en collectif ; possibilité aussi d'être accompagné par des membres de l'équipe MdM lors de d'extraction médicale et/ou de permission médicale. Cette articulation entre ces différentes stratégies (individuelles et collectives) permet ainsi un « maillage » entre l'équipe MdM, les personnes détenues, mais aussi les professionnels de santé et/ou de surveillance pour mettre en avant des problématiques non encore traitées et instaurer notamment un lien de confiance entre ces différents acteurs. Cependant, l'atelier collectif prend une place singulière

dans ces stratégies, car il constitue un « espace » où émergent des dynamiques collectives d'empowerment. Ce terme qui suscite de nombreuses discussions tant théoriques que sur le plan de sa mise en œuvre pratique³⁷ s'inscrit cependant dans une dynamique allant de l'individuel (Je), au collectif (Nous). Nous aborderons dans un premier temps, **les effets individuels** puis **collectifs** auprès des personnes détenues **participantes** à cette démarche.

DES EFFETS INDIVIDUELS de la participation aux ateliers...

Estime de soi, confiance en soi et reconnaissance sociale

Le premier effet est l'amélioration de « **l'estime de soi** » et de la **confiance en soi** des personnes détenues.

« Plus d'estime de soi, de respect de soi, car cela fait partie de ton équilibre ». « Sincèrement, je pense que je n'avais pas confiance en moi, maintenant, cela m'aide, aider les autres, cela m'aide, plus confiance en moi, plus d'estime de moi. Je l'avais perdu, même à l'extérieur ».

³⁸

« On m'avait jamais demandé mon avis, ce que je pense, bref, ce que je suis, et là, oui, du coup, je me regarde différemment ! ».

Pour autant, la question de l'estime de soi, ne doit pas être uniquement vue sous un angle uniquement psychologique, ces « gains » d'estime de soi sont aussi à mettre en corollaire avec les questions de « **reconnaissance sociale** »³⁹.

« Oui, là on a l'impression d'être reconnue comme une personne, pas comme un détenu, c'est surtout ça qui est important » « On nous fait confiance surtout, on sait peut-être pas tout, mais au moins on sait ce qu'est d'être détenu (rire), moi du coup, je ne suis plus uniquement un numéro d'écrou, ça me regonfle ».

« Reconnaissance que l'on est une personne, pas qu'une détenue ».

De fait, l'intervention d'une tierce-personne (MdM) et ce dans la démarche proposée de « *reconnaître l'expertise* » des personnes détenues permet ce regain d'estime de soi, de reconnaissance sociale et de confiance en soi.

« J'ai plus confiance en moi, c'est sûr, là je vois que j'ai des capacités, que j'ai quelque chose à dire, donc c'est mieux pour moi ». Un détenu.

Si cet aspect n'est pas sans incidence pour certaines personnes, sur le « vécu » de la détention... :

« Je comprends plus de choses, je vis mieux ma détention, et tout le positif que cela a pu m'apporter, je veux l'apporter aux autres. ...On peut mieux vivre sa détention en participant à de telles choses ». Une détenue

³⁷ Marie-Hélène Bacqué, Carole Biewener, L'Empowerment, une pratique émancipatrice ? Paris, Éd. La Découverte, coll. Poche, 2013, 175 pages ; Bernard Goudet ; Développer des pratiques communautaires en santé et développement local, Chronique Sociale, 2009, 351 p.

³⁸ La première surveillante-chef a pu observer aussi ce regain d'estime de soi, notamment par une plus grande attention portée par les détenues à leur corps.

³⁹ E. Le Grand : Estime soi, un enjeu éducatif et social. Chapitre d'ouvrage du Conseil Scientifique des Francas, L'Harmattan, 2012

... il peut aussi avoir son influence -tout chose égale par ailleurs – dans les trajectoires futures des personnes détenues tant pendant qu'à la suite de leur incarcération. En effet, une personne qui s'estime -outre le fait que cela ait un impact sur des comportements de santé – limitation de conduites à risques, notamment – a plus de probabilité de se mettre dans une dynamique positive d'insertion sociale en évitant l'intériorisation de l'échec et de la honte⁴⁰. L'estime de soi apparaît comme l'un des premiers effets de la participation aux ateliers.

Une amélioration des connaissances sur la santé et sur le système de santé

Le second concerne plus particulièrement l'**amélioration des connaissances** sur la santé et le système de soins carcéral. Comme nous l'avons vu, les questions de non-recours à la santé et au système, peuvent venir de plusieurs paramètres liés soit à des trajectoires antérieures à l'incarcération (expérience de vie, situation sociale et personnelle), soit à une organisation structurelle qui n'apparaît pas explicite, visible et compréhensible pour les personnes (notamment par manque d'information adaptée). Bien que l'objet des ateliers soit de « construire » une réponse commune à une problématique de santé évoquée et partagée par les personnes détenues, les processus mis en œuvre (construction de la réflexion par des apports de connaissance notamment, élaboration de solutions) permettent aussi d'améliorer les connaissances santé des personnes détenues.

Ainsi, comme le soulignent plusieurs personnes détenues :

« Ah oui, les filles, là quand on a parlé de la sexualité, ben c'était une révolution pour elle, la contraception, le corps, tout cela elle en savait strictement rien ».

« La tuberculose, ben oui ça m'inquiétait, je ne savais pas ce que c'était, et heureusement on a pu me rassurer parce que se faire contaminer ».

« Construire, apprendre aussi, quand on écrit, sur la grippe... j'ai mal à la tête, tu ne verras pas un médecin, c'est l'infirmière qui trie, elle juge l'importance de la demande. Si pas important, nous on l'a appris comme ça avec les ateliers, pour le renouvellement de médocs, pareil. Et tout passe par l'infirmière. J'apprends sur le système santé, par rapport aux médicaments, ce qu'ils ont le droit de donner. Certains on doit passer par le médecin. L'infirmière tient compte du dossier médical du détenu ».

« Médicaments, sommeil, ouais, cela m'a appris des choses, je fais plus gaffe ».

« Moi, j'ai appris le rapport entre l'alimentation et le sport, cela ne m'avait jamais marqué ou pensé., enfin, c'est pour les autres, car moi, je vais bien ».

« Moi, sur le plan personnel...avec l'âge, je ferai plus attention encore à l'alimentation, j'ai appris aussi beaucoup sur les médicaments ».

« Les dents, les yeux, oui, tout cela faut y faire attention, mais on voit bien que la prison cela n'est pas simple ».

« Comment gérer mon stress, sans passer par le psy...oui, je vois bien et j'essaie, mais là y a beaucoup à faire en prison ».

⁴⁰ La question de l'estime de soi apparaît centrale dans les éléments d'insertion et d'intégration sociale, notamment auprès des publics les plus fragilisés.

Si tous ne s'expriment pas spontanément sur l'amélioration des connaissances sur la santé, les temps d'observations effectués en « atelier collectif » montrent aussi d'autres stratégies.

J., 34 ans, regarde pendant un atelier le journal de la santé consacré à l'ophtalmologie...et prend beaucoup de notes sur cette question. Discutant avec lui sur sa prise de note et si cela l'intéressait : « *Oui, bien sûr que cela m'intéresse, mais eh bien non, en tout cas, c'est pas pour moi, c'est pour les autres, car moi je n'en ai pas besoin, c'est toujours bien de renseigner les autres* ». (Carnet de bord, juin 2017)⁴¹

S'il est difficile dans le cas présent de dire qu'une pratique de santé va effectivement être réalisée par la personne, cette stratégie « détournée » de recueil d'informations sur la santé a pu être observée à différentes reprises.

Certaines questions de santé (les dents, la vue, l'accessibilité aux soins,) peuvent **nécessiter la rencontre avec les professionnels de santé**. Ces temps pouvant prendre différentes formes (pause-santé chez les personnes détenues à la MAF ; atelier prévention sur le tatouage chez les hommes ; rencontre pour construire des outils d'auto-supports : requête imagée), ils permettent aux personnes détenues et aux professionnels de pouvoir échanger, appréhender les représentations des uns et des autres, de pouvoir répondre à des questions sur le fonctionnement et sur la santé.

« Ouais, là, j'ai compris pourquoi c'était une infirmière plutôt qu'un médecin qui nous recevait, c'est déjà pas mal. Bon à l'extérieur, je verrais direct un médecin, mais c'est comme ça ».

Comme le dit un détenu « *Même si je n'ai pas de problème de dents, le fait qu'une professionnelle vienne nous rencontrer, me regonfle le moral* ».

« Moi, ce que je comprends surtout, c'est que parfois, les professionnels de santé n'ont pas le temps, ils ont leur propre système de contraintes, c'est compliqué aussi pour eux...En plus, je comprends mieux maintenant, quand un détenu loupe son tour, que ça créé des problèmes pour les autres, il faut vraiment responsabiliser tout le monde et mieux faire respecter toutes ses choses. Bon, en même temps, quand les gardiens nous disent qu'il faut qu'on choisisse entre travailler et aller nous faire soigner, on trouve cela un peu raide quand même...Faut bien aussi que l'on vive et que l'on ne veuille pas être emmerdé par la suite... » un détenu.

Si ce dernier extrait d'entretien montre toute la complexité des rapports entre les surveillants, les professionnels de santé et les personnes détenues, diverses rencontres ont permis d'éclaircir les situations des professionnels et les perceptions des détenues. Ainsi, sans que la liste soit ici exhaustive, nous retrouvons : dentiste, médecin responsable de l'US, l'ophtalmologue, pharmacien... Cependant, un trait commun est apparu que cela soit en Centre de Détention et à la Maison d'Arrêt des Femmes,

⁴¹ Cette situation a été relevée à de nombreuses reprises, la personne -que ce soit dans un cadre formel d'entretien ou informel – indique fréquemment que « *ce n'est pas pour lui/elle, mais pour les autres car il/elle n'en a pas besoin* ». En prison, se révéler aux autres peut aussi constituer une marque de faiblesse, et rien ou peu de choses sur son « intimité » ne doit être dite ou su.

le souhait de rencontrer le SMPR et d'avoir des éclaircissements tant sur les distinctions entre psychologue et psychiatre, que sur la façon de pouvoir préserver son « bien-être » au sein de la prison.

Nous reproduisons ici les questions proposées par le groupe du Centre de Détention qui ont été transmises préalablement à une psychologue du SMPR en vue de la réunion d'échange⁴², ainsi que l'affiche de présentation du même type de rencontre à la Maison d'Arrêt des femmes.

Focus : rencontre SMPR-Personnes détenues

Le psychologue : soulagement ou punition ?

1. Le fonctionnement

- C'est quoi le SMPR ? comment ça fonctionne ?
- Quelle est la différence avec l'UCSA ?
- Quelle communication existe entre les deux pôles (exemple des prescriptions médicales) ?

2. Définition

- C'est quoi 1 psychologue ? 1 psychiatre ? le psy PEP ? l'expert psy ?
- Est-ce que l'expert tient compte de l'avis du SMPR dans la rédaction de son avis ?

3. Travail sur les représentations

- Quel lien entre psy et RPS ?
- À quoi ça sert d'aller chez le psy ?
- Est-ce que je dois m'inquiéter d'être convoqué par le SMPR ?
- Est-ce que c'est le psy qui doit nous changer ?
- Est-ce qu'on peut parler d'autre chose que de son affaire ?
- Est-ce que je peux voir un psy sans que ce soit ordonné par le juge ? sur quoi le psy se base pour savoir si oui ou non j'ai besoin de le voir ?
- On n'a pas l'habitude de parler de nous (« pudeur masculine ») : comment le psy peut nous aider à parler ? est-ce que le psy doit parler ou rester silencieux ?

4. Les soins

- Sentiment d'une prescription facile de médicaments / sentiment de connivence avec l'AP pour maintenir la paix sociale
- Quelles alternatives possibles à la médication ?

⁴² En mai 2016, cette rencontre au CD a accueilli 8 personnes.



**VENDREDI 27
JANVIER 2017
DE 13H30 A 15H**

**ATELIER SANTE
« BIEN DANS SA
TETE »**

Venez échanger avec nous et le SMPR sur votre santé
en lien avec le thème de la santé mentale



EN COLLABORATION
AVEC LE SMPR
A PARTIR DE VOS
QUESTIONS

—
QUELLE EST LA
CONFIDENTIALITE
AU SMPR ?

—
QUELLE EST LA
DIFFERENCE ENTRE
TOUS LES PSY ?

—
QUELLE
ALTERNATIVE AUX
MEDICAMENTS ?

—
S'OUTILLER POUR
MIEUX INVESTIR SA
SEANCE AVEC UN
THERAPEUTE

—
EN COLLABORATION
AVEC LES FEMMES
DE LA MAF,
MEDECINS DU
MONDE ET L'EQUIPE
DU SMPR

Vendredi 27/01/2017
De 13h30 à 15h en salle
d'activités

Dans les deux situations, cette question du rapport aux professionnels de « santé mentale » qu'ils soient psychologues et/ou psychiatre renvoie à différentes dynamiques. D'une part, pour certaines personnes détenues, leur expérience antérieure à l'incarcération ne les a jamais mises en contact avec ces professionnels, d'autre part, bien que de manière indirecte dans la trame de questions posées ici, se pose aussi la question du « bien-être mentale » dès lors que de nombreux suicides et tentatives de suicide se sont déroulés en Centre de Détention et à la Maison d'Arrêt des Femmes. Des éclaircissements sont aussi fréquemment

demandés sur le dosage des médicaments car est souvent soulevé la question du « gavage ».

« Moi, on m'a bourré de médicaments, car j'étais fragile, c'est vrai que le choc carcéral était dur, mais bon, après j'ai arrêté moi-même, je ne voulais pas devenir un légume ou n'être plus bon à rien...Y en a quand on les croise, c'est des vrais zombies...Bon, pour eux, y a pas que les médocs qui agissent, faut bien reconnaître... »

Si l'intérêt de ces rencontres est assez fort pour les personnes détenues et les professionnels, en terme notamment d'une meilleure appréhension des situations vécues par les uns et les autres, les questions autour du rapport au psychiatre et au SMPR restent assez fréquemment posées.

Développement de compétences psycho-sociales et de...projet

Si les porteurs du programme avaient pour objectif de renforcer les capacités des détenu(e)s en matière de santé, force est de constater ici l'amélioration de l'estime de soi, et des connaissances sur le système de santé et la santé elle-même. Toutefois, l'intégration dans un atelier collectif permet aussi le développement des compétences psychosociales (appelées aussi life -skills) permettant une amélioration de la santé.

Nous situons ici plus particulièrement ces compétences comme étant à l'interaction d'un effet individuel et collectif de la démarche communautaire. En effet, si celles-ci agissent sur l'individu, ce sont aussi dans les dynamiques collectives et les modalités proposées que celles-ci se concrétisent.

Comme le définit l'Organisation Mondiale de la Santé, en 1993 ; les compétences psychosociales :

- « ...sont **la capacité** d'une personne à répondre avec efficacité aux **exigences et aux épreuves** de la vie quotidienne. C'est l'aptitude d'une personne à maintenir **un état de bien être mental**, en adoptant un comportement **approprié et positif** à l'occasion des relations entretenues avec les autres, sa propre culture et son environnement... Ont un rôle important à jouer dans la promotion de la santé dans son sens le plus large ; en termes de bien-être physique, mental et social. Plus particulièrement quand les problèmes de santé sont liés à un comportement, et

quand le comportement est lié à une incapacité à répondre **efficacement au stress et aux pressions de la vie**, l'amélioration de la compétence psychosociale pourrait être un élément important dans la promotion de la santé et du bien-être, puisque les comportements sont de plus en plus impliqués dans l'origine des problèmes de santé. »

Ainsi, en 1993, 10 compétences fonctionnant par couple avaient été identifiées pour renforcer les « capacités des individus : *Savoir résoudre les problèmes/Savoir prendre les décisions ; Avoir une pensée créative/Avoir une pensée critique ; Savoir communiquer efficacement/ Etre habile dans les relations interpersonnelles ; Avoir conscience de soi/Avoir de l'empathie pour les autres ; Savoir gérer son stress/Savoir gérer ses émotions*. Ces compétences renvoient plus particulièrement à l'axe de la Charte d'Ottawa portant sur le développement d'aptitudes individuelles pour la santé.

Dans les années 2000, 3 grandes catégories de CPS ont été redéfinies (élaborant sous une autre forme), celles précédemment proposées.

COMPÉTENCES SOCIALES, COGNITIVES, ÉMOTIONNELLES : DE QUOI PARLE-T-ON ?

Compétences sociales (ou interpersonnelles ou de communication)	Compétences cognitives	Compétences émotionnelles
Compétences de communication verbale et non verbale : écoute active, expression des émotions, capacité à donner et recevoir des <i>feedback</i> .	Compétences de prise de décision et de résolution de problème.	Compétences de régulation émotionnelle : gestion de la colère et de l'anxiété, capacité à faire face à la perte, à l'abus et aux traumatismes.
L'empathie , c'est-à-dire la capacité à écouter et comprendre les besoins et le point de vue d'autrui et à exprimer cette compréhension.	Pensée critique et l'auto-évaluation qui impliquent de pouvoir analyser l'influence des médias et des pairs, d'avoir conscience des valeurs, attitudes, normes, croyances et facteurs qui nous affectent, de pouvoir identifier les (sources d') informations pertinentes.	Compétences de gestion du stress qui impliquent la gestion du temps, la pensée positive et la maîtrise des techniques de relaxation.
Capacités de résistance et de négociation : gestion des conflits, capacité d'affirmation, résistance à la pression d'autrui.		Compétences d'auto-évaluation et d'auto-régulation qui favorisent la confiance et l'estime de soi.
Compétences de coopération et de collaboration en groupe.		
Compétences de plaidoyer qui s'appuient sur des compétences de persuasion et d'influence.		

Nous retrouvons sous des formes diverses et sans que celles-ci ne soient visées explicitement par le programme, ces différentes compétences au sein des ateliers. Toutes cependant ne sont pas atteintes en même temps ni de la même façon.

Sans que la liste soit exhaustive, les développements autour des **compétences de communication verbale** restent présents :

« Ouais, j'ai appris à écouter les autres, bon c'est pas toujours facile, mais on apprend à se connaître et à faire ensemble ».

« Bon, il peut être autoritaire, il fonctionne comme cela, mais il a aussi de très bonnes idées, du coup chacun fait des efforts pour faire avancer les choses, bref, les projets, quoi !).

Nous retrouvons aussi la question des compétences **de prise de décision et de résolution** de problèmes.

« Ouais, ben là fallait qu'on avance, que faire pour les nouvelles arrivantes, pour pas qu'elles soient stressées, le choc carcéral, quoi, elles sont perdues ! Du coup, le livret d'accueil nous est venu...plus tard, faudra aussi qu'on les accueille aussi, leur donner des conseils ! »

De même, apparaît aussi au cœur des ateliers, le renforcement des compétences de coopération et de collaboration en groupe. *« Tout seul, on ne serait pas entendu, il faut y aller ensemble, et être toutes ensembles » ; « Je découvre aussi qu'avec lui, on peut faire des choses, je n'y aurais pas pensé de faire comme ça ».*

Cette question **de la coopération** entre les personnes apparaît comme un point essentiel. En effet, l'univers carcéral est marqué par une empreinte forte de prise en charge individuelle mais les personnes sont aussi très fréquemment marquées par une « solitude » émanant de leur propre trajectoire. Cependant, les ateliers collectifs offrent par cette « *mise en mouvement des compétences* » des **dynamiques de projet(s)**. En effet, comme le souligne un détenu :

« Ben oui, moi j'y vais parce que cela m'intéresse, mais en même temps, j'apprends des choses, faire des projets, moi j'en avais jamais fait, G. lui déjà, mais pas moi, je découvre, et en même temps, on se dit tient on peut réinvestir des choses pour plus tard ». « En même temps, savoir que des gens comme MdM existent à l'extérieur c'est toujours utile, et important ».

