



## Pratiques cliniques en milieu pénitentiaire, autonomisation et réinsertion

**Emmanuel Luneau**

Médecin, unité

« Prévention,

Éducation, Santé en

milieu pénitentiaire »,

CHU Lille

**Olivier Vanderstukken**

Docteur en

psychologie,

psychologue clinicien,

SMPR Annœullin,

CHU Lille

**Caroline Delaplace**

Direction

interrégionale des

services pénitentiaires

(DISP)

des Hauts-de-France

**Q**u'ils soient dénommés personnes – ou patients – placées sous main de justice (PPSMJ), ces individus relèvent de prises en charge sanitaire et pénitentiaire. Historiquement, santé et justice ont toujours entretenu des relations passionnées : hostiles ou complémentaires, déséquilibrées ou constructives, cela en fonction des époques, mais jamais totalement pacifiées. Ces relations ne font que traduire une interconnexion de fait, reposant sur une perception globale du sujet liant le soin (pour lui-même) et sa relation à l'autre (infraction et réhabilitation).

Les systèmes sanitaires et pénitentiaires évoluent selon des normes ou des concepts préalablement définis, en fonction du temps et des pays. C'est ainsi qu'encore aujourd'hui les acteurs, professionnels mais aussi patients ou personnes détenues, semblent adopter un modèle dans lequel les premiers « savent » tandis que les seconds « doivent faire ». Pour autant, les résultats sont décevants, qu'ils soient traduits en termes de « récurrence » ou de « non-observance », et amènent des questionnements.

Certains, appliquant ce modèle, expliquent ces échecs par un partenariat insuffisamment travaillé ou pensé. Ils mettent en avant la nécessité de renforcer les articulations et les échanges entre les deux partenaires, sans interroger la place des personnes placées sous main de justice. En ce sens, il s'agirait de mieux organiser mais aussi de partager davantage les informations.

D'autres s'interrogent sur le modèle en lui-même et proposent une approche différente. Il s'agit, non pas de placer la personne cible comme ignorante et exécutrice d'ordres, mais comme sachante et actrice dans son parcours de vie. Ces approches bouleversent de fait les habitudes, les positionnements, et cela au bénéfice des publics.

Justice et santé réfléchissent à intégrer ces deux axes dans leur mode de fonctionnement, et cela dans un objectif commun : la réinsertion des personnes placées sous main de justice (sur le plan de la santé et du social).

### Une approche basée sur la participation de la personne détenue

L'administration pénitentiaire amène la personne détenue à participer à l'exécution de sa peine : le travail, la formation, l'éducation, le maintien des liens familiaux, l'accès à la culture et à la santé sont autant de moyens qui permettent de placer la personne au cœur de sa réinsertion. La réponse pénale est alors individualisée et redonne son sens et son efficacité à la peine. La loi pénitentiaire de 2009 réaffirme la nécessité d'une prise en charge sanitaire adaptée et de qualité, élargit

les conditions d'accès aux aménagements de peine et favorise ainsi la réinsertion. Dernièrement, le référentiel des pratiques opérationnelles en service pénitentiaire d'insertion et de probation (SPIP), publié en avril 2018, prône l'entretien motivationnel, issu du monde de la santé, et les échanges basés sur une relation collaborative entre le professionnel et la personne détenue, permettant de se tourner vers des buts concrets et réalistes afin de susciter en cette dernière une motivation au changement de comportement.

La participation du patient détenu est également mise en avant dans le cadre de la promotion de la santé, de l'éducation thérapeutique du patient et du « Good Lives Model » (GLM).

La définition de la santé proposée par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) permet de partir d'une base consensuelle : « La santé est un état complet de bien-être physique, mental et social et ne consiste pas seulement en l'absence de maladie ou infirmité. » Cette définition induit une prise en charge plurielle et partenariale. Dans ce cadre, la Charte d'Ottawa définit la promotion de la santé à travers cinq axes (élaboration de politiques pour la santé, création d'environnements favorables, renforcement de l'action communautaire, acquisition d'aptitudes individuelles, réorientation des services de santé). La promotion de la santé ne relève pas seulement du secteur de la santé, elle exige l'action coordonnée de tous les intéressés et conduit à un large partenariat. Elle est l'affaire de tous. La participation de la population est essentielle : les individus sont au centre de l'action et des processus de prise de décision. Elle permet de fédérer les acteurs autour d'un projet commun, en favorisant la transversalité et la concertation. Elle offre un excellent vecteur de réseau, permettant de mieux se connaître et de travailler ensemble. Elle permet aussi de replacer la personne placée sous main de justice au centre des questionnements, et ce, en lui laissant une place pour exprimer son avis et ses attentes. La promotion de la santé est reprise comme une modalité de prise en charge, tant par les référentiels de santé que de justice et par le guide méthodologique qui les unit.

