

**NANTES UNIVERSITÉ**

---

**FACULTÉ DE MEDECINE**

---

Année 2023

N°

**THESE**

pour le

**DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE**

(DES de MÉDECINE GÉNÉRALE)

par

***Lorraine, BRIYS***

---

Présentée et soutenue publiquement le *2 Mars 2023*

---

**LA PLACE DE L'ENTOURAGE POUR FAVORISER LA CONTINUITÉ DES SOINS  
EN ADDICTOLOGIE A LA SORTIE D'INCARCÉRATION  
ENTRETIENS AVEC DES PATIENTS INCARCÉRÉS À LA MAISON D'ARRÊT DE  
NANTES**

---

Président : Madame la Professeure GRALL BRONNEC

Directeur de thèse : Docteur GICQUAUD Claire



## Remerciements :

Mes respectueux remerciements vont à la Professeure Grall-Bronnec. Vous me faites l'honneur de présider ce jury, soyez assurée de ma sincère reconnaissance.

Je remercie également la Professeure Victorri-Vigneau et le Dr Hild de leur présence dans mon jury.

Merci de faire partie de ce jury, d'autant que j'ai pu être accompagnée par la Professeure Grall-Bronnec durant toute mon année de FST addictologie. Professeure Victorri-Vigneau, vous m'aviez fait l'honneur d'être également dans le jury de mon mémoire de FST. Dr Hild, vous m'avez accompagné dans le cadre des Groupes d'Échanges de Pratiques durant ma dernière année de DES de Médecine Générale.

Je remercie également Dr Gicquaud, qui a été ma directrice de mémoire puis de thèse. Merci pour ton implication et tes encouragements.

Je tiens à remercier par la même occasion toute l'équipe du SMPR et particulièrement du CSAPA de la MA pour leur soutien et pour m'avoir accompagné dans ce qui fut mon meilleur stage de l'internat. Merci à Caroline De Charette et Anne Cécile Noury pour leurs réponses à mes nombreuses questions et leur implication, tant dans mon mémoire que dans ma thèse. Cela n'aurait pas pu être possible sans vous.

Merci à mes parents pour leur soutien durant ces longues années de médecine. Maman, tu m'as aidé dès la P1 en tapant mes cours enregistrés au dictaphone, et jusqu'à la thèse ou tu as encore dû jouer la super secrétaire. Je ne te remercierai jamais assez. Papa, tu m'as transmis ton perfectionnisme, du moins en partie, et ta logique. Je vous aime, j'ai bien fait de vous avoir choisis comme parents :) !

Merci tout particulièrement à Lionel, partenaire de vie en or. Merci pour ton soutien au quotidien, ton énergie, ton amour. Merci d'être toi, cette personne généreuse et qui m'apaise, tu rends la vie si douce. J'adore nos projets et le chemin de vie qu'on parcourt ensemble.

Merci à Djadja pour avoir réchauffé mon cou pendant toutes ces heures de boulot, et à Nyny d'être ce petit boute-en-train si joyeux. Judy, mon premier chien, tu es si particulière dans mon cœur. Cookie, toi qui as rejoint la famille en cours de route pour encore plus d'amour et de câlins. Merci à vous de me forcer à sortir en forêt même en hiver ! Parce que ça me fait un bien fou. Vous êtes ma soupape de décompression.

Merci à mamie Nicole et papy Edouard, depuis l'enfance vous m'avez toujours soutenu. Merci à toute la famille polonaise qui a rendu mon enfance si gaie : Stanis, Jeanne, Marie Thérèse, Annette, et ceux que j'ai moins connus, Joseph, Sigismond.

Merci à la génération suivante des Kielbasa avec qui j'ai passé des vacances magiques : Claude et Claude, Alexis Et Amandine qui ont été comme des frères et sœurs pour moi dans notre enfance.

Merci à Evelyne et Fabrice grâce à qui j'ai pu réviser ma P1 calinée par Ramsès et accompagnée par les vaches mais surtout soutenue par Juju et ses Spritz !

Un grand merci à Fanfan avec qui je partage beaucoup : l'amour de la plongée, des voyages, des animaux. Tu es une vraie source d'inspiration pour moi.

Merci à mes amis. Les Ebisoliens, avec qui ça fait déjà 10 ans : Jérémy qui m'a accompagné durant mon premier semestre, Chonchon qui rayonne de bonnes vibes, et Albane que j'ai hâte de rencontrer, Clara avec qui j'adore discuter, Louise qui me fait rire même quand elle pleure, Nora avec qui j'ai fait mon grand départ de Paris vers Nantes, Laure à qui j'ai envie de dire une vacherie mais dans le fond que j'aime, Maud que je remercie encore pour ce dernier week end à Marseille <3. Aux non ébisoliennes mais qui sont tout comme : Anna Clara et Camille. Ma petite camcam avec qui j'ai tout vécu : les teuffes en P2 jusqu'aux révisions de D4, t'es mon love pour toujours.

Merci aux copains Faluchards de Bichat : Flofi, mon parrain, ami, voisin, qui va bientôt voler vers la Bretagne et beaucoup me manquer, et toute sa petite famille avec, Suzinette et Caro, que j'aime si fort. Débo, j'ai trop hâte qu'on parte en vacances, merci pour ta gentillesse et ta douceur. Kim, ma marraine, merci pour ta force et bienveillance. J'ai aussi une pensée pour mon fillot JE et ma fillotte Fanny, mes bébés d'amour.

Merci à ceux que j'ai suivi à Nantes et qui m'ont apporté un peu de stabilité et de repères pendant ce début d'internat tumultueux et qui resteront mes piliers : Luc et Arwen, parce que tu es le seul aussi fou que moi quand tu t'intéresses à un truc, Maud et nos souvenirs de coloc à Fontenay city, Vincent, Kerian, Alex, EP.

Pauline, merci pour ta présence dans les moments importants depuis tant d'années, on a fait les 400 coups avec Paul et Laurent mais maintenant on est sage, même en vacances.

Garance, merci pour ton super soutien de colloc, tes gaufres au potimarron le matin me manquent.

Antoine, je ne sais même pas dans quel paragraphe te mettre tellement tu m'as accompagné partout : Ebisol, la faluche, Nantes, la FST addicto, la Vendée, et maintenant la thèse. Je suis heureuse que ce travail soit une aventure commune (de plus) et l'avenir nous réserve, je l'espère, d'autres expériences partagées.

Merci aux copains de l'internat de Fonfon : Clément mon binôme dès Le Mans et qui m'a vu changer, Gabrielle avec qui la vie était si douce grâce, entre autres, à ses bons plats vegan. Big up aux co-internes de fonfon, mais aussi de Blain (Marie <3), et à tous les autres copains que j'ai rencontrés ces quatre dernières années.

Merci à tous ceux que j'ai croisé au fil de mes stages : Mary et toute l'équipe des urgences de Fontenay, la pédiatrie toujours à Fontenay, l'Escabelle à Blain, le Crisalid à Luçon, mes prat Jean Marie Pouplet et Marie Mascle. Merci à Brigitte pour ses relectures scrupuleuses et surtout pour son accompagnement dans mes premiers pas après l'internat.

Merci à mes tous premiers stages et surtout au service d'Addictologie de l'hôpital Louis Mourier (Pr Yann Le Strat et Dr Catherine Fedoroff), grâce à qui je suis tombée dans la marmite de l'addicto !

Merci à Alain pour l'impression de cette thèse et Espace Imprim qui a une place toute particulière dans mon cœur. Vous aviez imprimé mon rapport de stage de 3ème il y a un petit moment maintenant... Et vous m'aurez suivi jusqu'à la thèse !

## **LISTE DES ABREVIATIONS**

AAH : Allocation Adulte Handicapé

ALiA : Association Ligérienne d'addictologie

CAARUD : Centre d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des risques pour Usagers de Drogues

CD : Centre de Détention

CeGIDD : Centres gratuits d'information, de dépistage et de diagnostic

CEC : Consultation Extra-Carcérale

CHU : Centre Hospitalo Universitaire

CHRS : Centre d'Hébergement et de Réinsertion Sociale

CMP : Centre Médico-Psychologique

COSMOS : Consommation de Substances et Médicaments au sein de la population carcérale

CPIP : Conseiller Pénitentiaire du Service d'Insertion et de Probation

CPS : Cellule prévention Suicide

CNIL : Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés

CSAPA : Centre de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie

CSL : Centre de semi-liberté

EPM : Établissement Pour Mineur

FST : Formation Spécifique Transversale

HDJ : Hôpital de jour

JAP : Juge d'Application des Peines

MA : Maison d'Arrêt

MAF : Maison d'Arrêt quartier Femmes

MAH : Maison d'Arrêt quartier Hommes

OIP : Observatoire International des Prisons

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

QPA : Quartier pour Peine Aménagée

RPS : Remise de Peine Supplémentaire

SAS : Structure d'Accompagnement vers la Sortie

SDF : Sans Domicile Fixe

SMPR : Service Médico Psychologique Régional

SPIP : Service Pénitentiaire d'Insertion et de Probation

SMRA : Soins Médicaux et de Réadaptation

USMP : Unité Sanitaire en Milieu Pénitentiaire

UFRAMA : Union Nationale des Fédérations Régionales des Associations de Maisons  
d'Accueil de familles et proches de personnes détenues

UVF : Unité de Vie Familiale

## **TABLE DES MATIÈRES**

|  |           |
|--|-----------|
| <b>INTRODUCTION</b>  | <b>9</b>  |
| <b>1. Le système de soin en addictologie en milieu carcéral, l'importance de la préparation à la sortie</b>        | <b>9</b>  |
| a. Système pénitentiaire en France   | 9         |
| b. Système de soin en addictologie en incarcération  | 9         |
| Problématique des addictions en milieu carcéral  | 9         |
| Le suivi en addictologie en milieu carcéral, exemple du CSAPA de Nantes  | 10        |
| c. Préparation à la sortie d'incarcération : l'enjeu de la poursuite du soin en addictologie                       | 11        |
| La sortie de détention   | 11        |
| La préparation à la sortie au sein du CSAPA de la MA de Nantes   | 12        |
| Les freins à la poursuite du suivi à la sortie de détention  | 14        |
| <b>2. Entourage et addiction</b>   | <b>16</b> |
| a. L'évolution des théories sur l'entourage  | 16        |
| b. Les principes de l'approche systémique  | 17        |
| c. Le développement des thérapies familiales   | 17        |
| d. La prise en charge de l'entourage en addictologie   | 17        |
| <b>3. L'entourage des patients incarcérés et leur intégration au système de soin en addictologie pénitentiaire</b> | <b>18</b> |
| <b>4. Objectifs de l'étude</b>   | <b>19</b> |
| <b>MATERIEL ET METHODES</b>  | <b>21</b> |
| 1. Type d'étude  | 21        |
| 2. Population étudiée  | 21        |
| 3. Recrutements  | 21        |
| 4. Modalités de recueil des données  | 21        |
| 5. Analyse des données   | 23        |
| 6. Aspects réglementaires et éthiques  | 23        |
| <b>RÉSULTATS</b>   | <b>24</b> |
| 1. Déroulement de l'étude  | 24        |
| 2. Caractéristiques des participants   | 24        |
| 3. Evolution du guide d'entretien  | 25        |
| 4. Résultats de l'analyse  | 25        |
| <b>PARTIE I : CHANGER DE STATUT</b>  | <b>26</b> |
| A. L'homme violent   | 26        |
| B. Qui fait souffrir sa famille  | 26        |
| C. L'isolement   | 27        |
| D. La prise de conscience en incarcération   | 28        |
| E. La culpabilité et les regrets   | 29        |
| F. Être malade   | 30        |
| G. Se soigner  | 31        |

|   |           |
|---|-----------|
| <b>PARTIE II : MODIFIER SES LIENS</b>   | <b>33</b> |
| A. L'annonce de l'incarcération à l'entourage   | 33        |
| B. S'isoler en prison   | 34        |
| C. Reprendre contact  | 34        |
| D. Être soutenu   | 35        |
| E. Couper les liens avec l'entourage consommateur   | 36        |
| <b>PARTIE III : COMMUNIQUER AVEC SON ENTOURAGE SUR L'ADDICTION</b>                                | <b>37</b> |
| A. La découverte par la famille   | 38        |
| B. Ne pas parler de l'addiction avec son entourage  | 39        |
| C. Ne pas se sentir compris par son entourage   | 42        |
| D. La vision du soin de l'entourage   | 43        |
| E. Avoir besoin d'aide pour parler des addictions   | 43        |
| <b>PARTIE IV : PRÉPARER SA SORTIE</b>   | <b>45</b> |
| A. Avoir des difficultés à se projeter sur la sortie  | 45        |
| B. Poursuivre son soin  | 46        |
| C. Les attentes des patients concernant le soin et la préparation à la sortie en Maison d'Arrêt   | 48        |
| D. L'entourage à la sortie  | 49        |
| E. Etre en mission  | 50        |
| <b>DISCUSSION</b>   | <b>51</b> |
| A. Résultat principal   | 51        |
| B. Atouts et limites de l'étude   | 52        |
| C. Discussion des résultats et comparaison avec les données de la littérature                     | 53        |
| 1. L'importance du soin en détention  | 53        |
| 2. L'importance de l'entourage : La focalisation sur la famille proche                            | 54        |
| 3. L'organisation de la sortie  | 55        |
| 4. Des difficultés de communications importantes sur le sujet des addictions                      | 58        |
| 5. Du côté des familles   | 59        |
| 6. Perspectives et modalités de mise en place d'entretiens famille                                | 62        |
| <b>CONCLUSION</b>   | <b>66</b> |
| <b>RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES</b>  | <b>67</b> |
| <b>ANNEXES</b>  | <b>71</b> |
| Annexe 1 : Modifications du guide d'entretien   | 71        |
| Annexe 2 : Autorisation de la Direction Pénitentiaire   | 72        |
| Annexe 3 : Fiche de projet du CSAPA de la Maison d'Arrêt d'Angers                                 | 73        |
| Annexe 4 : Protocole des entretiens familiaux en cours d'incarcération du CSAPA de la MA d'Angers | 76        |
| Annexe 6 : Recueil du consentement  | 83        |
| Annexe 7 : Lien vers les retranscriptions d'entretiens  | 83        |
| Annexe 8 : Extrait du journal de bord   | 83        |

## INTRODUCTION

### 1. Le système de soin en addictologie en milieu carcéral, l'importance de la préparation à la sortie

#### a. Système pénitentiaire en France

En Juin 2022, l'administration pénitentiaire prend en charge 241 361 personnes, dont 71 678 personnes sous écrou et 169 683 personnes suivies en milieu ouvert (1). Les détenus sont soit prévenus soit condamnés. Un prévenu peut être en attente de jugement ou en voie de recours contre sa condamnation. Un condamné est déjà jugé et exécute sa peine au sein d'un établissement pénitentiaire (2).

On compte en France 187 établissements pénitentiaires en 2022.

Il existe plusieurs types d'établissements en fonction de la catégorie pénale des détenus qui y sont incarcérés. Les maisons d'arrêt accueillent en principe les prévenus, mais également bien souvent les personnes condamnées à une courte peine. Les établissements pour peine sont réservés aux personnes condamnées. Certains de ces établissements, comme les maisons centrales, sont plutôt axés sur la sécurité et accueillent des personnes condamnées à une longue peine. D'autres, comme les centres de détention, les centres de semi-liberté ou les centres pour peines aménagées sont plutôt orientés sur la réinsertion des détenus (2).

Plus particulièrement à Nantes et aux alentours, il existe une Maison d'Arrêt Homme, Maison d'Arrêt Femme, un Quartier pour Peines Aménagées, un Centre de Détention, et un Centre de Semi Liberté. La Maison d'Arrêt de Nantes a une capacité de 510 personnes à sa construction. Au 16 septembre 2022, sa population était de 768 personnes.

#### b. Système de soin en addictologie en incarcération

Problématique des addictions en milieu carcéral

Il a été observé dans plusieurs études que les addictions sont plus fréquentes chez les personnes incarcérées par rapport à la population générale, à la fois dans le monde, en France, et plus localement dans la région des Pays de la Loire et notamment à Nantes.

En effet, dans des études américaines, les patients présentant un trouble de l'usage de substance représentent 58% des personnes incarcérées en Centre de Détention et 63 % des personnes incarcérées en Maison d'Arrêt (3), et jusqu'à 68% dans certaines études (4,5). Plus de 80% des personnes incarcérées auraient déjà utilisé des substances illicites dans leur vie (6).

Au niveau national, l'étude DRESS de 2005 (7) montre que 33,3% des entrants en incarcération déclarent une utilisation prolongée et régulière d'au moins une drogue dans l'année précédant l'incarcération, 31% déclarent une consommation excessive d'alcool et 78% fumer du tabac.

Par ailleurs l'étude COSMOS (8) réalisée dans les Maisons d'Arrêt des Pays de la Loire en 2018 retrouvait 51,1 % des sujets présentant une ou plusieurs consommations quotidiennes parmi alcool, cannabis, cocaïne, héroïne, amphétamines, substances hallucinogènes ou médicaments listés obtenus sans prescription. En outre, 169 patients consommaient avant incarcération un médicament listé obtenu sur prescription (soit 21,1%). Au global, les patients ayant une consommation quotidienne de substance psychoactive ou de médicament listé obtenu ou non avec prescription représentaient 471 patients, soit 58,9 % des sujets.

Le suivi en addictologie en milieu carcéral, exemple du CSAPA de Nantes

Plus localement à Nantes, on compte 665 personnes incarcérées vues au moins une fois en consultation au CSAPA sur l'année 2021, dont 377 nouveaux patients. Parmi ces patients, les addictions les plus dommageables sont pour 49,4% l'alcool, 19,3% le cannabis, 17,6% les opiacés et 7% la cocaïne (9).

Le CSAPA de la Maison d'Arrêt de Nantes assure la prise en charge des addictions en lien avec le SMPR (Service Médico-Psychologique Régional) et l'USMP (Unité de Soins en Milieu Pénitentiaire) (schéma 1).

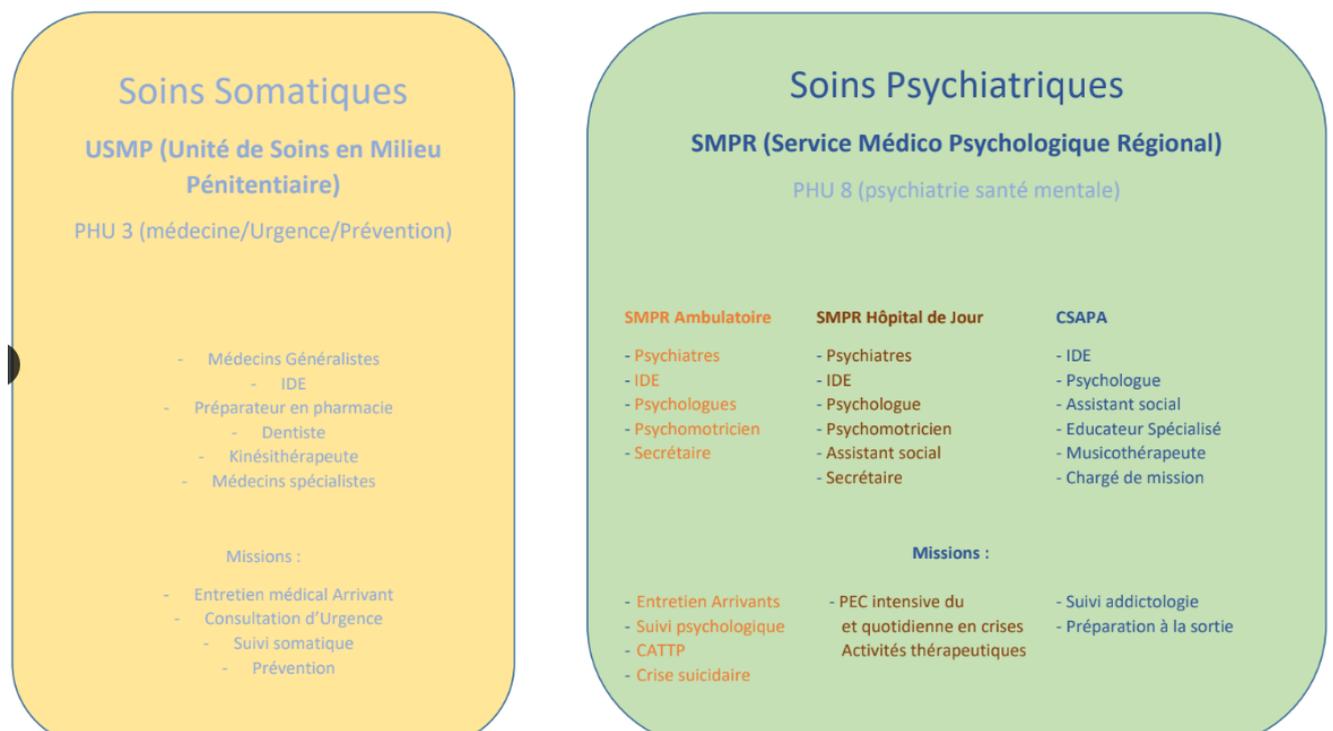


Schéma 1 : Les services de soin en détention

L'unité est intégrée au service du SMPR qui dépend de l'organisation du Pôle Hospitalo-Universitaire Psychiatrie 8 et Santé Mentale au sein du CHU de Nantes (7-10). Ce CSAPA en milieu pénitentiaire possède cinq antennes réparties sur les sites suivants (schéma 2) :

- La Maison d'Arrêt Homme de Nantes (MAH)
- Le Centre de Détention (CD)

- La Maison d'Arrêt Femmes de Nantes (MAF)
- Le Quartier pour Peines Aménagées (QPA)
- L'Établissement Pour Mineurs (EPM)
- Le CMP Beaumanoir du CHU de Nantes

## Les différents lieux de détention VS intervention du

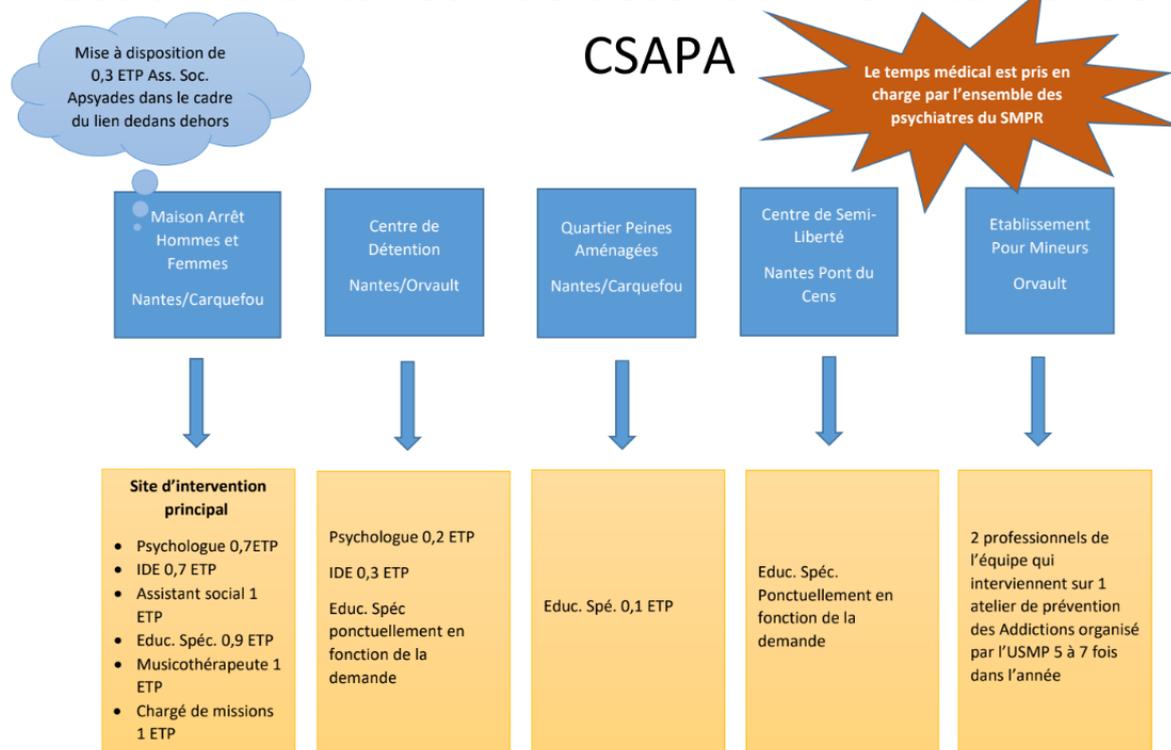


Schéma 2 : Les différents lieux de détention et d'intervention du CSAPA

Il est proposé de façon systématique à l'entrée en incarcération (MAH, MAF, QPA, EPM) un entretien infirmier du SMPR durant lequel la question des addictions est abordée. Si un trouble de l'usage est repéré, les patients sont invités à écrire au CSAPA via requête interne afin d'établir une demande de soin. Des groupes d'information sont aussi proposés pour permettre aux patients de découvrir l'offre de soin en addictologie pendant la détention. Les participants qui le souhaitent peuvent bénéficier, à l'issue de celui-ci, d'un entretien individuel d'évaluation par un professionnel du CSAPA.