« Ben moi, j'y connaissais rien du tout, parler, dire les choses, s'exprimer, se fâcher, moi mon truc, c'est le dessin, pas l'écriture, donc forcément, on peut se dire, ça ne sert à rien, pour autant, c'est tout bénéfique pour moi ». Une femme détenue

« Etre avec les autres, pour faire, réfléchir sur le livret d'accueil, avec les autres...cela pourrait m'être utile plus tard, on ne sait jamais...Je dirais j'ai fait ça, je suis capable ».

Pour certain.e.s. personnes détenues, s'inscrire dans ce « levier projet » permet de réactiver certains processus liés à leur parcours social et professionnel antérieur.

H. 52 ans, est un ancien membre très actif dans sa commune dans lequel il vit. Propriétaire d'exploitation agricole, président de l'association de parents d'élèves, du club de chasse, et de différentes associations. Comme il l'indique « Mon plaisir, c'est d'être avec les autres, de monter des projets, quoi ».

Z. 43 ans, président du club de foot, chef d'entreprise, très investi dans sa commune. « J'ai aidé à monter l'école, comme cela gratuitement, donc cela me fait du bien d'être là, j'ai l'impression de vivre comme à l'extérieur ».

S., 32 ans, ancienne éducatrice paire dans un organisme humanitaire dans le sud de la France, bénévole dans une association.

F. 45 ans, membre de l'administration centrale, en charge d'accompagnement de projet auprès de professionnels de terrain.

J, 42 ans, après avoir fait des études de management, elle crée un bar associatif avec son mari.

La dernière compétence qui apparaît aussi importante -dans le cadre du milieu carcéral – est bien aussi de développer des **compétences de plaidoyer**. Ainsi, deux dimensions peuvent ici apparaître, d'une part, de travailler collectivement -donc de persuader (sans que cela soit pris comme une injonction) les autres personnes du groupe à s'engager sur tel ou tel chantier – d'autre part, d'aider à préparer des argumentations entendables et raisonnées auprès des différents professionnels.

Renforcement de l'estime de soi, meilleure appréciation de sa santé et de l'environnement, développement de compétences psychosociales sont les premiers éléments que nous pourrions qualifier d'effets « **d'individuels** » sur les personnes détenues participant aux ateliers. Nous aborderons ici les effets collectifs.

...AUX EFFETS COLLECTIFS

L'un des éléments centraux de cette dynamique « collective » est d'être ensemble pour échanger, construire, réfléchir et agir par la suite, avec d'autres. Si cet aspect n'est pas toujours linéaire dans son déroulement, il permet selon les situations et les temporalités de développer peu à peu un « **sentiment d'appartenance** » et de soutien social.

Un sentiment d'appartenance et de soutien social

« Ben oui, nous on a le sentiment d'être utile, ..., on est ensemble là en petit groupe, on a fait des choses ensembles, et le fait d'être écouté, compris et soutenu, on s'écoute, aussi (Rires), bon des fois, on n'est pas d'accord, mais on y arrive...On est dans le même projet, celui de la santé des autres, c'est ce qui nous lie, et puis y a plein d'autres choses qui se font, grâce à MDM ».

*« Oui, on appartient à quelque chose, c'est des petits projets, soit, ça donne du sens quoi »
Groupe hommes, décembre 2016, et novembre 2017*

L'un des effets de la démarche communautaire est de produire aussi ce sentiment d'appartenance, sorte de communauté d'action. Comme le souligne la coordinatrice technique du programme :

« Lorsque je suis arrivée dans la salle de formation, ils étaient tous là, assis, et ils m'ont dit « bon on fait quoi, maintenant, on y va, c'est quoi le projet...J'ai senti qu'il y avait eu un déclic dans la démarche et le groupe »

Cet élément fruit d'une conscientisation permet effectivement de produire de l'empowerment communautaire. Elle ne produit pas des effets directs sur la santé, mais permet aussi de rompre l'isolement propre en donnant un « sens » à leur détention et à la vie quotidienne. Ce sentiment d'appartenance est aussi lié à la connaissance des différentes stratégies d'action développées par MdM. Les personnes détenues intégrées dans le groupe atelier de travail collectif ont aussi le sentiment d'appartenir à un projet plus global. De la même façon, ce sentiment d'appartenance est aussi lié à la prise en compte par les professionnels et l'administration de leurs propositions (bien que

celles-ci puissent être plus ou moins longues à être mises en place) dès lors qu'elles apparaissent comme raisonnées⁴³.

De même, ce sentiment d'appartenance – par le travail en collectif - est à mettre en relation avec la question **du soutien social**, et à une meilleure reconnaissance de l'autre dans ces différences. Cet aspect est important car en milieu carcéral, les personnes avec qui l'on se trouve sont imposées et/ou la nature de la peine présente ou future (avec sa hiérarchisation entre ce qui est acceptable ou non) peut jouer un rôle de « repoussoir ». L'espace collectif de travail permet par les échanges de « mieux reconnaître l'autre » dans ces différences au-delà de la nature de la peine.

« MdM a été un tremplin pour toutes, cela nous a permis de dialoguer, de nous mettre autour d'une table, de continuer en promenade, de discuter sur d'autres thèmes, cela a été le fait du dialogue. Le fait de nous avoir réuni, cela a ouvert un relationnel phénoménal...Cela a permis à d'autres filles de se mettre des limites par rapport à des jugements, cela nous a ouvert l'esprit... » Femme Maison d'Arrêt.

Bien que de sens différent pour les uns et les autres, il est important ici de voir qu'en aucun cas, il n'est question ici de développer des « affinités électives », voir des liens d'amitiés au travers de ces processus.

Comme le soulignent plusieurs personnes détenues :

« Oui, tu vois, dire que l'on est ensemble pour un projet, cela nous aide entre nous, on n'est plus isolé, de là à dire que l'on va devenir potes, il y a des limites, il faut toujours rester prudent en prison et comme l'a dit l'un de nous : « Il faut toujours avoir un œil devant et un regard derrière ». Centre de détention.

« Là aussi, on se sent soudés – malgré que parfois on ne s'aime pas beaucoup et qu'il y a des tensions entre nous, mais bon, même si on se dit que l'on va pas toujours y arriver, et bien on essaie, c'est là aussi, où on se soutient, car malheureusement, y en d'autres qui vont arriver après nous ». Groupe femme

De fait, ces questions d'appartenance et de soutien social, si elles sont des traits significatifs de l'appropriation de la démarche en elle-même doivent être reliées tant à la fois aux développements des compétences psycho-sociales et à l'estime de soi, qu'à un domaine de la santé beaucoup plus vaste, celui de la promotion de la santé mentale positive.

Celle-ci est définie comme étant **« un processus visant à renforcer la capacité des personnes et des collectivités à prendre leur vie en main et à améliorer leur santé mentale. Elle met en œuvre des stratégies qui favorisent les environnements de soutien et la résilience individuelle »**

De fait, la constitution de groupe visant le renforcement de l'autonomie, du sentiment d'appartenance, de l'entraide par les pairs ainsi que la responsabilité sociale des membres, permet

⁴³ Le fait que les propositions soient écoutées, discutées renforcent ce sentiment d'appartenance et aussi d'utilité sociale. Comme le souligne un détenu *« Oui, quand je vois que des professionnels nous disent vous êtes utiles, et ce que vous faites est bien ! Moi, je me sens utile et en même temps, cela conforte que l'on est tous dans notre groupe sur la bonne voie, il faut avancer ! »* De même, le fait pour les personnes détenues que deux sites soient impliqués dans la démarche joue aussi dans la cohésion des différents groupes *« On se sent soutenu les uns et les autres, on est dans la même galère, bien que l'on ne se voit pas, mais on sait ce qui se fait ».*

l'amélioration d'une santé mentale positive comme le soulignent de nombreuses recherches⁴⁴. Ainsi, l'existence et la présence de groupe apparaissent aussi comme un atout pour la santé des populations dès lors que des milieux de soutien peuvent être développés par les milieux de vie considérés. D'une certaine façon, la création de groupe intermédiaire peut aussi permettre de réduire les chocs émotionnels liés à l'incarcération⁴⁵.

Des effets secondaires propres à la démarche : le réseau social

Comme tout processus collectif et démarche communautaire, l'un des autres ressorts qui peut être considéré comme un effet à moyen **terme est la diffusion de l'information à autrui**. Cet aspect que nous pourrions appeler le « **réseau social** » de l'individu est aussi primordial (Valente, 2010⁴⁶). Partie intégrante de ce que l'on nomme traditionnellement le « capital social », celui-ci peut prendre différents aspects selon les deux sites considérés.

Ainsi, à la **Maison d'Arrêt**, ce réseau social est irrigué par les personnes détenues dans différents points : promenade, échange par les fenêtres, « *on demande aussi parfois l'autorisation aux surveillantes de prendre nos cahiers* » « *on parle beaucoup de vous et de la santé, en promenade, un peu partout* ». Ces points d'entrée sont à la fois des moments de recueil de témoignages, de questionnement sur la santé, et d'élaboration de stratégies collectives. Ce réseau joue aussi dans la connaissance de MDM, de son action et de l'intérêt à y participer, entraînant d'une manière plus globale : une sensibilisation santé tant pour soi que pour autrui. De même, ce réseau social joue aussi dans le **renforcement** de l'information entre pairs, qui est fréquemment évoquée dans les différents entretiens « *Oui, là on la renseigne sur la santé, sur ce qu'il faut prendre ou pas comme médocs, cela peut lui éviter certains tracas* » tout en améliorant ici la qualité et la véracité des informations transmises.

Dans le cas du Centre de Détention, de taille plus importante et avec un groupe plus restreint, cette diffusion de l'information a concerné pour le premier groupe rencontré en 2016 (composé de 10 personnes) 23 personnes, et pour le second groupe en 2017 : 15 personnes. Bien que déclaratif, ces chiffres apparaissent réalistes au regard du sujet (la santé) et de la complexité du monde carcéral. Ces informations transmises à autrui ne concernent pas uniquement l'intérêt de participer à des ateliers, mais peuvent porter aussi sur le fonctionnement du système de santé, les moyens de préserver sa santé, et aussi parfois de responsabiliser les personnes détenues

« Oui, moi ce que je leur dis, les gars quand vous loupez un rendez-vous, c'est la galère aussi pour les autres, ça met le bazar, et du coup, quelqu'un qui pouvait en avoir besoin, ben il ne peut pas y aller et après tout le monde rôle...Faudrait vous inventer des trucs pour penser au RDV, moi j'utilise des post-it, je sais pas quelque chose... » Un détenu (propos aussi exprimés par d'autres détenus participants).

⁴⁴ Jané-Llopis E., Barry M., Hosman C., Patel V. Mental health promotion works: a review. IUHPE, Promotion Education, 2005, vol 13, sup 2: p. 9-25. Lathinen F. Strategies for promoting the mental health of populations. In Promoting Mental Health Concepts, Emerging Evidence, Practice. 2005. P 226-242.

⁴⁵ Ces groupes intermédiaires rejoignent notamment les théories d'E. Durkheim, sur la nécessité de pallier les états d'anomie dans lesquels les personnes peuvent se trouver.

⁴⁶ T. Valente: Social network and Health: Models, Methods and applications, Oxford univ Press, New-York, 2010

Ce dernier effet -le réseau social - montre aussi l'ensemble du processus inhérent à la participation aux ateliers. En effet, c'est parce qu'il y a eu notamment regain d'estime de soi, confiance en soi, développement de compétences, que cette démarche d'aller « vers autrui » est rendu possible.

Conclusion : les ateliers, un espace collectif, valorisant, apprenant et socialisant

Comme nous venons de le voir, différents effets sur la santé des personnes détenues sont perçus au travers de leur implication dans les « ateliers collectifs ». Ils illustrent aussi **le développement d'un « pouvoir d'agir »** des personnes (par un processus lié à la participation) notamment en valorisant leur expertise et en renforçant leurs capacités individuelles (conscience de soi, connaissance sur la santé...) et collective (développement d'un sens critique, soutien social, sentiment d'appartenance, réseau social). Ces effets doivent être vus à la fois, comme le produit des interactions avec les autres stratégies d'intervention précitées, mais aussi comme résultat de la dynamique propre à la participation à ces ateliers. Il existe donc **une « alchimie » entre ces différents niveaux**. Cependant, ces effets sont aussi dus à la démarche communautaire en elle-même qui trouve son cadre d'expression dans ces ateliers et qui est soutenue par l'administration et les professionnels de santé qui viennent appuyer les réflexions émises par les personnes détenues et/ou qui s'investissent dans des temps de prévention. De même, elle favorise aussi et ce en complémentarité, le développement d'aptitudes individuelles (axe 4 de la Charte d'Ottawa) permettant ainsi la création (dans le cas présent) d'outils d'auto-support (*Le petit journal de la santé ; le livret d'accueil, la requête imagée, ...*). Cependant, il serait inopportun de dire que ces effets sont « immédiats » et se construisent dès la première participation à un atelier. Il est nécessaire pour les personnes d'appréhender le sens de la démarche – « partager une même situation et/ou problématique, se sentir réuni autour de cette problématique et vouloir agir collectivement pour résoudre cette situation/problématique » - qui tranche avec les « modalités traditionnelles d'intervention ». De fait, ces effets ne peuvent se construire que **sur la durée** et ce à la suite de plusieurs participations (le temps notamment de l'appropriation et de se familiariser avec la culture participative). De la même façon, ils peuvent **être variables en intensité** selon **les contextes** d'intervention. Ce fait est plus particulièrement observable à la **Maison d'Arrêt des Femmes**. Bien que présents, **ces effets peuvent fluctuer** au regard de la composition des groupes (arrivée, départ, interaction entre les personnes) et des postures des personnes vis-à-vis notamment de leur détention. Ainsi, si la majorité trouve un intérêt à investir ces ateliers, leurs situations peuvent aussi faire varier l'intensité des effets⁴⁷. Au-delà de cet aspect, qui n'invalide pas les effets (individuels et collectifs), **l'autre atout** de la démarche est bien ce passage **du « je » au « nous »** qui nécessite de « collaborer » avec les autres, de « construire ensemble », et de se « respecter ». Ainsi, cet espace joue aussi un rôle dans **des processus de socialisation** qui peuvent avoir aussi leur « utilité » soit dans des processus de réinsertion, soit dans la réactivation de socialisation antérieure (provenant soit de carrière professionnelle, d'engagement associatif, etc.). Cette singularité des ateliers MdM appliquée au

⁴⁷ Nous pourrions esquisser 3 groupes de personnes : « Les engagées » : souvent des personnes prévenues ou personnes ayant eu un engagement associatif/culturel/ou professionnel fort ; « les intéressées » : personnes trouvant que la santé peut devenir une cause à défendre collectivement - « les modérées » : qui utilisent l'atelier MdM comme un lieu de rencontre et d'échange, ayant son utilité, mais pour lequel elles s'investiront peu. Ces 3 groupes ne sont pour autant pas figés, il peut exister aussi des passages de l'un à l'autre.

monde carcéral est fréquemment évoquée par les différents professionnels que nous avons rencontrés.

« C'est important que les personnes détenues puissent vivre une détention de manière collective, seul et ensemble.... Cela peut leur permettre, quand elles sont à l'extérieur que chacun ait pu expérimenter le vivre-ensemble, c'est aussi en cela que la démarche est intéressante ».

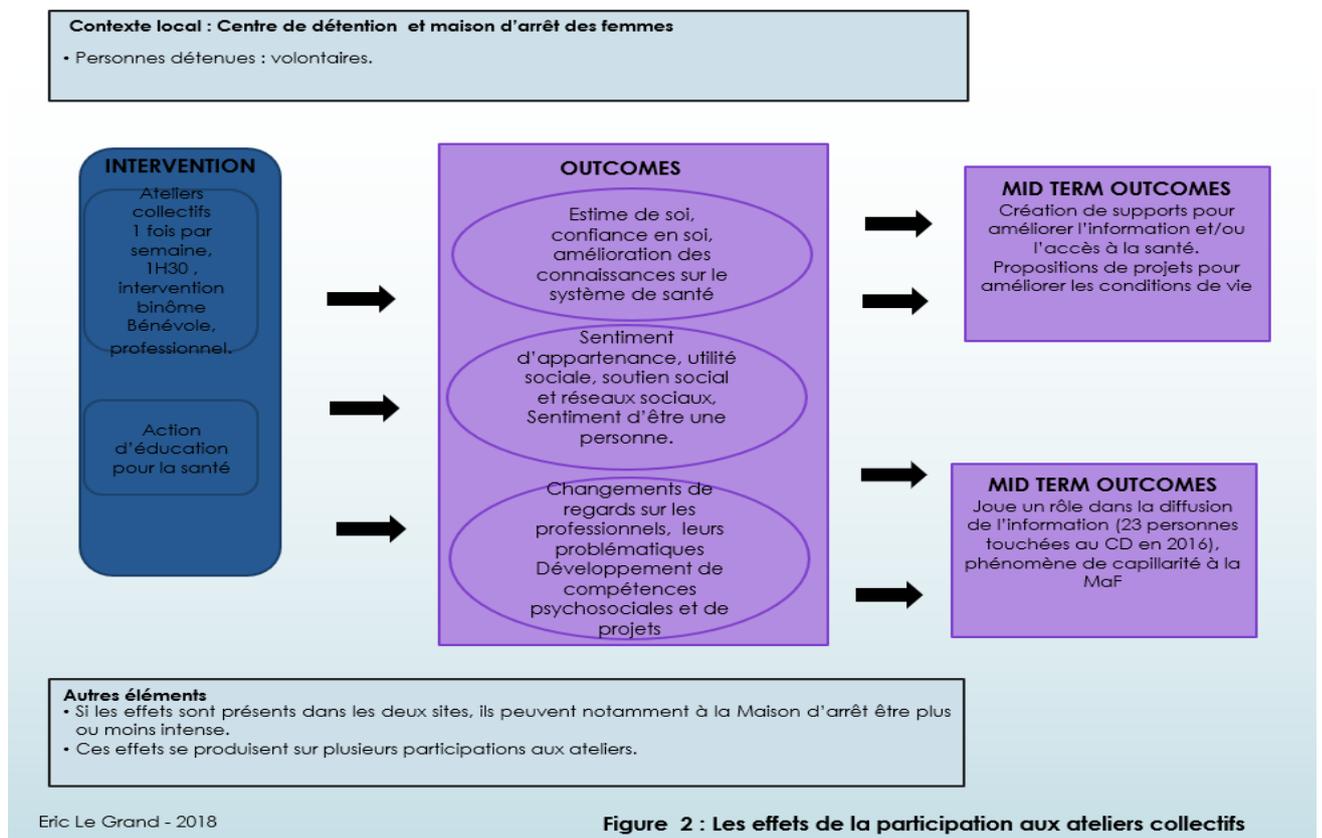
« C'est aussi une démarche collective, qui est altruiste, rentrer dans un groupe, les personnes en ont aussi besoin, car pour certaines personnes détenues, la vie a toujours été d'être seule, de ne pas faire confiance à qui que ce soit, donc là on est aussi dans l'apprentissage de la vie en société... »

« Le fait de construire un projet, ça leur apporte, mais chacun voit surtout qu'on peut avancer avec l'autre, et que c'est possible ».

« Identitairement on n'est plus rien en prison, donc là du collectif, cela leur donne un sens, un apprentissage de la vie à l'extérieur, car le groupe est porteur, créer ensemble, c'est aussi cela la vie, MdM avec ces ateliers leur donne un élan, et les personnes se sentent concernées à un moment donné dans leur parcours, cela laissera une trace »

De fait, cette **dimension socialisante** liée à un « collectif » apparaît comme un **interstice pertinent** dans l'organisation carcérale qui s'oriente encore majoritairement vers une « prise en charge individuelle » des personnes.

