

Spécificité de la prise en charge médico-socio-psychologique des personnes souffrant d’addiction en milieu pénitentiaire

Charlotte BÉRARD-ELMASSIAN,

Faroudja BOUTAHRA,

Charlotte LERICHE,

Frédéric SAHAJIAN,

Marie SAUTEREAU

Une des caractéristiques principales du travail psychique en milieu pénitentiaire est de se trouver dans un milieu fermé avec toutes ses particularités. Ce travail en milieu carcéral induit, dans la rencontre avec le patient, et tout particulièrement avec le patient toxico-mane, des modifications comportementales du sujet. Il est alors nécessaire pour chaque praticien de pouvoir en tenir compte afin d’aider au mieux le sujet dans l’élaboration d’un travail psychique.

La rencontre avec le soin : entre nécessité et opportunité

Les usagers de substances psychoactives (licites ou illicites) arrivant en Maison d’Arrêt se retrouvent dans un rapport au produit différent de celui qu’ils ont à l’extérieur. Ce changement dans leur accessibilité aux substances les conduit à adopter un autre comportement face à l’absence : ils auront le choix de solliciter ou non les professionnels de santé afin de soulager, dans l’immédiat, le manque. Quand l’angoisse est trop forte, quand les modalités de fonctionnement psychique de l’extérieur ne fonctionnent plus à l’intérieur, il s’agit d’adopter de nouvelles stratégies afin de pouvoir s’apaiser et ne pas se sentir mourir à l’intérieur de ces murs.

A la Maison d’Arrêt de Corbas, la prise en charge est différente selon le type de substance consommée : pour les usagers d’alcool, ce sont les médecins généralistes de l’UCSA qui préviennent le risque de *delirium tremens* alors que pour les usagers d’opiacés ce sont les psychiatres du SMPR qui prescrivent la substitution. Rencontrer un psychiatre plutôt qu’un médecin généraliste est un point de différence avec l’extérieur.

Au sein de la détention, le patient sous méthadone se trouve en prise contrôlée. Chaque jour, il vient prendre son traitement au SMPR. Il se trouve alors dans l’impossibilité de gérer lui-même son traitement comme cela aurait pu être fait à l’extérieur. Ce contrôle induit certes un transfert de dépendance vers les soignants qui sont vus tous les jours, mais permet au patient de faire l’expérience d’un lien à l’autre.

Le manque, l’absence, enclenche potentiellement un processus de soins.

M. O. est usager de cannabis. Son incarcération a entraîné une restriction de ses consommations de produits psycho-actifs, il se sent mal, très angoissé, et demande à voir une psychologue. Sans les produits qu’il utilise habituellement, il ne trouve plus aucun apaisement. Il se heurte à ses difficultés, aux autres, enchaîne les problèmes en détention. Sans domicile depuis qu’il est jeune majeur, il a un vécu de honte très important. La séparation de ses parents a entraîné une désorganisation familiale importante, son propre père vit dans un foyer d’accueil. Sa mère ne peut pas l’accueillir lorsqu’il va trop mal, qu’il ne travaille pas. Il accepte de venir à des entretiens régulièrement, face à notre acceptation de son désarroi et de son déséquilibre lié à la situation actuelle et à son histoire. Dans un moment d’angoisses particulièrement fortes, il accepte notre proposition de rencontrer une psychiatre, malgré sa peur de la « folie », sa terreur des « médicaments ». Petit à petit, M. O. adhère à cet accompagnement respectueux de sa défiance vis-à-vis de l’aide qui peut lui être proposée ici, ou à l’extérieur. Sa participation à un Programme de Mobilisation et d’Accès au Soin va lui permettre de commencer à investir des liens, avec l’éducatrice chargée du programme, avec d’autres intervenants. Il accepte alors de reprendre contact avec une structure qui lui avait paru offrir une « aide acceptable » dans sa région.

La lutte contre les illusions

- l’illusion de maîtriser la consommation :

Dès lors qu’ils ont pu se recréer un semblant d’équilibre psychique au sein du milieu carcéral, certains patients ont tendance à penser qu’ils sont guéris. Ils se trouvent alors dans l’illusion de maîtrise de leur consommation, ils pensent que celle-ci n’est plus problématique puisqu’elle n’envahit plus leur esprit.