Au total, la prise en charge par l'équipe du CSAPA de la maison d'arrêt de Nantes couvre le repérage, le diagnostic, la définition d'un projet de soin et la préparation à la sortie.

- c. Préparation à la sortie d'incarcération : l'enjeu de la poursuite du soin en addictologie

La sortie de détention

La sortie d'incarcération est identifiée comme un risque majeur de reprise des consommations, de rupture de traitement et de prise en charge (6).

Les enjeux sont donc importants et l'organisation de la continuité de la prise en charge lors des sorties de détention est un des axes principaux de la feuille de route Santé des Personnes Placées sous main de justice. On peut notamment citer l'action N°22 "Améliorer la continuité de la prise en charge à la sortie de détention", et N°23 "Assurer la continuité des soins et de la prise en charge en matière d'addiction à la sortie de prison" (10).

La préparation à la sortie au sein du CSAPA de la MA de Nantes

Parmi les missions des CSAPA en milieu pénitentiaire, la préparation à la sortie est un enjeu majeur du travail (schéma 3).

Les recommandations de la HAS (11) retiennent comme mission de soutenir l'élaboration et la mise en œuvre du projet de soin et du projet de sortie, en co-construction avec le patient. Ce travail passe par un échange avec le patient de façon précoce dans la prise en charge, afin de cerner au mieux les enjeux et problématiques à sa sortie.

Aussi, lors du suivi, l'articulation dedans-dehors se construit par une évaluation et un travail sur la motivation à la poursuite du suivi à l'extérieur.

## Le CSAPA

Chef de service : Dr Olivier GIRON

Médecin Référent : Dr Caroline DE CHARETTE

Cadre de Santé : Claudine SACHOT

Unité faisant partie du SMPR

Unité Médico – Sociale à la différence du SMPR qui est Sanitaire

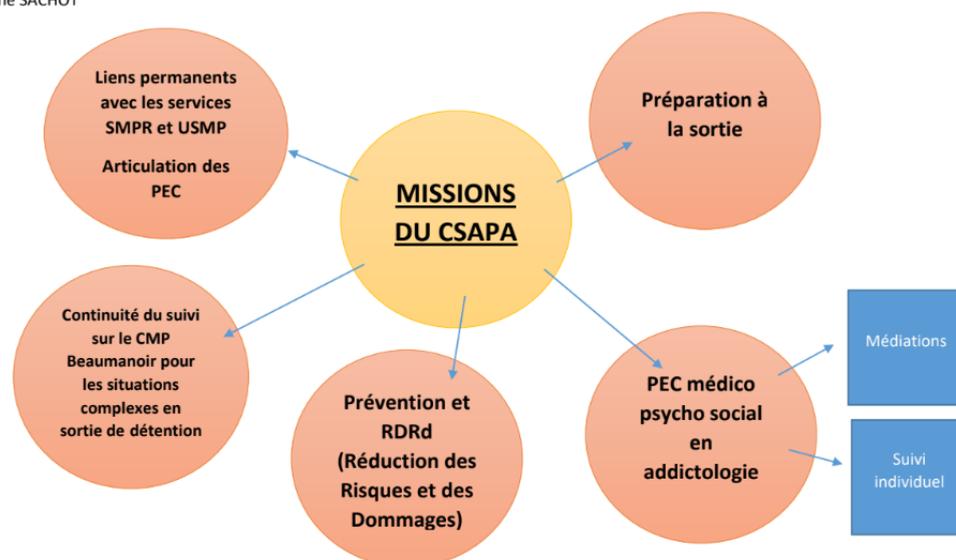


Schéma 3 : Les missions du CSAPA

Les patients suivis au CSAPA de la Maison d'Arrêt restent incarcérés pour la plupart sur une courte durée, d'environ 3,5 mois (médiane). Durant cette période, le nombre d'entretiens en addictologie qu'ils effectuent est en médiane de 5 consultations. Cette durée courte de présence en incarcération et le nombre limité possible de rencontres avec l'équipe soignante du CSAPA obligent à parler très rapidement de la sortie et du suivi à l'extérieur (12).

Ainsi, les différentes structures de soin sont rapidement présentées au patient. Ceci implique l'identification des partenaires d'aval et l'organisation de l'entrée en contact et la mise en lien. Ce premier contact peut se faire par l'appel à la future structure de soin avec un soignant, ou un partage de coordonnées, ou encore par la visite organisée de la structure de soin avec permission médicale (notamment en cas d'entrée en SMRA). Le choix entre ces différents modes de présentation et d'organisation à la sortie se fait au cas par cas, en fonction des patients et de leurs projets.

Il est également nécessaire d'anticiper la date de libération du patient. L'administration pénitentiaire communique de façon hebdomadaire la liste des détenus libérables sur les quatre semaines à venir, permettant ainsi une visibilité sur les prochains mouvements. Cette organisation n'empêche pas l'annonce de libération le jour même ou toute autre modification.

Tout cela implique, dans le respect des missions et des espaces de chacun, un travail d'articulation entre les différents intervenants auprès du patient, du soin et du service pénitentiaire d'insertion et de probation (SPIP) (10). Ainsi, à la MA de Nantes une rencontre mensuelle avec les équipes du SPIP est organisée afin d'échanger autour de situations et améliorer la coordination des prises en charge avant la sortie. De plus, des échanges non formalisés par appels téléphoniques ou mails sont pratiqués et inscrits dans le fonctionnement des deux services. Aussi, d'autres liens existent avec l'administration pénitentiaire et le SMPR dont le CSAPA comme la participation des médecins aux Cellules de Prévention Suicide et les réunions Santé Justice (schéma 4).

## LIENS AVEC L'ADMINISTRATION PENITENTIAIRE



Schéma 4 : Liens avec l'administration pénitentiaire

La coordination est donc primordiale et concerne différents acteurs du soin, du médico-social, du social, de l'associatif, du judiciaire, aussi bien en interne qu'en externe à la détention, pour améliorer la continuité des soins dedans-dehors :

- Le SPIP
- Les services d'hébergement avec soins (Un chez soi d'abord, G'Xiste...)
- Les CSAPA extérieurs
- Les SMRA
- La psychiatrie

Pour renforcer le lien dedans-dehors, l'équipe du CSAPA peut s'appuyer également sur deux assistantes sociales mises à disposition par un CSAPA extérieur grâce à un partenariat contractualisé. Certains professionnels du CSAPA de la MA travaillent également sur l'antenne du CMP Beaumanoir où ils peuvent voir en consultation certains anciens détenus pour les situations complexes et dans l'attente d'un relai, essentiellement pour des patients souffrant de pathologies psychiatriques.

Malgré ces dispositions, la réalité en sortie de détention apporte des difficultés supplémentaires. En effet, les ex-détenus peuvent être confrontés à des problèmes fréquents à la sortie, tels que des difficultés à aller vers l'emploi et à avoir un logement stable, associée à un manque de place dans les structures spécialisées (hébergement avec soin, HDJ, SMRA). Ils subissent parfois une stigmatisation à la sortie. Aussi, la sortie est un retour dans un milieu favorable aux consommations avec un accès plus grand aux produits. Certaines modalités de sortie (conditionnelle, sous contrainte) peuvent également parfois compliquer les démarches.

La préparation à la sortie, réunion d'une prise en charge médico psycho sociale, est donc un travail fondamental en incarcération pour améliorer la continuité des soins et, ainsi, réduire les risques de récidive autour des conduites addictives.

#### Les freins à la poursuite du suivi à la sortie de détention

Plusieurs études aux Etats Unis ont tenté d'éclaircir les freins au traitement substitutif opiacé en addictologie, chez des patients demandeurs de traitements : les principales barrières rencontrées ont été le fait de ne pas être prêt à arrêter les consommations d'alcool ou de drogues, le manque de ressources et de ne pas savoir où trouver le traitement (3,13).

Des études précédentes ont montré que les personnes impliquées judiciairement partagent les mêmes barrières que la population générale. Il existe également des barrières additionnelles notamment la stigmatisation liée au fait d'avoir un passé judiciaire. Cependant, ces études sont limitées par le fait qu'elles se concentrent sur un seul groupe de personnes : sur un type d'addiction (14,15) ou un type de population comme les femmes (16). Dans d'autres études, les freins au traitement sont demandés en cours d'incarcération et non à la sortie après une expérimentation en « réel » ou avec un nombre de sujet restreint (13,15).

Dans une étude réalisée en 2018 aux Etats Unis, des patients ayant reçu une intervention en addictologie, de type entretien motivationnel ou une éducation thérapeutique durant 14 jours avant la libération de prison, ont été contactés à 1 mois et entre 3 et 6 mois de leur libération pour répondre à une échelle, le « barriers to treatment inventory », permettant d'évaluer leurs freins au traitement. Malgré un faible nombre de participants (28 participants), on peut noter que 42.8% des participants ont répondu « je ne pense pas avoir de problème avec les drogues », 32.2% « mes consommations de drogue ne me posent pas de problème ». On note également que la confidentialité est une barrière importante puisque 35.7% identifient comme barrière « je ne parle pas de ma vie personnelle avec d'autres personnes » et 32.2% « je n'aime pas parler en groupe ». Peu de participants ont identifié

un support social négatif : en effet, seulement 10.7% ont été d'accord avec la proposition « mes amis me disent de ne pas me traiter » (15).

Dans mon mémoire réalisé en 2021 à la Maison d'Arrêt de Nantes (12), les patients incarcérés suivis au CSAPA de la MA ont été appelés à 1 mois et 3 mois de leur sortie d'incarcération afin de répondre à un questionnaire similaire, adapté à la problématique du suivi en addictologie. La barrière à la poursuite du suivi en addictologie la plus importante est la croyance d'une absence de problème pour 44% d'entre eux, qui ont répondu oui à "je ne pense pas avoir de problème avec les drogues". En effet, après plusieurs mois d'incarcération où un certain nombre de patients expérimentent l'abstinence, certains peuvent exprimer une idée de guérison de leur pathologie addictive. Ainsi, nombreux ont l'impression de ne plus avoir de problème avec les consommations et 81% d'entre eux affirment à 1 mois de leur sortie « Je peux gérer mes consommations par moi-même ». Une partie des patients mettent également à distance leur pathologie, dans l'idée qu'elle appartient à la "vie d'avant" l'incarcération, et sont dans un espoir d'une vie nouvelle dans laquelle leur pathologie n'a plus de place. De plus, une grande partie des patients (40%) rencontre les soins en addictologie pour la première fois, ce qui peut expliquer leurs faibles connaissances de la pathologie addictive et leur ambivalence vis-à-vis de leurs usages.

Ensuite, la difficulté à être à l'aise pour parler de soi (56%) est un frein également important à la poursuite du suivi.

Aussi, après la sortie, la majorité des patients présentent des difficultés à stabiliser leurs revenus ainsi que leur logement. Cette population précaire particulière peut avoir des priorités qui sont autres que celles du soin en addictologie : trouver un emploi, un logement fixe, etc... En effet, il a été montré qu'environ un tiers des patients sont en accord avec la phrase "Il sera difficile pour moi d'intégrer un suivi dans mon emploi du temps". Ceci souligne l'importance de la place des assistants sociaux dans l'équipe soignante d'un CSAPA, que ce soit à l'intérieur ou à l'extérieur de la détention, dans leur connaissance des enjeux socio-économiques et du réseau dans l'accompagnement de ces patients.

Un autre enjeu est l'accessibilité des structures de soins en addictologie. En effet, environ un tiers des patients à 1 mois de leur sortie a des difficultés à se rendre sur leur structure de suivi ou déclare habiter trop loin. On peut penser qu'une partie de ces patients n'ont pas de moyen de locomotion, parfois pas de permis de conduire, ou des revenus ne leur permettant pas l'achat d'un véhicule. Ce constat peut nous interroger sur la place d'une équipe mobile d'addictologie pour ces populations dont l'accès aux soins est difficile.

De plus, à un mois de la sortie d'incarcération, environ un tiers des patients est sur liste d'attente d'un CSAPA et trouve qu'il y a trop d'étapes pour accéder au suivi. Durant cette période charnière dedans-dehors, un étayage soutenu afin d'éviter le risque de rupture de suivi pourrait être envisagé. On constate que le manque de moyens impose une offre de soin sous dimensionnée ne permettant pas de mettre en place ce suivi rapproché pour ce type de population.

**Enfin, l'étayage familial et social est décrit comme aidant et ne constitue pas une barrière à la poursuite du suivi en addictologie à la sortie d'incarcération.** En effet, seulement 0 à 7% des patients interrogés ont répondu "oui" à au moins une des affirmations

qui était en lien avec un mauvais support social et familial comme frein pour poursuivre le soin. L'intégration de l'entourage peut donc être une piste intéressante pour l'amélioration de la continuité des soins à la sortie de prison.

Cependant, selon certaines études, il y a plus de consommation à la sortie de prison chez les patients vivant avec d'autres personnes sous le même toit (6). Cela pose la question de l'influence de l'entourage sur les rechutes et le soin en addictologie.

Finalement, 44% des patients ayant répondu à 3 mois ont été à au moins une consultation en addictologie, ce qui montre qu'une continuité des soins est possible (12).

## 2. Entourage et addiction

### a. L'évolution des théories sur l'entourage

L'entourage désigne premièrement un « ensemble de personnes vivant habituellement auprès de quelqu'un ». L'entourage peut aussi se définir comme toute personne confrontée ou impliquée dans les problématiques addictives d'un tiers (17). Généralement, il s'agit du conjoint ou de la conjointe, des enfants, des parents, frères et sœurs, mais aussi des amis, collègues, etc...

C'est au XIXe siècle qu'apparaît l'entourage familial dans la littérature scientifique, d'abord dans le contexte de l'addiction à l'alcool. C'est par une approche psychanalytique que débute une réflexion sur le ou la conjoint.e. L'entourage y est vu comme un inducteur de l'addiction à l'alcool voire agent causal par transmission génétique. Les patients sont parfois extraits de cet environnement incitateur, avec un recours important à l'institutionnalisation (18). Ce contexte contribue à mettre la famille à l'écart : elle n'est plus informée ni consultée par l'équipe de soin, voire complètement mise à part avec interdiction de visiter les malades par exemple (19).

Cette vision est remise en question en 1968 lorsqu'Ewing et Fox tentent une explication à partir des théories de Bateson et Jackson. Ils utilisent essentiellement la notion d'homéostasie, initialement utilisée pour déterminer les mécanismes qui assurent la régulation de l'organisme, à l'origine de l'approche systémique. C'est ainsi qu'apparaît le terme d'homéostasie familiale. La famille apparaît comme un système et l'on s'intéresse aux interactions entre les éléments constitutifs du système et aux effets de ces interactions plutôt qu'à leur nature (20,21).

Par la suite l'École de Palo Alto prend pour objet d'étude les modes de communication des familles (22). La famille reste un agent causal mais par ses modes de communications et interactions familiales "pathologiques". C'est le début de la désinstitutionnalisation (19).

C'est l'émergence du modèle bio-psycho-social, inspiré des travaux de Claude Olievenstein sur la toxicomanie (23) qui permet de faire évoluer à nouveau la place de la famille. En effet, la vulnérabilité aux conduites addictives fait intervenir trois facteurs : la personne, son contexte socioculturel avec l'entourage et la substance ou comportement. L'entourage a donc un rôle déterminant. Les patients sont progressivement désinstitutionnalisés et reprennent leur place dans la famille qui devient une alliée de l'équipe soignante. Leurs compétences sont de plus en plus reconnues, jusqu'à parler de

“famille compétente”. Plus que des alliées, elles tendent à devenir des partenaires de soin (19).

#### b. Les principes de l’approche systémique

L’approche systémique, à l’origine de la prise en compte de l’entourage du patient dans la prise en charge, repose sur plusieurs principes.

Le principe d’interaction, ou d’interdépendance repose sur le fait que chaque élément tire son information des autres éléments et agit sur eux. Il faut donc comprendre l’élément dans le contexte avec lequel il interagit.

- Le principe de totalité est le fait que la logique de groupe prime sur celle de chaque élément qui le compose.
- Le principe de rétroaction, appelé aussi feed back ou causalité circulaire, est un principe selon lequel l’effet B produit par A agit en retour sur la cause A.
- Le principe d’homéostasie repose sur le fait que, lorsqu’un système subit une légère transformation, il a tendance à revenir à son état antérieur.
- Le principe d’équifinalité est le fait que l’on peut obtenir un résultat identique à partir de conditions initiales différentes et en empruntant des chemins différents (21).

#### c. Le développement des thérapies familiales

Le terme de “thérapie familiale” est utilisé pour synthétiser un ensemble de pratiques cliniques et de théories issues d’horizons épistémologiques divers, dont l’apport théorique principal est issu de la théorie systémique. Ainsi, c’est par l’appréhension de la famille comme un système, et le patient non pas comme un individu isolé mais un être ouvert et lié à son environnement, qu’est née la thérapie familiale (21).

Le premier centre de thérapie familiale à New York est fondé par Nathan Ackerman, pédopsychiatre et psychanalyste dès 1938, bien avant les développements importants de l’approche systémique (24,25). Mais c’est surtout dans les années 1950 aux Etats Unis que les thérapies familiales se développent, puis en France dans les années 70. De multiples thérapies ont vu le jour, d’inspiration psychanalytique, cognitive, comportementale, etc (18)...

#### d. La prise en charge de l’entourage en addictologie

Dans le champ de l’addictologie, les premières recherches sur la mise à contribution de l’entourage portent sur le trouble lié à l’usage d’alcool (26). Puis, c’est dans le cadre de la prise en charge d’adolescents toxicomanes qu’émergent les premiers questionnements concernant l’application des thérapies familiales systémiques au champ de la toxicomanie. Cette approche se développera avec Haley, issu de l’école de Palo Alto, puis dans les années 80 avec les travaux de M. D. Stanton (24). Peu à peu, la littérature a inclus d’autres dépendances, jusqu’à généraliser le concept à l’ensemble des conduites addictives (27–29).

Aujourd’hui il est devenu fréquent de proposer des consultations à l’entourage des patients suivis en addictologie, bien que cette pratique pourrait encore être développée (30). En 2017 en France, 6% des personnes prises en charge en CSAPA étaient de l’entourage

de patients addicts (17). Les consultations de couple se sont notamment développées. Cette prise en charge s'effectue également par le médecin généraliste qui connaît souvent l'entourage familial du patient (31). En tant que "médecin de famille" il est un interlocuteur privilégié de premier recours et de prise en charge globale du patient et de son entourage (32).

De nombreuses associations de proches se sont également développées. On peut citer comme exemple Al-Anon qui organise des groupes de parole pour aider les familles et proches de personnes ayant un trouble lié à l'usage d'alcool (33).

### 3. L'entourage des patients incarcérés et leur intégration au système de soin en addictologie pénitentiaire

Les patients incarcérés en milieu fermé sont par définition privés de liberté. Ils ont cependant droit au maintien de leurs liens familiaux. Ils peuvent communiquer avec leur entourage via différents moyens (sauf décision contraire de la justice ou de l'administration pénitentiaire).

Des parloirs peuvent être organisés afin de permettre une rencontre à l'intérieur de la prison, dans une salle prévue à cet effet et sous surveillance, au moins une fois par semaine (34). La famille doit demander un permis de visite via un formulaire et fournir des documents administratifs à la personne compétente (généralement le chef d'établissement) (35). Le visiteur est contrôlé (pièce d'identité, détecteur de métaux) et doit déposer ses effets personnels dans une consigne. Il peut apporter certains objets (linge, livres....) dont la liste est à demander à l'établissement. Pendant la visite, le surveillant n'est pas tenu d'être physiquement présent, mais doit pouvoir entendre les conversations. Le visiteur doit parler en français ou dans une langue que le surveillant peut comprendre, sauf autorisation préalable.

Les visites peuvent également se dérouler sans surveillance continue et directe de l'administration pénitentiaire lorsqu'elles ont lieu dans le cadre de parloirs familiaux (d'une durée de 6 heures au plus en journée) ou d'unités de vie familiale (d'une durée de 72 heures au plus). Ces UVF, sortes d'appartements, permettent de passer plusieurs jours en famille à l'intérieur de la Maison d'Arrêt.

La communication peut aussi se faire par courrier. Le détenu est autorisé à écrire tous les jours et sans limitation à toute personne de son choix et à recevoir des lettres de toute personne, sous réserve de dispositions différentes prises par le juge. La correspondance peut être traduite et contrôlée par le chef d'établissement.

Enfin, l'accès au téléphone est fixé par le règlement de l'établissement. Les personnes détenues sont autorisées à appeler, à leurs frais, leurs familles, leurs proches (titulaires ou non d'un permis de visite) ainsi que leurs avocats. Le chef d'établissement peut, sur décision motivée, refuser ou retirer cette autorisation. Les appels peuvent être contrôlés (écoutes, enregistrements ou interruptions). La détention et l'utilisation de téléphones portables sont interdites.

Dans le contexte de soin, certains liens avec l'entourage existent. Cependant, bien que les thérapies familiales soient développées en milieu ordinaire, elles restent en marge dans les milieux carcéraux. Plusieurs éléments expliquent cela. Tout d'abord l'incarcération

met à distance l'entourage, avec des difficultés de contacts par le patient mais aussi par les soignants. On observe un certain repli sur soi et une introspection lors de la détention chez certains patients, les liens semblent se modifier. Il existe également des limites pratiques et institutionnelles particulières à la détention pouvant rendre les projets d'intégration de la famille plus difficiles.

Il est cependant possible d'intégrer cette approche lors d'une prise en charge en incarcération, comme nous le prouve le travail effectué à la Maison d'Arrêt d'Angers. En effet, le CSAPA de la MA d'Angers organise depuis 2013 des entretiens familiaux en amont de la sortie pour la personne détenue et ses proches. L'entretien est proposé au patient, suite à l'orientation décidée en réunion pluri professionnelle. Cette rencontre se fait dans le cadre d'une permission de sortie après accord du JAP et du SPIP. Elle a lieu dans les locaux de consultation du CSAPA d'Angers, à l'extérieur de la prison, afin de faire découvrir la structure au patient comme à son entourage. Cet entretien est co-animé par un des thérapeutes familiaux du CSAPA et le soignant du patient. Sont abordés les attentes de chacun, les interrogations, les ressources et les moyens d'anticiper les situations à risque concernant les conduites addictives du patient. Il s'agit parfois d'une consultation d'annonce de la pathologie addictive à l'entourage. Ces entretiens font ensuite l'objet d'un bilan écrit remis aux participants. Ce bilan pourra être ensuite repris en individuel avec le patient en consultation pour poursuivre cette préparation à la sortie. Une soixantaine d'entretiens ont pu avoir lieu depuis 2013. Ce dispositif n'a, à ce jour, pas encore été évalué. Cette évaluation est rendue compliquée dans le contexte actuel de Covid 19 ayant entraîné une importante diminution du nombre de ces entretiens.

A la Maison d'Arrêt de Nantes, il arrive parfois que le soignant, autorisé par le patient ou à la demande de celui-ci, contacte sa famille afin d'organiser la poursuite des soins à la sortie de détention. Il arrive aussi que l'entourage demande à être en lien avec les soignants. Cependant, cette pratique n'est pas généralisée et dépend des professionnels impliqués. Elle se fait pour les situations complexes ou pour des patients ayant une comorbidité psychiatrique.

Une intégration de l'entourage est donc possible chez les patients suivis en addictologie en détention.

#### 4. Objectifs de l'étude

C'est en réalisant mon travail de mémoire de FST d'addictologie que j'ai commencé à m'intéresser à la façon d'améliorer la préparation à la sortie des patients incarcérés et de permettre une meilleure continuité des soins à la sortie (12). En effet, durant leur incarcération, beaucoup de ces patients expérimentent l'abstinence et débutent un travail avec les différents professionnels du CSAPA. Afin de leur permettre de poursuivre leurs objectifs à la sortie, l'orientation vers une structure de soin en addictologie leur est proposée. Cependant, cette période de sortie de détention, à risque de consommation, est surtout à risque de rupture du suivi en addictologie. C'est alors que je me suis interrogée sur les barrières que peuvent avoir ces patients pour consulter en addictologie à leur sortie. A mon étonnement, la famille et le milieu social ont été décrits comme barrière à la poursuite du soin en addictologie par seulement 0 à 7% des participants. Cela allait donc contre mon idée initiale selon laquelle le retour dans un environnement consommateur ou familial difficile pouvait être un frein supplémentaire à aller vers le soin. Selon certaines études, les

personnes ne vivant pas seules sont plus à risque de consommer des substances illicites à la sortie d'incarcération (6), ce qui pourrait sous-entendre que l'entourage serait un facteur de rechute et serait non soutenant.

Ces études nous interrogent sur les pratiques actuelles à la MA de Nantes et, notamment, soulèvent la question de la place de l'entourage. Si l'entourage n'est pas une barrière au soin, est-il aidant, est-il neutre ?