Nous illustrons ici sur la colonne de gauche, la modalité de l'intervention « **ateliers collectifs** », au milieu les effets (qui s'inscrivent dans une continuité), ainsi que « les réalisations », nous isolons cependant la question du réseau social qui est le résultat d'un processus.



VI LES POINTS D'ATTENTION AUX ATELIERS COLLECTIFS

Les ateliers collectifs réalisés dans les deux établissements peuvent aussi rencontrer certains obstacles inhérents au processus de mobilisation favorisant la conscientisation, et d'élaboration d'actions pour améliorer la santé des personnes détenues. Au-delà de certains éléments externes aux ateliers collectifs -mobilisation de professionnels, mise en œuvre de solutions pérennes, la construction et le déroulement de ces ateliers peuvent être soumis à des aléas internes à leur réalisation. Sans être ici dans un souci d'exhaustivité et dans une perspective d'aide à de futurs porteurs de projets, notre recherche et l'échange avec l'équipe de MdM a permis de montrer ici quelques points d'attention.

La mobilisation d'un groupe dans la durée : amener à et veiller à

Il est bien question ici de distinguer, l'intégration d'ateliers collectifs dans deux sites de natures différentes. Ainsi, les ateliers proposés au sein de la Maison d'Arrêt ouvrent un « espace collectif » qui jusqu'alors n'existait pas et ce dans une structure de taille réduite. De fait, les Femmes détenues se saisissent de cette opportunité qui selon leur profil, motivation peut permettre à terme d'intégrer plus particulièrement des dynamiques de « pouvoir d'agir ». De fait, l'atelier collectif a été fortement investi en termes de participation tout au long du programme, devenant un élément du paysage de la Maison d'Arrêt. Dans le cadre du Centre de Détention, de taille plus importante, si le principe de volontariat est identique, la venue des hommes aux ateliers participe à une « envie » plus réfléchie et donc moins spontanée. Au-delà de cette distinction, les compositions de groupe, les relations entre les personnes détenues, entre elles et les surveillants, les diversités de parcours sociaux antérieurs à l'incarcération, voire la nature du délit peuvent aussi impacter sur cette dynamique. Cet aspect a pu être évoqué à certains moments du programme, comme le souligne les comptes-rendus de la coordinatrice du programme :

« Depuis quelques temps, nous rencontrons et nous nous interrogeons sur la difficulté à mobiliser le groupe de femmes » ; » Certaines tensions apparaissent entre elles, les rapports sont tendus »

Ou certains propos de femmes détenues

« Oui, ben, y avait une dynamique entre les femmes, et puis depuis quelques temps, ça marche moins bien, y a moins de solidarité. (Pourquoi selon vous ?). Ben, y a eu beaucoup de changements de femmes, en 4 mois, les historiques sont parties, et maintenant, celles qui sont là, sont moins matures, plus jeunes dans leur tête, et parfois plus jeunes aussi d'ailleurs ».

De fait, l'atelier collectif est aussi un lieu révélateur **des interactions existantes** au sein même du milieu carcéral et il est nécessaire que les intervenants puissent se saisir – comme ce fut le cas présent – de ces paramètres afin de garantir la continuité de la démarche. Ainsi, dans le cadre la Maison d'Arrêt des Femmes, la teneur de certains ateliers a pu être adaptée selon les situations (surpopulation carcérale, forte tension entre les femmes détenues) autour notamment de jeux de rôle et/ou de techniques de coopération, ou en créant des groupes restreints de travail sur des thématiques plus précises.

La forme de l'atelier – fondée sur le collectif – peut donc amener à certaines limites. Le fait de s'exposer, de dire, n'apparaît pas aussi aisé que cela :

« (Pourquoi certaines femmes ne viennent pas ?). Parce qu'elles sont timides, qu'elle ne s'entend pas avec une telle, ou peur du groupe, ou que ça les intéresse pas » Entretiens collectifs Femme

« C'est aussi parce qu'elles n'osent pas parler, en raison de leur timidité cela peut aussi être qu'elles estiment ne pas avoir de compétences, ou parce qu'elles sont préoccupées par d'autres choses... » Surveillant.

... Tout comme de trouver un dénominateur commun :

« Moi, j'ai arrêté d'aller à MdM, le mardi, c'était pénible, cela tournait en rond, y avait rien de concret, j'avais l'impression d'être dans un groupe de parole, je fais pas une thérapie moi » Femme.

« Ouais, des fois, cela tourne en rond, on se cherche, on cherche, et parfois, on se dit aussi, j'ai l'impression d'être dans un groupe de parole...Et puis après, y a un déclic, une idée et on retrouve du sens à ce que l'on fait ». Homme détenu

Ainsi, la démarche peut apparaître comme exigeante pour les personnes détenues, et les intervenants doivent aussi veiller à ces éléments, comme l'indique la coordinatrice générale de MdM :

« C'est vrai aussi que cela demande une sacrée énergie aussi, (...) à un moment on s'est aperçu que l'on demandait beaucoup aux femmes, que c'était aussi dur pour elles de se mettre toujours dans cette dynamique de construire, avancer, il y a aussi besoin de pauses »⁴⁸.

Et la coordinatrice technique du programme

« Il y a des moments, où l'on sent que les personnes ont envie de décompresser, de rigoler, d'exprimer des choses, qui bien qu'éloignés de ce que l'on recherche est aussi important...Oui, des fois, on aimerait que cela avance plus vite, mais il faut surtout et avant tout s'adapter au rythme des personnes ».

Si cette mobilisation peut connaître des aléas, ces ateliers peuvent aussi développer – si l'intervenant n'y veille pas – des codes spécifiques pouvant favoriser de l'entre-soi et/ou un surcroît de légitimité de détenus par rapport à d'autres. Ce point n'est pas propre à la démarche communautaire qui s'est déroulée. Ce phénomène est aussi observable dans tout processus de groupe et ce quel que soit la tranche d'âge et/ou la typologie de personnes concernées.

Dans le cas du Centre de Détention, bien que l'atelier collectif soit ouvert à l'ensemble des personnes détenues, celui-ci est avant tout marqué par l'appartenance de ces membres, au Bâtiment H⁴⁹. De fait, lorsque l'on interroge ce groupe sur les raisons des non-venus des autres personnes détenues issues de différents bâtiments, et ce malgré leur souhait d'ouverture pour renouveler le groupe, la réponse est assez fréquente, voir similaire tant en entretien individuel que collectif.

⁴⁸ C'est notamment dans cette optique que les « pause santé » furent mises en place, répondant à deux objectifs. Répondre aux besoins de souffler, et aussi de développer des actions d'éducation pour la santé.

⁴⁹ Au fur et à mesure de l'implantation de la démarche, certaines personnes détenues issues de d'autres bâtiments se sont intégrées dans l'atelier collectif.

« Nous, on est plus considéré par les autres (détenus), comme des fayots, et des balances vis-à-vis de l'administration... (mais vous voudriez que d'autres détenus viennent ?), oui, cela permettrait de voir les autres problèmes qu'il y a dans d'autres bâtiments, là on ne le sait pas, on vit dans notre bâtiment, c'est tout...En même temps, s'ils viennent pas, c'est que la santé, ce n'est pas forcément intéressant pour eux, ils s'en foutent... (Pourquoi ?). Ouais, ils sont jeunes, nous on a plus de maturité...c'est des toxicos aussi, bref... pas simple tout cela...Pourtant, c'est le moment d'apprendre ici... »

S'il peut exister un phénomène de fracture entre « le eux » et « nous », d'autres situations peuvent être un marqueur de distanciation avec les autres détenus. Ainsi, lors de rencontre avec des professionnels, certains détenus ayant été sensibilisés et socialisés à la démarche, peuvent au regard de personnes nouvellement intégrées à l'atelier, critiquer certains de leurs comportements comme par exemple : « Interpellation impromptue par un détenu vis-à-vis d'un professionnel » ; « Langage qui peut sembler inapproprié » et être dans un processus de « méfiance, voire de rejet ».

« Oui, je voulais pas le dire, mais c'est vrai que l'on voit qu'il y en a qui manque d'éducation, on peut pas parler à des professionnels comme cela ! Après tout le boulot que l'on fait, si c'est pour qu'une mauvaise image donnée, nous bouffe tout, ça va pas être simple »

De la même façon, une suspicion sur leur véritable intention et/ou souhait de faire changer les choses peut apparaître, ce point est d'ailleurs commun au Centre de Détention et à la Maison d'Arrêt.

« Oui, ce qui me gêne surtout, ben, y en a qu'on rien compris, ça se voit, ils viennent juste pour bouffer des gâteaux, boire un café...Nous on bosse, quoi... » Homme détenu

« C'est sûr, que pour les filles, elles viennent enfin certaines, juste pour papoter avec les autres, s'empiffrer de gâteaux et basta ». Entretien collectif femmes.

« J'ai l'impression qu'y'en a beaucoup qui aimerait justement que les choses avancent et faire des efforts pour que les choses se passent bien, donc après heu y'en a qui ont un peu plus de mal à comprendre qu'il faut que ça vienne avant tout d'eux, parce que c'est bien beau de faire des demandes ou de se plaindre mais à partir du moment où on peut pas nous faire confiance, donc derrière comment faire pour obtenir des choses. On peut pas demander qu'on nous accorde des choses et derrière pas savoir se tenir, ça va pas avec ».

« M'ouais, cela me fait bien rire, elles veulent parler des médocs, mais en fait, elles s'en foutent complètement de ce que l'on dit, après elles font ce qu'elles veulent, c'est franchement pas cool, par rapport à tout ce qui est fait, et on est là pour faire bouger les choses, tant pour nous maintenant que pour les autres qui arriveront après ». Femme détenue.

Si ces différents exemples montrent à la fois une appropriation de la démarche, ils impliquent plus directement, le rôle essentiel et permanent des intervenants. Ces derniers doivent veiller à ces différents équilibres (mobilisation, conscientisation, ouverture à d'autres, ...) constituant ainsi les pierres angulaires de la démarche.

Les personnes relais

Quel que soit la forme de démarche communautaire entreprise, la question des « leaders ou relais » sur laquelle appuyer les processus apparaît comme un élément clef. Bien que cela ne soit pas un objectif affiché de s'appuyer sur des « leaders », cette question est apparue de manière récurrente tout au long du programme et a revêtu une importance capitale, notamment dans l'implantation de la démarche au sein de la Maison d'Arrêt. En effet, au début des ateliers, très rapidement, l'ossature et la dynamique a pris corps autour d'une personne détenue qui est restée dans la mémoire collective des plus anciennes :

« Ah oui, elle était bien, elle discutait avec tout le monde, passer au-dessus des clans, en plus elle allait voir les surveillantes dès qu'il se passait des choses »

Lors de nos observations, en début de programme, cette personne détenue notait l'ensemble des informations, faisait la synthèse, interpellait les unes et les autres.

« Oui, je suis devenu la mascotte de MdM ; ils m'ont aidée à être dans la continuité de ce que j'étais...J'avais eu la chance d'intervenir auprès des familles- 5 ans de bénévolat -, j'ai peut-être la chance d'avoir l'approche de l'être humain. J'ai appliqué la connaissance de l'être humain, cela m'a beaucoup aidé en prison. Cela m'a permis le dialogue avec tout le monde, car on ne peut pas oublier le cadre dans lequel on est. ... Evidemment, au vu de mon parcours professionnel, j'ai été un peu plus impliquée que les autres, je voulais que l'on soit toutes égales, on perd nos repères, nos familles sont dehors, j'avais envie d'être solidaire et ma solidarité a payé... »

Bien qu'à la fin de sa détention, la passation de relais s'est faite en direction de sa codétenue, en lui accordant ainsi une légitimité, cette dernière a eu du mal à assoir ce statut, l'amenant peu à peu à prendre du recul sur la démarche.

« ... s'être retrouvée toute seule à avoir ce rôle c'était compliqué. J'avais pas les épaules pour ni heu... Donc du coup j'ai longtemps réfléchi et puis oui j'ai fini par prendre ce recul et tout en sachant pas si c'était définitif ou pas. Et ça m'embêtait vraiment parce que depuis le départ j'étais là et j'aurai bien aimé que les choses elles évoluent. Et en plus la plupart des démarches qu'on a fait c'est même pas spécialement personnel, c'est plus avant tout pour les autres, comme le bon de circulation moi perso je vais jamais à l'USCA donc c'était plus avant tout pour elles justement qui avaient ce truc de se retrouver enfermées, de stress, de manque de confidentialité, etc. la démarche était avant tout pour les autres, donc du coup c'était dommage. Donc on a perdu un petit peu de temps je trouve, mais il est pas trop tard, il reste un an donc on peut encore... faire beaucoup de choses...j'étais un peu relaie, donc de MdM. Ensuite j'ai eu une période où j'ai un petit peu arrêté. Arrêté par rapport à un conflit par rapport à certaines détenues, donc du coup pour éviter le conflit j'ai préféré me... me retirer, enfin prendre du recul.Et donc du coup heu donc y'a eu une période où j'ai arrêté d'aller aux Médecins du monde, ce qui m'a embêté un petit peu mais bon... par rapport au conflit qu'il y avait avec certaines détenues je préférais, c'était mieux et puis de toute façon y'avais pas d'échange, y'avais pas d'entente donc du coup ça servait à rien, parce que c'est vrai que... le but c'était de faire avancer les choses, et y'a eu une période où y'a eu beaucoup d'arrivées, puis un gros changement, beaucoup de départ aussi, beaucoup d'anciennes qui sont parties, avec beaucoup de

nouvelles avec une mentalité un peu plus infantile, donc ouais ça a été assez compliqué. Mais maintenant ça commence à se restabiliser »

Cet extrait montre l'extrême complexité des interactions existantes entre personnes détenues, ainsi que les équilibres fragiles existants au sein du milieu carcéral (en raison d'arrivée, de départ, d'un changement de surveillant, par exemple). Si à la suite de cette personne, d'autres ont pris le relais, elles disposent en général, d'un certain nombre de critères identiques : âgée entre 40 et 50 ans, échangeant tant avec les personnes détenues qu'avec les surveillants. Certaines d'entre elles jouant ainsi le rôle de « maman » auprès des plus jeunes, elles essaient aussi d'apaiser les différents conflits. Cette question du « relais » ou leader positif apparaît donc comme un élément structurant aussi la démarche, qui favorise son implantation et permet aussi une diffusion de l'information au sein de l'établissement. Toutefois, nous pouvons aussi nous interroger si cette posture de relais/leader n'est pas non plus une forme de stratégie d'être reconnue comme « une bonne détenue » auprès de l'administration. Croisant l'une de ses relaiées à la suite d'un entretien, celle-ci m'interpella de la façon suivante :

« Alors, Eric, mes détenues ont bien répondu à toutes tes questions ? »

Si bien évidemment, ce positionnement de leader est pertinent et se réalise d'une manière implicite, nous voyons cependant apparaître des postures plus complexes qu'il resterait à mieux identifier. Dans le cas du Centre de Détention, des enjeux ont pu aussi apparaître mais d'ordre différent. En effet, c'est beaucoup plus le lien ici avec les surveillants qui a pu être questionné auprès d'un des leaders.

« Oui, j'ai arrêté, j'avais trop de fouilles dans ma cellule, & tu te rends compte...J'ai fait effectivement le lien, beaucoup de surveillants m'avaient dit : arrête MdM, cela ne sert à rien. Tu te fais trop voir ! Ah oui, là je pense que dès le début, il fallait associer les surveillants »

De fait, le positionnement des relais/leader peut apparaître complexe dans les positionnements tant vis-à-vis des autres personnes détenues, de la démarche elle-même, que des surveillants.⁵⁰

Mémoire individuelle et collective, élément central de la démarche

Comme nous l'avons vu, au regard de la nature des sites, les groupes de personnes détenues peuvent varier dans leur composition, soit en raison de turn-over propre à une maison d'arrêt, soit en raison de départ (fin de détention, transfert dans un autre établissement, ...), tout comme les professionnels peuvent eux-mêmes changer de poste, d'établissement. Si pour ces derniers, différents rappels de l'histoire du programme peuvent être faits assez aisément, la problématique auprès des personnes détenues prend ici une toute autre forme.

⁵⁰ Il n'est cependant pas question ici de « détenues pairs ou d'éducateurs pairs détenues ». Cette dénomination renvoie à des dispositifs particuliers, comme par exemple : les co-détenus de soutien de la Croix-Rouge. Ces derniers sont formés pour repérer les signes de risques suicidaires et apporter écoute et soutien à ces personnes détenues. Dans le cas présent, nous nous situons bien dans la dynamique du « leader-relais » inséré dans un collectif.

En effet, il apparaît nécessaire auprès des personnes détenues d'inscrire cette démarche dans une histoire et une mémoire collective, afin de donner une trame narrative au processus en cours. Cet aspect prend notamment ici toute son importance dans le cadre de la maison d'arrêt où les arrivées et départs peuvent être plus fréquents. Comme le soulignent de nombreuses détenues à leur arrivée :

« A quoi ça sert, on aura jamais rien ? » On a rien de ce que l'on a demandé ? Et puis de toute façon, rien ne bouge ».

« Médecins du Monde, je croyais que c'était obligatoire, donc je suis venue...La surveillante m'a demandée si je voulais y aller, ...les autres personnes détenues aussi, bon c'est après que j'ai découvert ce que c'était...Et c'est pas mal ! »

De fait, les personnes peuvent être interrogatives sur le bien-fondé de la démarche, alors que par ailleurs, certaines réalisations et/ou améliorations ont été réalisés ou sont en cours de discussion. Il apparaît essentiel de « **travailler, réfléchir** » avec les personnes sur le maintien de ce lien, sur l'histoire collective à la fois pour soutenir un sentiment d'appartenance à une histoire commune, mais bien aussi dans l'hypothèse où les intervenants peuvent aussi quitter le programme. Comme le souligne la coordinatrice générale de MdM Nantes : « *Je dis cela en plaisantant, mais, il serait nécessaire que l'on mette une plaque sur le lieu où on a souhaité l'installation d'une machine à laver* ».

Ce rappel à l'histoire, appelant la construction d'une mémoire collective est fait aussi par les femmes :

« Ben oui, on leur dit (aux autres femmes) qu'avant MdM, il n'y avait rien, mais que maintenant, on a fait des choses : le livret d'accueil, l'accès au terrain de sport, etc..., ce n'est pas rien, il a fallu discuter, se battre, faire, bref, ce n'est pas rien, et il faut y aller ».

Il est bien question ici de « **laisser des traces** » visibles et tangibles auprès des groupes, dépassant la nécessaire inscription sur des documents « *réalisés par et pour des personnes détenues* ». D'une certaine façon, il apparaît utile de créer une fonction « **grimoire** » au sein des ateliers, et du programme lui-même.

VII - LES EFFETS DE LA DEMARCHE SUR L'ENVIRONNEMENT

La démarche communautaire ne vise pas uniquement le développement d'un « pouvoir d'agir des populations » -en l'occurrence ici les personnes détenues – mais implique aussi de produire des changements soient organisationnelles, soit liées à des pratiques professionnelles visant à terme l'amélioration de la santé. Dans le cas présent, nous donnerons ici les principaux effets perçus par les différents acteurs du programme, au travers de certaines réalisations et ce sur la durée du programme en les intégrant afin dans offrir une autre lecture dans les axes de la Charte d'Ottawa de promotion de la santé.

Réorientation des services de santé

Les réalisations proposées par les personnes détenues (journal santé, requête imagée, ...) visent explicitement l'amélioration des connaissances sur la santé (et le système de santé interne), et le rapport des personnes détenues aux professionnels de santé, dès lors qu'ils n'ont pas les possibilités (barrière de la langue, retrait social) d'exprimer leur attente auprès d'eux. Ainsi, ces stratégies développées par les personnes détenues visent à lutter contre le « non-recours » à la santé. Il est important de soulever ici l'acceptation progressive par l'administration et les professionnels de santé de ces « nouveaux outils » et de leur pertinence⁵¹.