M. K., 45 ans, est un ancien usager d’héroïne, produit utilisé jeune adulte, en injection. Sous méthadone depuis plus de dix ans, suivi par un addictologue au sein d’un service spécialisé.

M. K. a été incarcéré à sept reprises, sans que la moitié de celles-ci ne fasse trace dans son histoire. M. K. propose une reconstruction, un récit où la mort est très présente : depuis le décès d’un membre de sa famille il y a cinq ans, il dit avoir sombré dans la dépression et évoque un problème avec les médicaments psychotropes. Une addiction forte qui l’entraîne à commettre des délits pour se procurer des « cachets ». M. K. a longtemps travaillé et eu une insertion sociale correcte. Hypnotiques, tranquillisants, benzodiazépine, M. K. s’assomme et consomme des doses invraisemblables. M. K. est signalé par son médecin au CSAPA : nous lui proposons un accueil et dans un premier temps une prise en charge groupale. Il intègre le groupe Réduction des Risques, puis le Programme de Mobilisation et d’Accès aux Soins. Enfin, il est orienté vers une psychologue du CSAPA. La prise en charge de M. K. va durer un an et demi. En dehors de ses entretiens individuels, avec son psychiatre et sa psychologue, M. K. participe à différents groupes (PMAS, sophrologie, Photolangage®, TCC...), différents programmes. M. K. s’inscrit à tous les ateliers qui peuvent aussi exister en détention, organisés par le S.P.I.P.

M. K. consomme-t-il du groupe, du temps de soin, de la même manière qu’il utilise les psychotropes ? Ou a-t-il désespérément besoin de s’animer, de se sentir vivant et porté par le groupe ? Nous nous interrogeons, nous avons parfois le sentiment de tourner en rond, d’être bloqués avec lui dans ce fonctionnement. Néanmoins, nous continuons à tenter avec lui de trouver un peu de sens à ces comportements qui lui posent tant de problèmes : échecs de ses aménagements de peine, son « état » parfois comateux fait douter de ses possibilités de réinsertion. Une permission de sortie vient donner de la réalité à son impossibilité à contenir son besoin de consommer compulsivement. Cet événement nous décourage, mais nous invite avec lui à mieux affronter la situation, avec moins d’illusion ? Un autre temps dans la prise en charge s’ouvre alors, qui permet à M. K d’aller à la rencontre de choses bien plus sombres et mortifères que ce qu’il pouvait approcher au départ.

M. K. souhaite reprendre le suivi qu’il avait depuis longtemps avec son addictologue, et souhaite poursuivre une prise en charge psychologique. Il n’est nullement question de sevrage, mais l’illusion de pouvoir maîtriser ses consommations a cédé et un accès à son histoire, au manque et à l’absence qui l’habite commence à se dessiner pour lui. M. K. est peut-être davantage entré dans le soin...

- l’illusion de concordance du temps judiciaire et du temps clinique :

Beaucoup de patients sont dans la demande de baisser voire de stopper leur traitement psychiatrique ou de substitution. Pour eux, dans l’idéal, le temps clinique devrait rimer avec le temps carcéral et judiciaire. Beaucoup imaginent que, soit sous la pression du juge, soit sous la pression des familles, il faut qu’ils arrêtent leur traitement avant de sortir. Souvent cette illusion peut être déconstruite lorsque le sujet fait l’expérience de la sortie, et qu’il prend conscience que les tentations à l’extérieur sont plus fortes que ses propres résolutions.

M. C, âgé de 35 ans, multiplie depuis sept ans les incarcérations pour des courtes peines, toujours pour des délits commis dans des états d’imprégnation toxique. Il présente une polyaddiction à l’alcool, au cannabis et aux opiacés. M. C. n’accepte une prescription de TSO* que lors de ses incarcérations et dès les premiers rendez-vous, il réitère inlassablement son souhait de diminuer progressivement les doses pour sortir sans aucun traitement. L’histoire se répète : M. C. sort sevré, retrouve un contexte difficile avec peu de ressources pour y faire face (refusant l’idée d’une maladie chronique et donc d’un soin indispensable) et consomme à nouveau.