Si les thérapies familiales sont développées en CSAPA ambulatoire, la situation particulière du CSAPA de la MA de Nantes à l'intérieur de la MA, rend l'accès à l'entourage opaque. Cependant, le patient, lui, a divers moyens de rentrer en communication avec son entourage (parloirs, UVF, courrier etc) et les liens évoluent au cours de l'incarcération.

J'ai donc cherché à contacter le CSAPA de la MA d'Angers après avoir appris qu'ils effectuaient des "entretiens familles" pendant la détention. C'est ainsi que j'ai réalisé qu'un travail avec l'entourage même en incarcération était possible. Ce dispositif n'ayant jamais été évalué, est moins utilisé en période de Covid 19, je n'ai donc pas pu assister à ces entretiens ni proposer un protocole d'évaluation. J'ai, par conséquent, choisi d'effectuer un travail préliminaire à Nantes qui a abouti à cette thèse.

J'ai voulu interroger les patients incarcérés à la MA de Nantes sur la place de leur entourage par rapport à leur pathologie addictive, et sur l'évolution de cette place et de leurs liens, lors de cette période de détention. J'ai ainsi souhaité les questionner sur la place que pourrait avoir cet entourage à la sortie de détention et son impact sur la suite des soins en addictologie.

Quelle est la place de l'entourage du patient incarcéré et comment l'entourage pourrait s'intégrer dans une prise en charge en addictologie en détention ? Pourrait-il être un allié pour favoriser la continuité des soins ? Qu'en pensent les patients eux-mêmes ?

#### Objectif de l'étude :

L'objectif principal de cette thèse est donc de recueillir les représentations des patients suivis au CSAPA de la MA de Nantes sur la place de leur entourage à la sortie d'incarcération et dans leur soin en addictologie.

Les objectifs secondaires sont d'observer comment la détention vient modifier les liens avec l'entourage, comment le patient communique avec son entourage sur le sujet des addictions et quels sont les objectifs du patient concernant sa sortie d'incarcération.

## MATERIEL ET METHODES

### 1. Type d'étude

Dans ce travail, c'est la méthodologie qualitative inspirée de la méthode par théorisation ancrée de Glaser and Strauss (36) qui a été choisie afin d'explorer au mieux le vécu et les représentations des patients. En effet, elle espère laisser la parole à une population marginalisée, non entendue, sur un sujet peu étudié.

Le choix d'entretiens individuels semi-dirigés a été fait de façon à permettre une expression ouverte des représentations des patients, en favorisant une expression libre, tout en disposant d'un questionnaire pré-établi pour aider à cet exercice.

### 2. Population étudiée

La population étudiée est composée de détenus suivis au CSAPA de la MA de Nantes.

Les critères d'inclusion étaient les suivants :

- Être majeur
- Être incarcéré à la MA de Nantes
- Être suivi au CSAPA de la MA de Nantes pour un trouble de l'usage

Les critères de non inclusion étaient les suivants :

- Être mineur
- Avoir un niveau de français ne permettant pas une bonne compréhension lors de l'entretien
- Être atteint d'un trouble psychiatrique décompensé

### 3. Recrutements

Les soignants du CSAPA de la MA de Nantes ont été informés oralement et par écrit de la réalisation de ce travail de thèse, avec mention des critères d'inclusion et d'exclusion. La participation à l'étude a été proposée au patient lors d'entretiens de suivi au CSAPA de la MA afin d'établir une relation de confiance. L'étude est présentée au patient oralement par le soignant qui le suit et une note d'information lui est remise.

En fin d'entretien la "fiche recueil" du dossier partagé informatique du patient a été collectée afin d'obtenir les principales caractéristiques de la population.

Ces informations portaient sur : l'âge, le genre, l'origine géographique, le type de logement, l'antériorité ou non d'un suivi en addictologie avant incarcération, les deux principaux produits consommés.

L'échantillonnage raisonné théorique s'est fait dans le but de cibler différents profils d'addiction et différentes situations familiales et sociales.

### 4. Modalités de recueil des données

Le guide d'entretien initial était constitué de sept questions ouvertes afin de favoriser l'expression. Des sous-questions de relance y étaient ajoutées si la réponse initiale n'était pas complète. Il a été testé au préalable sur un patient qui n'a pas été inclus dans l'analyse. Ce questionnaire a ensuite été modifié au cours du déroulement des entretiens afin de favoriser l'expression et de couvrir les différents thèmes de la problématique abordée. Le

tableau ci-dessous présente le guide d'entretien initial, élaboré après un premier test. Des notes de terrain ont été prises dans un journal de bord papier.

| Questions du guide d'entretien  | Explication du choix de la question  |
|---|--|
| <p>1) Comment votre entourage perçoit-il vos conduites addictives ?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Que sait votre entourage de votre addiction ?</li> <li>- Leur en avez-vous déjà parlé ?</li> <li>- Comment s'en sont-ils rendu compte ?</li> <li>- Que vous ont-ils dit ?</li> <li>- Comment ont-ils été impactés par vos consommations ?</li> </ul>   | <p>Interroger le positionnement de l'entourage concernant les conduites addictives.<br/>Raconter l'histoire des conduites addictives via le regard de l'entourage.<br/>Explorer les connaissances qu'ont les membres de l'entourage sur les conduites addictives du patient.</p> |
| <p>2) Comment l'incarcération a-t-elle modifié vos liens avec votre entourage ?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- De quelle façon ont évolué vos relations ?</li> <li>- Comment communiquez-vous avec votre entourage pendant cette incarcération ?</li> <li>- Que pense-il de votre incarcération ?</li> <li>- Y a-t'il eu des violences avant l'incarcération ?<br/>Qu'est ce que cela a changé ?</li> </ul>   | <p>Interroger sur l'évolution de ces relations dans le contexte carcéral<br/>Questionner le vécu personnel du patient</p>  |
| <p>3) Quels sont vos projets à la sortie d'incarcération ?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Concernant les consommations ?</li> <li>- Concernant les soins en addictologie ?</li> <li>- Concernant votre entourage ?</li> </ul>   | <p>S'approcher de la problématique de la préparation à la sortie</p>   |
| <p>4) Quelle sera, selon vous, l'attitude de votre entourage par rapport à vos addictions et au soin à votre sortie ?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Comment pensez-vous que votre entourage pourrait vous aider à poursuivre les soins à la sortie ?</li> <li>- Selon vous, que vont-ils penser du soin en addictologie à la sortie ?</li> <li>- Y a-t-il des personnes de votre entourage qui seraient aidantes ? ou au contraire non aidantes ?</li> </ul> | <p>Interroger sur la place qu'aura cet entourage à la sortie d'incarcération et l'évolution des relations après cette période de détention.<br/>Recueillir les représentations du patient sur la place de cet entourage.</p>   |
| <p>5) Quelles craintes ou hésitations avez-vous concernant le fait de parler de vos addictions et de vos soins prévus à la sortie à votre entourage ?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- De quoi allez-vous leur parler ?</li> <li>- De quoi avez-vous peur ?</li> </ul>  | <p>Explorer les représentations et craintes du patient<br/>Interroger la facilité ou difficulté à aborder certains sujets avec l'entourage</p>   |
| <p>6) Que pensez-vous de la possibilité de proposer un entretien à votre entourage, avec un soignant du CSAPA, pour parler de vos addictions avant votre sortie d'incarcération ?</p>   | <p>Recueillir l'avis du patient sur une aide thérapeutique à type d'entretiens familiaux</p>   |
| <p>7) Quelles suggestions pouvez vous faire pour une meilleure préparation à la sortie concernant votre addiction ?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Qu'attendez-vous de l'équipe du CSAPA qui vous accompagne ?</li> <li>- Qu'aimeriez-vous qu'on vous propose ?</li> </ul>  | <p>Clore l'entretien par une question plus générale sur les besoins ressentis concernant la préparation à la sortie.</p>   |

Les entretiens ont été réalisés dans les locaux du CSAPA au sein de la MA de Nantes. Ils se sont déroulés entre juin et août 2022 et ont été réalisés par l'investigateur en face à face. Avant chaque entretien, l'anonymat était rappelé et un formulaire de consentement était signé par chaque participant. L'enregistrement audio s'est fait avec un dictaphone, après autorisation de la direction pénitentiaire. Le recueil des données s'est déroulé jusqu'à saturation.

## 5. Analyse des données

Nous avons retranscrit mot pour mot l'intégralité de nos entretiens sur Microsoft Word, en veillant à conserver la spontanéité du langage. L'étiquetage initial a été conduit à la main après impression des entretiens retranscrits à l'aide du logiciel Word version 16.43 ainsi que l'analyse intégrative et la construction d'un modèle explicatif. Des propriétés ont été utilisées pour caractériser les phénomènes décrits dans les étiquettes, puis elles ont été réunies en catégories afin d'établir un modèle. La confidentialité a été assurée par suppression de tous les noms propres ainsi que d'éventuels éléments très particuliers.

Il n'a pas été possible de fournir au patient une retranscription devant la problématique de l'envoi d'un tel document en incarcération. En effet, l'adressage au patient ne peut se faire que par courrier interne à la MA et la présence de document dans des cellules partagées et parfois fouillées aurait pu mettre en péril le secret médical. De la même façon, un envoi au domicile alors que le patient est incarcéré pouvait être à risque, notamment par ouverture du courrier par l'entourage. Il a donc été proposé à chaque patient un envoi par courrier au domicile du patient d'une synthèse de ce travail de thèse, avec certains extraits de verbatim anonymisés.

Il n'y a pas eu de double relecture.

## 6. Aspects réglementaires et éthiques

Une autorisation auprès de la CNIL a été demandée mais n'a à ce jour pas été traitée. Une autorisation a été donnée par la direction interrégionale pénitentiaire, ayant notamment permis l'entrée en détention avec un dictaphone (Annexe 2).

## RÉSULTATS

Nous exposerons d'abord le déroulement de l'étude et les caractéristiques des participants.

Nous verrons de qui parlent les patients quand on évoque leur entourage : famille, amis, colocataires, autres...

Ensuite nous étudierons comment l'incarcération est un changement de statut pour les patients : de l'homme violent à l'homme malade.

Puis nous aborderons de quelle manière la prison vient modifier les liens avec l'entourage.

Par la suite nous verrons comment les patients communiquent sur leurs consommations avec leur entourage et comment la détention influe sur cette communication.

Enfin nous nous concentrerons sur la préparation à la sortie, les priorités des patients à la sortie et comment leur entourage est impliqué ou non dans ces projets.

### 1. Déroulement de l'étude

Au total, dix-huit entretiens ont été réalisés entre juin et août 2022.

Un premier a servi de test et n'a pas été analysé.

Enfinement 14 entretiens ont été utilisés pour l'analyse des données. La saturation des données a été atteinte au 12ème entretien et confirmée par l'analyse de deux entretiens supplémentaires. Les trois derniers entretiens enregistrés n'ont donc pas été retranscrits mais écoutés sans qu'aucun élément nouveau n'ait été trouvé.

Les entretiens ont duré en moyenne 40 minutes. Le plus long a duré 93 minutes et le plus court 13 minutes.

Chacun des participants a accepté les modalités de réalisation de ces entretiens.

### 2. Caractéristiques des participants

Les caractéristiques des participants sont issues de leur "fiche de recueil" d'information, fiche complétée durant leur suivi par leur professionnel de santé référent.

Ils répondent tous au critère de dépendance défini par la CIM10.

Sur l'ensemble des participants, il y a 1 femme et 13 hommes, sachant que la population habituelle de la MA est d'environ 95% d'homme pour 5% de femme.

Les patients sont plutôt jeunes, entre 24 et 55 ans, ce qui semble correspondre également à la population carcérale habituelle.

Le domicile des participants est durable pour 4 d'entre eux, c'est-à-dire qu'ils avaient un logement stable avant leur arrivée en détention. Pour 3 d'entre eux, le logement était provisoire, le plus souvent hébergé par l'entourage. Pour une majorité, soit 7 d'entre eux, il n'existait pas de logement fixe avant la détention.

La majorité des participants disposait du droit au chômage (5), 3 d'entre eux ne touchaient aucun revenu avant l'incarcération, 4 avaient des revenus provenant de leur emploi et un touchait l'AAH.

Pour deux d'entre eux, le CSAPA de la MA de Nantes est une première prise en charge en addictologie. Les autres avaient expérimenté le soin avant cette incarcération.

Les produits à l'origine de la demande de soin sont l'alcool, les opiacés et la cocaïne. Il existait pour la plupart des addictions à plusieurs substances, notées "produit 2" dans les fiches de recueil d'information, pouvant correspondre à l'alcool, au tabac, à la cocaïne et au cannabis.

| Entretien N° | Age (années) | Sexe  | Origine des ressources | Domicile   | Première prise en charge CSAPA | Produit à l'origine de la demande de soin |
|--------------|--------------|-------|------------------------|------------|--------------------------------|---|
| 1            | 55           | Homme | Chômage                | Durable    | Oui                            | Alcool                                    |
| 2            | 36           | Homme | Sans revenu            | SDF        | Non                            | Alcool                                    |
| 3            | 33           | Homme | Chômage                | SDF        | Non                            | Opiacés                                   |
| 4            | 51           | Homme | AAH                    | Provisoire | Non                            | Opiacés                                   |
| 5            | 49           | Femme | Non communiqué         | Durable    | Non                            | Alcool                                    |
| 6            | 34           | Homme | Revenu de l'emploi     | Durable    | Non                            | Alcool                                    |
| 7            | 34           | Homme | Chômage                | SDF        | Non                            | Opiacés                                   |
| 8            | 24           | Homme | Sans revenu            | SDF        | Non                            | Cocaïne                                   |
| 9            | 33           | Homme | Sans revenu            | Durable    | Non                            | Opiacés                                   |
| 10           | 44           | Homme | Chômage                | SDF        | Non                            | Alcool                                    |
| 11           | 44           | Homme | Revenu de l'emploi     | Provisoire | Oui                            | Alcool                                    |
| 12           | 36           | Homme | Revenu de l'emploi     | SDF        | Non                            | Opiacés                                   |
| 13           | 44           | Homme | Revenu de l'emploi     | SDF        | Non                            | Alcool                                    |
| 14           | 40           | Homme | Chômage                | Provisoire | Non                            | Cocaïne                                   |

Tableau 1 : Caractéristiques des participants

### 3. Evolution du guide d'entretien

Le guide a évolué au cours des entretiens. Une description de cette évolution est disponible en annexe. Il a surtout été nécessaire d'ajouter une phrase "brise glace" en début d'entretien. Aussi les mots "craintes" ou "hésitations" dans la question 8 ont entraîné des réactions de rejet ou d'hésitation, le choix a donc été fait de laisser au patient la possibilité d'évoquer spontanément ses craintes.

Les réponses aux questions ont pu être longues, notamment à la première question, chacun voulant reconstituer son histoire tant personnelle que familiale, en lien ou non avec les consommations.

### 4. Résultats de l'analyse

Tout d'abord, il est intéressant de noter que les personnes interrogées mentionnent en premier leur famille lorsqu'on les questionne sur leur entourage.

La plupart d'entre eux ont un entourage constitué de plusieurs personnes. Seul un patient interrogé a déclaré ne pas avoir de proches. Les autres ont cité leurs compagnes, parents

au 1er degré, fratrie et leurs enfants. Seuls deux d'entre eux ont évoqué d'emblée leurs amis comme étant dans leur entourage proche.

Aussi, les réponses ont été riches dès la première question et dès le premier entretien, chacun voulant reconstituer son histoire, avec une volonté de témoignage. L'ensemble des participants s'est livré assez facilement, la plupart d'entre eux étant agréablement surpris d'être au centre d'un travail de thèse, dans une société où les prisonniers peuvent avoir le sentiment d'être en marge. Beaucoup se sont efforcés de répondre avec un souci du détail et la volonté d'aider dans ce travail.

Une majorité d'entre eux demande à connaître les résultats de ces entretiens.

## **PARTIE I : CHANGER DE STATUT**

Dans cette partie nous verrons que l'incarcération permet une rupture de l'état antérieur, qui était marqué par les consommations et leurs dommages, avec notamment beaucoup de violence décrite, de souffrance de l'entourage et d'isolement social. La mise sous écrou, ayant pour la plupart conduit à un arrêt des consommations, a permis à une majorité de prendre conscience des conséquences de celles-ci. Cette prise de conscience entraîne une culpabilité et des regrets. Mais elle permet également de considérer l'addiction comme une pathologie et de trouver un nouveau statut, celui de malade, qui peut se soigner. Ce nouveau statut permet la rencontre avec les soins en détention.

### **A. L'homme violent**

**La plupart des participants se décrit comme étant violente avant l'incarcération, et ce en lien avec les consommations. Plusieurs sont incarcérés des conséquences directes de ces violences. Elles peuvent être physiques mais aussi morales et verbales, à l'encontre de l'entourage qui subit excès et agressivité.**

*“Sous l'effet de l'alcool j'ai commis une énorme erreur, qui aurait pu être encore plus grave. (...) C'est vrai qu'on a ce qu'on appelle dans notre jargon, on a le vin mauvais.” E1*

*“C'est pas mes parents qui ont été violents avec moi et agressifs avec moi, c'était l'inverse”. E2*

*“C'est ce soir que ça a dégénéré parce qu'on a bu pas mal tous les deux. Et bah là j'ai fait n'importe quoi envers elle.” E11*

### **B. Qui fait souffrir sa famille**

**Chacun s'est décrit comme faisant souffrir sa famille d'une façon où d'une autre.**

**Les enfants sont souvent les premiers à subir les conséquences des consommations. Il sont laissés pour compte, témoins de violence, de scènes difficiles, voire placés.**

*“ Tu faisais rire les copains mais tu faisais pleurer ta famille.” E1*

*“ En fait, quand on est addict, on fait d' la peine aux autres, à notre entourage. Malgré ça on continue. Parce que moi j'ai trois filles, dont deux grandes (...) qui gèrent mon alcoolisme.” E5*

**Certains ont peur de faire encore plus de mal à leurs proches et l'isolement se fait petit à petit...**

*“Par exemple, quand je suis avec de la cocaïne dans le sang, quand j'arrive de Saint Nazaire, c'était l'été, je prenais pas mon petit neveu dans les bras quand il était en couche et tout. J'avais peur que par la transpiration que ça se transmette, je sais pas moi, j'ai tellement entendu de trucs moi.” E10*

### **C. L'isolement**

**Avant l'incarcération, beaucoup décrivent s'être isolés de leurs proches à cause des consommations et de leurs conséquences.**

**La famille est lassée des comportements, voire menace de rompre les liens, ou l'a déjà fait par le passé pour se protéger des souffrances.**

*“Mon père justement à cause de mon addiction, nos différences, on s'est un peu perdu de vue. (...)*

*Bah évidemment ça crée un isolement, parce que bon les gens en ont marre de vous voir vous détruire. C'est fatiguant aussi pour eux quand ils vous aiment. C'est...ça fait, bon ça rend triste (...) donc ça fait de la peine donc les gens ont peur. (...) Donc y'a l'éloignement, la réserve...” E5*

*“De toute façon, y'a déjà eu des périodes comme ça pendant des années, ils voulaient plus me voir, on s'était pas vus, on s'est pas parlé.” E2*

**Beaucoup ont l'impression de faire peur à leur famille ou encore de faire honte à leurs proches.**

*“Moi je vais plus à Noël, je suis plus invité depuis euh...un moment... Ils sont fatigués et ils ont peur. Ils savent pas comment je vais réagir, ce que je vais faire. Parce que alcoolisée...” E5*

*“Elle avait honte, ma petite, elle avait honte. Parce que bon à l'école... Euh puis aussi une personnalité un peu, un peu extravagante quoi. Alors en plus alcoolisée...” E5*

**D'autres font le choix de s'isoler pour protéger les autres.**

*“J'préférerais pas qu'm'a fille me voit comme ça.” E7*

*“Voilà des copines euh (...) j'refusais à c'qu'on vive ensemble, j'm'interdisais beaucoup d'choses tant qu'j'suis dans la consommation d'produits (...) j'ai quand même peur de dev'nir*

*violent (...) ou après le regard qu'elle aura envers moi. J'suis assez malheureux comme ça, j'ai pas besoin d'rendre d'autres personnes malheureuses" E14*

**Cet isolement choisi ou non est vécu comme un rejet.**

*"Mon fils c'était pareil donc ils se sont réfugiés à côté de leur mère et puis euh, donc tout d'un coup, c'est comme s'ils étaient tous les trois, moi je me mettais dans la tête ben tiens toute façon y z'en ont rien à foutre de moi, donc ça éloigne encore plus quoi." E1*

**Beaucoup se sentent différents du reste de leur entourage.**

*"Je suis le seul moi de toute la famille à avoir fait des conneries. Je suis le seul à avoir été en prison, enfin voilà." E2*

**Dans le couple les consommations entraînent des disputes, allant jusqu'à la séparation.**

*"J'dis moi, si y'avait pas eu d'alcool, jamais ma femme aurait divorcé, jamais, jamais, jamais." E1*

*"Des engueulades... Parce que moi je comprenais pas pourquoi elle voulait que j'arrête (...) et ça m'a apporté que des soucis quoi..." E6*

**Le rôle dans la famille est perdu, que ce soit le rôle de père ou de conjoint.**

**Cet isolement conduit à une baisse thymique parfois majeure, qui majore le déclin, chez certains jusqu'à la désinsertion sociale : perte d'emploi, perte de logement, prostitution.**

*"Ça m'a fait déprimer et m'droguer. Depuis j'suis à la rue et je fais que sombrer." E7*

## **D. La prise de conscience en incarcération**

**L'incarcération vient alors mettre un terme aux consommations pour la plupart, permettant une clarté d'esprit.**

*"Et là maintenant que je suis en prison bah ya tout qui ressurgit un peu quoi. C'est comme si je me réveillais d'un brouillard, c'est là qu'on voit qu'on a été loin." E3*

**Les temps seuls en cellules propices à l'introspection font émerger une prise de conscience. Les consommations passées sont avouées comme problématiques.**

*"Pour une prise de conscience y'a quand même pas mieux quoi. Euh parce que quand même quand t'es 24 heures à réfléchir et sans boire, sans voir les copains, le cerveau croyez moi, il fonctionne quoi." E1*

*"Pour moi (l'alcool) c'était pas un problème. On se rend pas compte quand on est dans ce truc là que c'est un problème. C'est une fois qu'on arrête qu'on se rend compte (...)." E11*

**La privation de liberté remet en perspective les priorités.**

*“La prison ça m’a fait entre guillemets du bien mine de rien, c’est bête à dire mais (...) ça m’a remis en question et se dire que voilà faut profiter de la vie finalement. Parce qu’on se rend compte ici que la vie elle est pas facile. Et puis y’a des choses qu’on peut pas faire ici (...), on a de la chance finalement d’être dehors”. E11*

**Certains réalisent que la vie est possible sans consommation ou avec un traitement efficace.**

*“Alors que c’est un mal pour un bien d’être ici parce qu’au final ça m’a fait comprendre que la métha bah je pouvais prendre que de la métha, et pas prendre d’héroïne à côté. Alors que avant fallait toujours que je prenne de la métha plus de l’héroïne.” E8*

## **E. La culpabilité et les regrets**

**Cette prise de conscience de la réalité des consommations et de leurs conséquences sur l’entourage amène une culpabilité importante et des regrets.**

*“C’est des années de perdues. (...) j’aurais pu apporter un peu plus de bonheur et d’en recevoir auprès de de... de la part de ma famille quoi donc c’est quand même euh, c’est un énorme gâchis quoi, ça je crois que ça me restera jusqu’à la fin de mon dernier souffle.” E1*

*“En vrai j’arrive à 37 balais à la fin de l’année et euh j’ai rien, je suis endetté, j’ai pas de gosse, j’ai pas de femme, j’ai rien. Enfin voilà quoi je veux dire j’ai rien construit, et ouais j’en ai marre quoi...” E2*

*“Ca m’a fait culpabiliser parc’que j’dis finalement euh ma souffrance euh j’la transcrit sur ma mère aussi j’la fait souffrir aussi malgré qu’elle consomme pas j’vois bien qu’elle souffre d’voir son fils comme ça.” E14*

**Certains ont honte de leurs actions et, notamment, de l’image qui est renvoyée aux enfants et aux plus jeunes de la famille.**

*“L’image qu’on donne tout ça... Aux enfants, aux neveux, à ceux qui savent.” E12*

**Cette culpabilité peut être très dure à gérer, allant chez deux d’entre eux jusqu’à avoir des idées suicidaires. La période de début d’incarcération est particulièrement sensible avec un risque de passage à l’acte.**

*“Sachant que je reviens de loin parce que j’ai fait quand même une tentative de suicide ici.” E6*

*“Si on m’annonçait qu’j’avais une maladie pis qu’y m’reste 1 semaine à vivre ben dans un sens ce s’ra un soulagement, j’m dirais au moins euh vu que j’ai pas les couilles d’aller au suicide(...) dans une semaine j’suis pu là et ça s’ra un soulagement pour moi et un soulagement pour ma famille. (...) y pourront vivre euh leur vie sans se soucier de moi, sans s’inquiéter en permanence.” E14*

*“J’ai une putain de culpabilité à la con et ça ça m’ronge et et... Voilà avec que la culpabilité j’pète les plombs.” E14*