De même, si **les rencontres avec les professionnels de santé** jouent un rôle clef dans l'appréhension par les personnes détenues des problématiques rencontrées par ces derniers, elles ne sont pas sans incidence sur la perception des professionnels eux-mêmes.

*« D'aller plus vers l'autre, et ce en dépassant le rapport soignant/patient » ;
« Cela permet d'avoir aussi un autre regard, une meilleure connaissance de leur réalité ». Infirmière CD/MAF*

« On va vers eux, au plus près, c'est pas un lieu que l'on connaît plus qu'eux, c'est eux qui le connaissent... On n'a pas nos repères, on n'est pas dans un lieu de soins, on vient sur un cadre qui n'est pas porté par nous, c'est un outil d'échange... Je découvre... Je pouvais globalement voir comment cela fonctionnait au point de vue de nos services, cela remet les choses en mouvement, c'est utile ».

« Moi, je n'ai pas ce lien de proximité avec les personnes comme Mdm l'a et c'est essentiel pour répondre aux attentes »

Ces rencontres peuvent aussi impliquer **des changements dans l'organisation du travail et/ou de valorisation du rôle de prévention**⁵². Ainsi, comme le souligne, une infirmière de la Maison d'Arrêt des Femmes.

« Oui, là par exemple, c'est intéressant, les femmes évoquaient un frein concernant les horaires pas adaptés à leur traitement et à leur réalité, on en a

⁵¹ Pour le journal de la santé, l'administration a accepté de prendre en charge le coût de sa réalisation et de faciliter sa diffusion au sein des bâtiments par un binôme Médecins du monde -personne détenue.

⁵² Comme le soulève le Médecin Responsable de l'UCSA : « Nos actions de prévention, c'est quelque chose que l'on ne valorise pas assez »

discuté entre nous, et puis on a changé. Mais encore fallait-il qu'on le sache pour améliorer les choses, c'est vraiment l'intérêt de ces rencontres avec elles ».

Ou au Centre de Détention : « Sur la requête imagée, oui, c'était intéressant, cela complète avec un autre regard, sur ce que l'on a imaginé, on s'améliore aussi, on donne aussi notre point de vue ».

« A la suite d'une « pause santé », j'ai pu aussi expliquer aux femmes, qu'elles pouvaient aussi me rencontrer pour des conseils sur la prévention, je ne fais pas que donner des médicaments... 3 ou 4 sont venues me rencontrer après... »

De fait, si l'un des effets est bien l'amélioration des « prises en charge » autour de la santé à partir des propositions émises par les personnes détenues notamment, la démarche favorise aussi un changement progressif dans les pratiques des professionnels et une autre appréhension des ressources des personnes détenues. Ce « nouveau regard » est aussi dû au travail de MdM qui rencontre régulièrement les équipes médicales du Centre de Détention et de la Maison d'Arrêt des Femmes, pour informer des avancées du programme, solliciter les professionnels à venir sur des temps d'échange et/ou de prévention auprès des personnes détenues.

Elaboration de politiques pour la santé

Les propositions émises dans le cadre des ateliers peuvent aussi avoir un impact sur l'organisation d'un établissement pénitentiaire. Ainsi, nous donnons un exemple qui se situe à l'intersection de l'amélioration d'une politique de santé, de l'articulation entre plusieurs secteurs (justice/santé) et qui peut aussi s'inscrire durablement dans une politique publique. En ce sens, l'une des propositions émises dans un atelier de travail collectif a porté sur l'accessibilité à la **permission médicale**.

Comme le souligne un détenu :

« Alors là, la permission médicale, ça a été un mini-buzz ici, personne ne le savait, depuis qu'on a mis l'affiche, qu'on en a parlé dans le petit journal de la santé, les gens demandent, ils voulaient pas aller en extraction. Et ça permet à beaucoup de gens d'aller se faire soigner à l'extérieur, sans contrainte ça a porté »

Si cet extrait d'entretien montre une des formes de non-recours à un dispositif existant par **non-connaissance**, il illustre aussi le potentiel de la démarche de partir des préoccupations des personnes détenues et de trouver des modalités collectives de résolution de problèmes⁵³. Dans le cas présent, les préoccupations du groupe homme portaient initialement sur la question des « extractions médicales » qui reste -pour des raisons sécuritaires- un frein à l'accessibilité aux soins. Ainsi, un détenu souleva cette possibilité de « permission médicale » qui permet de rencontrer des professionnels de santé, en dehors de l'établissement et ce, sans avoir recours à une escorte.

Au-delà de cette dimension, l'octroi d'une permission médicale revêt ici un **caractère intersectoriel**, mêlant notamment le Juge d'Application des Peines et les services santé de

⁵³ Cette proposition de permission médicale a permis aussi dans un effet feed-back de renforcer le sentiment d'utilité sociale du groupe de personnes détenues au Centre de Détention.

l'établissement⁵⁴, et qui s'est inscrit durablement dans la politique du centre pénitentiaire de Nantes (Maison d'arrêt et Centre de détention).

Dans le cas présent, entre **mai 2016** (mois de publication du petit journal de la santé et des affiches au sein de l'établissement, évoquant les permissions) et **décembre 2017, 80 permissions** médicales ont été demandées par des personnes détenues (73 au Centre de Détention et 7 à la Maison d'Arrêt). Ce bilan chiffré est significatif, dès lors qu'avant mai 2016, aucune permission médicale n'était demandée.

Si ce résultat est le produit d'une interaction entre différents niveaux (collectif personne détenue, intersectorialité, pérennisation), la question des « permissions médicales » peut-être – au regard des résultats présentés – repris par d'autres établissements pénitentiaires et par les différents services de santé.

Focus : accompagnement des personnes par MdM lors des permissions médicales⁵⁵

Sur les 63 permissions médicales réalisées (sur 80 demandées), 15 personnes détenues ont été accompagnées par des membres de MdM entre juin 2016 et décembre 2017⁵⁶.

Informées par les affiches, les soignants, les personnes détenues ou lors des ateliers de Médecins du Monde (ateliers du jeudi ou Quartier des Arrivants), leur principale motivation à ce que leur rendez-vous soit réalisé en permission est la volonté de sortir dans un lieu public sans escorte et moyens de contraintes.

Les principaux motifs de demande des personnes détenues à un accompagnement MdM

- Volonté de sortir dans un lieu public sans escorte et moyens de contraintes.
- Difficulté de se repérer dans la ville et/ou dans l'hôpital (méconnaissance de la ville, difficultés pour lire, etc.)⁵⁷
- Besoin de médiation avec le corps médical
- Peur de ne pas savoir gérer la partie administrative

Les points saillants de ces accompagnements :

- Difficulté d'accès à ses papiers (attestation sécu, mutuelle, etc.)
- Difficulté de devoir dire aux admissions son statut de personne détenue (car pas de papier ou étiquettes trop vieilles)
- Problème lié à la mauvaise évaluation du temps de transport nécessaire (retard au rdv, retard au retour au CD, etc...)

⁵⁴ Les permissions médicales s'inscrivent dans le cadre légal des permissions de sortir qui visent notamment à préparer la réinsertion sociale et/ou professionnelles des personnes condamnées incarcérées. L'octroi de ces permissions est soumis à un certain nombre de critères. Pour plus de détails, voir le site de l'Observatoire International des Prisons : <http://www.oip.org/fiche-droits/les-autorisations-et-permissions-de-sortir/>

⁵⁵ Note réalisée par l'équipe MdM.

⁵⁶ Cet accompagnement proposé s'inscrivait aussi dans la dynamique du programme articulant « renoncement aux soins » et accessibilité aux soins externes à l'établissement pénitentiaire.

⁵⁷ L'expérience sensorielle de la sortie (présence de la foule, bruit, luminosité) perturbe les personnes détenues.

Création d'un environnement favorable à la santé

Nous situons ici plus particulièrement des propositions de « projets » qui se sont inscrites dans le cadre de la Maison d'Arrêt des femmes. Ces projets, « accessibilité aux terrains de sports » et « création d'un espace cuisine pour être ensemble, vivre ensemble et partager les compétences et ressources de chacune » ont été portés par les femmes en les réarticulant avec des questions de santé (et ses déterminants). Ainsi, l'accessibilité au terrain de sport entraine plus particulièrement dans l'appréhension que « *l'activité physique permet de se relaxer, d'évacuer le stress* », et qu'il permet aussi « *de pouvoir s'aérer, échanger, discuter avec les autres, d'avoir un espace plus ouvert que la cour de promenade* ». Entre juillet 2016 et juin 2017⁵⁸, des réflexions ont été menées entre les personnes détenues, les moniteurs sportifs et le 1^{er} surveillant-chef, sur les modalités d'accès au terrain (en raison de sa proximité avec la Maison d'Arrêt hommes) et sur les questions de responsabilisation individuelle de chacune d'entre elles. Dans le même registre, bien que de forme différente, la création d'un « espace cuisine » au sein de la détention s'inscrit ici plus particulièrement dans une dynamique d'amélioration du « vivre ensemble »⁵⁹⁶⁰.

Ces deux exemples s'inscrivent plus particulièrement **dans le second axe** de la charte d'Ottawa sur la nécessité de **créer des environnements favorables à la santé**⁶¹. Ils permettent l'ouverture « de nouveaux espaces » facilitant dans le cas présent l'accessibilité soit à une forme d'activités physiques et dans l'autre à une autre façon de « penser l'alimentation, et les relations inter-individuelles ».

Ces projets qui touchent ici plus particulièrement l'environnement des personnes détenues s'articulent aussi aux dynamiques entreprises sur les questions de l'accueil des nouvelles arrivantes au sein de la maison d'arrêt (notamment par la création d'un livret d'accueil réalisé par les femmes et traduits en plusieurs langues). De fait, une synergie se déroule - sous la forme d'un écosystème en construction- entre la démarche communautaire, action sur l'environnement, qualité de vie au travail, et responsabilisation individuelle et collective des personnes détenues.⁶²

⁵⁸ En juin 2017, les femmes ont pu accéder au terrain.

⁵⁹ Le 27 juin 2017, une réunion entre un groupe de personnes détenues (5 personnes), MdM, et 3 personnes de l'administration s'est déroulée. Cette réunion a permis de préciser les attendus de cet espace par les personnes détenues : « cuisiner en commun pour se découvrir » ; « pour partager ses compétences et connaissances ». Note de terrain. 3 réunions préparatoires entre personnes détenues et MdM s'étaient déroulées avant cette rencontre.

⁶⁰ Cet espace cuisine a reçu un accueil favorable. Certaines questions restaient cependant à discuter (présence ou non de surveillants, positionnement par rapport aux ustensiles).

⁶¹ Par le terme environnement, on considère l'environnement physique, social, politique. Cela signifie qu'il convient de prendre en compte les conditions de vie et d'environnement pour changer les comportements de santé, qui ne sont pas toujours choisis librement.

⁶² La question de la responsabilisation individuelle et collective se trouve fréquemment réinterrogée comme le souligne le 1er surveillant-chef, notamment sur l'accueil des nouvelles arrivantes - qui parfois peut être complexe selon les motifs d'incarcération : « *Oui, cela permet de les questionner elles-mêmes, il y a bien aussi l'idée d'un apaisement et de resituer les choses, de recadrer mais pas ici dans un sens péjoratif. C'est bien l'idée que toutes doivent s'occuper de toutes, et non une par rapport aux autres, elles ont chacune leurs petits cercles.*

Valorisation des professionnels dans leur fonction

Nous abordons ici un autre aspect de la démarche communautaire qui renvoie aux objectifs 2 et 3 du programme concernant plus particulièrement les professionnels de surveillance ainsi que ceux dédiés à **l'extraction médicale**. Il est important de préciser que la connaissance par les personnes détenues de ces axes de travail a permis aussi une forte adhésion au programme et à leur mobilisation.

Pour ces derniers, la venue de Médecins du Monde a été l'occasion de questionner leurs différentes pratiques professionnelles sur la durée de la prise en charge de la personne détenue⁶³ (au sein de l'établissement, posture pendant le déroulé de l'examen ainsi que le rapport avec la personne détenue)⁶⁴. Pour reprendre les propos tenus par le responsable :

« Le fait d'être venu vers nous dans une démarche d'aller-vers, de nous rencontrer, de nous comprendre a été un facteur clef dans le déroulement de cet accompagnement. ...Il n'y avait pas de jugement, et une bonne appréhension des problématiques de santé que l'on pouvait rencontrer ».

« Cela nous permet aussi d'améliorer la qualité de notre travail »

De fait, cette démarche de rencontre, permet aussi de valoriser le travail réalisé, et de prendre en compte les difficultés qui y sont attenantes (quelles sont les risques pour la santé de ces professionnels ; selon par exemple le type de maladie que peut avoir la personne ? Quelles postures adopter lorsque le patient se confie à eux, lors de l'annonce d'un grave problème de santé ? ...). Cette situation est aussi résumée par un des membres de l'équipe d'extraction :

« J'ai trouvé que c'était une démarche enrichissante, cela nous éclaire et nous rassure aussi sur des points que l'on ne voit pas toujours, ou sur des choses que l'on fait naturellement et qui ne sont peut-être pas adaptées tant pour la personne que pour nous d'ailleurs aussi »

Pour **les surveillants**, la prépondérance de leur rôle dans le quotidien des personnes détenues fait qu'ils se trouvent être leurs premiers interlocuteurs quant à des questions de santé (urgence, déplacements, ...). Cependant, ce rôle est plus particulièrement accru dans le cas de la Maison d'Arrêt⁶⁵ en raison des règles régissant la détention. Comme le soulevait en 2015, la 1^{ère} surveillante-chef :

⁶³ Après plusieurs rencontres avec le gradé responsable de l'équipe et 3 agents volontaires, deux formations ont été organisées pour l'ensemble de l'équipe (une portant sur les maladies infectieuses en février 2016, et une autre en avril 2016 sur les postures professionnelles).

⁶⁴ En accord avec l'administration, l'équipe de l'UCSA, l'équipe d'escorte, l'équipe MdM a pu accompagner des personnes détenues pendant leurs extractions, si celles-ci étaient demandeuses. Ainsi, entre novembre 2016 et décembre 2017, 11 accompagnements ont pu être réalisés. Les demandes d'accompagnement étaient motivées par les personnes détenues soit par un besoin de réassurance (au regard des moyens visibles de contraintes), soit en raison de souci avec une équipe d'escorte précédente ou pour assurer un rôle de médiation avec le personnel hospitalier.

⁶⁵ Dans le cadre du Centre de Détention, l'implantation de la démarche a moins interpellé directement le quotidien des surveillants. Cependant, une démarche d'aller vers a été organisée en décembre 2016 en participant à 9 rapports de détention (briefing réunissant notamment les 1^{ers} surveillants et les surveillants d'étage) afin d'explicitier les objectifs du programme, le sens de la démarche communautaire, ... A cette occasion,

« La détention est difficile quand on y travaille et difficile à vivre pour la personne incarcérée ».

De fait, si la démarche en Maison d'Arrêt a pu susciter des interrogations de la part des surveillantes (*« quelle incidence sur notre travail ? Elles vont parler de nous ? »*) elle a permis tant à la fois de les mobiliser sur leurs différentes pratiques, au regard des propositions émises par les personnes détenues, mais bien aussi de **reconnaître** que leur exercice professionnel peut avoir un impact sur leur propre santé⁶⁶.

« Le fait que l'on prenne en compte ma santé, c'est super valorisant aussi, et cela évite à certains de dire, comme toujours c'est uniquement pour les détenues »
Une surveillante

De même tout en favorisant cette reconnaissance, le programme permet aussi de rapprocher le monde de la santé et de la pénitentiaire. Comme le souligne plusieurs rapports et professionnels de l'administration pénitentiaire : *« La santé et la pénitentiaire, c'est un fossé »* Cette articulation déficiente, selon les surveillantes peut se décliner notamment sur l'aspect de la contagion et des risques encourus tant pour elles ...que pour les personnes détenues⁶⁷.

« Il n'est pas rare que l'on demande des renseignements à ceux de la santé, sur le fait qu'il y ait contagion ou non, faut-il que nous portions des masques, faut-il isoler la personne, bref parfois on nous renvoie au secret médical, mais bon, c'est pas cela le problème, on demande pas de nom, il faut aussi que nous pensions à notre santé aussi, on est là au quotidien, et puis les détenues s'inquiètent aussi ».
Une surveillante⁶⁸

De fait, les relations initiales entre santé et pénitentiaire apparaissent tout d'abord comme source de tension, voire d'incompréhension et les différents temps d'échanges sur les questions de santé émises par les personnes détenues ont permis aussi de clarifier les postures professionnelles à adopter et d'améliorer les relations entre les différents corps professionnels. Ainsi, comme le souligne une infirmière qui vient régulièrement à la Maison d'Arrêt distribuer les médicaments.

« Bien sûr qu'il y a des différences dans l'accueil des surveillantes, mais ça c'est comme partout, mais je note aussi une amélioration dans notre accueil, y a plus d'attention à ce que l'on fait ».

ces professionnels ont pu évoquer leur questionnement sur les risques encourus pour leur santé, mais bien aussi l'interaction existante entre leur santé et celle des personnes détenues.

⁶⁶ Ces éléments ont pu être soulevés dans le cadre des « samedi d'en parler », temps de rencontre entre l'équipe des surveillantes et MdM. Ces moments sont aussi l'occasion de présenter la démarche. 3 « samedi d'en parler » ont été réalisés, en 2016 et 2017.

⁶⁷ La contagion est fréquemment évoquée aussi par les personnes détenues (*j'ai appris que...quel risque pour moi, que faut-il faire ?*) ou peut aussi s'exprimer sous d'autres formes, mêlant rejet culturel et crainte de la souillure (Marie Douglas) : *« Moi, je ne veux pas manger ce qui est préparé ici, c'est des roms détenus qui font cela à la cuisine, qu'est-ce qu'ils mettent dedans, non non j'ai pas confiance »* Homme au quartier des arrivants, note de terrain, 2015.

⁶⁸ Les principales demandes portent sur les protocoles en cas de maladies infectieuses, la posture et les questions de santé mentale.

L'intérêt de cette démarche de valorisation des « rôles professionnels » est très bien illustré par les propos de cette surveillante en Maison d'Arrêt, montrant l'interaction entre santé, qualité de vie au travail, et amélioration des liens avec les personnes détenues.

« Moi, ce que je trouverai intéressant, c'est que l'on ait le même type de démarche que faite auprès des femmes, on voit bien quels intérêts elles y trouvent, elles construisent, bâtissent ensemble, bon c'est pas toujours simple, cela dépend des groupes bien sûr, mais bon, y a un enrichissement. On voit que cela les valorise...Et c'est super important ! ...Mais je vois aussi que si je suis en bonne santé, que je peux échanger, que les personnes sont bien, eh bien moi j'améliore aussi la qualité de mon travail, et je suis sûre que cela a des répercussions sur elles...Je pense même que – mais ça demande à être discuté bien sûr, si de temps en temps, on ne pourrait pas aller échanger avec elles ». Une surveillante.