Ainsi, notre principale mission en milieu carcéral est d’offrir au détenu la possibilité de rencontrer un soin psychique qu’il n’aurait peut-être pas pu rencontrer ailleurs, de lui permettre la prise de conscience que ce soin n’est pas dangereux pour lui, qu’il peut au contraire lui apporter un mieux-être et lui permettre d’entamer une première rencontre avec son intériorité.

Le CSAPA «Antenne Toxicomanies»

Chronologie d’un dispositif :

1986 Une réponse de l’époque à une problématique qui apparaît dans la complexité de l’imbrication de ses dimensions sanitaire et sociale : création à titre expérimental de quatre Antennes Toxicomanies en maison d’arrêt, dont celle de Lyon, destinées à la prise en charge non médicalisée des détenus toxicomanes. Elles sont financées par un budget spécifique du ministère de la Santé. Placées sous l’autorité médicale des médecins-chefs des SMPR*, elles dépendent administrativement de l’hôpital de rattachement de ce service.

1992, 2003, 2009 : du CSST* au CSAPA*, d’un financement spécifique à l’intégration au budget de l’Assurance Maladie : une évolution réglementaire qui inscrit l’Antenne Toxicomanies dans le champ sanitaire de droit commun pour la prise en charge des addictions et qui lui assure une pérennité d’existence.

Depuis 2008, le CSAPA Antenne Toxicomanies, structure médico-sociale régie par la loi n° 2002-2, est intégré au pôle SMPR-CSST-UHSA qui deviendra le pôle SMDD-PL * en 2009.

La composition de son équipe

Deux psychologues pour un temps global de 1,30 ETP, deux éducateurs spécialisés à temps plein dont 1 ETP dédié à la coordination du CSAPA et de programmes spécifiques, deux médecin alcoologue pour un temps global de 0,75 ETP, un médecin de santé publique pour 0,20 ETP et une secrétaire pour 1 ETP.

Ses missions

L'accueil ; l'information ; l'évaluation médicale, psychologique et sociale ; la prise en charge et l'orientation de personnes détenues à la maison d'arrêt de Lyon-Corbas en difficultés avec l'usage des substances psychoactives licites et illicites. L'offre de soins proposés par les professionnels du CSAPA s'exerce avec la libre adhésion du patient pour qui, s'il le souhaite, l'anonymat de sa prise en charge est garanti.

Ses publics

L'Antenne *Toxicomanies* accueille des patients jeunes, parfois très jeunes (18 % ont moins de 25 ans) avec des caractéristiques spécifiques : immaturité sociale pour beaucoup (notamment dépendance aux parents : logement, emploi), fragilité scolaire aussi pour ceux qui n'ont pas terminé leur formation initiale ou l'ont terminée par des échecs, précarité de leur inscription sur le marché du travail. L'inscription dans un parcours de délinquance a majoritairement précédé de plusieurs années leurs comportements d'addiction. Ces spécificités ne sont pas sans marquer de leur empreinte les rapports de ces publics à la toxicomanie : faible conscience de la dépendance, minimisation de la gravité de ses effets, difficulté à se projeter dans son avenir à plus ou moins long terme.

L'alcool représente le produit à l'origine de la prise en charge pour 53 % des patients, les opiacés, pour 21 % des patients, le cannabis pour 18 %, les autres produits (cocaïne, psychotropes et substitution détournée, autres) pour 8 %.

75,3 % des patients pris en charge présentent une dépendance à un ou plusieurs produits consommés et 23,4 % un usage à risque ou nocif. 2,2 % des patients ont utilisé la voie intraveineuse lors du mois précédent leur prise en charge par l'Antenne Toxicomanies et 8,3 % antérieurement.

On peut souligner que la population accueillie à l'Antenne, malgré ses caractéristiques épidémiologiques, a rarement eu accès aux soins et à une prise en charge de ses dépendances. L'incarcération est pour beaucoup de ces personnes une première occasion d'accéder aux soins du secteur spécialisé dans le traitement des addictions et de prendre conscience de leurs toxicomanies. Cette spécificité oblige à aller au-devant de la demande des sujets. Le CSAPA dispose de trois sources d'adresse des détenus concernés : le SMPR de la prison de Lyon-Corbas, l'UCSA*, le SPIP*et de façon minoritaire le personnel de surveillance de l'administration pénitentiaire.