Dans le cadre plus spécifique du soin, l'éducation thérapeutique du patient (ETP) vise, selon l'OMS, à aider les patients à acquérir ou maintenir les compétences dont ils ont besoin pour gérer au mieux leur vie avec une maladie chronique (diabète, addiction,...), cela dans le but de les aider à maintenir et améliorer leur qualité de vie. Elle fait partie intégrante de la démarche de soins, y compris en détention. Elle repose sur une démarche éducative construite en collaboration avec le patient, acteur de sa santé. La posture du soignant évolue alors

vers celle d'un accompagnant. Cette technique de soin est clairement décrite par la Haute Autorité de santé depuis 2007 et inscrite dans le guide méthodologique de décembre 2017.

Le « Good Lives Model » est, à l'origine, un modèle de réhabilitation et de prévention de la récidive issu des théories criminologiques anglo-saxonnes. Il vise l'amélioration de la qualité de vie et la diminution des troubles des personnes placées sous main de justice, en se focalisant sur l'atteinte de leurs besoins et sur leurs valeurs fondamentales. Les auteurs de ce modèle décrivent onze besoins fondamentaux (tels la santé, l'excellence dans le travail, la créativité, la spiritualité) que toute personne (délinquante ou non) tente d'atteindre par des moyens parfois inappropriés ou infractionnels. L'objectif est de fournir aux personnes placées sous main de justice les capacités individuelles et sociales nécessaires à la satisfaction de leurs besoins de manière acceptable du point de vue social. C'est un modèle humaniste (non stigmatisant) visant l'autonomisation des personnes placées sous main de justice, en travaillant avec elles ce qui leur semble prioritaire à leurs yeux. Ce modèle, aujourd'hui proposé aux auteurs de violence sexuelle, a démontré son efficacité dans l'engagement et la motivation aux soins.

#### Les actions mises en place dans les sites pénitentiaires lillois

L'objectif commun de départ, la réinsertion des personnes placées sous main de justice sur le plan sanitaire et social, a permis de construire un partenariat local innovant. Le centre hospitalier universitaire (CHU) de Lille met en place en septembre 2010 une unité transversale « Prévention, Éducation, Santé » ayant pour mission de promouvoir et développer la promotion de la santé sur les deux sites pénitentiaires lillois. Elle propose aux acteurs de la santé et de la justice un projet visant à la fois le développement de la promotion de la santé et l'amélioration des relations entre les professionnels

pénitentiaires et sanitaires. Si les partenariats entre professionnels se sont consolidés, la place des personnes placées sous main de justice, enfin présents au sein des comités de pilotage « promotion de la santé », nécessite encore d'être développée. Les axes privilégiés sont : « risques et santé » (réduction des risques et des dommages), « santé sexuelle » (prévention primaire, centre gratuit d'information, de dépistage et de diagnostic), « alimentation et santé », « activité physique et santé », « santé mentale » (prévention du risque suicidaire), « cancers » (octobre rose). Les actions touchent chaque année plus de 700 personnes détenues. Ce travail collaboratif a pour répercussion majeure l'apaisement dans les relations institutionnelles et une volonté d'articulation et/ou de mutualisation des outils, notamment dans le cadre de la préparation à la sortie. Il a permis et facilite l'implication de partenaires hors les murs, ainsi qu'une réflexion régionale sur le développement de la promotion de la santé en milieu pénitentiaire.

Par ailleurs, des programmes en ETP sont autorisés par l'agence régionale de santé et portent sur l'hépatite C chronique et le diabète. Ils intéressent chaque année environ 50 personnes. Un programme consacré aux patients détenus bénéficiant d'une substitution par méthadone est en cours de validation. Ces programmes ont vocation à être diffusés sur d'autres établissements de la région.

Concernant le « Good Lives Model », des professionnels soignants ont bénéficié d'une formation à ce modèle et mettent en place des activités groupales et des prises en charge individuelles dans le cadre de l'hospitalisation de jour basée au centre pénitentiaire de Lille-Annœullin.

Le développement de pratiques partenariales (entre institutions) constructives et respectueuses des identités et des missions de leurs professionnels, ainsi que collaboratives avec les personnes placées sous main de justice, ouvre une nouvelle voie pour les prises en charge et une réinsertion (individuelle et sociale) réfléchie de ces dernières. ●