## F. Être malade

**Chacun finit par se reconnaître comme ayant un “problème”, beaucoup parlent d’une maladie.**

*“De toute façon le problème principal, c’est même plus un problème quoi, c’est que je suis alcoolique.” E2*

*“L’alcoolisme fait qu’on va reboire (...) jusqu’à plus soif, jusqu’au coma éthylique. Jusqu’à s’endormir. Il est là le problème, c’est de gérer. Parce que moi j’aimerais trop pouvoir boire euh tranquillement avec un bon fromage, mais c’est pas du tout ça... Et du coup y’a plein de fois où je me suis demandé, euh et pourquoi j’essaierais pas juste d’être bien (...) sans rien, en fait ça veut dire juste d’être moi quoi... Qui suis-je sans vin ? Sans drogue ?” E5*

*“Avant je croyais que j’étais pas malade, on se cache quand c’est comme ça. On se cache, on dit bah non je suis capable d’arrêter du jour au lendemain. (...) Et puis on n’est pas capable de dire que c’est une maladie. Maintenant je me rends compte que c’est une maladie.” E11*

**D’ailleurs, plusieurs d’entre eux reviennent sur leur parcours.**

**La plupart ont une longue histoire avec les produits, depuis l’adolescence, et ont beaucoup consommé, “testé” plusieurs substances. Ils ont parfois déjà eu des traitements ou déjà connu le soin, voire des hospitalisations, expérimenté l’abstinence et les rechutes.**

*“J’ai commencé jeune à fumer des clopes, genre vers 10 piges.” E2*

*“Parce qu’en fait moi la drogue, ça fait un moment que j’ai arrêté, ça fait à peu près, ouais presque 10 ans que j’ai arrêté de me droguer, et j’ai juste une addiction c’était par rapport à l’armée, c’est l’alcool.” E6*

**Des conséquences somatiques des consommations sont ressenties, et l’inquiétude pour la santé est importante.**

**La comparaison avec d’autres détenus consommateurs, ou entourage consommateur majore ces inquiétudes.**

*“A cette vitesse là, qu’est ce qu’y aurait pu se passer un jour y’aurait pu avoir...ça aurait pu être plus grave... La santé elle aurait p’tête pu en prendre un grand coup.” E1*

*“Parce que je vois les mecs ici leurs dents elles sont noires et tout, j’ai pas envie de finir comme ça moi.” E10*

**Les consommations ont laissé des traces au niveau physique.**

*“La en tant que femme bah on voit bien les dégats. Physiquement. Là en arrivant là, (souples) plus de souffle, au moment de monter les marches...” E5*

*“J’avais maigri et tout. J’étais maigre, ouais... j’avais pas l’habitude d’être maigre, ouais pas du tout. Et euh on est dans un sale état, SDF même carrément. Déchu.” E12*

*“J’m rends compte qu’j’ai pas mal de euh... ben qu’ces 20 ans d’consommations m’ont laissé beaucoup d’séquelles. J’m rends bien compte sur euh sur ma façon d’réfléchir, sur des trucs (...) maint’nant y m’faut un temps d’adaptation (...). J’m rends bien compte que ça a laissé des séquelles.” E14*

**Enfin la maladie peut conduire à la mort.**

*“Mais ça tue quelqu’un en quelques années. Ça détruit carrément. En peu d’années, en une dizaine d’années, il est mort, il est foutu. On peut pas revenir en arrière.” E12*

*“J’ai failli mourir. Une fois j’ai failli mourir d’overdose.” E7*

**Tous cherchent des explications. Ils reconnaissent une part psychologique et reviennent sur certains traumatismes. Les réponses sont longues avec évocation de l’enfance et d’un vécu abandonnique.**

*“Parce que en fin de compte c’était une vieille douleur qui n’a jamais été effacée, et puis je suis allé 50% dans le déni et puis l’autre 50% de conscience quoi.” E1*

*“Depuis qu’suis né je suis suivi quasiment. (...) C’est parce que j’ai été adopté donc j’ai toujours eu un suivi psycho, psychiatre. Et puis j’étais un enfant turbulent.” E10*

*“C’est abandon foetal, parce que la mère de mon père, elle est morte au mois de novembre, et moi je suis née au mois de janvier, et je me suis toujours demandé comment mon père (...) avait pu à la fois faire le deuil de sa mère et accueillir... m’accueillir.” E5*

**Certains se questionnent sur un diagnostic psychiatrique.**

*“Je dois être à moitié bipolaire ou quoi, enfin voilà, je sais pas moi. (...) J’ai demandé au docteur de les contacter (l’hôpital psychiatrique) pour avoir un peu de dossier (...) et savoir genre s’il y avait un diagnostic de posé quoi...” E2*

*“J’ai demandé de la ritaline ici (...) en fait je suis un mec hyperactif, diagnostiqué hyperactif mais genre réellement.” E10*

**Quelques-uns évoquent des antécédents familiaux psychiatriques et/ou addictologiques.**

## **G. Se soigner**

**Ce diagnostic de maladie posé peut entraîner une forme de fatalité, d’incurie, mais tous ont globalement espoir. Puisque c’est une maladie, le soin est possible.**

*“J’m dis y’a rien à faire (...). En plus les médecins qui m’disent que maintenant pour euh, pour se sevrer ben faut autant de temps... Si pendant 20 ans j’ai consommé (...) j’m’e dis voilà j’ai 40 ans, s’y faut 20 ans j’aurai 60 ans et voilà. Donc y’a un peu un espoir.” E14*

**Certains sont réticents aux soins et n’ont plus confiance dans le système de soin suite à des expériences passées.**

*“Non mais j’ai vu des psycho...logues, psychanalystes, psychiatres. Mais bon faut croire que je suis pas tombée sur les bons. Parce que à chaque fois le débat pour moi il est stérile.” E5*

**D’autres, au contraire, ont des expériences positives de soins avant l’incarcération.**

*“Et après pendant un an et demi, après 6 mois de suivi psychologique, ça nous a aidé.” E10*

**Tous font un retour positif sur la prise en charge au CSAPA de la MA.**

**La groupalité est soulignée comme étant un élément majeur de la prise en charge. En effet, les médiations en groupe leur ont permis de “s’évader”, de se “détendre”, mais surtout d’interagir avec les autres patients sur leurs conduites addictives. Ces médiations sont l’événement le plus marquant de leur soin pour beaucoup. Les patients sont demandeurs de plus de médiations en groupe.**

*“Moi ce qui m’a vraiment aidé dans mon parcours, c’est euh, un moment je faisais des groupes de parole. (...) Un bon art thérapeute peut faire des miracles vraiment. Par le biais de la peinture, la sculpture, l’écriture.” E5*

*“Ben ouais j’suis satisfait (...) j’ai fait les groupes de paroles là, OD, ça s’appelait OD.” E4*

**Le fait de pouvoir parler et se confier à un soignant fait également partie de leur expérience positive de soin. La libération de la parole est ressentie lors des entretiens où tous se livrent sans difficulté.**

*“Parce que moi ça me fait du bien de parler. C’est aussi pour ça d’ailleurs que moi je viens ici. Je viens pas à reculons, on me force pas à venir (...) ça me fait du bien de parler.” E2*

*“Ca fait du bien de discuter avec la personne d’addictologie parce que c’est vrai ça m’a fait montrer que vraiment j’étais malade (...). J’avais besoin de me libérer, donc c’est pour ça je pense qu’elle a pas été déçue avec moi, j’ai fait que parler.” E11*

**Plusieurs notent des bénéfices déjà visibles sur leur état psychologique et physique.**

*“Alors là, j’vais mieux maintenant que j’mes drogue plus, vous m’auriez vu ! Là j’fais 100 kilos mais euh j’faisais 70 avant, y a euh 6 mois...” E7*

**Mais finalement la prison, bien qu’elle mette un stop aux consommations, entraînant une prise de conscience et amenant au soin, n’est pas soignante.**

*“C’est pas la prison qui va lui régler le problème (...). Ce serait tellement plus simple de comme là, rencontrer des spécialistes, des gens comme vous voilà, des psychologues, enfin psychiatres, des gens qui sont.... Ben c’est leur métier. En fin de compte j’sais pas si la prison règle les affaires quoi.” E1*

**Le manque de moyens est ressenti, avec des délais qui semblent longs pour accéder au soin.**

*“Tout est long ici. Peut-être vous pouvez signifier qu’il faudrait une prise en charge plus rapide. Mais bon après il manque peut être de personnel et c’est surpeuplé à côté. Y’a pas le temps de voir tout le monde.” E5*

**Les conditions carcérales sont difficiles, avec un quotidien marqué par la violence.**

*“ C’est ça qui pose plus problème je pense que la drogue, c’est le milieu carcéral. (...) C’est plus ce qui se passe en promenade, ce qu’il se passe en cellule. Y’a beaucoup de gens qui*

*se font agresser et tout ça. Même s'ils ont des traitements ils se les font voler, ou alors ils vont les échanger." E12*

**Il existe une stigmatisation des personnes sous traitement de substitution. Beaucoup doivent se cacher pour venir prendre leur traitement, de peur de subir des violences.**

*"On se fait rabaisser... T'es un bon à rien, t'es un camé. (...) Les gens vont vous taper dessus, ils vont vous traiter de drogué." E12*

**D'autres n'osent pas sortir de leur cellule pour ne pas s'exposer à des propositions de consommation.**

*"Là depuis trois semaines je sors pu (...) parce que je sais que si je sors j'vais prendre de l'héroïne, de la cocaïne." E14*

**Certains sont atteints par les souffrances des autres détenus et des cohabitations difficiles en cellule.**

*"Je sais qu'ici y'a pas mal de gens pas très stables pis que franchement (...) y'a beaucoup de tarés qui parlent tout seuls à la fenêtre, tout ça, ça fait quand même mal au coeur. On s'demande pourquoi y'a des gens comme ça, c'est pas leur place. (...) Ca déteint sur les autres, voyez (...) c'est la souffrance en plus de notre incarcération." E7*

## **PARTIE II : MODIFIER SES LIENS**

Dans cette partie nous étudierons comment l'incarcération vient modifier les liens avec l'entourage.

Tout d'abord, l'incarcération est un événement qui marque l'entourage, qui est soit choqué, soit soulagé de la mise sous écrou.

Par le biais de l'incarcération un éloignement avec l'entourage est inévitable.

Mais, finalement la détention est aussi l'occasion de reprendre contact avec la famille proche. C'est la famille qui devient soutenante.

En revanche, les liens se coupent avec l'entourage consommateur, souvent amical.

### **A. L'annonce de l'incarcération à l'entourage**

**C'est parfois un choc pour l'entourage que d'apprendre l'incarcération.**

*"Pour eux c'était la surprise totale, pour tout le monde c'était la surprise totale en fait, et même pour moi." E11*

**Au contraire, dans certaines familles c'est le soulagement, la prison va pouvoir mettre un stop aux consommations et à la souffrance. C'est un espoir de soin pour l'entourage.**

*"Je pense qu'ils étaient contents que je sois incarcéré (...). Ils voulaient que je sois incarcéré pour me sevrer. Vu que je suis incarcéré, ils savent que je suis pas en train de me droguer continuellement. Ils savent où je suis, et eux ils comptent entre guillemets sur la prison pour que je puisse recommencer une nouvelle page blanche ailleurs." E3*

*"Du coup là ils sont contents parce que là j'prends plus d'produit." E14*

## B. S'isoler en prison

**L'incarcération induit un éloignement inévitable avec l'entourage.**

**Le choc de la mise sous écrou peut faire place à la déception de la famille qui a besoin de temps pour encaisser la nouvelle.**

*"Mon frère un peu moins depuis que je suis en prison. Parce que mon frère il a pas trop apprécié." E8*

**Dans tous les cas, la séparation avec l'entourage se fait physiquement, avec extraction du lieu de vie. Souvent, les détenus quittent un domicile familial ou parental. Cet éloignement physique induit une perte du rôle dans la famille : rôle de père, rôle de fils aidant, rôle de conjoint.**

*"Bah en fait comme ils disent (...), ils perdent leur père. (...) Je peux pas m'en occuper, dès qu'ils ont un problème je peux pas les aider." E11*

**Les contacts avec l'entourage se font via des moyens de communication réglementés qui limitent les interactions et le dialogue avec la famille, comme nous le verrons dans la partie dédiée à la communication (partie III).**

**Plusieurs ne peuvent communiquer avec certaines personnes de leur entourage car il existe une mesure d'éloignement.**

*"Ma femme (...) je l'ai pas revue depuis le procès. (...) J'avais pas le droit de la contacter." E1*

## C. Reprendre contact

**Toutes les personnes interrogées rapportent un remodelage des liens familiaux avec un renforcement des rapports avec la famille proche pendant l'incarcération. L'entourage se recentre autour des enfants, parents, compagne, fratrie et cousins, mais aussi amis proches considérés comme faisant partie de la famille. Certains renforcent des liens existants, tandis que d'autres renouent avec les proches perdus de vue.**

*"Tous ceux qui avaient pris du retrait... Enfin j'ai beaucoup de soutien étonnement !" E5*

**Les détenus communiquent beaucoup avec leur famille par courrier. La reprise de contact se fait ainsi au rythme de chacun, en prenant le temps d'écrire et de se confier.**

*"Par rapport à la petite ça va mieux. Parce que écriture, correspondance, téléphone." E5*

*"Ça se passe bien par écrit. On arrive à dire des choses qu'on n'arrivait pas à dire forcément de vive voix." E6*

**Le téléphone est également largement utilisé, bien que contraint par le temps et le coût.**

**Les visites au parloir sont un élément fort de la reprise de liens. Elles nécessitent des démarches administratives à la famille et un déplacement jusqu'à l'intérieur d'une prison. Elles marquent un réel soutien.**

**Chez certains, dont les liens étaient déjà forts avant l'incarcération, la détention n'a finalement pas fait évoluer les relations.**

*"Ça n'a rien changé. Toujours aussi fusionnel, tout !" E10*

**Enfin, un patient n'avait pas repris contact avec ses enfants, mais se prépare à le faire dès sa sortie de détention.**

*"Priorité à mes enfants. J'ai hâte d'aller les voir et de les recevoir, mais sans les brusquer."*  
E1

## **D. Être soutenu**

**La famille proche avec qui les liens se sont resserrés témoigne un soutien fort dans l'épreuve de la détention et l'accompagnement aux soins.**

**Chez certains, cette aide était déjà présente avant l'incarcération.**

*"Y a des vrais fidèles. (...) Qui ont vu mes chutes, mes rebondissements, mais qui jamais... A qui je peux tout demander dans n'importe quel état. (...) Ça se compte sur les doigts d'une main, c'est sûr !" E5*

*"Elle m'aidait en m'accompagnant notamment chez le médecin (...). Elle m'a accompagné à tous mes entretiens pratiquement." E6*

**Pendant l'incarcération le soutien est d'autant plus marqué.**

*"On m'écrit, on vient me voir au parloir, j'ai ma fille qui m'a jamais quitté depuis le début et jusqu'à maintenant parce qu'elle sait faire la différence entre ben le papa qu'est bourré et puis euh ben le papa (...) qui est proche de sa fille." E1*

*"Tout le monde m'a encouragé, m'a dit c'est bien continue comme ça (...) et puis beaucoup m'ont dit c'est bien que tu le reconnasses". E1*

**Comme nous l'avons évoqué, les visites au parloir sont une marque forte de ce soutien.**

*"La grande est venue avec ma mère au parloir. Ça lui a coûté un peu parce que bon... Ça leur a coûté à toutes les deux hein ! Mais à la fois c'était magique ! (...) Et on était toutes les 3 dans un milieu neutre. Enfermées, un huis clos, avec toute l'émotion que ça génère. Elles, passer les portes de l'extérieur, et de se retrouver comme ça entre deux zones, comme une frontière. On s'est dit des choses que j'imagine on ne se serait pas dites." E5*

**Les familles réalisent que la prison a permis un arrêt des consommations et une prise de conscience. Elles soutiennent le changement de statut, de l'homme violent, à l'homme malade, et l'initiation des soins. Ce soutien est parfois accompagné d'un ultimatum et une injonction d'abstinence.**

*“Elle a décidé de me laisser une chance et c’est cette chance là qu’il faut que je saisisse et que je laisse pas passer. Parce que si ça marche pas là, ça marchera plus quoi. Donc voilà comme j’ai pas envie de la perdre, forcément ça m’aide.” E6*

**Personne n’a déclaré ne pas se sentir soutenu par ses proches lors de l’incarcération.**

**Certains refusent l’aide qui leur est proposée, et veulent protéger leur entourage en endossant leurs responsabilités.**

*“Je vais pas les emmerder avec ça (les parents). (...) C’est à moi de me démerder, c’est mes conneries.” E2*

## **E. Couper les liens avec l’entourage consommateur**

**Beaucoup de patients ont un entourage consommateur. Il est essentiellement amical ou professionnel.**

*“Je côtoyais des gens qui étaient, voilà on côtoie souvent des gens qui sont dans son niveau, enfin qui nous ressemblent à peu près, donc ben le point commun (...) c’était de se retrouver le soir avec les apéros.” E1*

*“Parce que je travaille dans le bâtiment, voilà et tout le monde sait que dans le bâtiment ba voilà quoi, on aime bien boire un petit coup.” E4*

**Il y a pu avoir avant l’incarcération des sollicitations à consommer de la part de cet entourage. Certains ont rechuté suite à ces propositions.**

*“Ils incitent à consommer ça c’est sûr, hahaha. Bah oui ils sont tous à fond dedans alors...” E4*

*“Bah y’a des fois où on s’est pris la tête parce qu’ils avaient vraiment envie que je boive un verre avec eux.” E6*

**Depuis l’incarcération il n’y a plus de contact avec ces amis consommateurs.**

*“Bah vous savez, quand on est emprisonné c’est là qu’on voit que l’amitié ça repose pas sur des bases solides avec la drogue.” E3*

**L’amitié est remise en question.**

*“En fait le problème c’est que quand on a une addiction, on finit par avoir que des personnes qui ont le même problème que nous. En fait, je dirais que les produits faussent les relations. Donc l’amitié bon euh... (...) C’est pas des vrais amis pour moi”. E3*

*“Mais bon j’veais pas vous dire les amis non plus euh... Parce que j’en avais mais c’était des amis qui étaient alcooliques et tout ça. Donc eux je les compte pas parce que... Pour moi c’est pas des vrais amis.” E8*

*“Des amis y’en n’a pas beaucoup dans ce monde là, c’est plutôt la drogue. Après des amis y’en n’a plus. (...) Si vous avez de la drogue on vous aime bien, si vous avez pas bah y’a rien.” E12*

**Chacun pendant la détention fait ainsi un tri et décide de couper définitivement les liens avec cet entourage. Ceci se fait en se recentrant sur la famille et les amis proches non consommateurs.**

*“J’ai coupé les ponts, j’veux dire avec tout le reste, parce que c’était que en rapport avec mes consommations, et que j’essaie d’éviter ces gens là au maximum.” E14*

**Certains avaient même commencé à s’éloigner de cet entourage avant d’être incarcérés.**

*“Y’a des gens qu’j’ai laissé, c’est pour ça que du coup j’ai déménagé aussi de Nantes et je suis allé à Cholet, pour m’éloigner des gens un peu de... qui consomment.” E9*

**Tous commencent à réfléchir à maintenir cet éloignement à la sortie de détention, comme nous le verrons plus tard (partie IV : Préparer la sortie) et se préparent à refuser les propositions de consommation.**

*“Je sais ce que j’ai à faire, j’dis non !” E1*

*“Dans les copains ça a été divisé par deux (...) Y avait surtout ceux qui étaient là pour euh (soupir) s’alcooliser en même temps que moi quoi. (...) Donc déjà eux c’est même pas la peine (...) j’veux pas les r’voir !” E1*

**Deux patients ont une compagne consommatrice qu’ils décrivent comme poussant aux consommations. Pour l’un, la séparation est inévitable. Pour l’autre, le couple va se renforcer autour du soin et d’une diminution des consommations en commun.**

*“Elle est plus entraînante, dès qu’il y a un petit peu trop d’argent dans la poche, elle a tendance à me dire viens on prend un truc de coke là.” E10*

*“Je dis à ma femme mais arrête d’acheter de l’alcool ! Parce qu’elle me dit ouais moi j’aimerais bien arrêter. Bah j’lui dis moi aussi (...) mais si t’en achètes tous les jours on peut pas arrêter. (...) J’avais l’impression entre guillemets si je la suivais pas j’allais la perdre une deuxième fois en fait.” E11*

**Pour conclure, les liens se redistribuent, avec un renforcement des rapports avec la famille proche et un éloignement des amis consommateurs. Tous les participants s’accordent à dire que l’entourage a une importance dans leurs conduites addictives et que cette modification des liens est vue comme un tournant vers le soin.**

### **PARTIE III : COMMUNIQUER AVEC SON ENTOURAGE SUR L'ADDICTION**

Dans cette partie, nous étudierons la communication avec l'entourage autour des consommations.

Dès le début, la famille découvre l'addiction de façon détournée : par les conséquences judiciaires, changements de comportements, etc... Quand une annonce est faite, elle est brutale. D'emblée, la communication est difficile. La famille est choquée, elle est dans l'incompréhension et peut réagir violemment.

Par la suite, il n'y a souvent pas d'amélioration de la communication. Beaucoup se cachent ou mentent à leur entourage. Plusieurs craintes empêchent l'expression : peur du jugement, honte, culpabilité, stigmatisation. L'idée majoritaire est qu'il ne faut pas en parler pour protéger sa famille.

Pendant l'incarcération, peu communiquent sur leur pathologie directement avec leur entourage. Les moyens de communication ne sont pas propices à aborder la question des addictions.

Finalement, beaucoup ne se sentent pas compris par leur entourage, ce qui rend les échanges difficiles.

Aussi, les attentes et la vision du soin peuvent être différentes entre le patient et sa famille.

Pour conclure, un grand nombre de patients a besoin d'aide pour parler des addictions avec son entourage. Cette aide pourrait venir des professionnels qui les suivent durant l'incarcération, bien que certains détenus aient des freins.