Cette question de la qualité de vie au travail est bien aussi à mettre en rapport avec les personnes détenues et leur condition d'incarcération. Ainsi, l'incursion d'une démarche santé permet – par l'apaisement des détenues⁶⁹ -une meilleure perception des détenues et une amélioration de la qualité de vie au travail

« En discutant avec 3 détenues, l'une d'entre elles était en colère, l'une des relais a dit « stop, on en a discuté avec Médecins du Monde » de fait, la tension a baissé. Pour certaines, elles se sont découvert une fonction de médiatrice, pour temporiser les choses, prendre du recul ». 1ère surveillante-chef

Conclusion : la démarche communautaire comme levier de changement

La démarche communautaire produit à partir de projets portés par les personnes détenues notamment, des **mobilisations** des différents corps professionnels, avec l'appui de la direction et des services de santé, et ce même si par ailleurs, des contraintes temporelles (liés aux conditions de travail) peuvent entraîner des décalages entre la formulation de la demande, la ou les rencontres et les réalisations à entreprendre. Sans que la liste ne soit exhaustive, durant ces 3 années de programme, des spécialistes de santé (dentiste, ophtalmologiste, psychiatre, psychologue, médecins...), des infirmière.e.s., des moniteurs sportifs ainsi que des surveillants et cadre de l'administration pénitentiaire ont participé à différents temps. De même, elle favorise le **décloisonnement et l'intersectorialité** autour de l'amélioration de la santé des personnes détenues et contribuent selon les projets à créer des environnements favorables à la santé, renforcer l'information et/ou inscrire certains points dans la politique de l'établissement. Ces éléments sont dus à plusieurs facteurs : le premier concerne avant tout la présence d'un tiers, en l'occurrence ici MdM, qui prend à la fois en compte les problématiques et contraintes spécifiques de chaque partie prenante (personnes détenues, administration, professionnels de surveillance, de la santé) mais qui **valorise l'ensemble** des compétences et les ressources tant des personnes détenues que des professionnels. Cette prise en compte est fréquemment évoquée au travers du terme « **aller-**

⁶⁹ Le terme d'apaisement ne doit pas être pris dans le sens du « contrôle », mais bien dans le sens d'une amélioration de la santé et de la diminution du stress lié à l'incarcération.

vers ». Le second qui permet cette « possibilité » est notamment dans le cadre des rencontres entre les différents corps professionnels et personne détenue, de la préparation antérieure qui a été effectuée. Si certains professionnels ont pu exprimer certaines craintes : « *Je n’y vais pas forcément rassurer, oui, j’ai quelques craintes, de quelle façon on va être reçu, il peut y avoir aussi du jugement* », celles-ci sont dissipées car une préparation antérieure a été réalisée⁷⁰. Ainsi, comme le soulève la coordinatrice du programme

« Oui, quand je suis dans ces réunions, je suis garante du cadre, je veille aussi à ce que chacun puisse s’exprimer et qu’il n’y ait pas de malaise sur les positionnements des uns et des autres ».

Le troisième facteur qui permet de faciliter ces mobilisations et décloisonnements, est la démarche de **co-construction** entreprise :

« Le fait que les projets prennent le temps et que s’ils se construisent doucement, permet à chacun de trouver son tempo, selon son secteur de compétence, sa hiérarchie, ses cadres, les textes, ainsi de suite.... Chacun voit où avance l’autre, dire là c’est possible ou là non, d’évaluer les conséquences, parce qu’il y a des choses que l’on ne voit pas »⁷¹ 1^{er} surveillant-chef

Au-delà de ces éléments, l’un des autres effets de la démarche pris ici dans sa globalité est d’avoir instauré et légitimé **3 types d’espace** au sein de l’univers carcéral. Ainsi, nous pouvons identifier :

1 - Espace de recueil des besoins, de mobilisation et d’élaboration de stratégie collective : L’atelier collectif, pivot de la démarche.

2-Espace d’échange « de représentations » : lieu d’échange de savoirs entre professionnels de santé notamment et personnes détenues.

3-Espace de négociation : Ce troisième espace est celui de la négociation. Il concerne plus particulièrement les rencontres avec la direction, les personnes détenues et Médecins du Monde.

La création de ces espaces et les processus en œuvre, permettent de réinterroger plus particulièrement la place des personnes détenues dans la vie de l’établissement. Comme le souligne l’une d’entre elles :

« y a des choses qui se sont faites que l’on n’aurait jamais cru. Y a des choses que l’on a le droit sans le savoir, et si c’est bien présenté, il n’y a pas de raison qu’on nous dise non ».

Ainsi, la démarche permet de légitimer ces aspects, tant auprès des différents professionnels et administration⁷², que des personnes détenues associées à l’ensemble du processus (comprenant le temps d’atelier collectif, la recherche de solutions, les rencontres avec les professionnels et/ou l’administration) :

⁷⁰ Cependant, le rappel du cadre et du sens de la démarche doit aussi être précisé afin d’éviter toute ambiguïté.

⁷¹ Les temps de co-construction et de réalisations des projets -bien que nécessaire selon les situations – peuvent aussi avoir un impact négatif sur la motivation et l’investissement des personnes détenues, ce qui à terme peut aussi toucher à la crédibilité de l’accompagnement proposé.

⁷² Ainsi, en décembre, à la Maison d’Arrêt des femmes, des élections ont été organisées pour élire des représentantes afin de suivre l’évolution du projet cuisine avec l’AP.

« Y'a le climat de confiance, chaque entretien avec les gradés, y a toujours une détenue, et le fait que les détenues présentent le projet, c'est crédible pour les autres détenues. MDM pourrait nous dire ce qu'ils veulent aussi... ». Une femme détenue

VIII- PERSPECTIVES DE GENERALISATION : TRANSFERABILITE

Nous venons de voir, à partir de la réalisation et l'implantation d'ateliers collectifs au sein de la Maison d'Arrêt des Femmes et au Centre de Détenation Homme, les effets produits tant sur le plan de leur santé, que sur l'environnement. Avant de proposer certains traits caractéristiques pouvant à partir de ce programme expérimental, favoriser une nouvelle implantation dans d'autres établissements, il est nécessaire de resituer cette expérimentation dans un cadre plus général de réflexions pouvant donner des points d'appui pour d'autres porteurs de programmes.

Apport novateur de la démarche communautaire en milieu pénitentiaire

L'aspect novateur réside avant tout dans **la visée de transformation sociale** – qui est au cœur des démarches communautaires. Dans le cas présent, si celle-ci met au cœur du processus, l'expertise des personnes détenues, elle se différencie des démarches d'éducation pour la santé qui visent avant tout, des changements de comportements individuels et qui sont encore prégnantes dans le développement d'actions au sein du milieu carcéral en France. Se situant dans le 3^{ème} axe de la Charte d'Ottawa, les interactions produites montrent aussi l'influence, qu'elle peut avoir sur la réorientation des services de santé (par des actions sur le non-recours notamment) ; le développement des compétences individuelles, l'amélioration des milieux de vie et l'intersectorialité. Si la nature des actions proposées peut apparaître d'ordre micro, elle s'inscrit bien comme une réponse à des besoins et des attentes liées à l'expérience carcérale des personnes détenues et à l'amélioration de leur condition de vie. De même, cette démarche n'en constitue pas moins un atout pour faire « bouger des lignes », en réunissant différents corps professionnels autour d'un « *projet voulu et discuté par, avec et pour les personnes détenues* ». **Cette alliance** entre professionnels et personnes détenues est cependant rendue possible tant par l'intervention d'un tiers - MDM - que par le partage de « préoccupations communes » mises ainsi en évidence au travers des propositions des personnes détenues. Ainsi, la question du non-recours aux soins, l'amélioration du bien-être⁷³ par exemple sont des éléments qui interpellent – selon leur domaine de compétences et de responsabilité - les différents acteurs du milieu carcéral. La démarche permet ainsi de trouver des « dénominateurs communs » pour fédérer les différents groupes de personnes et les professionnels, évitant ainsi une approche en silo. Nous donnons ici un exemple d'idée et d'approche globale imaginé par le groupe des hommes détenus, lors de nos entretiens en novembre 2016 et 2017⁷⁴.

⁷³ Cette « notion » relative du bien-être en milieu carcéral peut recouvrir plusieurs sens : éviter les tentatives de suicide et les suicides en prison ; vivre mieux son incarcération ; améliorer la qualité des relations entre personnes détenues et professionnels, améliorer les relations entre personnes détenues, ...

⁷⁴ Cet aspect a été soulevé dans les deux groupes. L'idée n'avait pas été poursuivie car d'autres thématiques avaient parallèlement émergé.

« Ben oui, on a plein d'idées. Tenez par exemple, la bouffe, dans certains bâtiments, on livre la bouffe, les mecs, ils la prennent même pas, ils la balancent par la fenêtre ! Quel gâchis pour tout le monde ! Les surveillants sont dégoutés, faut ramasser après, les mecs se plaignent, et ça coûte un fric fou » Un autre détenu : ouais, là on pourrait bosser avec l'administration, travailler sur les menus voir avec les infirmières sur l'alimentation, le cantinage, voir ce que l'on peut faire, travailler sur le gâchis. Comme cela on peut faire des économies, et on investit dans d'autres choses ! Ouais, mais là, on améliore tout, et le fric, c'est important ! »

Cet exemple montre l'interaction possible autour d'une problématique commune et/ou d'un dénominateur commun. Cependant, cet aspect « novateur » peut rencontrer différentes difficultés auprès notamment de « *financeurs et politiques publiques, notamment de santé* ». En effet, l'implantation d'atelier collectif ne permet pas **dans un premier temps** de donner un « *objectif mesurable et précis* » en termes d'amélioration de la santé (par exemple : diminution de la consommation de tabac) et/ou de changement dans l'environnement. En effet, selon la composition du groupe de personnes détenues, leur parcours de vie et leur parcours de détention, le contexte de l'établissement, il serait contreproductif d'indiquer un tel objectif de santé publique, au risque d'ailleurs de dénaturer la démarche elle-même. Ainsi, il convient bien de dire que ces ateliers sont aussi source de développement de compétences en santé, et de soulever **la complémentarité** de la démarche communautaire avec d'autres leviers, comme par exemple des programmes existants sur la prévention au sein des établissements pénitentiaires et/ou l'amélioration des conditions de vie des personnes détenues, par la mise en exergue de « points non visibles » par les professionnels. De fait, ces ateliers -sous la forme communautaire proposée dans le cadre du programme - peuvent être considérés comme des « **sas** » faisant l'articulation entre professionnels et personnes détenues. Dans ce prolongement, de futurs porteurs de programme peuvent aussi -comme l'a montré ce programme - plaider pour l'intérêt d'intégrer au sein des établissements pénitentiaires des « **espaces** », des « **lieux tiers** », des « **lieux collectifs** » où les personnes détenues peuvent échanger, discuter, vivre une expérience collective, se rencontrer et discuter, faire et agir pour et sur la santé. Ces lieux – qui sont vecteurs de changement social et d'effets sur la santé tant sur le point de vue individuel que structurel – sont aussi des « *espaces de sens et de création de lien social* ».

Au-delà de sa visée de transformation sociale, la démarche montre l'importance, la nécessité et **la pertinence de favoriser et/ou de créer les conditions favorables à la participation des publics (tant à la fois comme un processus d'émancipation, mais aussi comme un moyen)**⁷⁵. Ainsi, créer ces conditions, et la démarche le permet, au sein du milieu carcéral, permet aussi de rejoindre un courant plus profond, traversant l'ensemble des sociétés démocratiques, celui d'un désir des citoyens à « *être mieux associés et mieux informés* » aux décisions qui les concernent. Il est bien question ici d'une démocratie en santé⁷⁶, qui ne se résume cependant pas uniquement aux politiques de santé. Cependant, cette « culture de la participation » reste encore à ce jour peu développée en milieu carcéral, tant pour les personnes détenues que par l'ensemble des professionnels et il apparaît

⁷⁵ Afin de dépasser la dichotomie entre participation comme moyen (utilitariste), et participation - empowerment, G. Campagné, D. Houéto, Douiller A. proposent de développer l'idée d'une « participation comme processus politique ». Voir chapitre 14 : Enjeu démocratique de la participation en promotion de la santé, pp 331-362, Manuel de promotion de la santé, 2017.

⁷⁶ K. Lefeuvre, R. Ollivier (dir), La démocratie en santé en question(s), 2018, presses de l'EHESP, 136 p.

nécessaire de construire cette « culture ». Ainsi, la création de questionnaire qualité quant à l'accueil dans les différents services (de santé ou autre au sein d'un établissement) ; la mise en œuvre de réunions collectives au sein de chaque bâtiment, mettre des boîtes à idées (comme le proposent les personnes détenues), la réalisation de word café⁷⁷ réunissant surveillants, professionnels de santé, administration peuvent être des bons leviers pour développer une culture « participative »⁷⁸.

Dimension temporelle

Les caractéristiques du milieu carcéral, tout comme celles de la démarche communautaire entreprise au travers du programme MDM nécessite de prendre en compte le **facteur du temps**. Comme le souligne la coordinatrice générale MDM :

« Nous avons sous-estimé le temps, 3 ans de programme c'est effectivement trop court, se familiariser avec le milieu, son fonctionnement, les délais, ... ».

Ou les personnes détenues, elles-mêmes :

« Oui, c'est intéressant, nécessaire mais bon le temps ici c'est long, le temps de faire, de convaincre, et puis après que tout se mette en route, ben là, faut s'accrocher et y croire ».

Ces remarques rejoignent l'ensemble de la littérature scientifique et expériences et programmes réalisés en milieu carcéral. De fait, l'implantation de programme basé sur une démarche communautaire devrait être sur une durée minimale **de 6 ans (ou deux fois 3 ans)**. Cette durée semble essentielle à la fois pour mobiliser peu à peu les personnes détenues et les professionnels, inscrire la démarche dans les pratiques quotidiennes, et évaluer les effets à long terme sur la santé (tant sur les individus que sur les organisations). Cette durée renvoie aussi au fait que la démarche communautaire n'est pas un « **programme clef en main** ». Elle se construit dans le temps au gré des problématiques émergentes, des propositions émises qui peuvent dans leur réalisation rencontrer les contraintes des professionnels (surcharge de travail, manque d'effectif) qui peuvent voir leur implication limitée et ce malgré leur intérêt, ou mobiliser plusieurs domaines d'intervention (par exemple : l'organisation des soins, le soir et le week-end interpelle tant le CHU, les surveillants, les questions de sécurité). Il est donc nécessaire d'avoir un « **continuum** » dans le programme afin d'éviter un délitement de la démarche. Cet aspect renvoie plus particulièrement ici aux modalités de financements tant de la promotion de la santé d'une façon générale que ceux accordées à des programmes en milieu carcéral.

⁷⁷ Une expérience a été menée en Espagne sur cet aspect : <https://www.youtube.com/watch?v=CSao5fDIQ9s>

⁷⁸ Cette question de la culture participative peut aussi s'articuler dans les relations patients-soignants. De même, si la participation est un point clef de toute démarche visant à l'autonomie des personnes, il convient aussi de trouver un équilibre entre « participation » et « injonction à la participation ».

TRANSFERABILITE

Comme nous l'avons indiqué dans le chapitre II, les questions de transférabilité ont été intégrées et ce dès le début du programme de recherche dans les réflexions portées auprès des différents acteurs du programme (personnes détenues, MdM, administration, professionnels de santé et de surveillances).

Les réflexions suivantes reprennent cependant une trame générale : est-ce que ce type de programme est transférable à d'autres établissements pénitentiaires ? A quelles conditions et est-ce que cela reproduirait les mêmes effets ? Il nous paraît nécessaire ici de parler plus précisément de « **logiques d'intervention** », sous-jacente à la démarche communautaire appliquée au milieu carcéral et de nous interroger plus particulièrement sur les questions de processus mis en œuvre.

En effet, pour illustrer notre propos, ce n'est pas tant la question de la création d'un journal santé qui importe -même si par ailleurs, il a pu produire des effets en termes d'information des autres personnes détenues- mais bien plutôt les processus qui ont permis son émergence⁷⁹. De même dans le cas de la Maison d'Arrêt pour Femmes, ce qui compte – en vue d'une transférabilité - n'est pas tant l'accessibilité aux terrains de sports (qui bien entendu joue un rôle sur leur santé et leur bien-être), mais bien l'articulation entre ce qui a émergé au sein de l'atelier collectif, puis la mobilisation de différents corps professionnels (intersectorialité), et l'aval de l'administration qui a permis de rendre cet accès possible.

Sur un point de vue général, toutes les personnes rencontrées s'accordent à dire que cette démarche peut être « transférée » dans d'autres établissements pénitentiaires. Cependant, les raisons peuvent être diverses. D'une part, pour les personnes détenues, cela consisterait à faire « **valoir leur droit, notamment celui de la santé et de l'expression** », comme le souligne un détenu « *Moi, j'ai été à (...), ils ont un comité de détenu, on pouvait parler de santé* » ou un autre « *Pour faire de la santé, un droit et en faciliter l'accès* ». Pour les femmes détenues, c'est tant la forme que le fond qui méritent d'être « transférés ». Ainsi, selon elles, l'intérêt de cette démarche serait aussi de porter un regard sur les conditions de détention des femmes et l'impact que leur détention a sur leur santé.

Pour **différents acteurs professionnels**, la démarche mériterait d'être reconduite dans d'autres établissements. Là aussi différentes formes peuvent intervenir : « *permettre l'intersectorialité, améliorer des choses que l'on ne voit pas ou ne sait pas, introduire un tiers favorisant le changement au sein de l'établissement, être au plus proche des préoccupations des personnes détenues* ».

Au-delà de ces points d'accord, il apparaît cependant nécessaire d'éclaircir auprès des différents acteurs, ce qu'est **la démarche communautaire**. En effet, celle-ci – bien que pratiquée par différentes associations et organismes - reste encore peu connue en France et nécessite des temps d'appropriation pour cerner toute sa portée et implication pratique. Dans le cadre du programme, les différents interlocuteurs (personne détenue, professionnels) l'ont ainsi appréhendée chemin faisant « *tout ce qui est communautaire, je ne connaissais pas, je découvre au fur et à mesure* ». De fait, il nous paraît nécessaire que le développement de nouveau programme dans d'autres établissements, soit soutenu **aussi par des informations, voire des formations** sur ce que représente cette démarche.

⁷⁹ De même, certaines prisons peuvent avoir déjà des journaux réalisés par et pour les personnes détenues.

Nous allons nous attarder dans un premier temps, sur les éléments structurants au programme lui-même puis à la suite sur le socle initial de la démarche, à savoir les ateliers collectifs, qui jouent un rôle central dans l'organisation générale du programme.

Sur le programme

Un critère indispensable : l'accord et le soutien de la direction

Ce critère a été un point déterminant de la démarche. La direction a été favorable au développement de ce programme, acceptant **le principe d'incertitude** liée aux résultats mais aussi en soutenant une démarche qui favorise la mobilisation des personnes détenues et valorise leur place sur les questions pouvant impacter leur santé (soutien à l'empowerment). Au-delà de cet accord, la direction a aussi soutenu l'intégration de l'équipe MdM au sein des sites ainsi qu'auprès des personnels de surveillance.

Etre porté par un « tiers » aux missions précises.

L'ONG Médecins du Monde s'est positionnée et a été positionnée comme un acteur « *ne représentant ni l'administration, ni les professionnels de santé* ». De fait, si ce positionnement a facilité l'adhésion à la démarche par les détenus « *C'est MDM qui peut faire bouger les choses en prison, ce n'est pas toi qui vas le faire en tant que détenu. Nous, on peut vous dire des choses, vous n'êtes pas des surveillants, ni un médecin, après vous faites le lien...*, » il a aussi constitué un point d'ancrage dans les réflexions entre professionnels. Ce positionnement⁸⁰ a été un atout pour évoquer tant l'impact des conditions de détention que des problématiques pouvant relever du lien avec les professionnels de santé. De même, comme l'indique MdM : *l'idée n'est pas de se substituer aux professionnels existants, comme l'UCSA, mais bien d'améliorer la situation et de favoriser l'accès aux droit commun* » a aussi contribué à l'implantation de la démarche⁸¹.