Ses pratiques professionnelles

Les pratiques professionnelles actuelles héritent de l'histoire de l'Antenne Toxicomanies qui est marquée par son statut expérimental à l'origine et par sa dimension minoritaire : structure du secteur médico-social au sein même d'une institution hospitalière. Cette existence en quelque sorte « en marge » a poussé les équipes à occuper une position réflexive permanente pour maintenir la nature de ses missions spécifiques qui s'adressent à un public qui ne s'inscrit pas d'emblée dans une démarche de soin et pour lesquels la question sociale est très présente dans toutes les prises en charge quelle que soit leur nature. La typologie des publics, les contraintes du milieu pénitentiaires et leurs effets délétères sur les équipes obligent à la créativité.

Ainsi, les membres de l'équipe participent-ils à la conception et à la mise en place de modalités d'action souvent renouvelées pour répondre à l'évolution des politiques publiques, des problématiques des personnes prises en charge et des contraintes du milieu. Les pratiques professionnelles fondées à l'origine sur l'accompagnement individuel se sont enrichies d'une offre multiple de travail de groupe : Photolangage®, Sophrologie, Découpage-Collage, Réduction des Risques, Approche des Thérapies Cognitivo-Comportementales, Tabac, Information sur l'Alcool. Ces groupes sont majoritairement animés par des prestataires de service.

Pour favoriser, chez les personnes concernées, le recours à son offre d'accompagnement et de soin, le CSAPA a conçu un programme destiné à cette fin : le Programme de Mobilisation pour favoriser l'Accès aux Soins (PMAS). L'expérience acquise par les travailleurs sociaux dans l'organisation de programmes spécifiques (UPS*, PMAS) a fait évoluer leur approche du sujet de la focalisation sur ses difficultés vers une mise en évidence de ses ressources qui vont être travaillées à l'aide de médiations (artistiques, sportives...). De plus, depuis sa création, l'équipe de l'Antenne Toxicomanies prend en compte la question de l'insertion sociale de ses patients qui se concrétise dans l'élaboration d'un projet de sortie en étroite collaboration avec les institutions chargées de cette problématique en milieu carcéral (SPIP*, délégués des Missions Locales et de Pôle Emploi, associations intéressées à la question du logement et du soin) et en milieu ordinaire : spécialisées dans la prise en charge des addictions et de droit commun. La préparation à la sortie répond à la fois à une problématique concrète : l'accès au logement, au travail, à la formation, aux structures de soins, mais peut être aussi utilisée, comme médiation pour un travail d'élaboration psychique auquel est invité le sujet.

La prise en charge proposée par l'Antenne Toxicomanies est inscrite dans deux paradoxes : proposer un soin à des personnes qui à l'instant de la première rencontre bien souvent ne demande rien sur ce plan et tenter d'instaurer un espace de liberté de penser dans un lieu de contraintes maximum. Cette situation oblige les professionnels à la négociation permanente entre un idéal de fonctionnement porté par chacun et à la réalité de l'exercice.

D'un travail de liaison à un travail de lien : la question du relais et de la continuité des soins

Néanmoins ce travail n'est qu'une amorce et si nous souhaitons pouvoir réellement accompagner les détenus toxicomanes, un travail de liaison avec l'extérieur est primordial. Nous ne pouvons pas imaginer, à l'inverse du détenu, que son passage en prison, que son sevrage éventuel l'ait conduit à un changement radical vis-à-vis du produit. Il est très important que le sujet puisse continuer le travail entrepris avec les différents professionnels de santé. Ainsi, en milieu carcéral, nous ne pouvons travailler seuls, il nous faut sans cesse créer du lien entre l'extérieur et l'intérieur. Liens inter-équipes, inter-structures, qui, s'ils sont maintenus vivants, « ramifiés », permettront peut-être au sujet de nouer à son tour des liens moins « toxiques » avec d'autres. Ce maillage, ce travail autour des liens, ce travail de liaison, pourrait alors soutenir un travail de liaison psychique. Le sujet pouvant alors « relier » des parts déliées de lui-même, de son histoire.