#### **A. La découverte par la famille**

**Pour la plupart, l'entourage est déjà au courant des consommations au moment de l'incarcération.**

**On peut noter que, pour une majorité, les consommations ont été découvertes par la famille et non annoncées directement par le patient. Elles sont cachées, non dites. Dès le début, la communication a été difficile. Dans l'entourage, beaucoup s'en sont "rendus compte" via les conséquences judiciaires.**

*"Ils s'en doutaient, et du coup ils ont fini par trouver une quantité de drogues dans mon... dans ma chambre. (...)*

*"Ils sont au courant forcément parce que bon j'ai eu des problèmes avec la police, je suis là, donc forcément ils sont au courant de tout." E3*

*"Bah ma mère elle s'en est rendue compte parce que je lui demandais beaucoup d'argent. Mais au début elle savait pas. C'est après quand j'me suis fais interpellé par la police et que ils m'disaient vous voulez qu'on prévienne quelqu'un de votre famille ?" E8*

*"J'faisais ça discrètement pour pas qu'elle voit mais... Elle savait que j'vends du shit." E7*

**D'autres s'en sont doutés à cause de changements de comportement.**

*"Ils voyaient que j'avais beaucoup changé, les gens avec qui je trainais et tout ça. Je rentrais plus, j'étais dans le deal quoi. Je parlais jour et nuit. Et euh après on est obligé de se découvrir quoi à certains moments, quand on est malade ou dans les mauvais moments voilà quoi..." E12*

**Parfois, après les soupçons de la famille, l'annonce est brutale. Les mots utilisés sont crus ou on montre directement les consommations pour ne pas le dire avec des mots.**

*“Ce dimanche là bah j'étais en manque et puis j'ai levé mes manches comme ça et puis j'ai dit ba voilà !” E5*

**Pour l'un d'entre eux, la famille n'avait pas été mise au courant.**

**Pour un autre patient, au contraire, l'annonce a été faite dès le début de sa relation avec sa compagne.**

*“Quand on s'est rencontré. Je lui ai dit direct, j'ai pas menti (...). Même à sa maman, à tout, à sa famille. Et pourtant c'est une fille de bonne famille. J'ai dit tout direct. Et ils ont apprécié au final.” E10*

**Parfois, l'entourage l'apprend via un tiers.**

*“Ça a été un peu difficile quoi, on m'a dénoncé. Des gens ont dit ça à ma femme quoi, à ma famille, mes amis... C'est tombé par le bouche à oreille dans les oreilles de ma femme”. E12*

**La première réaction de la famille est vive, c'est le choc.**

*“Alors ma mère a explosé d'hystérie : Ahhhh ! Parce que je leur avais fait les 400 coups (...) pas dans les clous quoi. Donc encore, qu'est ce que c'est... Et mon père par contre... Silence... Prendre sur lui quoi.” E5*

*“Elle a pleuré, elle m'a serré dans les bras et elle m'a dit t'es foutu, tout ça...” E7*

**D'emblée, la famille a du mal à comprendre et a tendance à sermonner.**

*“Ma mère bah elle savait pas ce que c'était l'héroïne déjà. Donc elle a (...) eu du temps encore à moitié à comprendre.” E8*

*“(Ils ont réagi) Pas bien quoi, genre c'est pas bien, tu vas gâcher ta santé, na na na, je gache mon avenir. Ceci cela.” E2*

**Un seul patient a décrit une communication ouverte et un soutien dès le début.**

*“Elle a vu que c'était pas facile et elle a décidé de m'aider quoi.” E12*

## **B. Ne pas parler de l'addiction avec son entourage**

**Par la suite, il reste difficile de parler des addictions avec l'entourage. Souvent les consommations sont cachées, il y a des mensonges.**

*“Même que à la fin j'me cachais, et à la fin elle m'voyait, donc euh voilà. Et une fois je lui ai dit que j'avais arrêté, sauf que j'ai pas arrêté, donc ça a mis un peu d'embrouilles entre nous.” E8*

*“Y'a des choses (...) qu'on est obligé de mentir et des choses qu'on est obligé de dire, de dire quoi, de parler, de pouvoir aider, mais y'a des choses qu'on peut pas dire. L'argent qu'on mange, tous les trucs comme ça on ment, et c'est un vice quoi.” E12*

**La peur du jugement par l'entourage conduit à multiplier les mensonges. Le sentiment de honte est très présent. La culpabilité du mensonge s'ajoute à la honte de consommer.**

*“A plusieurs reprises on m'a proposé d' parler même euh, ma patronne qui est dans mon entreprise, elle m'a proposé d' parler. Et non j' voulais pas parler quoi, euh, j' avais peur du jugement (...).” E14*

*“Parce que j' ai tellement promis demain j' arrête, j' ai tellement promis promis promis promis, bah ma p' tite euh... Je me mens à moi même.” E5*

**La peur de la stigmatisation par la société majeure l'idée qu'il faille cacher ses consommations. Notamment, un patient faisant partie de la communauté des gens du voyage a exprimé sa peur d'être rejeté de la communauté.**

*“On fait partie de la communauté des gens du voyage et chez nous la drogue c' est très euh... c' est pas bon. Si quelqu' un se drogue il est rejeté de la famille. (...) Ma femme elle fait pas partie de la communauté des gens du voyage, voilà c' est pour ça que ça m' aidait quand même. Sinon ça aurait pu être le divorce ou chassé de la famille.” E12*

*“C' est très mal vu dans les gens du voyage. (...) Si ça se sait là ça va se propager comme une bombe, et après les gens qui me verront ils diront lui c' est un camé, c' est un drogué, il prend de la cam, il prend de la méthadone en prison et machin. C' est un drogué, c' est un camé, ils auront une mauvaise vue. C' est sale après, tu te sens sale. Déjà les gens te prennent pour une personne sale.” E12*

**Le sujet est tabou, l'entourage le sait mais il ne faut pas trop en parler.**

*“J' veux pas mélanger mon p' tit monde avec ça. (...) On pense tous la même chose mais personne en parle. (...)*

*On débat pas là dessus quoi. (...) On rentre pas dans les détails voilà. Ouais et ça me plait bien parce que je voudrais pas que on débattenne le sujet à chaque fois (...).” E1*

**Il faut protéger sa famille en évitant de les confronter aux consommations et aux failles qui sont à l'origine de cette dépendance.**

*“Les grandes elles savent pas tout, elles peuvent pas tout savoir, je peux pas tout leur dire. Je peux pas leur parler de leur père par exemple (...). Je peux pas leur parler de ... bah de... l' abîme de l' héroïne, jusqu' où ça emmène. Je peux pas leur parler de, bah de l' abandon foetal, de mon adolescence sans mon père.” E5*

**Pour beaucoup, la famille a déjà assez souffert et, en parler, pourrait ajouter de la souffrance.**

**Il faut rassurer sa famille.**

*“J' ai pas envie d' lui parler de ça, j' ai pas envie d' lui prendre la tête. (...) Bah voilà il sait que j' ai arrêté la drogue, il sait déjà pas mal, voilà.” E4*

*“J' ai des envies d' cocaïne héroïne mais bon ça j' lui dit pas quoi. Et en tout cas j' lui dis, ça c' est la vérité, que voilà à ma sortie j' vais tout faire pour pas r' toucher une seule fois à aucun produit.” E14*

**Certains ont la crainte de faire ré-émerger des envies ou de ressasser des moments douloureux.**

*“Parce que le fait d’en parler ça peut ramener à certains souvenirs ou ça peut donner aussi l’envie d’aller boire une bière ou deux. Donc on évite le sujet on va dire. On cherche pas à aller (...) enfoncer la chose.” E6*

**On ne veut pas déranger sa famille.**

*“Elles font leur vie, déjà elles (ses filles) ont leurs petits problèmes de... de garçons.” E5*

**Il faut se débrouiller seul puisqu'on est responsable de son addiction.**

*“C’est surtout moi qui ait refait de la merde à force de picoler, picoler, picoler.” E2*

*“A l’extérieur va falloir que je me débrouille un peu par moi même pour faire face à tout ça.” E6*

Les moyens de communication pendant l’incarcération :

**Pendant l’incarcération, c’est d’autant plus difficile d’échanger sur les addictions avec l’entourage. En effet, les moyens de communication en prison ne sont pas propices à aborder la question des addictions.**

**Certains refusent ou limitent les parloirs. Ils ne veulent pas confronter leurs familles à la détention ou redoutent la séparation après ce temps partagé.**

*“Je pense pas que ce soit le parloir qui serait le meilleur pour la première rencontre quoi... Ouais ça serait mieux qu’on se voit quand je serai dehors, (...) trouver le bon moment.” E1*

*“Si je vais peut-être en avoir un ou deux par mon meilleur ami mais sinon je veux pas que ma fille elle vienne, je veux pas que ma mère elle vienne. (...) C’est pas un endroit pour eux déjà. Rien qu’pour ma fille c’est pas un endroit pour elle. Et puis ma mère je veux pas qu’elle vienne dans un endroit comme ça.” E8*

*“Je veux pas de parloir (...) parce que ça met les glandes quand vous r’partez du parloir, voir les gens qu’vous aimez bien qui r’partent, non j’préfère pas de parloir.” E4*

**De plus, il est parfois difficile pour l’entourage de se déplacer jusqu’à la maison d’arrêt, qui n’est pas bien desservie par les transports en commun et à l’écart de la ville.**

**Aussi, la procédure administrative de demande de visite peut être compliquée pour certaines familles.**

*“Ma femme quand elle vient au parloir, ça lui met une demi journée pour venir, avec les transports et tout.” E12*

**D’autres, qui rencontrent leurs familles au parloir, trouvent que le temps limité ne permet pas d’évoquer les addictions et préfèrent prendre des nouvelles de leurs proches en partageant un bon moment.**

*“Au parloir c’est tellement vite, on a 1h donc là c’est très rapide, donc ils essaient de parler un peu sur leur vie à eux, comment ça se passe à l’extérieur, s’ils ont besoin d’aide ou quoi que ce soit (...).” E11*

**Le téléphone est un moyen de communication largement utilisé mais limité par le coût élevé des communications. Le temps est donc également contraint et, comme au parloir, c'est la prise de nouvelles et la réassurance de la famille qui sont plus importantes.**

**Certains ont des difficultés techniques pour obtenir des numéros de téléphone.**

*“J’lui parle pas trop de ça, j’lui parlerai quand j’le verrai, Au téléphone je lui demande plus si y va bien, trucs comme ça...” E4*

*“Ma mère des fois j’arrive avoir un portable pour l’appeler et, et, et voilà quoi j’lui dit surtout tu t’inquiètes pas, tout va bien. (...) Mon couple d’amis pareil, euh, j’les appelais pour leur dire vous inquiétez pas, tout va bien.” E14*

**Beaucoup préfèrent s’exprimer par courrier, c’est le moyen de communication le plus utilisé pour parler de l’addiction, du soin, ou encore de la suite à la sortie. Cependant, la priorité est toujours de rassurer les proches et de témoigner de son attachement.**

*“C’est dur par courrier. On pense pas à tout, à tout dire. Et puis moi j’pense plus à lui dire je t’aime, que de dire on fera ça dans l’avenir.” E10*

### **C. Ne pas se sentir compris par son entourage**

**La famille a souvent des difficultés à comprendre la pathologie addictive et sa complexité. Leur langage est centré sur l’arrêt et la rechute n’est pas envisageable. Les patients ne se sentent pas pris en considération et sont souvent sermonnés. Cela ne favorise pas la discussion.**

*“Ma mère comprend pas que j’arrive pas à arrêter de boire. (...) Bah ils ne comprennent pas vraiment je pense. (...) Ils vont juste, enfin surtout ma mère, va juste me dire “Bah faut arrêter de boire et puis c’est tout, t’arrête de boire”. Et voilà, basta. Pour elle c’est aussi simple que ça. Voilà donc ça sert pas à grand-chose que j’en parle avec eux.” E2*

*“Ils comprennent pas du tout et pour eux, pour mon père, c’est une question de volonté. Mais ce qu’ils se rendent pas compte c’est quand on a pris des produits aussi forts pendant (...) longtemps, c’est plus qu’une question d’envie. (...) Si je dis à mon père que c’est une maladie, il va rigoler.” E3*

*“C’est pas des conversations, voilà, c’est beaucoup de reproches.” E2*

**Parfois, l’entourage n’a aucune connaissance sur les produits pris.**

*“Elle arrive pas à faire la différence entre méthadone, shit, cocaïne, toutes les drogues sont dans le même sac.” E10*

*“Parce qu’elle pensait que je me piquais, comme c’était de l’héroïne beaucoup, donc elle cherchait des trucs de piqûre, puis après elle m’a dit tu fais comment toi ? Et je lui ai dit bah c’est pas du tout ça.” E12*

**Pour beaucoup, l’entourage ne peut pas comprendre puisqu’il n’a jamais consommé et n’a jamais vécu la dépendance.**

*“Elle a jamais consommé de produits dans sa jeunesse, même cannabis, et elle a jamais euh... Consommé aucun produit, donc euh elle connaît pas. (...) Elle comprend pas, elle connaît pas, elle sait que voilà c’est une chose qui est dure à contrôler (...) mais pas plus que ça en fait.” E14*

**A l’inverse, ceux qui ont connu une addiction sont à même de comprendre.**

*“Elle m’comprends parce que elle a été alcoolique dans le passé donc elle connaît l’addiction.” E14*

## **D. La vision du soin de l’entourage**

**L’entourage qui a du mal à comprendre la dépendance et avec qui l’on communique peu, a parfois des attentes concernant le soin bien différentes de celles des patients. Souvent le soin apparaît comme une solution miracle et les familles poussent au soin. Il y a une injonction de soin.**

**Le patient entreprend le soin pour rassurer et contenter sa famille, sans être vraiment prêt au changement.**

*“Bon à l’époque c’était plus pour euh, je vais dire faire plaisir... Non... Mais c’était plus par rapport à mes parents, enfin essayer de leur montrer que voilà... Mais j’étais pas investi dans le truc quoi.” E2*

*“Mes parents et tout voulaient que j’aie faire une cure dans le sud, mais les cures d’un an là vous savez, cure fermée d’un an.” E3*

**A l’inverse, l’entourage peut douter des soins. Il juge un manque d’efficacité du soin puisque les consommations continuent malgré la mise en place d’un suivi.**

*“Ils disaient que c’étaient des distributeurs de méthadone. Voilà ce qu’ils pensent des psychiatres en général. (...) Parce que bon ça fait longtemps que je suis suivi et j’ai pas eu de changement. Mais eux bon ils comprennent pas que c’est un tout en fait.” E3*

**Mais, globalement l’entourage est décrit comme soutenant et aidant à aller vers le soin. Plusieurs conjointes accompagnent leur ami en consultation.**

**L’incarcération signe un nouvel espoir vers le soin. La prison, comme dit précédemment, est vue comme un arrêt forcé des consommations et peut soulager les familles. Pendant la détention, elles soutiennent le soin avec optimisme.**

*“Bah eux ils comptent sur les addicto, comme ils comptaient sur les cures.” E5*

## **E. Avoir besoin d’aide pour parler des addictions**

**Finalement, il est difficile depuis le début d’échanger sur les addictions avec l’entourage. L’incarcération ne favorise pas la discussion sur ce sujet car les détenus préfèrent rassurer les familles et les moyens de communication sont peu adaptés. La famille a du mal à comprendre la dépendance, peut juger et sermonner, ce qui n’encourage pas à l’échange et la communication s’enlise d’autant plus.**

**Pourtant, cet entourage est décrit comme soutenant et, bien que les visions du soin diffèrent entre patients et familles, il est décrit comme aidant à aller vers le soin. Cette aide pourrait être d'autant plus efficiente grâce à une communication adaptée autour des addictions.**

**L'ensemble des patients interrogés pensent avoir besoin d'une aide pour en parler.**

*“Mais c'est vrai que en parler avec mes parents avec une tierce personne à côté, enfin ouais, ça pourrait être bien.” E2*

*“Pouvoir en parler à mes parents avec une personne neutre.” E3*

**Une grande partie d'entre eux serait favorable à une rencontre pendant l'incarcération entre leur entourage et un soignant pour aborder la question des addictions et évoquer la sortie de détention. Ils attendent de ce type d'entretien qu'il apporte des clés de compréhension sur la pathologie addictive à leur famille et réponde à leurs questions.**

*“Notez le, moi ça m'intéresse et ma fille serait partante. (...) Elle aura accès à toutes ses questions et toutes les réponses et effectivement ouais pour mieux analyser la situation.” E1*

*“Je sais que si j'avais la chance de, de faire un entretien comme celui-ci, bah je le ferai quoi, je prends toute l'aide qu'il est possible de prendre pour m'aider à arrêter. (...) Le fait d'en parler déjà. Je pense que ça peut aider à comprendre vraiment ce que c'est l'addictologie et pourquoi en fait on en est arrivé là à un certain moment de notre vie.” E6*

*“Ben j'trouve que ce s'rait une bonne idée justement parce que pour les personnes qui connaissent pas l'addiction justement (...) ça pourrait leur permettre de comprendre un peu mieux euh le comportement, puis la difficulté des fois à dire non de leur fils, ou de leur conjoint, ou de la personne qui est incarcérée, euh, de comprendre mieux en tout cas euh... L'addiction.” E14*

**L'entourage qui n'a pas vécu la dépendance ne peut pas savoir mais l'aide d'un professionnel pour en parler peut amener à essayer de comprendre.**

*“Ca ferait montrer ce que c'est que l'addictologie parce que les gens quand ils le vivent pas ils peuvent pas forcément comprendre ce que c'est.” E11*

**Certains ont plus de frein à envisager un entretien familial. Ils mettent en avant des difficultés logistiques : distance de la famille, emploi du temps chargé...**

*“En ce moment ça serait compliqué qu'ils viennent. Puis ben même ils sont âgés et tout, ça fait de la route et voilà.” E2*

**Un autre patient préfère garder ces échanges confidentiels, dans le cercle familial.**

*“Je préfère me retrouver seul avec ma femme (...) que devant des gens s'expliquer, parler de tout, ouvrir la vie de famille quoi. Nan c'est pas possible ça. Déjà là je vous parle parce que voilà mais c'est très... (rire)” E12*

## **PARTIE IV : PRÉPARER SA SORTIE**

Dans cette dernière partie, nous verrons qu'il est difficile pour les patients de se projeter sur leur sortie car il reste beaucoup d'incertitudes et de problématiques. La priorité est donnée aux aspects judiciaires, au logement et au travail.

Il s'agit à la sortie de se reconstruire : en retrouvant sa place dans la famille mais aussi dans la société par le travail et le logement. C'est le renouveau qui se prépare et beaucoup veulent repartir de zéro, déménager et ainsi, changer d'entourage et éviter les milieux consommateurs.

Ils envisagent de poursuivre leur soin suite à leur expérience positive en détention, marqué surtout par la groupalité et les médiations. Beaucoup réfléchissent à leurs objectifs de consommation à la sortie.

La famille sera présente dès la libération pour beaucoup. Elle les attend mais a aussi des attentes. Elle soutient les changements initiés en détention avec souvent une injonction à poursuivre l'abstinence. Mais souvent, les projets avec l'entourage à la sortie restent flous et le soin en addictologie est partiellement évoqué. Comme vu précédemment, on communique peu sur ces sujets.

Enfin, l'importance de la découverte de la groupalité et les leçons tirées de l'incarcération mènent les patients à vouloir transmettre leur vécu carcéral et de dépendance. Plusieurs se sentent en mission : il faut transmettre pour trouver un sens.

### **A. Avoir des difficultés à se projeter sur la sortie**

#### **Les priorités :**

**Pour beaucoup, la situation à la sortie reste floue : absence de logement, de travail. Des échéances judiciaires préoccupantes prennent le premier plan dans les réflexions. La sortie est parfois perçue comme lointaine. La projection dans les soins en addictologie est parasitée par d'autres priorités.**

*"Ça me fait peur la sortie (...) sachant que j'ai pas de logement, je sais pas où je vais aller, comment ça va se passer. (...) Je peux pas vous dire (par rapport aux soins en addictologie), je suis un peu dans le flou parce que je sais même pas, 'fin si j'aurais un logement, ou euh... Enfin j'en sais rien de tout ça..." E3*

**La question du logement est très présente.**

*"J'pense que le problème c'est que j'arrive pas à trouver un logement." E7*

**Les priorités sont de retrouver une place sociale par le travail et retrouver sa place dans la famille.**

*"Papa il sera toujours comme ça maintenant, c'est fini. Le papa qui faisait n'importe quoi c'est plus le même. Papa il va être un papa." E11*

*"Priorité à mes enfants. J'ai hâte d'aller les voir, les recevoir (...). Pas de projet sur la comète autrement quoi, vivre un peu plus au jour le jour quoi." E1*

**Une période de transition entre le dedans et le dehors est nécessaire.**

*“Je veux sortir comme en... comme j’aime beaucoup voyager, comme en rentrant de voyage avec mon sac, prendre cet air là, cette claqué d’être dehors. (...) Euh prendre le bus prendre le tram. Peut être bien comme j’aurai un peu de liquide, peut être aller à la mer vite fait en bus. Prendre le temps de rentrer chez moi, vous voyez. Si quelqu’un vient me chercher ça va me remettre dans le... direct. Et je crois que j’ai besoin de cette transition.” E5*

### **Le renouveau :**

**Pour beaucoup, il faut se reconstruire et repartir à zéro : c’est le renouveau.**

**A travers le logement, les détenus envisagent un nouveau départ.**

*“Le projet c’est de trouver un petit terrain. Trouver un terrain à nous (...). Et reconstruire, retaper la grange pour en faire une annexe.” E10*

**Ce renouveau passe par la poursuite d’une refonte des liens avec l’entourage à la sortie : s’éloigner des milieux consommateurs et retrouver sa place dans la famille. Pour s’écarter de ce milieu, beaucoup envisagent un changement de ville ou de région.**

*“Si j’reste à Nantes j’veais recommencer, vous voyez j’connais trop de gens ici sur Nantes, donc j’pars de Nantes (...) j’veais rejoindre mon père à Caen.” E4*

*“Je veux vraiment recommencer quelque chose ailleurs, et tous ceux qui s’en sont sortis m’ont tous dit qu’il fallait repartir de zéro quoi.” E3*

*“Nous, Saint-Nazaire, on a décidé que c’était fini. (...) Parce que les fréquentations, les connaissances... Pas de tentations, je veux dire éviter un max les tentations. (...) Moi si j’suis loin de la ville je ne trainerai pas. Je vais pas traîner à la campagne.” E10*

**Cette reconstruction, c’est aussi prendre soin de soi et de son corps.**

*“J’veux faire ma vie, et moi, me reconstruire moi et me reprendre moi. (...) Donc là j’ai repris le sport donc ça m’a fait du bien. Finalement après on a envie de bouger, on a envie de faire des choses.” E11*

*“Je vais essayer de changer, je vais changer, ça c’est une certitude !” E11*

## **B. Poursuivre son soin**

**Basé sur un retour positif des médiations et espaces de dialogues au CSAPA durant la détention, les patients envisagent une poursuite des soins en addictologie à l’extérieur.**

*“Faut rencontrer du monde en prison mais faut aussi en rencontrer à l’extérieur quoi, faut pas quitter ça. (...) C’est un petit peu comme un oiseau qui sort du nid (...) tant qu’y se sent pas bien faut continuer à se faire suivre.” E1*

*“Suivre un suivi pour m’aider encore à améliorer la chose. Et puis voilà quand je sentirai que ça ira mieux et bah on arrêtera le suivi.” E6*

**Beaucoup réfléchissent à leurs objectifs de consommation à la sortie et c'est l'idéal d'abstinence qui est l'objectif principal.**

*"Je sais que j'arriverai pas à gérer, il faut que je sois abstinent." E2*

*"L'alcool pour moi c'est terminé, j'en veux plus du tout ! Ca m'a bouffé la vie en fait." E11*

**D'autres sont ambivalents ou ont des objectifs différents en fonction des produits.**

*"Ca c'est fini l'alcool, je suis tombé dedans une fois, je retomberai pas dedans deux fois. (...) Euh le THC je compte pas spécialement arrêter le shit. Pas spécialement, le soir ça sera toujours aussi agréable. La métha baisser, baisser." E10*

*"Je peux pas dire si je sors d'ici que je vais plus jamais boire de ma vie. C'est pas vrai, ça serait me mentir, mentir aux autres encore. (...) Enfin pas mentir (...) juste s'aimer assez, j'sais pas (silence). J'sais pas ce qui m'attend." E5*

**Beaucoup ont des craintes concernant la sortie et le risque de reprise de consommations.**

*"Ce qui était le plus à craindre évidemment c'était la sortie sous bracelet quoi. Euh ben revoir un peu les copains et puis ben accès à tout si on peut dire quoi." E1*

*"Bref je vais être enfermée dehors quoi." E5*

**D'autres sont confiants, basés sur l'expérience positive du sevrage en incarcération et l'abstinence bien vécue. Parfois, cette confiance s'exprime par un raisonnement en tout ou rien, avec une confiance excessive.**

*"Depuis que je suis arrivé ici bah j'ai arrêté de boire, et ça me pose pas de soucis, en fait maintenant j'ai fait le deuil de tout ça on va dire. (...) Donc je pense que ça va être plus facile pour moi à l'extérieur." E6*

*"Je ne bois plus d'alcool depuis ma première incarcération (...) je n'ai jamais eu envie de reprendre l'alcool depuis le jour de l'arrêt. J'ai eu que quelques, un ou deux, médicaments pendant quelques jours puis voilà. Psychologiquement ça m'a pas dérangé plus que ça." E1*

**Le suivi s'effectuera pour la plupart en CSAPA mais certains envisagent d'emblée un SMRA. Plusieurs vont reprendre contact avec le CSAPA qui les suivait avant l'incarcération mais, finalement, beaucoup projettent de déménager et doivent donc initier un suivi dans un nouveau centre. Les coordonnées de centres peuvent leur être données en cours de suivi au CSAPA de la MA. Parfois il est proposé un appel conjoint pour prendre rendez-vous quand la date de sortie approche. Mais pour beaucoup, le lieu de vie après détention reste flou et empêche de se projeter et de prendre contact avec un CSAPA en particulier.**

*"Je vais aller assez loin pour pas qu'ils viennent comme ça quoi, passer un coup en voiture. (...) Où exactement ça j'sais pas." E12*

**Certains voudraient changer de centre de soin pour reprendre leur suivi dans un endroit neutre.**

*“J’aimerais avoir un suivi mais pas en centre parce que je sais qu’en centre j’avais forcément côtoyer les gens comme moi euh qui sont dans la toxicomanie depuis euh des années... Il y aura toujours les propositions, voilà.” E14*

**Deux d’entre eux vont poursuivre leur suivi par obligation de soin à la sortie (E4, E6).**

**Mais le suivi encore une fois ne vient pas en premier dans l’ordre des priorités.**

*“Ben peut-être parce que je... euh... J’ai pas le temps à consacrer à ça (le suivi)”. E7*

### **C. Les attentes des patients concernant le soin et la préparation à la sortie en Maison d’Arrêt**

Nous avons posé aux patients la question “Quelles suggestions pouvez vous faire pour une meilleure préparation à la sortie concernant votre addiction ?”.

Beaucoup de participants ont mis en avant, comme nous l’avons vu, l’apport des médiations en groupe. Ils sont favorables au développement de ce format de soin. Certains souhaitent plus d’échanges au sein des groupes au sujet des addictions. Plusieurs patients ont proposé d’avoir du “travail” à rapporter en cellule afin de poursuivre la réflexion mais aussi s’occuper après le retour en chambre.

Nombreux participants ont évoqué des délais de réponses aux courriers qui peuvent sembler longs. Ils aimeraient pouvoir être reçus plus rapidement lorsqu’ils en font la demande.

Plusieurs d’entre eux suggèrent un recours moins important aux traitements anxiolytiques ou hypnotiques et proposent des temps de consultations ou de groupes plus nombreux. Ils veulent ainsi favoriser le soin non médicamenteux qui serait selon eux plus efficace au long cours et permettrait de réduire le trafic de médicament et les mésusages au sein de la prison.