Implication des équipes médicales

Si l'accord de la direction reste un point d'ancrage indispensable et nécessaire, l'implication des équipes médicales est essentielle. De fait, si plusieurs professionnels ont été mobilisés, pour rencontrer les personnes détenues, développer des actions, ... il serait pertinent pour renforcer les dynamiques de créer un binôme médecin-infirmier.e constituant ainsi un pivot au sein du service de santé.

Un programme aux angles d'approches différents

L'intérêt du programme -et ce qui a constitué sa force – est de ne pas s'être limité aux seules personnes détenues mais bien aussi d'avoir défini des objectifs en direction des professionnels « hors professionnels médicaux », notamment les surveillants et l'équipe d'escorte. Comme le souligne un détenu : « *Il faut associer les surveillants le plus possible et le plus tôt possible, ils ont aussi des choses*

⁸⁰ Ce positionnement a aussi été un atout notamment dans les réunions du comité de suivi, créant ainsi des articulations entre les différentes parties prenantes. Ces comités de suivi peuvent aussi être considérés comme des espaces-tiers.

⁸¹ En ce sens, les actions d'éducation pour la santé (Pause santé, ...) ont été construites avec les professionnels de santé, tout en veillant à ce que l'animation soit portée par l'équipe MdM et que les apports « santé » soient donnés par les professionnels.

à dire sur la santé, leur santé, nous aussi d'ailleurs »⁸². Bien que la mise en œuvre – en direction des surveillants notamment – ait pu prendre plus de temps, son intérêt reste majeur dans l'articulation entre populations évoluant dans le même milieu de vie. De même, il est important au point de vue des personnes détenues de multiplier les différentes portes d'entrée dans la démarche. Si l'atelier constitue la base, celui-ci a été accompagné à la fois de dynamique individuelle (entretiens), et s'est aussi inscrit au plus près des lieux de vie des personnes détenues (autres bâtiments, quartier des arrivants).

Des logiques transversales : aller-vers et co-construire

Pour autant, si ces points constituent des éléments structurants, deux autres logiques d'intervention sont plus particulièrement intervenues. La première s'inscrit avant tout dans **une logique d'aller-vers**. Cet aller-vers a traversé la durée et l'ensemble du programme et ne s'est pas seulement développé auprès des personnes détenues, mais bien sur l'ensemble des professionnels. De fait, si cette dynamique transversale au programme a permis de tisser des liens de confiance entre les parties prenantes, elle a aussi contribué à renforcer une seconde logique, celle de la « **co-construction** » de projets, par la participation des professionnels et des personnes détenues. Ces deux logiques impliquent cependant une posture spécifique de l'intervenant qui doit intégrer les différentes temporalités et la place de chaque acteur.

Sur les ateliers collectifs

Le développement des différents effets que nous avons évoqué (Estime de soi, confiance en soi, développement de compétences sociales, ...) provient de différents facteurs qui restent « d'une certaine façon » un socle commun de la démarche et nous nous intéresserons ici **aux logiques sous-jacentes à cette dynamique** qui doivent être considérés comme un ensemble agissant en interaction au sein des ateliers.

Avoir une **visée de changement social**, et ce dans une démarche d'empowerment. Ainsi, l'enjeu des ateliers collectifs (mais un autre nom peut aussi être choisi) est bien d'appréhender collectivement des problématiques, de s'en saisir et de faire émerger des solutions. En ce sens, le travail de « conscientisation », de « formalisation », permet le développement d'un pouvoir d'agir sur sa santé, et sur l'environnement. Cette visée le distingue d'ateliers d'éducation pour la santé, pouvant viser par exemple à une meilleure prise en compte de son alimentation.

Favoriser « **la reconnaissance et l'usage de l'expertise de la personne détenue** » tant dans le choix des problématiques de santé retenues, que dans les modalités de résolution collective de problèmes. Cet élément est indissociable de la reconnaissance sociale, et du sentiment d'utilité sociale. Le sens des termes utilisés – tant par les intervenants que par les personnes détenues – illustre bien cette dynamique : « *On ne peut rien faire sans vous, et vous, vous ne pouvez rien faire sans nous, car on connaît notre situation au quotidien* ».

Rendre ces ateliers « **libre-d'accès** » et **sans contrepartie**, donc **basés sur du volontariat à ces ateliers**. Ainsi, les personnes n'obtenaient aucune remise de peine en y participant, ni avantage spécifique (si ce n'est un café). Si ce « libre-accès » peut être une contrainte pour les intervenants dans ces ateliers,

⁸² Cette remarque d'associer les surveillants renvoie aux préconisations développées dans le cadre des prisons promotrice de santé, et apparaît comme l'un des critères d'efficacité de programme.

notamment en termes de suivi, voire de ré-explication de la démarche, il s'avère que cet aspect demeure essentiel pour favoriser l'intérêt des personnes.

Utiliser des **méthodes pédagogiques interactives**. Si la parole constitue le premier levier (par la verbalisation de problématiques), elle ne peut constituer le seul outil, certain.e.s peuvent se sentir désavantagé.e.s quant à son usage. De fait, l'équipe MdM a utilisé différentes techniques d'animation pour favoriser les échanges (photolangage, brainstorming, arbre du sommeil, jeux de rôles, histoire de la grenouille, ...) ⁸³.

Etre attentif à **la taille maximum** de ces groupes. Ainsi, un groupe dont la taille serait comprise entre 8 et 10 personnes (seuil maximal) favorise plus particulièrement le développement d'une synergie entre les personnes et les processus de conscientisation. Cet aspect renvoie aussi à la théorie des groupes restreints développée par Rogers ⁸⁴.

Permettre **la nécessaire stabilité** des équipes à suivre le programme dans sa totalité, et à développer un lien de confiance. De même, il est bien question de **l'adaptabilité** des professionnels, à partir des préoccupations des personnes, de les aider à les formuler, et de mettre les conditions (adaptabilité, acceptabilité) en place pour que les projets puissent se réaliser. Ainsi, il est bien aussi question de la nécessité d'être formé à ce qu'est la démarche communautaire. Dans le cas présent, il serait plus pertinent de parler non d'intervenants, mais bien **d'accompagnateur de** la démarche et des personnes. Cet accompagnement joue aussi un rôle important dans les processus de feed-back des projets en cours de réalisation.

Cependant **les différents effets que nous avons cités, et les logiques que nous avons identifiées, ne peuvent suffire à expliquer** ses différents résultats. Ainsi, il faut noter que la démarche doit aussi favoriser, **l'ouverture des ateliers à différents professionnels** (santé ou autre). Cet aspect comme nous l'avons vu, joue tant sur l'interconnaissance avec les personnes détenues, qu'un rôle déterminant dans les changements de représentation que ces derniers ont sur les professionnels. De fait, **la création d'espace de rencontre** entre ces différents acteurs s'avère un élément clef dans les dynamiques communautaires, elles entraînent ainsi un sentiment de valorisation essentielle et une mise à plat des représentations sociales et des problématiques tant du côté des personnes détenues que des professionnels investis. L'ouverture de ces « espaces » de rencontre entre professionnels et personnes détenues nécessite cependant d'être préparée pour offrir un cadre sécurisant pour les uns et pour les autres.

Bien qu'indépendant des ateliers, la démarche d'aller-vers qui a recouvert plusieurs formes (promenade chez les femmes, rencontre dans divers bâtiments au centre de détention) a joué aussi **un rôle dans la perception des personnes détenues** sur l'intérêt de la démarche. Cet aller-vers a aussi permis d'offrir un autre mode de « participation » aux personnes détenues ne souhaitant pas intégrer soit les ateliers, et pour certains, d'intégrer les diverses activités proposées dans leur ensemble ⁸⁵.

⁸³ Voir : Douiller A., Garros B. (2012) 25 techniques d'animation pour promouvoir la santé, Brignais, Le Coudrier Editions. Citons aussi : SLOCUM Nikki, ELLIOTT Janice, HEESTERBEEK Sara. Méthodes participatives. Un guide pour l'utilisateur. Bruxelles : Fondation Roi Baudouin, 2006, 202 p.

⁸⁴ Rodgers C., Marc E., Le Bon D. (2006), Les groupes de rencontres. Animations et conduite de groupes, Paris InterEditions.

⁸⁵ Le programme Care Connexion en Belgique articule des démarches en cellule (Cellul'Air), en promenade (Pow-Wow), à la Bibliothèque (BiblioTakeCare) et souhaite inscrire un volet action communautaire pour renforcer son dispositif. Ainsi, le programme MdM englobe – à l'exception de la bibliothèque – ces 3 dimensions (individuel,

Transférable vers d'autres sites pénitentiaires ?

La démarche que nous avons analysée et dont nous avons donné en quelque sorte la « colonne vertébrale » peut-elle s'implanter dans d'autres établissements ? D'une façon globale, le développement d'ateliers collectifs -ou sous un autre nom- mais se basant sur les principes évoqués peut être réalisé dans d'autres établissements. Toutefois, il est important de s'interroger plus particulièrement sur l'élément de « **contexte** » de l'intervention. Dans le cas présent, cette implantation s'est inscrite dans un établissement où la singularité de la proposition MdM tranchait avec les partenariats déjà existants. Au même titre, la volonté était partagée tant du côté de l'administration pénitentiaire que du côté des services de santé, de se mettre en synergie -tout en respectant les champs de compétences de chacun – pour améliorer des points que la démarche mettrait à jour. De fait, les réceptions des demandes, voir leur accompagnement (et ce après discussions) ont été suivis ou sont en cours de négociation. Cependant, si nous ôtons cet élément lié au « contexte » (appui notamment) que nous venons de décrire, certaines propositions auraient pu ne pas se concrétiser, entraînant par un **effet cascade**, une démobilitation des personnes détenues s'étant investis dans la démarche. Bien que présenté ici sous une forme très causale (ce qui est rarement le cas dans la réalité), cet aspect est bien à prendre en compte dans les processus de transférabilité. Le second élément de contexte qui peut jouer un rôle à prendre en compte est bien celui de **la nature** de l'établissement. Dans le cas présent, l'implantation s'est faite sur la Maison d'Arrêt des Femmes et sur le Centre de Détention Homme. Comme nous l'avons indiqué, ces deux établissements disposent d'une morphologie sociale différente (taille, composition, règlementation, genre) et induisent des effets différents sur les personnes détenues ainsi que sur les formes des propositions qu'ils peuvent émettre (même si certaines peuvent se rejoindre – par exemple : le besoin d'une information adaptée). D'une certaine façon, cet élément de contexte⁸⁶ peut « jouer » ici sur les modalités d'intervention au regard de la population concernée. Le souhait émis par les différents professionnels que MdM intervienne au sein de la Maison d'Arrêt des Hommes⁸⁷ permettra de donner plus d'éléments concrets. Nous pouvons supposer qu'en raison de la surpopulation carcérale liée aux Maisons d'Arrêt, au turn-over plus fréquent, des adaptations dans l'intervention pourront être envisagées (prendre une unité de taille réduite, un étage, par exemple).

Au regard de l'ensemble de ces éléments qui apparaît plus ici comme un cadre de réflexion, la démarche communautaire peut s'inscrire plus particulièrement dans d'autres établissements avec un angle plus privilégié en direction des Centres de Détention (homme et femme) et dans les Maisons d'Arrêt femme.

Savoir partir et pérenniser le programme

Il nous paraît opportun aussi d'interpeller plus particulièrement la question de la pérennisation d'un programme fondé sur les principes de démarche communautaire. Cet aspect peut être questionné tant

collectif et lieu de vie). Comme le souligne V. Salienze, malgré leur volonté de « dupliquer ce dispositif », elle se trouve confrontée aux réalités différentes de chacune des prisons, nécessitant diverses adaptations. Voir son entretien dans Education Santé, N° 342, pp 4-7.

⁸⁶ Certaines personnes détenues soulevaient au regard de leur expérience, l'extrême hétérogénéité des établissements tant en termes de conditions de vie, de processus de participation à la vie collective que des rapports aux surveillants et professionnels de santé.

⁸⁷ Cette demande n'avait pu se concrétiser pendant la période expérimentale en raison du manque de ressources humaines et financières.

sur les questions de transférabilité dont nous avons vu l'importance de la fonction « du tiers » comme levier de changement, que pour les acteurs qui mettront en œuvre de futurs programmes. *En quelque sorte, le « tiers » doit-il envisager son départ, et ce paradoxalement dès le début du programme ?* Cette question n'est pas sans incidence sur les stratégies qui peuvent être mises en œuvre tant auprès des publics concernés que pour les professionnels qui agissent dans l'établissement. Ainsi, comme le souligne You (2017), le processus de pérennisation peut s'entendre par le maintien des activités d'un programme après l'arrêt de ses financements initiaux, par le maintien des bénéfices mesurables pour les individus ciblés ou par la capacité de la communauté à continuer de nouvelles actions. Cette question de la pérennisation a été notamment évoquée dans le cadre du comité de suivi en septembre 2017, par MdM alors que le volet expérimental du programme se terminait en décembre : *Faut-il continuer, au regard du temps long de mise en œuvre et que certains effets commençaient à être perçus ?* nous reproduisons ici l'une des réponses apportées par le directeur (rejoignant les avis des autres membres présents)

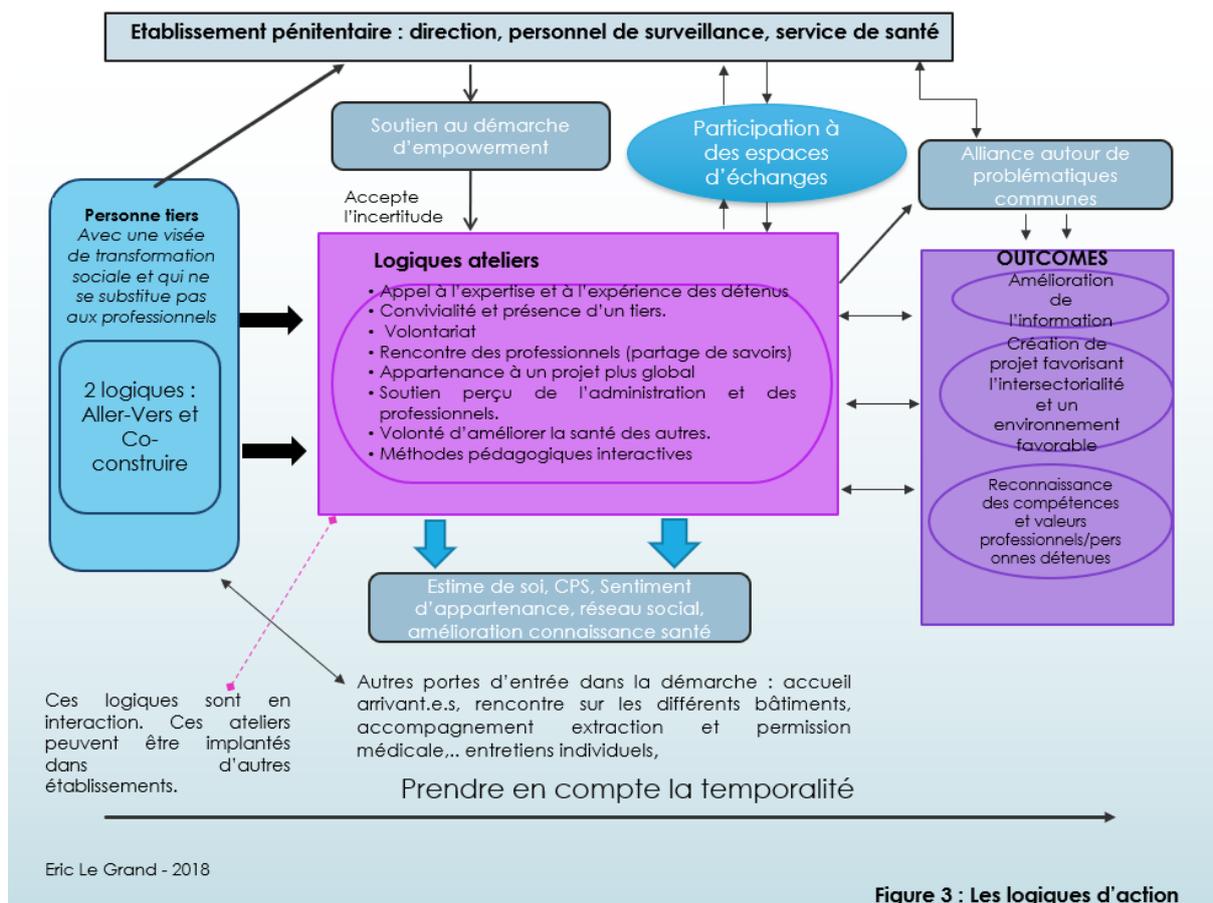
« Si vous partez maintenant, la dynamique que vous avez enclenchée, avec toute la lenteur de l'organisation, ainsi que le rapport aux détenues, va s'essouffler assez rapidement, et je crains que dans quelques mois, nous ayons eu une expérience intéressante, mais qui n'a pu se concrétiser et s'implanter durablement dans les pratiques ».

De fait, cette réflexion implique plusieurs critères spécifiques notamment dans le développement des processus d'autonomisation des groupes de personnes détenues, mais aussi dans les capacités collectives des professionnels à intégrer les dimensions du programme. Ainsi, sur le volet des personnes détenues, la question de leur autonomisation est à mettre en lien avec **la reconnaissance de leur légitimité**⁸⁸ à promouvoir une parole collective sur les questions de santé. Cet aspect peut constituer en soi un **objectif à atteindre** dont la forme peut cependant varier (associative, club, comité de détenues, ...). Sur le volet des professionnels, s'il peut être évoqué la question de la formation (à la démarche communautaire, aux déterminants de santé, ...), il est nécessaire aussi d'intégrer des stratégies de mobilisation et d'articulation entre les différents services pour assoir la démarche dès lors que le porteur initial n'est plus présent.

Nous proposons ci-après le cadre **des logiques d'actions** lors du programme expérimental, notamment auprès des personnes détenues.

⁸⁸ Cette question de la pérennisation des démarches communautaires fait partie du modèle CHOICE, élaboré par Rifkin (2003), sur des modalités qui doivent ou peuvent être mises en œuvre.

- Capacity building (développement des compétences)
- Human right (Droits de l'homme)
- Organizationnel Sustainability (durabilité de l'organisation mise en place)
- Institutional accountability (Responsabilité des institutions)
- Contribution (apportée par les populations concernées)
- Enable Environment (un environnement soutenant)



Cette figure esquisse une synthèse des différents éléments que nous avons évoqués précédemment. Ce schéma doit se lire comme un processus en évolution (c'est-à-dire qu'il n'est pas linéaire dans son développement). Il doit se lire de gauche à droite, en partant d'une personne-tiers ayant pour logique d'action (le aller-vers et la co-construction). Ces deux logiques s'inscrivent auprès des différents acteurs du programme et ce à des niveaux différents. Elles peuvent constituer un élément de transférabilité. Le terme « Logique d'atelier » reprend les fonctions ayant produit les effets auprès des personnes détenues. Comme le schéma, le décrit, ces effets sont aussi dus au soutien par les acteurs à la démarche d'empowerment (reconnaissance de l'expertise des personnes détenues), à la participation à des espaces d'échange. De même, la colonne de droite, illustre des effets qui agissent en inter-réciprocité entre les personnes détenues et les professionnels⁸⁹.

⁸⁹ Comme nous l'avons indiqué, le programme comporte aussi deux autres objectifs/axes. Ces deux objectifs empruntent aux mêmes logiques d'actions et ils interagissent en complémentarité et synergie.

IX- PERSPECTIVES POUR DES RECHERCHES FUTURES EN PROMOTION DE LA SANTE

Comme nous l'avons précisé, le champ de la recherche en sciences sociales et humaines en milieu carcéral couvre de nombreuses thématiques et approches⁹⁰ (architecture, pouvoir(s), travail des professionnels, personnes âgées détenues, question de genre,...), la recherche en promotion de la santé au sein de ce milieu de vie reste – en France - encore à développer pour améliorer les connaissances, renforcer la qualité des actions et programmes proposés par et pour les personnes incarcérées, et pour améliorer les différentes pratiques des professionnels exerçant au sein des établissements pénitentiaires. A partir du programme MDM et de la recherche développée au cours de ces 3 années, plusieurs pistes de réflexion peuvent être proposées.