C'est dans la réalité de nos rencontres partenariales, de réseau, que nous tissons une trame, sur laquelle pourra s'appuyer le sujet, dans ses liens aux autres et ses liens intra-psychiques. Il nous faut alors lutter avec des mouvements de déliaison et de désintringation très présents.

M. D. a 35 ans, il est incarcéré pour la seconde fois pour conduite en état d'ivresse, pour une courte peine. Cette deuxième incarcération, prend forme de répétition pour lui, et semble l'aider à prendre conscience de ses difficultés avec l'alcool. Lors de son arrivée en maison d'arrêt un traitement lui est prescrit pour un sevrage à l'alcool. M. D. mesure alors la dépendance physique au produit et pourra ensuite dire que cela lui semble alors grave. M. D. accepte de s'engager dans un programme groupal pour favoriser l'accès aux soins qui dure quelques semaines. Il fait ensuite une demande d'entretiens individuels avec un psychologue du CSAPA.

M. D. évoque alors un parcours d'errance, tout en travaillant, à travers l'Europe. Il ne se fixe jamais plus de quelques mois à un endroit. Il évoque une histoire transgénérationnelle où l'alcool et la violence, ainsi que l'exil sont présents. Sa sortie de prison approchant, il souhaite rencontrer un médecin alcoologue et mettre en place un traitement de soutien. Il évoque une situation précaire en

termes de logement et de travail à sa sortie. Nous envisageons avec lui les relais possibles sur les services compétents au sein de la maison d'arrêt, ainsi que les relais sur les partenaires extérieurs. Mais les délais sont courts, et M. D. risque de ne pas avoir de situation satisfaisante/sécurisante à sa sortie. La continuité des soins est difficile dans un contexte fragile. Comment vivre ? Où dormir ? Ces questions peuvent parfois en évincer d'autres.

Ces quelques mois de prise en charge spécifique auront permis à M. D. de nommer petit à petit ses difficultés, sur différents plans, et de s'y arrêter un moment.

Une poursuite de la prise en charge dans un CSAPA en ville lui est proposée, avec un relais entamé dès la maison d'arrêt par la rencontre d'une éducatrice effectuant une permanence d'accueil au sein de nos locaux avant la sortie de prison. M. D. accepte de se présenter comme démunie, dans l'urgence, chose peut-être nouvelle pour lui. Un temps pour le dire, et peut-être un temps suivant pour le travailler, même si pour l'instant traverser les frontières semble le moyen le plus sûr pour M. D. de laisser derrière lui les choses les plus douloureuses.

La prise en charge des détenus toxicomanes demande donc d'être vigilant sur les différents mouvements que peut engendrer un milieu fermé. Le soin en milieu carcéral avec des personnes présentant une problématique addictive nous apparaît le plus souvent être les prémices d'un soin, d'une rencontre avec leur vie psychique. Nous faisons alors le pari que les patients auront pu construire de petites accroches leur permettant de pouvoir poursuivre une demande lors de leur sortie, de pouvoir faire face à la réalité extérieure et de mettre en place des modifications dans leur rapport aux produits...

Antenne Toxicomanies
à la Maison d'arrêt de Lyon-Corbas

Charlotte LERICHE, Psychologue ;
Charlotte BÉRARD-ELMASSIAN, Psychologue,
Frédéric SAHAJIAN, Médecin Santé Publique ;
Marie SAUTEREAU, Psychiatre ;
Faroudja BOUTAHRA, Educatrice Spécialisée
Coordnatrice CSAPA

Glossaire

SMPR : Service-Médico-Psychologique Régional
CSST : Centre de Soins Spécialisés aux Toxicomanes
Pôle SMPR-CSST- UHSA :Pôle Service-Médico-Psychologique Régional/
Centre de Soins Spécialisés aux Toxicomanes/Unité d'Hospitalière Spécialement Aménagée
CSAPA : Centre de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie
Pôle SMD-PL : Pôle Santé Mentale des Détenus et Psychiatrie Légale
UCSA : Unité de Consultation et de Soins Ambulatoires
SPIP : Service Pénitentiaire d'Insertion et de Probation
UPS : Unité pluridisciplinaire de Préparation à la Sortie
TSO : Traitement de Substitution aux Opiacés