*“Mais nan, tout est long ici. Peut être que vous pouvez signifier qu’il faudrait une prise en charge plus rapide. Mais bon après il manque peut être de personnel et c’est surpeuplé à côté.” E5*

D’autres, au contraire, souhaitent avoir un accès plus facile à certains traitements qu’on leur “refuse”, ce qui souligne leur ambivalence vis-à-vis des médicaments.

Certains souhaiteraient avoir accès à l’hôpital de jour du SMPR afin de s’extraire des difficultés carcérales et demandent une hospitalisation de jour “de répit”.

*“Je sais qu’un placement SMPR pff ça fff ça m’permettrait de pouvoir décompresser un p’tit peu et je suis sûr que j’aurais pas besoin du dosage que j’ai autant là.”*

En terme de traitement de substitution un participant a demandé l’instauration de méthadone en gélule à la place du sirop.

*“La métha en fiole ils pourraient nous donner des métha en gélule parce que les dents, ça pourrait les dents, ca c’est une saleté.” E10*

Concernant la préparation à la sortie, plusieurs participants ont évoqué le fait d'avoir des permissions plutôt qu'une sortie brutale.

Pour un grand nombre d'entre eux les suggestions d'amélioration concernent surtout le versant social : recherche de logement et d'un emploi à la sortie.

#### **D. L'entourage à la sortie**

**A la sortie, beaucoup sont attendus par les familles. On retourne souvent habiter dans sa famille : parents, fratrie, compagne... La famille a souvent prévu de venir les chercher à la sortie.**

**Mais cette famille qui les attend a aussi des attentes. Elle demande de poursuivre l'abstinence et sera moins indulgente. Parfois, des ultimatums sont posés.**

*"Bah là c'est sûr ma mère elle va plus me laisser dépanner en vin, si je dois rentrer chez moi et que tout est fermé, non va falloir que je fasse attention." E5*

**Certains ressentent une pression qui peut les mettre en difficulté tandis que d'autres en font une source de motivation pour poursuivre le soin.**

*"J'veux me faire suivre quand même pour aller jusqu'au bout (...). Et ça va me permettre de dire à l'entourage : regardez, faites moi confiance, voilà. Je veux que les gens aient confiance en moi." E11*

*"Ayant le p'tit loulou avec nous euh voilà... T'arrêteras les conneries, y dit si y'en a un qui peut faire changer vraiment les choses c'est bien lui, puis oui il m'donne la force voilà." E14*

**Parfois, la compagne prévoit d'accompagner son conjoint aux rendez-vous en CSAPA. La famille pousse à maintenir le soin à l'extérieur.**

**Parfois, les couples prévoient ensemble un arrêt des consommations et envisagent le soin en duo.**

*"Elle me dit on ira au centre, dans le CSAPA de Guérande et tout." E10*

**Pour conclure, la famille témoigne son soutien pour "l'après", mais finalement les projets avec l'entourage à la sortie sont souvent flous et le soin en addictologie peu évoqué. Certains questionnent sur les consommations à la sortie mais les réponses sont simplistes et il n'y a pas d'échange sur l'aide à apporter en pratique. Comme dit précédemment, la communication est difficile. De plus, il existe une réelle difficulté à se projeter sur la vie après l'incarcération.**

*"Ils m'ont dit bah (...) tu comptes faire quoi à ta sortie, bah moi je leur ai dit de toute façon je touche plus à une goutte d'alcool." E11*

## E. Etre en mission

Les retours positifs sur le soin en addictologie en incarcération et plus particulièrement sur la groupalité, font émerger de nouveaux projets à la sortie. En effet, plusieurs envisagent une façon de poursuivre leur soin en aidant les autres. Les détenus veulent témoigner de leur expérience carcérale et leur vécu de la dépendance, pour faire de cette épreuve une histoire qui peut guider les autres. Il faut transmettre pour trouver un sens. C'est une mission qui va les motiver à la sortie de détention.

**Certains envisagent les associations d'entraide, plusieurs en ont déjà fait l'expérience par le passé.**

*“C'est vraiment bienveillant ce genre de groupe (...) et vraiment y'a pas de jugement, parce que tout le monde connaît le gouffre. Parce que je vous dis moi la famille a pas suffit à résonner dans ma tête.” E5*

*“Je veux, comment... Transmettre voilà. (...) Si je peux faire quelques conférences pour accompagner des gens (...) ou servir de médiateur à des gens ben qu'on faillit faire l'irréparable. (...) Retourner ce négatif en positif et puis informer un maximum de personnes.” E1*

*“Et ces gens là il faut les prendre avant en fait, faut pas les prendre après. C'est avant, c'est pour ça que je compte participer et aller voir les associations, ça c'est important pour moi. Là où j'en suis arrivé au jour d'aujourd'hui j'ai besoin d'en parler puis de voir des gens pour aider des gens. Si je peux aider quelqu'un pour éviter qu'il fasse ce que moi j'ai fait c'est important. (...) Si je pouvais sauver une personne ça serait bien. Je serais fier de moi. C'est à dire que moi déjà je serais guéri mais en plus j'aurais guéri quelqu'un.” E11*

**L'écriture d'un livre est aussi un projet pour témoigner.**

*“Je veux que mon histoire serve à quelque chose quoi. Ouais, je veux écrire un livre. C'est peut être un peu prétentieux mais euh de toute façon il y aura quelque chose, ça je peux vous le garantir, je veux pas en rester là.” E1*

*“Alors ce matin, c'est marrant, parce que j'étais dans l'idée d'un livre, d'une nouvelle quoi, mais c'est, y a tellement de matière. J'étais ce matin dans l'idée d'une série. Parce que j'ai envie de parler de chacune des histoires.” E5*

*“Juste dans le but de témoigner. Parce que moi je voulais être journaliste. Moi j'aime euh témoigner écrire, ça m'intéresse. Et là j'ai plein de matière. Et sur aussi les vies de certaines femmes, pourquoi elles sont là, mais c'est terrifiant des fois c'est juste euh... Ça bascule du jour au lendemain.” E5*



## B. Atouts et limites de l'étude

### Limites de l'étude :

Plusieurs biais peuvent être notés dans cette étude.

Tout d'abord, un biais de sélection a pu exister dans le recrutement. En effet, les patients avec une histoire familiale complexe et ceux ayant une bonne capacité d'élaboration ont pu être sélectionnés préférentiellement. De plus, ces patients ont accepté l'entretien et donc consenti à parler de leur entourage, ce qui entraîne également un biais. Aussi, un des critères d'exclusion était de ne pas parler français, ce qui a exclu une partie de la population de migrants qui représente une part non négligeable de la population carcérale.

Ensuite, il peut exister des biais de désirabilité sociale, la personne interrogée a pu répondre en fonction de ce qu'elle pense que l'interlocuteur attend d'elle plutôt qu'en fonction de ce qu'elle éprouve. Ce biais a pu être plus important sur les questions concernant l'avis des participants sur leur soin, ainsi que sur la possibilité d'un entretien familial durant la détention. De plus, les entretiens se sont déroulés dans les locaux du CSAPA, donc dans un lieu en lien avec le système de soin, par une ancienne interne du service, ce qui a pu majorer ce biais.

Aussi, il existe des biais d'investigation, les participants ont pu être interrogés d'une façon qui peut les influencer, et ce, d'autant plus que l'on peut noter que l'investigateur était débutant et qu'il s'agissait de sa première étude qualitative et des premiers entretiens dirigés.

De plus, les retranscriptions n'ont pas pu être retournées aux participants pour corrections du fait des conditions de détention risquant de mettre en péril le secret médical.

Enfin, il n'y a pas eu de double relecture et triangulation des données faute de moyen.

### Forces de l'étude :

Bien que quelques biais existent, cette étude est la première à interroger directement les patients incarcérés au moment de leur détention au sujet de leur entourage. Le point de vue du patient est recueilli en immersion durant sa période d'incarcération. Il est interrogé sur ses perspectives à la sortie et ses relations avec l'entourage à cet instant précis où il est intéressant de se projeter dans l'après. Ses représentations sont donc analysées en conditions réelles au moment où les enjeux sont importants et où démarre le travail de préparation à la sortie.

Aussi, il est rare de recueillir la parole de détenus durant leur incarcération et cela demande des autorisations spécifiques.

Peu d'études existent sur le sujet de l'entourage pendant la détention et, notamment, sur la relation autour de la dépendance et de la préparation à la sortie. Cette étude combine donc trois sujets peu étudiés et leurs interrelations afin de favoriser la continuité des soins à la sortie de détention.

La méthodologie qualitative était donc la plus adaptée pour analyser un phénomène peu étudié et découvrir les différentes représentations des patients au moment même de leur incarcération. Elle a permis une expression libre et a répondu à un besoin de témoigner de la part des participants. Elle a invité à une ouverture à la parole et permis d'aborder plusieurs sujets corrélés.

L'échantillon de participants est varié, avec notamment une femme, et des personnes issues de différentes communautés. Chacun a pu s'exprimer librement et les entretiens ont été parfois longs, avec une moyenne de 40 minutes.

## C. Discussion des résultats et comparaison avec les données de la littérature

### 1. L'importance du soin en détention

Finalement, la prison impose un changement de statut. L'arrêt forcé des consommations pour la plupart entraîne une prise de conscience de leur trouble de l'usage d'alcool ou autre psychoactif. Les détenus parlent de maladie et s'engagent dans un soin. Le CSAPA de la MA répond à une demande forte, avec une file active de 665 personnes incarcérées vues au moins une fois en consultation sur l'année 2021 (9). Il est important de savoir que, même si la mise en place d'un suivi peut augmenter le nombre de remises de peines supplémentaires (RPS) pour les détenus, il n'y a pas d'obligation de suivi durant l'incarcération.

La prison semble donc être un temps fort pour la mise en place d'un soin. C'est également un temps fort pour initier un traitement, notamment substitutif aux opiacés, sachant que leur mise en place a prouvé une diminution des consommations de substance à la sortie de détention (37).

Cependant, on peut s'interroger sur l'impact de la prison sur la santé. Si l'on considère la définition de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), la santé est un état "de complet bien-être physique, mental et social et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité" (38). Par son impact social, amenant à une perte puis des difficultés à trouver un emploi, la perte d'un logement, une stigmatisation à la sortie, la prison est donc loin de répondre à cette définition. L'impact sur la santé mentale d'une incarcération est également important, avec un risque fort de passage à l'acte en cours de détention mais aussi après la libération de prison (39,40). Une thèse s'intéresse notamment à l'impact ressenti de la détention sur la santé des personnes détenues (41). Elle a été réalisée à la MA de Nantes dans les locaux de l'UCSA, via des entretiens semi-dirigés et une méthode d'analyse qualitative. Les détenus ressentent une détérioration physique et psychique de leur santé au cours de leur incarcération. La rupture sociale omniprésente dans les discours paraît être une cause majeure de cette détérioration. L'état de santé des détenus est déjà altéré par rapport à la population générale à leur arrivée en prison. Par la privation de liberté, la prison impose une forme de mauvaise santé s'il l'on s'en réfère à sa définition globale. De façon générale, les détenus ressentent aussi une perte de confiance et d'estime de soi. Puis, lors de la libération, c'est la "mort sociale" qui contrevient au bien être et par extension à la santé.

De plus, l'arrêt parfois forcé de certains produits peut majorer dans un premier temps le mal être, avec des symptômes de sevrage mais aussi un craving important, qui s'ajoute à cette dégradation ressentie de la santé.

Le soin est donc encore plus important durant cette période de détention qui nuit finalement à la santé. L'UCSA et le SMPR sont d'ailleurs des lieux largement investis par les détenus. Ces derniers sont surtout en demande d'espaces de dialogue et de soutien (41). La communication et le dialogue, comme nous le développerons par la suite, sont des

éléments clés du soin. Ceci est comparable avec les travaux de cette thèse où les détenus font un retour positif de leur prise en charge et soulignent l'importance des espaces de parole et de médiation en groupe.

C'est donc plus par nécessité et besoin d'échanges que les prisonniers s'engagent vers le soin et notamment le soin en addictologie durant la détention.

Pourtant, les freins à une prise en charge de qualité sont nombreux et le suivi requis par certaines pathologies semble, à bien des égards, incompatible avec les restrictions imposées par la prison. C'est ce que le révèle l'OIP dans un rapport d'enquête paru en juillet 2022 (42).

## 2. L'importance de l'entourage : La focalisation sur la famille proche

Un étude américaine a cherché à identifier les modifications de connexions avec leurs communautés chez des patients détenus et notamment d'évaluer si elles évoluent vers un rapprochement de communautés criminelles. Finalement, après une évaluation par mesure d'un seul paramètre, il n'y a pas de changement significatif de communauté chez ces personnes (43). En effet, à la lumière de ce travail de thèse, nous pouvons dire qu'il n'y a pas de changement complet de sphère sociale, mais plutôt une réorganisation des liens avec une focalisation sur l'entourage familial. Cette étude nous éclaire également sur un aspect particulier : les jeunes pourraient être plus à risque de rapprochement des communautés criminelles. Le lien avec leurs familles aidantes est donc à préserver d'autant plus pour éviter ce risque de basculement vers un entourage de délinquance.

Cette refonte des liens sociaux se fait par un éloignement de l'entourage consommateur durant l'incarcération. Des entretiens réalisés dans les 12 mois suivant la libération d'ex détenus permettent de comprendre comment évolue cette réorganisation des liens. Ils montrent que cet entourage consommateur peut vite ressurgir lors de la sortie et proposer de l'alcool ou autre produit psychoactif. Dès les 24 premières heures de libération, ces "amis" viennent fêter la sortie ou sont croisés autour du domicile et proposent rapidement des produits (44). L'enjeu est donc de maintenir l'éloignement dès la sortie, ce que nous développerons dans la prochaine partie.

Un rapprochement avec la famille s'effectue durant la détention et cet entourage maintient souvent son soutien à la sortie. Les familles sont une source de motivation et sont vues comme un réel groupe de soutien. Souvent, elles proposent un hébergement, parfois un support financier, mais surtout émotionnel. Elles peuvent aider le patient à se diriger vers des services d'aides et notamment médicaux. Mais parfois les familles font pression sur ces ex détenus, notamment pour trouver un emploi et un logement. Ceci peut majorer la stigmatisation et les difficultés d'intégration chez ces ex prisonniers, critiqués au sein même de leurs propres familles. Ils se sentent ainsi incompris par leurs familles. Souvent les mensonges commencent pour rassurer les proches. Certains font croire à leur entourage qu'ils vont travailler et partent du matin au soir. Cette errance peut conduire aux produits et majore le manque d'estime de soi (44).

Finalement, à l'issue de ce rapprochement, beaucoup envisagent le retour dans ce cercle familial à la sortie de détention. Les ex détenus retournent à leur libération chez leurs compagnes, parents, enfants etc...

### 3. L'organisation de la sortie

La sortie de détention constitue un retour dans la société. Cette transition est souvent difficile. En effet, le détenu durant son incarcération perd son identité propre. Il devient un numéro, un criminel. Ses déplacements et sorties en promenades sont réglementés en fonction de son quartier et numéro de cellule. Ses biens sont réduits au minimum et doivent répondre à une liste d'objets autorisés. Pour le reste, il faut "cantiner", c'est-à-dire acheter les objets conformes autorisés par l'administration pénitentiaire. Sortir, c'est donc se réapproprier une identité propre dans la société mais aussi endosser celle d'ex détenu (41,45). Comme nous l'avons vu, à la sortie, leurs priorités sont ainsi de retrouver leur place : place dans la famille, par le travail et par le logement.

D'autres études corroborent le fait que les besoins ressentis par les détenus à la sortie sont multiples et surtout sociaux. Ils sont majoritairement en demande d'aides d'hébergement, d'aides sociales importantes, mais aussi de traitements de substitution et de soins (46-49). Cependant, les priorités sociales, de subsistance, peuvent faire oublier ce besoin de soin qui semble moins important. En effet, les entretiens réalisés pour cette thèse montrent que ces inquiétudes sur le devenir, l'hébergement et l'emploi, parasitent pendant la détention les réflexions concernant l'intégration d'un système de soin à la sortie. De nombreux ex détenus soulignent qu'il est essentiel d'avoir un logement et un emploi pour reprendre une vie saine et productive dans la communauté. Le logement a une importance comme première étape pour apporter des changements positifs dans leur comportement et mode de vie et pour créer une stabilité dans la vie en communauté. Le manque d'emploi et les difficultés financières peuvent conduire certains à s'orienter vers la vente de drogue et ainsi renouer avec les milieux consommateurs et le produit (4,44). Aussi, la reprise de consommations à la sortie peut être une barrière importante à la réintégration dans la communauté et peut limiter les capacités individuelles d'investissement dans l'accompagnement des services sociaux proposés. Ainsi, les patients mettent en péril des projets de logements ou d'emplois à cause des consommations. C'est finalement un cercle vicieux qui se crée. Il est donc important que les prises en charge sociales et addictologiques soient conjointes. Elles ne s'opposent pas mais, au contraire, sont en interrelation et doivent réussir en coopération. Dans les représentations des patients, ces champs d'actions ne devraient pas s'exclure et cela passe par une communication dès l'incarcération sur les liens entre ces différentes interventions, ce qui souligne l'importance des travailleurs sociaux dans l'équipe d'un CSAPA pénitentiaire.

Des structures encourageantes existent. Tout d'abord, de nouvelles unités apparaissent dans la prison : les structures d'accompagnement vers la sortie. Depuis 2019 le SAS de la prison des Baumettes à Marseille permet un accompagnement renforcé orienté vers la réinsertion. Réservée aux personnes condamnées à des peines de moins de 2 ans, cette structure de 101 places vise à amener les détenus sur la voie de l'autonomie et la responsabilisation. Elle permet la mise en place d'un suivi renforcé, avec un CPIP pour 40 personnes (au lieu du double dans le reste de la prison) et un travail sur leurs "besoins d'intervention" : emploi, logement, communication, etc (50)...

De plus, dans le milieu associatif plusieurs projets aident à la transition dedans-dehors axés sur l'emploi et le logement notamment. On peut citer par exemple le Wake Up Café dont une antenne vient d'ouvrir à Nantes (51). Dans ce lieu, des ex détenus participent tous les jours, pendant plusieurs semaines, à des groupes et ateliers. Les activités sont diverses, axées autour de l'aide au retour à l'emploi (rédaction de CV,

préparation d'entretiens) et autour de la réintégration dans la société (repas partagés, groupes de paroles, activités artistiques etc...). La prise en charge est à "360 degrés". Il pourrait être intéressant de proposer des groupes de paroles ou des interventions d'informations autour du réseau en addictologie dans ce type de structure. Ceci permettrait de ramener au soin des patients ayant rompu leur suivi médical à la sortie d'incarcération et de renforcer les liens entre le social et le soin.

Concernant le soin en détention pour préparer à la sortie, plusieurs études évaluent les effets de différentes prises en charge thérapeutiques en incarcération et leur effet sur le risque de récidive essentiellement. Des approches de type motivationnel ou thérapie cognitivo comportementale ont prouvé leur efficacité pour réduire ce risque (52,53).

Au sein de la MA de Nantes des groupes de préparation à la sortie existaient avant la pandémie de Covid 19. Appelés Atelier Santé Sociale, ils proposaient différents types de groupalité, sur 15 jours matin et après midi pour un groupe fixe de 15 patients. Ces ateliers couplaient des prises en charges sociales et médico-psychologiques. Plusieurs acteurs externes intervenaient lors de ces temps d'échanges : le SMRA La Baronnais, le CAARUD, le CeGIDD etc... Il semble que ce type d'approche pourrait porter ses fruits pour améliorer la préparation à la sortie, comme en témoignent les résultats de cette thèse. Cependant la pandémie de covid 19 a induit une diminution du nombre de participants autorisés rendant le programme difficile à tenir. En effet, un taux d'absentéisme et la possibilité de libérations précoces peut induire une chute de participants qui ne serait pas compatible avec un groupe déjà initialement peu nombreux. De plus, ce type de format avec ateliers matin et après midi était lourd d'organisation et imposant également pour les participants qui devaient arrêter le travail ou l'école durant ces deux semaines. Une réorganisation afin de proposer à nouveau ce type de groupe est en cours de réflexion à la MA de Nantes

D'autres études évaluent des programmes post incarcération et leurs effets sur l'observance d'un suivi thérapeutique. Aux Etats Unis, plusieurs d'entre elles étudient la mise en place de programmes spécifiques à la sortie de détention afin d'élaborer un modèle de soins primaires. Ce type de modèle a pour but de promouvoir la santé à la sortie de détention, grâce à des soins coordonnés, en accès gratuit, un support social et une articulation facilitée avec les acteurs judiciaires. Il comprend un développement des soins en addictologie avec également délivrance de traitement de substitution aux opiacés, dans le but de réduire les risques d'overdose, qui sont majeurs à la sortie d'incarcération. Mais, finalement, la transition entre les soins en détention et ce type de programme reste difficile, rendant ces approches souvent inefficaces (54). Des programmes de soins spécifiques pour les femmes pourraient être intéressants, notamment autour de la parentalité, avec dans les structures des services de garde d'enfants et possibilité de soins et prévention en pédiatrie (55). Grâce à ce type d'approches multiples, l'adhésion au soin pourrait être améliorée en intégrant le soin en addictologie à un programme complet répondant à plusieurs besoins.

Mais, finalement, c'est surtout les 24 premières heures qui sont difficiles et à risque de reprise des consommations (44). Les détenus sont souvent libérés tôt le matin, parfois sans argent. Ils décrivent se retrouver du jour au lendemain avec "rien à faire" et dans la rue. Souvent, leurs anciens amis consommateurs réapparaissent à ce moment pour leur proposer des produits. La sortie d'incarcération est une période de stress généré notamment par les problèmes à venir : problèmes financiers, de logement et d'emploi. L'anxiété induite peut conduire à un retour au produit dans la gestion de ses émotions. A l'inverse, l'euphorie de la libération peut entraîner des reprises de consommations. Un travail sur la gestion des

émotions est donc primordial. Il pourrait être intéressant également d'échanger avec le patient sur ces 24 premières heures et établir un planning sécurisant afin de ne pas se retrouver dans une forme de vide.

Aussi, l'estime de soi à la sortie est basse et est évoquée comme un facteur de rechute (44). Elle pourrait être un axe de travail, notamment par des ateliers en groupe autour de l'affirmation de soi qui existent d'ailleurs dans de nombreuses structures d'addictologie (56).

L'organisation de la sortie d'incarcération passe aussi par la prise de rendez-vous dans un CSAPA lorsque la date de libération approche. Ce rendez-vous est parfois pris au cours d'une consultation pendant la détention, mais souvent les patients qui ont les coordonnées appellent en autonomie. Parfois peu informés des délais de rendez-vous, ils peuvent se retrouver sur liste d'attente, dans une période où le risque de rechute est majeur. En effet, les premiers temps post libération, que l'on pourrait définir comme les 90 jours suivant la sortie de détention, sont considérés comme une période critique de la transition dedans-dehors. Durant cette période, un accès direct et des liens forts avec les services de soins en addictologie sont essentiels et sont d'une grande importance pour bâtir un soin sur le long terme (4,57,58).

L'amélioration de l'accès au soin peut se réfléchir de différentes manières. En effet, l'accès rapide au soin dans ces 90 premiers jours étant essentiel, un accès favorisé pourrait être mis en place par les CSAPA. Cependant, prioriser certaines populations par rapport à d'autres patients en liste d'attente peut soulever des questionnements éthiques. Aussi, puisque les médiations groupales sont un levier pour ces patients, des groupes de paroles pourraient être mis en place afin de répondre à la demande de soin. Ce fonctionnement pourrait remplir plusieurs objectifs. Tout d'abord, il semble adapté aux besoins et demandes des détenus, ce qui pourrait favoriser leur adhésion au soin à la sortie de détention. Ensuite, les groupes permettent de mobiliser uniquement deux professionnels de santé pour plusieurs patients en même temps, ce qui permettrait de favoriser l'accès au soin de façon quantitative. Aussi, cela limiterait les rendez vous non honorés, dont cette population post détention est fréquemment accusée. Cependant, la mise en place de ce type de soin demande aux professionnels impliqués une certaine connaissance de ces populations et des enjeux de la sortie de détention. A Nantes, la quasi-totalité des professionnels du CSAPA de la MA n'exerce qu'en détention. Les professionnels des CSAPA "extérieurs" n'exercent souvent qu'en dehors de la prison. Seules deux professionnelles partagent leur temps entre la maison d'arrêt et un CSAPA extérieur, permettant un travail et une accessibilité des soins à la sortie favorisée mais n'étant pas suffisants. Cette séparation induit une certaine méconnaissance des fonctionnements mais aussi des spécificités de chacune des structures et de leurs patients. De plus, les délinquants et les criminels véhiculent une image souvent inquiétante et parfois dissuasive. Il serait donc intéressant de proposer des temps d'échanges afin de sensibiliser les professionnels des CSAPA de ville. Des temps de formation sur les spécificités de l'univers carcéral pourraient également être développés. Par exemple, l'OIP organise une journée de sensibilisation et de formation sur les fondamentaux de la prison et l'organisation des soins en détention, en visioconférence, qui a eu lieu cette année le 18 janvier. De plus l'OIP publie régulièrement des rapports, une revue "Dedans-dehors" et propose un "Guide du Prisonnier". Ces publications sont destinées à éclairer les détenus, les familles, mais aussi les personnes amenées à travailler avec la population carcérale ou des ex-détenus (59).