Le premier objet de recherche concernerait avant tout de renforcer la connaissance sur le **développement des inégalités sociales de santé** au sein du milieu carcéral. S'il est établi que la grande majorité des personnes détenues appartient à des catégories socialement défavorisées (qui est loin d'être un public lui-même homogène dans ses parcours de vie et situation antérieure), le système carcéral dans son organisation et ses modalités de prise en charge (tant sanitaire, sociale, éducative, ...) peut aussi tendre à accroître les questions d'inégalités. Il apparaît important de s'interroger plus particulièrement sur la prise en compte ou non par les établissements et les professionnels de cette question. Ainsi, il est nécessaire d'intégrer les dimensions d'équité entre les personnes détenues, voir et ce dans le champ de la prévention et de la promotion de la santé appliquée à ce milieu de vie, des stratégies d'universalisme proportionné⁹¹.

Cette réflexion – sur les inégalités - est souvent au cœur des préoccupations des personnes détenues que nous avons pu rencontrer pendant cette recherche : « *Ben, tu vois comment je prends soin de ma santé, ben je bosse, donc je peux aussi cantiner et comme je sais cuisiner, je m'entretiens, y en a qui bosse pas, et c'est un peu la galère pour eux !* » ou un autre détenu « *Nous le faisons pour les autres, qui ne savent pas, ou qui n'ont pas eu de contacts avec la santé, y 'en a qui ne savent pas lire, c'est pour cela que l'on propose des requêtes imagées* ». Si effectivement, ces propos peuvent montrer des désavantages sociaux entre les personnes, l'un des autres axes de recherche et/ou amélioration des

⁹⁰ Voir aussi l'animation et l'organisation conjointe de séminaires de recherche « Sciences sociales et prisons » réalisés par la section française de l'Observatoire international des prisons (OIP) et l'Institut de recherches interdisciplinaires sur les enjeux sociaux (Iris). « Il s'agit de mener conjointement une réflexion sur les pratiques des acteurs qui travaillent dans et autour de la prison et les expériences des personnes détenues ; au cours du séminaire, cette réflexion sera imbriquée dans une discussion des enjeux qui mobilisent les sciences sociales sur la prison. Dans un dialogue entre recherche et pratiques, elles aborderont les institutions fermées par le prisme des rapports sociaux et politiques à l'œuvre, de l'échelle de l'expérience individuelle à l'intervention institutionnelle ». <https://prison.hypotheses.org/>

⁹¹ Un concept défini par Sir Michael Marmot dans son rapport établi à la demande du Ministère de la santé britannique (2010) : « Viser exclusivement les plus défavorisés ne réduira pas suffisamment les inégalités de santé. Pour aplanir la pente du gradient social, les actions doivent être universelles, mais avec une ampleur et une intensité proportionnelle au niveau de défaveur sociale. C'est ce que nous appelons l'universalisme proportionné » « Une société juste, des vies en santé : rapport critique et stratégique sur les inégalités de santé » "Fair Society, Healthy Lives : A Strategic Review of Health Inequalities in England Post.

connaissances pourrait être de renforcer, voire d'implanter **des programmes de littératie** en santé. Bien que ce concept ait évolué au cours de ces deux dernières décennies, la littératie se définit comme « *la capacité d'une personne, d'un milieu et d'une communauté à comprendre et à communiquer de l'information par le langage sur différents supports pour participer activement à la société dans différents contextes* »⁹².

De fait, la littératie ne se limite donc pas aux capacités d'une personne à accéder à la lecture, à l'écriture et donc à la connaissance. Elle doit intégrer la capacité de l'environnement à mobiliser les ressources pour que cette personne puisse comprendre et communiquer, au profit en particulier de sa santé. Cette question de la littératie peut faire le lien tant sur les questions d'inégalités sociales de santé que pour limiter le non-recours aux droits sociaux et de santé. Ainsi, l'introduction de cette réflexion nous semble pertinente à développer dans une recherche pour accroître l'accessibilité de tous aux dispositifs. En outre, ils obligent à travailler en intersectorialité dans lequel les personnes détenues peuvent avoir une place singulière en tant que « premiers bénéficiaires » et aussi en participant à l'élaboration d'outils pédagogiques, ...

Bien que n'étant pas le cœur du processus de la démarche portée par MdM, le développement de **programmes d'éducateurs-détenus-pairs** pour la santé peut aussi constituer un aspect plus particulièrement porteur en milieu carcéral et qui a montré toute son efficacité⁹³ dans l'amélioration de la santé des publics concernés. **L'objet de la recherche** serait de cerner plus **particulièrement l'impact tant social**, que sur les déterminants de la mise en œuvre de ces programmes ainsi que sur les modalités de diffusion de l'information. La France, à la Maison d'Arrêt Femmes des Baumettes, la Belgique⁹⁴ et l'Irlande (partenariat entre l'Irish Prison Service, ETBI, et la Croix Rouge irlandaise, Community Based Health and first Aid-CBHFA-)⁹⁵, ont développé ce type de programme s'inspirant des recommandations de l'OMS sur les « prisons promotrices de santé ». Le développement de programme de peer-education en prison, s'il peut constituer un levier pour améliorer la santé mérite cependant une réflexion préalable par les différents porteurs quant à ses finalités : objectif d'émancipation et/ou d'empowerment ou bien reproduction de programmes de santé publique (Le Grand 2015).

Afin d'inscrire une dynamique de promotion de la santé (et ce sur le volet institutionnel), le développement **d'Évaluation d'Impact en santé**⁹⁶ apparaît comme une initiative novatrice et

⁹² Lacelle N ; Lafontaine L., Moreau A.C., Laroui R. Définition de la littératie. Réseau québécois de recherche et de transfert en littératie, 2016. En ligne : <http://www.ctreq.qc.ca/realisation/reseau-quebecois-sur-la-litteratie/> . Pour quelques exemples, voir La Santé en action, N° 440, juin 2017, dossier : Communiquer pour tous : les enjeux de la littératie en santé.

⁹³ Bagnall et al. A systematic review of the effectiveness and cost-effectiveness of peer education and peer support in prisons BMC Public Health (2015) 15:290

⁹⁴ En Belgique, le Service Education pour la santé (SES) s'est spécialisé sur l'intervention en milieu carcéral et propose des programmes d'éducateurs-détenus pairs dans le champ de la prévention du Sida. Voir leur site www.ses-asbl.be et l'intervention aux journées de la prévention de l'INPES en 2008, http://inpes.santepubliquefrance.fr/jp/cr/pdf/2008/Session8/06_Anne%20De%20WAELE.pdf . Ce service travaille en partenariat dans le cadre d'un programme Erasmus + avec le groupe « Détenues Contact santé de la Maison d'Arrêt des Femmes des Baumettes à Marseille. <https://espp2017.wordpress.com/>

⁹⁵ Betts-Symonds Graham, Community based health and first aid action in Irish prisons, 3 years evaluation, Irish Red Cross, Irish Prisons service, CDVEC, 2012, 76 p.

⁹⁶ L'Évaluation d'impact sur la santé (EIS) est « une combinaison de procédures, de méthodes et d'outils par lesquels une politique, un programme ou une stratégie peuvent être évalués selon leurs effets potentiels sur la

pertinente. Elle peut rejoindre la question des dynamiques de « la santé dans toutes les politiques », mais bien aussi de pouvoir mesurer l'impact de toute décision (hors système de santé) sur la santé des personnes détenues ainsi que sur les professionnels exerçant au sein du milieu carcéral.

Une autre question de recherche, concerne plus particulièrement la « participation » tant comme processus que comme moyen. Cependant, il est moins question ici de la participation des « publics », mais bien de l'articulation entre « **dispositifs de participation** » et **capital social** de l'établissement. D'une certaine façon, la « bonne réputation » d'un établissement, peut-il aussi se mesurer à l'aune de ces capacités à investir le champ de la participation. Cet aspect peut renvoyer aussi au « bien-être » des populations (personnes incarcérées et professionnels) et à la restauration de la confiance tant en direction des professionnels que de l'administration.

Le développement d'une recherche interventionnelle en termes d'approche par milieu de vie et articulante **démarches Bottom-Up** (fondées sur l'empowerment) et **Top Down** (Dooris 2004) pour une meilleure efficacité et efficacité de programmes de promotion de la santé en milieu carcéral pourrait aussi être envisagé. Ainsi, un cadre structurant serait de développer un programme mêlant à la fois une démarche communautaire, formation des professionnels sur la question des déterminants sociaux et principe communautaire, intégration dans les services de cette démarche en se fondant notamment mais pas exclusivement sur le développement de « community building » (Libératto, 2011).

Le dernier point se situe tant sur un questionnement propre à la **transférabilité** qu'à la nature et mode de recherches à développer au sein du milieu pénitentiaire. Les questions de transférabilité – et ce quel que soit la pertinence des outils et réflexions utilisées pour le favoriser – se heurtent très souvent à l'aspect humain. Dans le cas présent, notre expérience et nos observations, ainsi que certains extraits d'entretien, comme :

« Mdm, ils ont l'art d'arriver dans les lieux ; les deux personnes sont blagueuses, savent discuter, écouter...C'est la personne qui vous envoie le message, avec elles on se sent bien » Un professionnel

« Oui, c'est sûr, qu'avec cette équipe, on a envie d'aller plus loin, elles donnent envie de faire, je sais pas y a un feeling que j'ai pas forcément avec d'autres partenaires » Un professionnel

« ...oui, lorsque des fois, cela patine dans le groupe, ou que je sens que l'on a du mal, je ris ou je dis « je réfléchis tout haut », cela permet d'apaiser la tension, d'attirer l'attention.

santé de la population et selon la dissémination de ces effets dans la population. Il s'agit d'un processus multidisciplinaire structuré par lequel une politique ou un projet sont analysés afin de déterminer leurs effets potentiels sur la santé. », consensus de Göteborg, 1999 (concertation internationale menée sous l'égide de l'Organisation mondiale de la santé). La démarche d'Évaluation d'impact sur la santé s'inscrit dans les principes de la charte d'Ottawa et s'appuie sur une vision holistique de la santé. Les décisions prises dans différentes politiques publiques ont donc des répercussions directes ou indirectes, positives ou négatives sur la santé des populations. L'EIS est un instrument approprié permettant d'apprécier ces impacts et d'agir sur les déterminants de la santé. L'un des intérêts de la démarche est qu'elle favorise la prise de conscience des acteurs des autres secteurs quant aux répercussions de leurs activités sur la santé des populations. Elle joue donc un rôle de responsabilisation. L'EIS est un outil d'aide à la décision. Elle a pour objectif de proposer des recommandations afin de maximiser les impacts positifs pour la santé et de minimiser les impacts négatifs. L'EIS est prospective c'est-à-dire qu'elle va permettre d'évaluer un programme, une politique, un projet... avant sa mise en place dans le but d'influencer une décision en faveur de la santé.

Dans d'autres situations, le « je réfléchis tout haut » prendra une autre signification, celui de la réflexion en elle-même, cela dépend du groupe, des situations, mais je n'y aurais pas pensé si on n'en avait pas parlé -rires- » Coordinatrice du programme.

... nous ont amené progressivement à réinterroger ce côté humain, en l'abordant sous un autre angle -qui mériterait à lui-seul tout un long développement celui de la « Métis » le savoir-y- faire des acteurs du programme⁹⁷. D'une certaine façon, la Métis, ce savoir-y-faire incarne l'intelligence pratique, rusée dans une logique de situation (forme à la fois d'intelligence de l'expérience et de l'immédiateté). Il n'est pas question ici de savoir-faire reproductible notamment par des formations, mais bien d'une acquisition de logiques d'expérience de situation qui permet de s'adapter, anticiper, avancer. En quelque sorte, l'hypothèse qui peut être faite est que la démarche communautaire nécessite le développement d'une métis spécifique – qui à ce stade n'est pas si facilement identifiable -⁹⁸.

C'est sûrement dans cet interstice que certaines réflexions plus théoriques pourront permettre de réinclure la dimension humaine dans les processus de transférabilité. De même, il sera aussi nécessaire d'appréhender de nouvelles méthodes quant à l'abord de la santé et de la promotion de la santé en milieu carcéral. Si ce milieu ne se laisse pas appréhender facilement par des outils méthodologiques traditionnelles, et où de nombreux auteurs plaident pour le renforcement d'une ethnologie critique, une autre piste de modalités de recherches nous apparaît stimulante, celles du développement de **Recherches Collaboratives avec les personnes détenues**. L'idée serait de renforcer cet aspect, en allant jusqu'à une démarche ultime de renforcer **l'idée de chercheurs pairs**, permettant de répondre de manière indirecte à ce souci de « l'expérience carcéral », comme nous l'indiquait un détenu :

« Je te le dis à toi, comme à MdM, vous pouvez pas imaginer un quart, de ce que l'on ressent et vit en prison, vous n'en voyez qu'un bout ».

Bien que cette intention nécessite de nombreuses précautions tant méthodologiques, qu'éthiques (qui choisir, dans quel(s) contexte(s), quel(s) élément(s) de sécurité, quelle garantie de confidentialité des données entre personne détenue, ...), cette nouvelle posture de recherche aiderait par une « hybridation des savoirs »⁹⁹ à mieux saisir et mettre en perspective des réalités vécues par ce public.

⁹⁷ Un article paraîtra fin 2018, début 2019.

⁹⁸ De fait, Marcel Détienne et Jean-Paul Vernant décrivent en résumé la Métis des Grecs, comme une espèce d'habileté et de prudence avisée. Celle-ci ne nomme pas, elle est quelque chose qui agit. Détienne N, Vernant J.P, Les ruses de l'intelligence, La Métis des grecs, Flammarion, « Champs », 1978, 308 p. L'utilisation de la Métis comme cadre d'analyse a notamment été fait par R. Cornu « Education, savoir et production », 2001, Université de Bruxelles, et par Michel Autès « Les paradoxes du travail social », Dunod, 2013, coll. Santé social. Voir aussi un court article l'évoquant : E. Le Grand : « La laveuse, la couturière et la cuisinière », Santé de l'homme, N° 377, 2005, p.53

⁹⁹ Voir à cet effet, « Les recherches-actions collaboratives, une révolution de la connaissance. Les chercheurs ignorants », Collection Politiques et interventions sociales, presses de l'EHESP, 2015. Sur la notion de chercheurs-pairs, voir les articles de Perrine Robin (sur les jeunes de l'ASE) et d'E. Le Grand, à paraître (sur des pairs-éducateurs en santé en mission locale).

CONCLUSION

Si le chapitre « expérimentation » est terminé, le programme va se poursuivre encore pour 5 années. Ce nouveau délai apparaît comme essentiel pour agir sur les nombreux déterminants de la santé existants en milieu carcéral, promouvoir de nouveaux modes de participation des personnes détenues légitimées par les différents acteurs, favoriser de nouveaux partenariats, et sensibiliser les professionnels à l'intervention communautaire¹⁰⁰. La démarche communautaire offre de nombreuses opportunités pour améliorer la santé des personnes détenues, et notamment sur l'un de ces aspects fondamentaux : le droit à la reconnaissance sociale. Celle-ci permet non pas uniquement de les rendre acteur mais auteur de leur vie présente. En leur donnant ainsi des capacités individuelles et collectives d'expression, de discussion, d'élaboration collective de solution, la démarche peut être un atout pour le renouvellement de leur capacité citoyenne au sein et hors de la prison. De fait, la santé doit être vue, non comme uniquement l'absence de maladie, mais bien avant tout comme un levier, une ressource pour l'insertion et l'intégration dans la société. Si bien évidemment, il est nécessaire d'agir sur certains comportements de santé à risque, l'apport du groupe permet un soutien social important, vecteur de santé mentale positive et met à jour des déterminants autres que ceux traditionnellement abordés par la prévention.

Cependant, cette démarche ne résoudra pas tout à elle seule (ce serait utopique). La prison reste un univers complexe, secret encore pour certains, tabou pour d'autres, inexistant pour la plupart. De fait, il reste encore beaucoup à faire tant à l'interne de la prison qu'à l'extérieur notamment pour améliorer le « retour » des personnes détenues après l'exécution de leur peine et ce dans leur vie quotidienne. Si nous pouvons parler des difficultés de réinsertion (accès aux droits fondamentaux et sociaux), les personnes ayant été placés sous-main de justice demeurent et restent encore stigmatisées par leur ancien statut. Au-delà de l'invisibilité¹⁰¹ de cette population hors les murs carcéraux, il serait aussi important de plaider pour un changement de regard de la société sur les personnes détenues. Si certaines campagnes médiatiques ont pu être menées pour faire changer le regard de l'opinion : sur les migrants, les sans domiciles fixes, les problématiques de santé mentale, les pouvoirs publics doivent aussi avoir la volonté de plaider pour la non-stigmatisation de ces personnes et favoriser leur réinsertion tout en améliorant les dispositifs de droits sociaux.

Sur un plan plus général, la Stratégie Nationale de Santé 2018-2022 ouvre et offre de nombreuses perspectives pour soutenir le développement de programmes pour les personnes sous-main de justice, si bien entendu, elle puisse mettre des moyens financiers à hauteur de son ambition. Sans épuiser l'ensemble de cette stratégie, des programmes basés sur une démarche communautaire peuvent prendre place, tant dans l'axe promotion de la santé par milieux de vie¹⁰²; que de renforcer la participation des usagers au système de santé ; améliorer le parcours santé des personnes... Si ces éléments peuvent aider de futurs porteurs de programme de promotion de la santé à se situer auprès notamment de financeurs, un autre axe peut aussi être renforcé, celui de la santé au travail,

¹⁰⁰ Ces deux derniers points notamment peuvent être inscrits comme des enjeux de pérennisation et de transfert de la démarche pour l'équipe de MdM.

¹⁰¹ Rapport de l'ONPES : L'invisibilité sociale : une responsabilité collective, rapport 2016 », 176 p. A cet effet, nous retrouvons notamment évoqués la question du stigmaté et le non-recours aux droit sociaux.

¹⁰²Le milieu carcéral s'inscrit plus directement dans cet axe. Toutefois, il ne doit pas occulter la nécessité de financements plus spécifiques pour renforcer la présence d'intervenants extérieurs formés aux démarches communautaires qui peuvent comme nous l'avons vu apporter un autre regard sur les dynamiques de promotion de la santé au sein des établissements.

notamment pour les professionnels agissant au sein et au cœur du milieu. Ainsi, agir et prendre en compte la santé des professionnels permet – comme le montre le programme de MdM - d'améliorer la qualité de vie au travail, mais aussi de favoriser l'amélioration de la santé des personnes détenues.

Cependant, la déclinaison de cette stratégie nationale sur les différents territoires nécessitera aussi une coordination entre les Agences Régionales de Santé, les établissements pénitentiaires et l'hôpital dans leur ambition d'améliorer la santé des personnes placées sous-main de justice. Ce sera aussi dans ces articulations « politiques » que pourront s'effectuer des avancées majeures quant à la pérennisation de programme ou dans l'expérimentation de certains autres.

Si la prison reste encore dans « l'ombre du monde » pour reprendre le titre de l'ouvrage de Didier Fassin, l'engagement de tous sera aussi un critère nécessaire tant pour améliorer la santé des populations, que pour instaurer une politique de promotion de la santé, respectueuse des Droits de l'homme.

BIBLIOGRAPHIE

- Baronnet J., S. Faucheux-Leroy, P. Kertudo, Etude sur la pauvreté et l'exclusion sociale de certains publics mal couverts par la statistique publique – ONPES – FORS recherche sociale ; 153 p, 2014
- Baybutt M., Chemlal K.. Health-promoting prisons: theory to practice *Global Health Promotion* 1757-9759; Vol 23 Supp. 1: 66–74
- Bichmann W., Rifkin S., Shrestha M. Peut-on mesurer le degré de participation communautaire? *Forum mondial de la Santé* Vol 1 -1989, 513-519
- Bishop N., « La participation des personnes détenues à l'organisation de la vie en détention », *Champ pénal / Penal field, nouvelle revue internationale de criminologie* [En ligne], Vol. III | 2006, mis en ligne le 13 novembre 2009, Consulté le 07 avril 2010. URL : <http://champpenal.revues.org/485>
- Breton E., Jabot F., Pommier J. , Sherlaw W. (dir.) *La promotion de la santé . Comprendre pour agir dans le monde francophone. Manuel.* Presses de l'EHESP, 2017, 537 p.
- Brunet-Ludet (rapport) *Le droit d'expression collective des personnes détenues*, Direction de l'administration pénitentiaire. Février 2010, 62 p
- Chantraine G. *La sociologie carcérale : approches et débats théoriques en France.* In : *Déviance et société.* 2000 - Vol. 24 -N°3. pp. 297-318
- Chauvenet Antoinette, Rostaing Corinne, Orlic Françoise, (éds.), 2008, *La violence carcérale en question*, Paris, Presses Universitaires de France
- Chemlal K., Echard-Bezault P., Deutsch P. *Promotion de la santé en milieu pénitentiaire. Référentiel d'intervention.* Saint-Denis : Inpes, coll. Santé en action, 2014 : 228 p.
- Chemlal K., *Promotion de la santé en milieu pénitentiaire*, in *Manuel de promotion de la santé, comprendre pour agir dans le monde francophone*, pp. 162-165.
- Develay Aude-E, Verdot C., Gremy I. : *Surveillance de la santé des personnes détenues en France : faisabilité et recommandations*, *Revue santé publique*, N° 4, juillet-août 2015, pp 491-502
- Dooris M., *Joining up settings for health: A valuable investment for strategic partnerships?*, *Critical Public Health*, 14(1), p. 49-61, 2004
- Draper, A.K; Hewitt, G., Rifkin S.: *Chasing the dragon: Developing indicators for the assessment of community participation in health programs*, *Social science et Medicine*, 2010
- Godin-Blandeau E, Verdot C, Develay A. *État des connaissances sur la santé des personnes détenues en France et à l'étranger.* Saint-Maurice : Institut de veille sanitaire ; 2014. 94 p. Disponible à partir de l'URL : <http://www.invs.sante.fr>
- Godin-Blandeau E, Verdot C, Develay AE. *La santé des personnes détenues en France et à l'étranger : une revue de la littérature.* *Bull Epidémiol Hebd.* 2013;(35-36):434-40.
- Godin-Blandeau E, Verdot C, Develay AE. *Santé en milieu carcéral : état des lieux en France et à l'étranger.* *Santé en action.* 2014;(430) : 8-10.

Goudet B., Développer des pratiques communautaires en santé et développement local, Chroniques sociales, 2009,352 p.

Guibougé F., Palicot A-M., Brixi O.,Choukroun O. (dir), Promotion de la santé et milieu pénitencier. Collection La santé en actions, éditions CFES, 1997,171 p.

Fassin D. L'Ombre du monde. Une anthropologie de la condition carcérale, Paris : Seuil, 614 p., 2015

Fournier Pierre, Potvin Louise. Participation communautaire et programmes de santé : les fondements du dogme. In : Sciences sociales et santé. Volume 13, n°2, 1995. pp. 39-59.

Le Grand Eric (dir). La prévention par les pairs, Cahiers de l'action, N° 43, Injep 2015

Le Grand Eric, « La santé, une ressource pour les publics fragilisés : participation et empowerment », à paraître novembre 2018.

Le Grand Eric, L'estime de soi, un enjeu éducatif et social. Chapitre d'ouvrage du Conseil Scientifique des Francas, L'Hamattan, 2012.

Liberato et al. Measuring capacity building in communities: a review of the literature. BMC Public Health 2011, 11:850, 10 p

Møller S., Stöver H., Jürgens R., Gatherer A., H.Nikogosian H. Health in prisons.A WHO guide to the essentials in prison health,2007,198 p

Ninacs W.A., empowerment et intervention. Développement de la capacité d'agir et de la solidarité, 2008, , Québec, Presses de l'Université de Laval, Coll. « Travail social ».

Rifkin SB. A framework linking community empowerment and health equity : it is a matter of CHOICE, Journal of Health, Population and Nutrition, 2003, 21(3) : 168-180

Rostaing C. La relation carcérale. Identités et rapports sociaux dans les prisons des femmes, PUF, Paris, 1997, 331 p.

Rostaing C, « L'expression des détenus. Formes, marges de manœuvre et limites » in Payet J -P., Guilliani F., Laforge D. (dir), La voix des acteurs faibles. De l'indignité à la reconnaissance. PUR, Le Lien social, 2008, pp. 121-138.

Wallerstein N (2006). What is the evidence on effectiveness of empowerment to improve health ? Copenhagen, Who Regional Office for Europe (Health evidence Network report), voir la traduction française : Dans quelle mesure, selon les bases factuelles disponibles, l'autonomisation améliore-t-elle la santé ? 37 p. 2009.

Warin Philippe : Le non-recours : définition et typologies. Document de travail, Juin 2010, 7 p

Whitehead Dean The health promoting prison (HPP) and its imperative for nursing International Journal of Nursing Studies 43 (2006) 123-131

You C, Joanny R, Ferron C, Breton E (2017) Intervenir localement en promotion de la santé : les enseignements de l'expérience du Pays de Redon-Bretagne Sud. Rennes Chaire « Promotion de la santé » à l'EHESP et EHESP. 187 p.

Autres consultations

Revue Santé en action : Dossier Prison : quelle place pour la promotion de la santé ? pp 6-41, N° 430, décembre 2014

Revue Santé en action : Prévention et promotion de la santé en milieu pénitentiaire, pp 4-15, N° 424, juin 2013

Revue Education santé, Soins de santé en prison, des constats vers une réforme, N° 342, mars 2018

Revue Rhizome, Prison, santé mentale et soin, N° 56, avril 2015

Guide pratique d'auto-évaluation des effets de votre démarche communautaire en santé
www.institut-renaudot.fr, 172 p, 2012 ; Les parutions de l'institut Renaudot

Santé Communauté Participation (SACOPAR) Centre local de promotion de la santé de Charleroi-Thuin (CLPSCT) Décembre 2013, 56 p

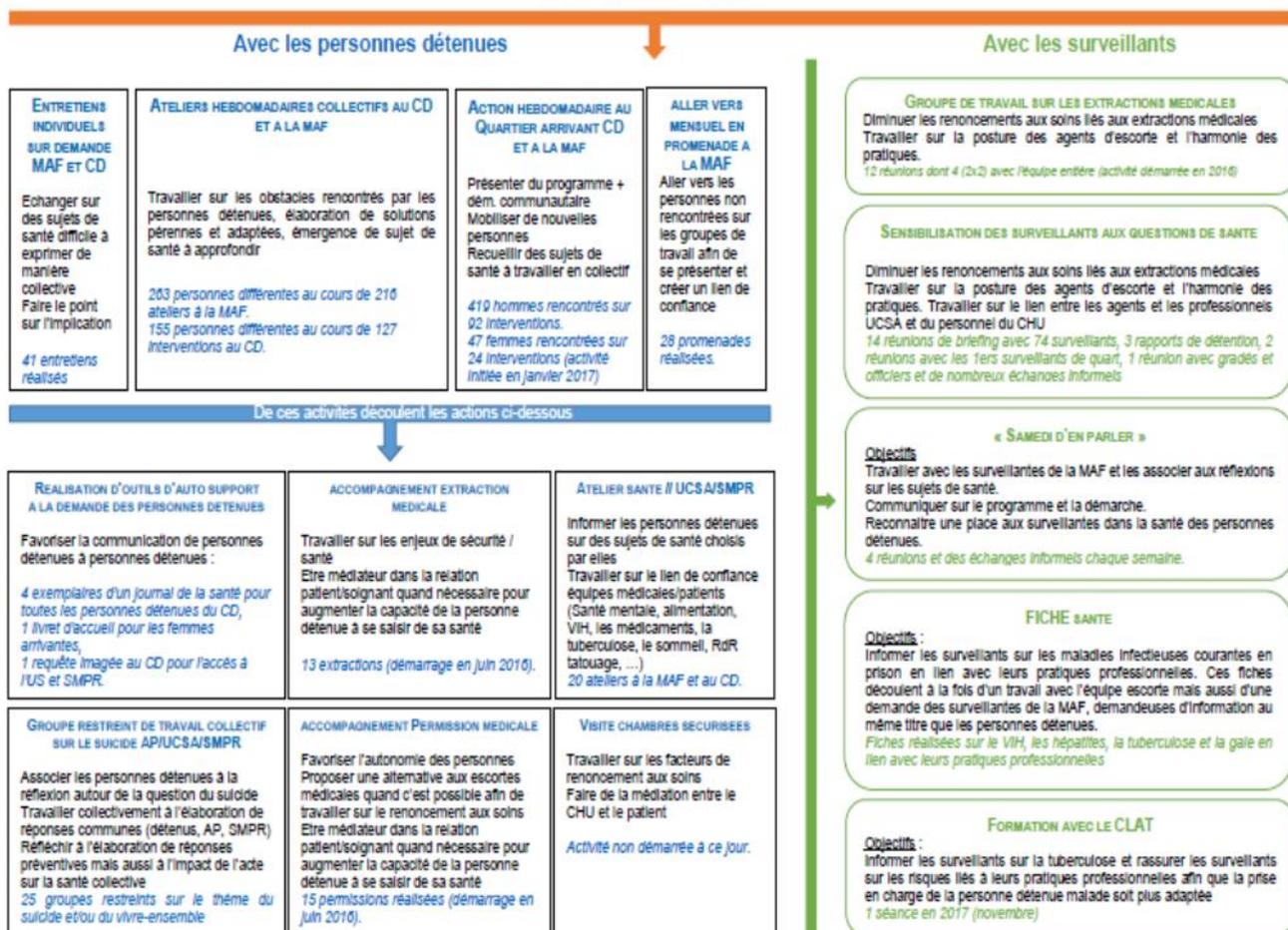
ANNEXES

Annexe 1 : Synthèse des activités développés sur le programme expérimental en milieu carcéral – Janvier 2015-décembre 2017



Synthèse des activités/axes développés sur le programme expérimental en milieu carcéral issus de la démarche communautaire / Janvier 2015 - décembre 2017

Etude recherche EHESP



Annexe 2 : Exemple de semaine type du programme. Rapport d'activités 2017

1.4 Exemple de semaine type

Ci-dessous un exemple de semaine type. Des accompagnements et entretiens individuels peuvent avoir lieu à d'autres moments.

	Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi
Matin	Réunion d'équipe salariée programme MdM	Echanges surveillants	Accompagnement permission médicale	Accompagnement extraction médicale	Accueil arrivants centre de détention
			Rencontres US / SMPR / CSAPA		
Après-midi	Entretien individuel maison d'arrêt	Accueil arrivants maison d'arrêt		Entretien individuel centre de détention	Promenade maison d'arrêt / "Aller vers" centre de détention
	Atelier collectif femmes maison d'arrêt	Atelier collectif femmes maison d'arrêt	Groupe de travail restreint	Atelier collectif hommes centre de détention	Action santé avec US / SMPR
Soirée		Analyse de pratiques équipe programme		Réunion équipe complète	

-  Activités à la demande des personnes concernées
-  Activités hebdomadaires

-  Activités mensuelles
-  Activités bimestrielles

Annexe 3 : Exemples de productions des personnes détenues

N°1

LE PETIT JOURNAL DE NOTRE SANTE

Écrit par les détenus - un accompagnement par Médecins du Monde

Les rencontres avec le SMPR et l'UCSA

Comment ça marche ?

Le SMPR (Service Médical de Prison) est un service médical qui agit au sein de la prison. Il est composé de médecins, d'infirmiers et de pharmaciens. Son rôle est de prendre en charge les détenus qui ont des problèmes de santé.

Le rôle de l'UCSA

L'UCSA (Unité de Consultation et de Soins Ambulatoires) est un service de soins ambulatoires qui agit au sein de la prison. Elle est composée de médecins, d'infirmiers et de pharmaciens. Son rôle est de prendre en charge les détenus qui ont des problèmes de santé.

Comment ça marche ?

Les détenus peuvent aller consulter le SMPR ou l'UCSA pour des problèmes de santé. Ils peuvent aussi aller consulter un médecin généraliste ou un spécialiste en dehors de la prison.

Comment ça marche ?

Les détenus peuvent aller consulter le SMPR ou l'UCSA pour des problèmes de santé. Ils peuvent aussi aller consulter un médecin généraliste ou un spécialiste en dehors de la prison.

Les soins dentaires

Comment ça marche ?

Les détenus peuvent aller consulter un dentiste pour des problèmes de santé dentaire. Ils peuvent aussi aller consulter un dentiste en dehors de la prison.

Comment ça marche ?

Les détenus peuvent aller consulter un dentiste pour des problèmes de santé dentaire. Ils peuvent aussi aller consulter un dentiste en dehors de la prison.

Comment ça marche ?

Les détenus peuvent aller consulter un dentiste pour des problèmes de santé dentaire. Ils peuvent aussi aller consulter un dentiste en dehors de la prison.

N°2

LE PETIT JOURNAL DE NOTRE SANTE

Écrit par les détenus - un accompagnement par Médecins du Monde

Le dolébrane

Comment ça marche ?

Le dolébrane est un médicament qui agit sur le système nerveux. Il est utilisé pour traiter les douleurs.

Comment ça marche ?

Le dolébrane est un médicament qui agit sur le système nerveux. Il est utilisé pour traiter les douleurs.

Comment ça marche ?

Le dolébrane est un médicament qui agit sur le système nerveux. Il est utilisé pour traiter les douleurs.

Le don d'organe - comment ça marche ?

Comment ça marche ?

Le don d'organe est un acte de générosité qui consiste à donner un organe à une personne qui en a besoin. Les organes peuvent être donnés par un vivant ou par un défunt.

Comment ça marche ?

Le don d'organe est un acte de générosité qui consiste à donner un organe à une personne qui en a besoin. Les organes peuvent être donnés par un vivant ou par un défunt.

Comment ça marche ?

Le don d'organe est un acte de générosité qui consiste à donner un organe à une personne qui en a besoin. Les organes peuvent être donnés par un vivant ou par un défunt.

Le livret d'accueil pour les arrivantes à la MAF : ce guide a été produit par les femmes au cours des ateliers Mdm en réponse au stress et « choc carcéral » à l'arrivée. Il est validé par l'administration pénitentiaire et les équipes médicales, traduit en plusieurs langues par MdM et distribué en même temps que le guide officiel de l'AP.

LIVRET D'ACCUEIL POUR LES ARRIVANTES

Réalisé par les femmes de la Maison d'Arrêt de Nantes (2015-2016)

Un guide pour tes premiers pas en tant que nouvelle arrivante

Livret réalisé en collaboration avec Médecins du Monde



FICHE PRATIQUE

Voici une liste de conseils très pratiques que tu ne trouveras pas dans le livret d'accueil de l'administration pénitentiaire. Par ailleurs, tu vas avoir énormément d'informations à ton arrivée et tu ne pourras pas tout retenir. Voici quelques réponses aux premières questions que tu dois te poser.

Le dossier : C'est une feuille de papier que tu glisses à travers le porte afin d'être sélectionnée automatiquement. Tu pourras demander un billet ou prouver que tu n'as pas de dossier en attendant qu'il soit prêt. Si tu n'as pas de dossier, mais si tu veux aller à l'UCSA.

Le courrier : Chaque semaine, tu recevras ton courrier. Tu pourras aussi envoyer du courrier. Tu pourras aussi envoyer du courrier. Tu pourras aussi envoyer du courrier.

MA SANTÉ EN PRISON

L'UCSA est une Unité de Consultation et de Soins Ambulatoires qui agit au sein de la prison. Elle est composée de médecins, d'infirmiers et de pharmaciens. Son rôle est de prendre en charge les détenus qui ont des problèmes de santé.

Comment ça marche ?

L'UCSA est une Unité de Consultation et de Soins Ambulatoires qui agit au sein de la prison. Elle est composée de médecins, d'infirmiers et de pharmaciens. Son rôle est de prendre en charge les détenus qui ont des problèmes de santé.

Comment ça marche ?

L'UCSA est une Unité de Consultation et de Soins Ambulatoires qui agit au sein de la prison. Elle est composée de médecins, d'infirmiers et de pharmaciens. Son rôle est de prendre en charge les détenus qui ont des problèmes de santé.

Tout pour une nouvelle arrivante

et tout pour une nouvelle arrivante

C'est un peu comme ça que ça va se passer.

Tout pour une nouvelle arrivante

C'est un peu comme ça que ça va se passer.

Tout pour une nouvelle arrivante

C'est un peu comme ça que ça va se passer.

Annexe 4 : Affiche réalisée par les personnes détenues sur la permission médicale

LES DÉTENUS PARLENT AUX DÉTENUS

TOUTE PERSONNE PERMISSIONNAIRE PEUT FAIRE
UNE DEMANDE DE PERMISSION MÉDICALE AUPRÈS
DU JUGE D'APPLICATION DES PENES

Permissions médicales

Ton médecin traitant est ton médecin de l'UCSA. Si celui-ci t'envoie vers l'extérieur pour un rendez-vous qui ne peut être fait à l'UCSA, tu peux demander à le faire en permission médicale.

Si tu ne connais pas Nantes,
Tu as perdu l'habitude de sortir seul,
Le labyrinthe hospitalier t'inquiète,
Tu n'es pas à l'aise dans la relation avec un médecin
La langue française est un frein...

2 personnes de Médecins du Monde peuvent venir te chercher au CD et aller avec toi à ton rendez-vous si tu le souhaites.

Parles en avec l'équipe de l'UCSA, la secrétaire médicale contactera Médecins du Monde!

Ce sont nous détenus qui avons imaginé cette solution pour tous ceux d'entre nous qui n'osent pas sortir seuls... Pour regagner en autonomie plutôt que d'être escortés...



Annexe 5 : Typologie du non-recours

Typologie explicative du non-recours (Odenore, 2010).		
Forme 1	<i>Non connaissance</i>	<p>Une personne éligible est en non-recours, par :</p> <ul style="list-style-type: none"> > manque d'information sur son existence ou son mode d'accès > non proposition du prestataire
Forme 2	<i>Non demande</i>	<p>Une personne éligible et informée est en non-recours car elle n'a pas demandé par choix, à cause de :</p> <ul style="list-style-type: none"> > non adhésion aux principes de l'offre > intérêts divers > manque d'intérêt pour l'offre (coût/avantage) > estime de soi > alternatives <p>ou par contrainte, à cause de :</p> <ul style="list-style-type: none"> > découragement devant la complexité de l'accès > difficultés d'accessibilité (distance, mobilité) > dénigrement de son éligibilité, de ses chances ou de ses capacités > raisons financières > difficulté à exprimer des besoins > crainte d'effets induits > crainte de stigmatisation > sentiment de discrimination > dénigrement de ses capacités > perte de l'idée d'avoir (droit à) des droits
Forme 3	<i>Non réception</i>	<p>Une personne éligible demande, mais ne reçoit rien ou que partie, car :</p> <ul style="list-style-type: none"> > abandon de la demande > non adhésion à la proposition > arrangement avec le prestataire > inattention aux procédures > dysfonctionnement du service prestataire > discrimination

Cette recherche est soutenue financièrement par la Fondation des amis de Médecins du Monde et par Médecins du Monde.