Une autre possibilité serait la mise en place de consultations dédiées, voire de programmes et lieux de soins spécifiques, tels que décrits dans les études réalisées aux Etats Unis citées ci-dessus. En effet, les besoins particuliers de cette population peuvent rendre difficile leur prise en charge dans le système de soin traditionnel. La mise en place de telles structures médico-sociales doit se faire dans un but d'accès au soin, sans stigmatiser davantage ces populations. Des consultations extra carcérales (CEC) existent à Paris depuis 2014. Elles assurent la continuité des soins psychologiques et psychiatriques aux sortants de prison de la région parisienne, en veillant à ne pas pour autant créer une filière ségrégative ni devenir un auxiliaire de justice (60,61). Ce type de consultations pourrait être plus difficile à envisager sur Nantes. En effet, contrairement à la région parisienne, beaucoup de patients après leur détention quittent la ville de Nantes pour sa région (Saint Nazaire notamment mais aussi vers la Vendée par exemple). Sachant que cette population peut avoir des difficultés de mobilité à la sortie, il serait difficile d'envisager un centre unique de consultation à Nantes (12).

Aussi, pour pallier à la difficulté de mobilité de ces patients, une équipe mobile de soins en addictologie à la sortie de détention pourrait être envisagée, sur le modèle des équipes mobiles de psychiatrie.

Mais c'est également les médecins généralistes qui retrouvent ces patients à la sortie de détention. Finalement peu formés à l'univers carcéral, ils peuvent être mis en difficulté et il serait intéressant de développer le réseau pour proposer des avis ou formations, à l'instar de l'ancien réseau Toxicomanie.

Plusieurs pistes existent donc pour améliorer l'accompagnement dans cette transition entre la vie carcérale et le retour à la vie extérieure. Elles permettraient de mieux orienter les patients et de les accompagner via différents aspects (accompagnement social, prise en charge globale, place des enfants, etc...), voire de reprendre le lien avec ceux qui auraient rompu avec le soin. Des perspectives claires pourraient clarifier les projets des patients qui ont des difficultés à imaginer leur "vie d'après". Aussi, elles faciliteraient le dialogue avec l'entourage qui espère de nouveaux projets.

#### 4. Des difficultés de communications importantes sur le sujet des addictions

La communication verbale, notamment au sujet des addictions, est quelque chose de difficile pour les détenus. En effet, peu ont eu l'habitude de s'exprimer, que ce soit durant la détention ou même par le passé, et notamment dans le cadre familial. L'incarcération vient marquer un début de dialogue avec les soignants, mais aussi une reprise de dialogue avec la famille.

Le besoin de communication est un besoin fondamental surtout pendant cette période de privation de liberté. Les détenus interrogés dans la thèse de V. Dumard mettent en avant ce besoin. Parfois, les passages au quartier disciplinaire privent les détenus de ce besoin fondamental et les relations de dominances et de violences au sein de la prison peuvent réduire cette communication. Les espaces de paroles proposés par le soin sont donc investis largement et la parole pendant la détention apporte du bien-être aux détenus (41).

Dans certaines maisons d'arrêt, des ateliers de prise de parole sont organisés. Axés sur la prise de parole en public dans le but de faciliter leurs démarches professionnelles ou judiciaires, ces ateliers permettent également de développer la confiance en soi. A Marseille,

c'est l'association Toastmaster, un club de prise de parole en public, qui intervient pour donner des outils aux détenus et les entraîner à l'expression orale. Sous forme de groupe, durant 10 séances, les détenus s'exercent à l'oral, allant de l'improvisation sur un sujet donné au discours préparé (50).

Il pourrait être également intéressant de développer des ateliers d'aide à la parole en cours d'incarcération autour des addictions. Ces groupes permettraient aux détenus de se questionner sur leur mode de communication, voire absence de communication au sujet des consommations, de mettre au clair les choses dont ils souhaitent parler avec leur entourage, et de trouver les mots pour le dire. Avec des outils de communication simples, un travail d'affirmation de soi autour de la parole serait à développer (56).

En sortie de détention, au Wake Up Café, des ateliers de communication non violente et groupes de parole sont aussi organisés (51). Ce type de groupe peut permettre aux ex-détenus de partager leur vécu à la sortie de détention.

Aussi, plusieurs patients ont évoqué dans les entretiens l'envie de transmettre leur vécu à des personnes ayant un trouble de l'usage et n'ayant pas connu la détention. La communication est plus facile avec des personnes inconnues qu'ils pourraient conseiller, orienter, aider. La parole prend une place importante en vue de transmettre leur expérience. Ils souhaitent, à leur sortie, participer à des groupes de parole avec des non ex détenus afin d'échanger sur les addictions et les conséquences et dommages de leurs consommations et notamment parler de leur incarcération. Ils souhaitent ainsi prévenir des risques induits par des consommations excessives. Il n'existe pas à ma connaissance d'association spécifique regroupant des ex détenus ayant connu des problématiques d'addictions qui pourrait proposer d'autres types de groupes de parole et des actions de préventions. Cependant, il est toujours possible d'orienter ces patients vers les associations d'entraide où ils pourraient trouver une place et partager leur expérience.

De plus, l'intervention des associations en cours de détention est intéressante. Une autre piste serait de proposer des rencontres avec des associations d'entourage, comme Al Anon, ou des familles de personnes souffrant d'une addiction pourraient témoigner de leur vécu et de la façon dont la communication peut être instaurée de leur point de vue. Entendre les mots de l'entourage pourrait être une façon de démystifier la communication via le partage d'expériences.

Finalement, la communication est un maillon essentiel du soin en cours de détention mais aussi à la sortie. Les détenus sont souvent en difficulté pour parler et les impasses communicationnelles peuvent amener à la violence comme seul moyen d'expression. L'aide à la parole et notamment la verbalisation de leurs difficultés et ressentis auprès de leur famille sont donc une des clés de l'accompagnement dedans-dehors.

## 5. Du côté des familles

L'incarcération représente pour les familles une situation nouvelle, le plus souvent imprévue, à laquelle elles ne sont pas préparées. C'est pour certaines un choc, elles ont l'impression d'être "passé à côté de quelque chose" (62).

Durant l'incarcération, les familles sont confrontées à des difficultés matérielles ainsi qu'à des souffrances psychologiques liées à la séparation et la stigmatisation qui souvent accompagne l'incarcération d'un proche (63).

Sur le plan matériel tout d'abord, la situation des familles de détenus est souvent précaire avant même l'incarcération. Puis, la détention vient aggraver cette précarité économique. Souvent la détention concerne les hommes (96% d'hommes dans les prisons),

femmes et enfants se retrouvent donc seuls et doivent subvenir eux-mêmes à leurs besoins. De plus, il faut souvent envoyer de l'argent à son proche détenu, afin qu'il puisse téléphoner ou s'acheter des objets. En effet, cet argent sous forme de mandat envoyé aux détenus, constitue dans 52,8% des cas l'unique source de revenu du prisonnier, le travail étant difficile à obtenir en détention.. Les familles doivent également régler les frais très onéreux d'avocat relatifs à la défense du détenu. Enfin, le coût est non négligeable pour se rendre aux parloirs, beaucoup de proches habitant loin du lieu de détention, doivent consacrer un véritable budget pour le déplacement (62). Les familles sont donc en difficulté, se sentent impuissantes et tombent dans une grande précarité tant économique que morale.

Durant la détention, les proches se décrivent comme étant dans l'incertitude. Le temps de détention et les détails judiciaires sont autant d'éléments qu'ils ne peuvent maîtriser. De plus, ils font l'apprentissage du silence. Le monde carcéral est pour eux imperméable (« on ne nous dit rien »). Ils éprouvent un sentiment d'abandon face à ce monde inconnu ainsi que face à une situation qui leur échappe complètement.

Aussi, les familles partagent dans cette épreuve plusieurs points communs avec leur proche détenu. Le premier est l'expérience de la stigmatisation et du repli social. Après l'arrestation arrive le temps où les familles doivent justifier l'absence de leur proche et c'est dès ce moment qu'elles vivent les premières marques de stigmatisation. Elles sont suspectes elles aussi et subissent des jugements. Souvent, certains amis disparaissent, les familles s'isolent. Finalement, leurs liens évoluent en parallèle de ceux des détenus et familles et détenus se rapprochent (62).

Comme leur proche, elles ressentent une culpabilité importante. En effet, elles se reprochent de ne pas avoir été capables d'anticiper cette situation, d'interpréter les signes qui auraient dû être révélateurs, d'écouter l'autre afin qu'il se sente libre de parler de ses "secrets", parfois même de ne pas avoir été capables d'aimer suffisamment leur proche. Les familles élaborent des théories pour expliquer les événements ayant conduit à l'incarcération, notamment des théories psychologiques, et parlent de maladie de leur proche. La situation est alors rendue justifiable aux yeux de la famille mais aussi de la société et la famille, pour se "rattraper", doit se faire aidante auprès de son proche malade. Parfois, c'est le déni ou la minimisation des faits reprochés qui permet à la famille de tenir et le proche est innocenté ou défendu (62).

Pour beaucoup, les liens de couple se resserrent. Les échanges moins nombreux sont "intenses". Les sujets difficiles sont éludés car on veut profiter du temps de parole en échangeant positivement. Pour certains, le couple va même mieux, renforcé par l'épreuve de la détention (62).

Ainsi, les familles essaient de soutenir leurs proches mais ce soutien est difficile. Leurs difficultés durant l'incarcération recouvrent principalement deux sujets : d'une part, ils parlent des différentes modalités de maintien des liens, d'autre part, des conditions de vie en détention.

Les parloirs sont mal vécus par les familles. Elles rencontrent des obstacles dans leur réservation. L'attente, une fois arrivé à la prison, est longue, avant et après la rencontre, et contraste avec un temps de parloir qui semble trop court (45 minutes pour 56,3% des maisons d'accueil interrogées). Les fouilles sont également mal vécues par les visiteurs. Ils notent un manque d'intimité et une surveillance rapprochée durant ces temps. Finalement, venir au parloir est une véritable épreuve, d'autant que certaines familles vivent loin du lieu de détention qui est parfois en dehors des villes et mal desservi par les transports en commun. Ceci est aussi retrouvé dans le discours des détenus interrogés dans mon travail de thèse. Les actuels plans de construction d'établissements à capacité importante (700 à

800 places) et à vocation régionale amènent à la disparition progressive des maisons d'arrêt de proximité qui existaient dans chaque département (à l'exception du Gers). Cette politique nouvelle entraîne un éloignement des établissements du domicile des personnes détenues et à de graves conséquences pour le maintien des liens familiaux du fait de l'accroissement des frais de déplacement et d'hébergement pour les familles (64). De plus, les lieux de parloir sont peu adaptés aux enfants : les horaires de parloir sont superposés aux horaires d'école, la liste de jouets et nécessaire de périnatalité autorisés est limitée, il y a peu d'espaces spécialement aménagés (38,7% d'espaces aménagés) et il est impossible dans de nombreux établissements de sortir pendant le temps de parloir (72,1 %) (65)... Aussi, les UVF sont souvent difficiles d'accès ou inexistantes dans certaines prisons, ce qui ne favorise pas le maintien des liens familiaux. Les proches soulignent l'importance du maintien de ces liens, d'une part pour soutenir le détenu et, d'autre part, pour renforcer la réinsertion à la sortie. Ces liens dedans/dehors sont essentiels (66).

Les conditions de vie en détention inquiètent également les familles, notamment les conditions matérielles de vie en prison, le manque d'hygiène, la vétusté de certains bâtiments. Le service médical fait l'objet de critiques de la part des familles qui déplorent une lenteur et une mauvaise qualité des soins. Elles regrettent également le manque d'informations médicales transmises en cas de problème (66).

Les familles sont plutôt optimistes concernant la sortie de détention de leur proche. Certaines expriment cependant quelques craintes, notamment sur la récupération du rôle de père dans la famille, après cette période où les rôles de chacun ont été remaniés. Certaines s'interrogent sur leur capacité à aider leur proche à la sortie. D'autres sont lassées des incarcérations répétées et retirent progressivement leur soutien, n'étant pas certaines de "tenir" jusqu'à la sortie. Mais finalement une grande majorité des familles sera présente à la sortie du détenu, jusqu'à l'héberger, le soutenir financièrement, etc (62)...

Finalement, ces familles se sentent coupées des instances pénitentiaires et du corps soignant. Leurs premiers interlocuteurs sont les bénévoles des maisons d'accueil famille. Situées à proximité des établissements pénitentiaires, elles offrent différentes prestations et services aux familles qui viennent rendre visite à un proche incarcéré : accueil de jour (personnes en attente de parloir) et pour certaines structures accueil avec hébergement de nuit. Il existe à ce jour 145 associations de maisons d'accueil des familles de personnes détenues pour 187 établissements pénitentiaires. Elles peuvent proposer également des activités diverses à l'attention des enfants, mais aussi des gardes d'enfants pendant le parloir. Parfois, des transports depuis la gare la plus proche sont organisés. Ces associations, en plus de proposer des services pratiques, sont surtout un lieu d'accueil et de soutien psychologique par des personnes formées à l'écoute. En effet, L'UFRAMA (Union Nationale des Fédérations Régionales des Associations de Maisons d'Accueil de familles et proches de personnes détenues) propose différentes formations à ces acteurs concernant l'accueil et l'écoute de cette population, et les enjeux de l'incarcération d'un proche pour la famille et les enfants (67). Dans certaines MA, des groupes de parole animés par des psychologues sont aussi proposés. Il pourrait être intéressant d'apporter des clés de compréhension concernant les addictions à ces acteurs, en contact rapproché avec les familles.

L'UFRAMA propose également des magazines à destination des familles qui vulgarisent l'univers carcéral. Un numéro est consacré aux maladies psychiatriques, mais, à ce jour, il n'y a jamais eu de communication consacrée aux addictions (64). Certains numéros interrogent sur la vie de famille après l'incarcération et le retour du conjoint, parent,

ami, après sa période de détention (68,69). Les bénévoles de ces maisons ainsi que les communications réalisées par ces associations, par leur importance pour les familles et leur rôle de soutien, pourraient apporter des éléments de compréhension aux familles concernant les conduites addictives de leurs proches, dans les limites des rôles de chacun.

Si les familles regrettent un manque de communication avec le service médical, on peut se demander quelles attentes elles peuvent avoir du système de soin. Cela n'a jamais été étudié dans le contexte carcéral. Cependant, quelques études existent concernant les attentes de l'entourage familial d'une personne ayant un trouble de l'usage, notamment d'alcool, concernant sa propre prise en charge par le système de soin. Leurs attentes initiales concernent d'abord leur proches. Les familles veulent aider et obtenir des conseils dans ce but. Après plusieurs tentatives de solutions inefficaces entreprises seules, elles recherchent de nouvelles solutions et comptent sur le soignant pour en trouver ensemble via le partage de compétences théoriques et pratiques. Les familles veulent également entendre que l'addiction est une maladie et en comprendre le mécanisme. Leur forte culpabilité sur l'origine du trouble fait qu'elles cherchent à en déterminer les causes dans l'idée qu'elles seraient peut être responsables. Elles cherchent un avis d'expert (18,31). Une compréhension du trouble par la famille est essentielle, quand on sait qu'un des facteurs pronostiques les plus péjoratifs est l'existence de critiques par l'entourage. Un manque de compréhension du trouble et de la diversité de ses facteurs causaux peut donc jouer un rôle parce qu'il augmente le niveau de critiques (70,71).

L'entourage peut avoir lui aussi des freins à parler des difficultés concernant les consommations de son proche. Dans la thèse de B. Louet, 31% des conjoints n'en avaient jamais parlé à personne avant leur médecin généraliste. L'entourage est souvent en difficulté pour demander de l'aide et sollicite tardivement le système de soin. Il existe un tabou et une stigmatisation autour de ces questions. Cependant, une fois que le sujet est abordé, l'entourage exprime un soulagement et l'aide est bénéfique pour eux et leur proche (18,72).

Aussi, ces proches en demande de contact avec le soin souhaitent être reconnus comme partenaires thérapeutiques auprès des soignants et ont un véritable rôle à jouer. Ils ont des attentes spécifiques mais recourent au soin souvent tardivement (18). Leur proposer un entretien familial pour échanger autour des addictions avec leur proche pendant la période de détention pourrait donc être une perspective intéressante.

## 6. Perspectives et modalités de mise en place d'entretiens famille

Nous nous inspirerons pour cette partie de la fiche projet du CSAPA de la MA d'Angers qui a mis en place des entretiens familiaux (Annexe 3). Pour rappel, la MA d'Angers propose des entretiens aux détenus avec leur entourage durant l'incarcération afin d'échanger autour des addictions et des projets à la sortie. Lors d'une permission de sortie, ils rencontrent l'entourage avec le patient dans la maison d'accueil des familles à côté de la MA. Ils prévoient de réaliser ces entretiens également au CSAPA à l'extérieur de la prison afin de présenter la structure au patient et à sa famille.

Les détenus semblent en majorité favorables à la mise en place d'entretiens familiaux pour parler de leurs problématiques addictives durant la détention. En effet,

pendant cette période, les liens se modifient et se renforcent avec la famille proche qui serait demandeuse de plus d'interactions avec le système de soin.

En ville, en CSAPA, les entretiens familiaux sont de pratique courante. La famille joue un rôle essentiel dans la prévention et l'accompagnement des soins et peut être un véritable partenaire thérapeutique.

Le guide méthodologique de la prise en charge sanitaire des personnes détenues spécifie que cette population devrait pouvoir bénéficier des mêmes soins que la population générale (10). D'autres textes de référence encadrent le soin en addictologie en détention. Le plan stratégique 2010-2014 prévoit, dans la mesure 12.1, la création de postes d'intervenants pour les CSAPA de proximité afin d'accompagner la préparation des sorties et l'articulation avec l'extérieur des personnes présentant des conduites addictives (73). L'instruction du 17 Novembre 2010 détaille l'organisation de la prise en charge des addictions en détention (74). Tous s'accordent à aspirer à proposer une prise en charge sanitaire la plus proche possible de celle de la population générale et mettent l'accent sur la préparation à la sortie. La mise en place d'entretiens familiaux durant la détention répondrait donc à ces deux objectifs fondamentaux.

#### Objectifs :

Les objectifs du projet sont les suivants :

- Repérer les personnes dont la problématique familiale nécessite qu'il faille envisager une ou plusieurs rencontres avant la sortie lorsque cela est possible (entretiens de couples, entretiens parents/enfants) afin d'anticiper au mieux d'éventuelles difficultés lors du retour à domicile.
- Proposer la possibilité d'entretiens familiaux en cours d'incarcération, comme un outil supplémentaire de l'accompagnement, afin d'envisager objectivement le retour dans l'environnement familial et de favoriser ainsi la préparation à la sortie.
- Donner un espace de parole aux détenus et à leur famille afin de mettre des mots sur les appréhensions et les problématiques liées au retour à domicile.
- Prévenir les difficultés liées aux « sorties sèches » en proposant des rencontres anticipées avec l'entourage.
- Informer les familles des détenus de la possibilité d'être accompagnées pour elles-mêmes.
- Faire découvrir les soins en addictologie dans une démarche dite "d'aller vers".

#### Lieu :

Les entretiens familiaux, afin de découvrir les structures extérieures et de s'éloigner du milieu carcéral, seraient réalisés en dehors des murs de la prison.

La particularité du CSAPA de la MA de Nantes est d'être un CSAPA pénitentiaire où la majorité des professionnels n'exerce pas à l'extérieur de la MA. Cependant, un partenariat avec les différents CSAPA de la ville de Nantes pourrait être envisagé, notamment grâce aux liens existants par la présence de deux assistantes sociales mises à disposition en détention par un CSAPA extérieur par un partenariat contractualisé. Une telle collaboration pourrait permettre de réaliser les entretiens dans les locaux de CSAPA extérieurs à la détention, pour présenter ces lieux aux familles et patients.

L'autre particularité de Nantes est qu'il existe plusieurs antennes de CSAPA. Plusieurs détenus peuvent également être orientés vers les structures de Saint Nazaire et Guérande ou encore en Vendée. Comme nous l'avons vu dans ce travail, souvent le lieu de vie à la sortie est flou, ainsi il est difficile de proposer un entretien au patient dans le CSAPA dans lequel il sera suivi à la sortie. Il peut cependant être intéressant de réaliser ces entretiens

dans un CSAPA afin de démystifier ces lieux, même s'il ne s'agit pas forcément de la structure dans laquelle le patient ira à la sortie.

Une autre possibilité pourrait être la maison d'accueil des familles qui se trouve devant la maison d'arrêt. A Angers par exemple, ces entretiens sont réalisés à l'« Espace famille », l'association Olivier Giran mettant à disposition un local à l'association ALiA le lundi après-midi. Cette perspective pourrait également permettre une prise de contact et un rapprochement avec l'association en charge de la maison d'accueil de Nantes afin de travailler ensemble pour améliorer l'accueil et les informations données aux familles.

#### Modalités :

Les entretiens famille pourraient être réalisés en co-animation par deux professionnels du CSAPA de la MA de Nantes. Par souci d'organisation un après midi tous les 15 jours pourrait être consacré à ces entretiens, afin de disposer d'un temps de préparation de l'entretien, d'un temps de rencontre, puis rédaction d'un compte rendu et temps de retour avec la famille et le patient.

Les indications de ces entretiens peuvent être discutées lors des réunions cliniques, qui ont lieu le lundi matin à la MA de Nantes.

L'entretien devra avoir lieu dans le cadre d'une permission de sortie « pour soin » que la personne détenue demande. Cette permission nécessite l'accord du Juge d'Application des Peines. Un travail conjoint avec l'administration judiciaire et pénitentiaire est donc essentiel.

#### Moyens humains :

Les entretiens sont co-menés par deux professionnels du CSAPA de la MA de Nantes.

Il semble important que ces professionnels soient formés à la prise en charge de l'entourage et effectuent des formations complémentaires (systémie familiale).

#### Evaluation :

Le projet pourrait être mis en place à titre expérimental dans un premier temps pour une durée d'un an. Une évaluation du dispositif serait à réaliser. On peut, par exemple, envisager des entretiens qualitatifs dans les mois qui suivent la rencontre, pour interroger les familles et les détenus sur leur expérience d'un tel entretien et des répercussions de celui-ci sur les fonctionnements familiaux. Cette évaluation permettrait de recueillir des informations afin d'évaluer le bien fondé de ce projet et l'intérêt pour la préparation de la sortie de la MA.

#### Limites :

Ce projet rencontre plusieurs limites pouvant entraver sa mise en place. Tout d'abord la disponibilité du personnel soignant est un premier frein quand on sait que les demandes des patients se multiplient et qu'il est déjà difficile de répondre à tous dans des délais raisonnables. Libérer deux professionnels un après-midi tous les 15 jours paraît donc difficile, sans compter le temps de préparation mais aussi de formation qui vient s'ajouter. A moyens constants il serait compliqué de réaliser un tel projet.

Ensuite, ce projet doit se faire en collaboration avec l'administration pénitentiaire, le judiciaire et le SPIP, ce qui demande une participation de plusieurs acteurs. L'organisation de permissions de sortie peut rencontrer des freins logistiques et juridiques. L'octroi de permissions de sortie n'est accessible qu'aux personnes condamnées et sous certaines réserves (absence de période de sûreté, avoir exécuté une partie de sa peine, etc) (75).

Ceci exclut donc une partie des patients pris en charge à la MA. De plus, la mise en place de ces permissions est souvent longue. A Angers par exemple, il faut compter deux mois entre l'indication et la mise en place d'une permission pour un entretien familial. Quand on sait que la moyenne de temps de détention des patients inclus dans mon mémoire est de 4,5 mois, le peu de temps entre la condamnation et la sortie peut donc rendre impossible ce type de projet (12).

Puis, la question du lieu reste à définir et la collaboration d'autres acteurs est à obtenir, qu'il s'agisse de CSAPA ou d'associations via les maisons d'accueil.

Enfin, finalement un projet d'entretiens familiaux semble répondre aux besoins tant des détenus que des familles et permettrait d'approfondir le travail sur la sortie de détention. Il existe cependant plusieurs freins à une mise en place à la MA de Nantes.

## CONCLUSION

Pour conclure, la détention est un temps fort du soin en addictologie. Les détenus, par l'arrêt de ses consommations le plus souvent, prennent conscience des dommages induits par celles-ci. Leur santé globale, physique, mentale et sociale est mise à mal durant cette période d'incarcération, les prisonniers deviennent des malades et sont demandeurs de soin. C'est un temps d'alliance thérapeutique où le soin prend une place importante.

Les liens se modifient avec l'entourage. L'isolement initial fait place à une focalisation sur la famille proche. Détenus et familles se soudent dans l'épreuve de l'incarcération. Les familles, souvent soulagées de l'incarcération car elle peut induire un arrêt des consommations, soutiennent leur proche dans l'épreuve de la prison et valident les démarches vers le soin en addictologie. Elles deviennent des aidants et ont des attentes concernant la sortie. Elles sont une source d'aide, de motivation, mais aussi parfois de pression et de difficulté pour les patients. Dans tous les cas, leur place pendant l'incarcération et à la sortie est centrale et ne peut être éludée par les acteurs du soin. Le rôle de la famille pourrait être celui de partenaire thérapeutique via la mise en place des projets allant dans ce sens.

Cependant, bien qu'il y ait un resserrement des liens avec la famille, la communication est difficile. La détention rend cette communication compliquée sur le plan matériel et organisationnel. Quand la parole est possible, famille et détenus préfèrent profiter de ces temps limités pour se rassurer et échanger des éléments positifs. Finalement, les addictions sont peu évoquées. Un travail autour de l'expression verbale et la communication serait intéressant à développer en incarcération pour aider les détenus à trouver les clés pour parler de leurs addictions avec leurs proches.

Les projets des détenus à leur sortie sont souvent orientés vers l'emploi et le logement. L'accompagnement social a donc un rôle majeur. Ces éléments viennent parasiter les réflexions autour de la poursuite d'un soin qui devient secondaire. Les soins addictologiques et l'accompagnement social ne devraient pas s'opposer dans les représentations des patients mais, au contraire, s'imaginer en relation, l'un n'allant pas sans l'autre. Ceci passe par des liens forts entre le social et le médical, tant dans la prison qu'à l'extérieur.

Le prisonnier veut retrouver, dehors, sa place dans la famille et la société. C'est un renouveau qui est attendu et beaucoup prévoient de déménager, de changer de vie. Mais ce renouveau est souvent flou, les projets sont peu parlés avec l'entourage et c'est l'incertitude qui domine. Dans ce contexte, l'alliance avec une structure de soin à l'extérieur est difficile à mettre en place.

Cependant, le soin en détention permet l'alliance au soin en addictologie de façon générale et les détenus retiennent le bien-être ressenti grâce au dialogue et les médiations en groupe. Ces modes sont donc à développer tant à l'intérieur de la prison qu'à l'extérieur, via par exemple des groupes de paroles et médiations de groupe autour des émotions et des compétences sociales.

L'offre de soin des ex-détenus, par sa particularité, mérite d'être réfléchie.

Finalement, les détenus sont intéressés par la mise en place d'entretiens familiaux qui semblent correspondre à leur demande d'intégration de leur entourage avec qui les liens sont plus forts, dans une vision globale du soin, et les aides dans leurs difficultés de communication.

## RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Justice / Portail / Les chiffres clefs [Internet]. 2022 [cité 25 juill 2022]. Disponible sur: <http://www.justice.gouv.fr/prison-et-reinsertion-10036/les-chiffres-clefs-10041/>
2. Guillemot F. Freins et leviers à la continuité des soins des détenus sortant du centre pénitentiaire de Béziers. *Médecine Humanit Pathol.* 2019;100.
3. Cohen E. Substance Abuse and Mental Health Services Administration. Results from the 2012 National Survey on Drug Use and Health: Summary of National Findings. :178.
4. Begun AL, Early TJ, Hodge A. Mental Health and Substance Abuse Service Engagement by Men and Women During Community Reentry Following Incarceration. *Adm Policy Ment Health.* mars 2016;43(2):207-18.
5. Substance Dependence, Abuse, and Treatment of Jail Inmates, 2002 | Office of Justice Programs [Internet]. [cité 14 janv 2023]. Disponible sur: <https://www.ojp.gov/ncjrs/virtual-library/abstracts/substance-dependence-abuse-and-treatment-jail-inmates-2002>
6. Chamberlain A, Nyamu S, Aminawung J, Wang EA, Shavit S, Fox AD. Illicit substance use after release from prison among formerly incarcerated primary care patients: a cross-sectional study. *Addict Sci Clin Pract.* 19 févr 2019;14(1):7.
7. Enquête Alcool auprès des usagers du système de soins (novembre 2000) | Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques [Internet]. [cité 4 août 2022]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/documents-de-travail-1998-2019/enquete-alcool-aupres-des-usagers-du-systeme-de-soins>
8. Morgane Rousselet, Marylène Guerlais, Pascal Caillet, Damien Mauillon, Bertrand Le Geay, Pascale Jolliet, Caroline Victorri-Vigneau. Quelles consommations en prison ? À partir de l'étude COnsommation de Substances et Médicaments au sein de pOpulations carcérales (COSMOS) [Internet]. EM-Consulte. Disponible sur: <https://www.em-consulte.com/article/1254116/quelles-consommations-en-prison -a-partir-de-l-etu>
9. De Charette C, Sachot C, Noury AC. Rapport d'activité CSAPA-SMPR. Nantes. 2021.
10. Instruction Interministérielle DGS/SP/DGOS/DSS/DGCS/DAP/DPJJ du 19 décembre 2017 relative à la publication du guide méthodologique relatif à la prise en charge sanitaire des personnes placées sous main de justice. - Légifrance [Internet]. 2018 [cité 25 juill 2022]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/circulaire/id/42889>
11. Santé HHA de, Haute Autorité de Santé H. Prévention des addictions et réduction des risques et des dommages par les centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA). Recommandation de bonne pratique [Internet]. Saint-Denis: Haute Autorité de Santé (HAS); 2019. 94 p. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/jcms/p\\_3147889/fr/prevention-des-addictions-et-reduction-des-ri-sques-et-des-dommages-par-les-centres-de-soins-d-accompagnement-et-de-prevention-en-addictologie-csapa](https://www.has-sante.fr/jcms/p_3147889/fr/prevention-des-addictions-et-reduction-des-ri-sques-et-des-dommages-par-les-centres-de-soins-d-accompagnement-et-de-prevention-en-addictologie-csapa)
12. Briys L. Barrières à la poursuite du suivi en addictologie à la sortie d'incarcération. 2021.
13. Rapp RC, Xu J, Carr CA, Lane DT, Wang J, Carlson R. Treatment barriers identified by substance abusers assessed at a centralized intake unit. *J Subst Abuse Treat.* avr 2006;30(3):227-35.
14. Evans E, Li L, Urada D, Anglin MD. Comparative Effectiveness of California's Proposition 36 and Drug Court Programs Before and After Propensity Score Matching. *Crime Delinquency.* sept 2014;60(6):909-38.
15. Owens MD, Chen JA, Simpson TL, Timko C, Williams EC. Barriers to addiction treatment among formerly incarcerated adults with substance use disorders. *Addict Sci Clin Pract.* 21 août 2018;13(1):19.
16. Rose SJ, Lebel TP, Begun AL, Fuhrmann D. Looking Out from the Inside:

- Incarcerated Women's Perceived Barriers to Treatment of Substance Use. *J Offender Rehabil.* 19 mai 2014;53(4):300-16.
17. Conduites addictives. Travailler pour et avec l'entourage. Guide repère ANPAA [Internet]. 2022 [cité 27 août 2022]. Disponible sur: <https://addictions-france.org/ressources/outils-professionnels/>
  18. Lemille J, Dietlin JE, Grall-Bronnec M. Ressentis et attentes de l'entourage familial d'une personne ayant un trouble lié à l'usage d'alcool concernant sa propre prise en charge par le système de soins: une difficile conjugaison des temps [Internet]. Nantes, France; 2020 [cité 25 juill 2022]. Disponible sur: <http://archive.bu.univ-nantes.fr/pollux/show.action?id=de0c0462-db8b-4723-b177-0d19a267d688>
  19. Morin M-H. D'agent causal... à famille compétente : un regard sur la transformation du rôle des membres de familles. *AQRP* [Internet]. 2012 [cité 27 août 2022];20(4). Disponible sur: <https://aqrp-sm.org/publications-de-laqrp/revue-le-partenaire/publications-libres/2012-volume-20-no-4-hiver-2012/>
  20. Kandel O. Manuel Théorique de Médecine Générale [Internet]. Sauramps Medical. [cité 27 août 2022]. Disponible sur: <https://www.livres-medicaux.com/medecine-generale/21829-manuel-theorique-de-medecine-generale.html>
  21. Yatchinovsky A. L'approche systémique Pour gérer l'incertitude et la complexité.
  22. L'alcoolique en famille - Dimensions familiales des alcoolismes et implications thérapeutiques. *Alcool En Fam.* :9.
  23. Claude Olievenstein. La drogue ou la vie.
  24. Angel. Les toxicomanes et leurs familles [Internet]. Arnaud Colin. Paris; 2003 [cité 1 sept 2022]. Disponible sur: <https://www.dunod.com/sciences-humaines-et-sociales/toxicomanes-et-leurs-familles>
  25. Goldbeter-Merinfeld É. Enfant, famille et psychothérapie Introduction. *Cah Crit Thérapie Fam Prat Réseaux.* 2001;27(2):5-14.
  26. Templeton L, Velleman R, Russell C. Psychological interventions with families of alcohol misusers: A systematic review. *Addict Res Theory.* 1 déc 2010;18(6):616-48.
  27. A collaborative approach to working with families - PubMed [Internet]. [cité 30 août 2022]. Disponible sur: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12492750/>
  28. Crowley P. Family therapy approach to addiction. *Bull Narc.* 1988;40(1):57-62.
  29. Cassen M. Dynamiques familiales et conduites addictives : l'exemple des toxicomanies [Internet]. *Le Journal des Psychologues.* 2008 [cité 30 août 2022]. Disponible sur: <https://www.jdpsychologues.fr/article/dynamiques-familiales-et-conduites-addictives-l-exemple-des-toxicomanies>
  30. Orford J, Velleman R, Natera G, Templeton L, Copello A. Addiction in the family is a major but neglected contributor to the global burden of adult ill-health. *Soc Sci Med.* 1 févr 2013;78:70-7.
  31. Thienpont C. Prise en charge par le médecin généraliste de l'entourage du patient alcoolodépendant : évaluation des attentes de l'entourage. 28 juin 2016;85.
  32. Allen DJ, Heyrman PJ. La définition européenne de la médecine générale. *Médecine de famille. WONCA Eur.* 2002;52.
  33. Qui sommes nous ? [Internet]. Al-Anon France - Aide à l'entourage du malade alcoolique. [cité 30 août 2022]. Disponible sur: <https://al-anon-alateen.fr/qui-sommes-nous/>
  34. Vie en prison : règles de sécurité, activités, liens avec l'extérieur [Internet]. [cité 2 janv 2023]. Disponible sur: <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F14149>
  35. Demande de permis de visite (prison) (Formulaire 13960\*02) [Internet]. [cité 2 janv 2023]. Disponible sur: <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/R1027>
  36. Glaser BG, Strauss AL. *The Discovery of Grounded Theory: Strategies for Qualitative Research.* Aldine; 1967. 292 p.

37. Moore KE, Hacker RL, Oberleitner L, McKee SA. Reentry interventions that address substance use: A systematic review. *Psychol Serv.* févr 2020;17(1):93-101.
38. Constitution [Internet]. [cité 20 janv 2023]. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/about/governance/constitution>
39. Bukten A, Stavseth MR. Suicide in prison and after release: a 17-year national cohort study. *Eur J Epidemiol.* oct 2021;36(10):1075-83.
40. Favril L, Shaw J, Fazel S. Prevalence and risk factors for suicide attempts in prison. *Clin Psychol Rev.* nov 2022;97:102190.
41. Dumard V. Impact ressenti de la détention sur la santé des personnes incarcérées à la Maison d'Arrêt de Nantes et attentes vis à vis du médecin généraliste à la sortie de l'incarcération [Thèse d'exercice]. [Nantes, France]: Nantes Université. Pôle Santé. UFR Médecine et Techniques Médicales; 2022.
42. Prisons OI des. Les soins spécialisés à la peine [Internet]. oip.org. [cité 21 janv 2023]. Disponible sur: <https://oip.org/publication/les-soins-specialises-a-la-peine/>
43. Folk JB, Mashek DJ, Stuewig JB, Tangney JP, Moore KE, Blasko BL. Changes in Jail Inmates' Community Connectedness across the Period of Incarceration. *Deviant Behav.* 2019;40(8):897-911.
44. van Olphen J, Freudenberg N, Fortin P, Galea S. Community reentry: perceptions of people with substance use problems returning home from New York City jails. *J Urban Health Bull N Y Acad Med.* mai 2006;83(3):372-81.
45. Film-documentaire.fr. Première Année dehors, journal de bord [Internet]. [cité 20 janv 2023]. Disponible sur: [http://www.film-documentaire.fr/4DACTION/w\\_fiche\\_film/58760\\_0](http://www.film-documentaire.fr/4DACTION/w_fiche_film/58760_0)
46. Hatcher SS. Recognizing Perspectives on Community Reentry From Offenders with Mental Illness: Using the Afrocentric Framework and Concept Mapping with Adult Detainees. *J Offender Rehabil.* 8 nov 2010;49(8):536-50.
47. Notley C, Maskrey V, Holland R. The needs of problematic drug misusers not in structured treatment – a qualitative study of perceived treatment barriers and recommendations for services. *Drugs Educ Prev Policy.* 1 févr 2012;19(1):40-8.
48. Wilson AB, Draine J. Collaborations between criminal justice and mental health systems for prisoner reentry. *Psychiatr Serv Wash DC.* juin 2006;57(6):875-8.
49. Woods LN, Lanza AS, Dyson W, Gordon DM. The Role of Prevention in Promoting Continuity of Health Care in Prisoner Reentry Initiatives. *Am J Public Health.* mai 2013;103(5):830-8.
50. Marois ML. Maîtriser la parole pour préparer sa sortie de prison [Internet]. Marcelle. 2019 [cité 12 janv 2023]. Disponible sur: <https://marcelle.media/maitriser-la-parole-pour-preparer-sa-sortie-de-prison/>
51. Marois ML. Wake up Café, pour mieux réinsérer les détenus dans la société [Internet]. Marcelle. 2022 [cité 12 janv 2023]. Disponible sur: <https://marcelle.media/wake-up-cafe-reinserer-detenus/>
52. Lipsey MW, Landenberger NA, Wilson SJ. Effects of Cognitive-Behavioral Programs for Criminal Offenders. *Campbell Syst Rev.* 2007;3(1):1-27.
53. What Works in Substance Abuse Treatment Programs for Offenders? - Stephen J. Bahr, Amber L. Masters, Bryan M. Taylor, 2012 [Internet]. [cité 14 janv 2023]. Disponible sur: <https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/0032885512438836>
54. Howell BA, Puglisi L, Clark K, Albizu-Garcia C, Ashkin E, Booth T, et al. The Transitions Clinic Network: Post Incarceration Addiction Treatment, Healthcare, and Social Support (TCN-PATHS): A hybrid type-1 effectiveness trial of enhanced primary care to improve opioid use disorder treatment outcomes following release from jail. *J Subst Abuse Treat.* sept 2021;128:108315.
55. Richie BE, Freudenberg N, Page J. Reintegrating women leaving jail into urban communities: A description of a model program. *J Urban Health Bull N Y Acad Med.* juin 2001;78(2):290-303.
56. Faget, Frédéric, Rouchouse, Bernard. L’Affirmation de soi : Une méthode de thérapie.
57. Goldstein EH, Warner-Robbins C, McClean C, Macatula L, Conklin R. A peer-driven

- mentoring case management community reentry model: an application for jails and prisons. *Fam Community Health*. 2009;32(4):309-13.
58. Offender Drug Abuse and Recidivism: An Access to Recovery Program | Office of Justice Programs [Internet]. [cité 14 janv 2023]. Disponible sur: <https://www.ojp.gov/ncjrs/virtual-library/abstracts/offender-drug-abuse-and-recidivism-access-recovery-program>
  59. Prisons OI des. Guide du prisonnier [Internet]. oip.org. [cité 21 janv 2023]. Disponible sur: <https://oip.org/publication/guide-du-prisonnier-nouvelle-edition/>
  60. Canetti C. Consultation Extra-Carcérale (CEC). *Prat En Santé Ment*. 2018;64e année(4):43-6.
  61. Consultation extra carcérale [Internet]. GHU Paris psychiatrie & neurosciences. [cité 21 janv 2023]. Disponible sur: <https://www.ghu-paris.fr/fr/annuaire-des-structures-medicales/consultation-extra-carcerale>
  62. Étude : Prisons et Transitions familiales. [Internet]. UFRAMA. [cité 21 janv 2023]. Disponible sur: <https://www.uframa.org/publication/etude-prisons-et-transitions-familiales/>
  63. Carnet de bord « Maison d'Arrêt » [Internet]. UFRAMA. [cité 15 janv 2023]. Disponible sur: <https://www.uframa.org/publication/carnet-de-bord-maison-darret/>
  64. UFRAMAG n°24 [Internet]. UFRAMA. [cité 15 janv 2023]. Disponible sur: <https://www.uframa.org/publication/uframag-n24/>
  65. Synthèse Enquête État des lieux associations 2017 [Internet]. UFRAMA. [cité 15 janv 2023]. Disponible sur: <https://www.uframa.org/publication/synthese-enquete-etat-des-lieux-associations-2017/>
  66. Synthèse Questions réponses Enquête familles 2017 [Internet]. UFRAMA. [cité 15 janv 2023]. Disponible sur: <https://www.uframa.org/publication/synthese-questions-reponses-enquete-familles-2017/>
  67. Nos formations [Internet]. UFRAMA. [cité 15 janv 2023]. Disponible sur: <https://www.uframa.org/formations/>
  68. UFRAMAG n°8 [Internet]. UFRAMA. [cité 15 janv 2023]. Disponible sur: <https://www.uframa.org/publication/uframag-n8/>
  69. UFRAMAG n°22 [Internet]. UFRAMA. [cité 15 janv 2023]. Disponible sur: <https://www.uframa.org/publication/uframag-n22/>
  70. Barrowclough C, Hooley JM. Attributions and expressed emotion: a review. *Clin Psychol Rev*. nov 2003;23(6):849-80.
  71. Cassen M, Delile JM. Thérapies familiales et addictions : nouvelles perspectives. *Psychotropes*. 2007;13(3-4):229-49.
  72. S F, B LB, KIRITZE-TOPOR P, DELBOS V, N J, DANO C, et al. Conjointes de patients alcoolodépendants : leurs attentes lors de la première consultation alcoolique. *Alcoologie Addictologie*. juin 2002;(Tome 24, n°2):111-5.
  73. SPORTS MDLSED, LIBERTÉS MDLJED, MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SPORTS. Plan d'actions stratégiques 2010-2014 : Politique de santé pour les personnes placées sous main de justice. Paris: Ministère de la Santé et des Sports; 2010. 84 p.
  74. Instruction DGS/MC2/DGOS/R4 n°2010-390 du 17 novembre 2010 relative à l'organisation de la prise en charge des addictions en détention - APHP DAJDP [Internet]. [cité 19 janv 2023]. Disponible sur: <http://affairesjuridiques.aphp.fr/textes/instruction-dgsmc2dgosr4-n2010-390-du-17-novembre-2010-relative-a-lorganisation-de-la-prise-en-charge-des-addictions-en-detention/>
  75. Prisons OI des. Rapport – La santé incarcérée [Internet]. oip.org. [cité 21 janv 2023]. Disponible sur: <https://oip.org/publication/la-sante-incarceee/>

## ANNEXES

### Annexe 1 : Modifications du guide d'entretien

|  |  |
|--|--|
| <p>1) Nous allons beaucoup parler de votre entourage, pour vous qui cela implique ? Qui sont vos proches ? (famille, amis, collègues)<br/>Pour vous qui est votre entourage proche ?</p>   | <p>Ajout d'une question brise glace, visant à nouer une relation de confiance et de faire une liste des personnes proches dont va parler le patient.<br/>Première évocation de l'entourage, contexte général.</p>  |
| <p>8) Comment pensez-vous évoquer vos addictions et soins prévus à la sortie d'incarcération avec votre entourage ?</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- De quoi allez-vous leur parler ?</li><li>- En parlez-vous avec votre entourage actuellement ? Pensez vous en parler à la sortie ?</li><li>- En quoi est-ce compliqué ?</li></ul> | <p>Le champ lexical autour de la peur entraînait une réaction vive de rejet de la question. Dans ce contexte de vie en détention, les craintes doivent souvent être masquées afin de ne pas paraître "faible".<br/>Le choix a donc été fait de laisser au patient le choix d'évoquer spontanément ses craintes en modifiant l'intitulé de la question.</p> |

## Annexe 2 : Autorisation de la Direction Pénitentiaire



DE L'ADMINISTRATION PÉNITENTIAIRE

DIRECTION INTERRÉGIONALE  
DES SERVICES PÉNITENTIAIRES DE RENNES  
(BRETAGNE-NORMANDIE-PAYS DE LOIRE)

Rennes, le 16 Juin 2022

CABINET  
Anne-Sophie CORTINOVIS

Réf : n° 90/2022/ASCMM

Madame,

Dans le cadre de votre thèse de médecine générale, vous réalisez une recherche sur le thème de «la place de l'entourage -pour favoriser la continuité des soins en addictologie à la sortie d'incarcération ? ».

A cette occasion, vous souhaiteriez pouvoir interviewer des patients-détenus du quartier maison d'arrêt du centre pénitentiaire de Nantes sur ce thème, au travers d'un entretien semi-dirigé.

Un accord de principe est donné à ces interviews. Les personnes détenues retenues devront bien évidemment être suivies par le CSAPA, être volontaires et avoir été validées par la direction de l'établissement. Une présentation claire et détaillée de votre démarche devra également leur être faite au préalable.

L'anonymat de ces personnels devra être assuré de manière absolue à tous les stades de l'exploitation des données. De même, qu'aucune information à caractère individuel le concernant ne devra apparaître dans votre recherche.

L'entrée d'un dictaphone devra être validée par la direction de l'établissement.

Un exemplaire de votre recherche pourra utilement nous être transmis à l'issue de celle-ci.

Je vous invite à prendre contact directement avec le secrétariat de direction de l'établissement afin de convenir des modalités pratiques de réalisation de votre recherche.

Vous souhaitant bon courage dans ce travail de recherche, je vous prie de croire, Madame, à l'assurance de ma sincère considération.



LA DIRECTRICE INTERRÉGIONALE  
L'adjointe

Mme HAMELOT-MARIE

Madame Lorraine BRIYS  
Interne en médecine

DISP RENNES  
18, bis rue de Châtillon  
CS 23131  
36031 RENNES Cédex

## Annexe 3 : Fiche de projet du CSAPA de la Maison d'Arrêt d'Angers

Février 2013

### **Projet de mise en place d'entretiens familiaux en cours d'incarcération**

Maison d'arrêt d'Angers

#### Textes de référence

Le plan stratégique 2010-2014 prévoit dans la mesure 12.1 la création de postes d'intervenants pour

les CSAPA de proximité, afin d'accompagner la préparation des sorties et l'articulation avec l'extérieur des personnes présentant des conduites addictives.

L'instruction N° DGS/MC2/DGOS/R4/2010/390 du 17 Novembre 2010 détaille l'organisation de la prise en charge des addictions en détention.

Le guide méthodologique sur la prise en charge sanitaire des personnes placées sous main de justice publié à la suite de la parution de la circulaire N° DGOS/DSR/DGS/DGCS/DSS/DAP/DPJJ/2012/373 du 30 Octobre 2012 récapitule pages 168 à 172 l'organisation de la prévention, du repérage et de la prise en charge des conduites addictives en détention. Il mentionne le rôle des CSAPA référents en maison d'arrêt.

#### PREAMBULE

La prise en charge addictologique à la maison d'arrêt d'Angers est assurée depuis plusieurs années par le travail conjoint des équipes de l'UCSA, du CESAME et d'ALiA, et en collaboration avec le SPIP.

L'intervention d'ALiA s'articule autour de deux modalités :

- entretiens individuels
- intervention dans le cadre des groupes de parole alcool/toxicomanies.

L'accompagnement proposé dans le cadre des entretiens est axé autour de l'écoute, du soutien à l'incarcération (gestion du quotidien et réduction des risques) et de la préparation à la sortie.

Dans le cadre du plan stratégique 2010-2014, et depuis septembre 2012, un poste de coordination de la continuité des soins et de la préparation à la sortie a été créé et confié au CSAPA de l'Association Ligérienne d'Addictologie qui est CSAPA référent à la maison d'arrêt d'Angers.

Avec le plan stratégique 2010-2014, l'instruction du 17 Novembre 2010 et la circulaire du 30 Octobre 2012, la loi vient renforcer et légitimer le travail en faveur de la continuité des soins entre l'intérieur et l'extérieur et la préparation à la sortie des personnes détenues.

#### CONSTAT

A ce jour, le bilan des accompagnements effectués par ALiA à la maison d'arrêt d'Angers fait apparaître un certain nombre de situations spécifiques problématiques :

- Un nombre important de faits de violence au sein de la famille (violence conjugale, violence enfants/parents) suite à la consommation de produits psychoactifs, et entraînant l'incarcération. Une importance des récidives dans ce domaine et un retour observé de personnes à la maison d'arrêt peu après leur libération.

- La question de la préparation à la sortie principalement axée sur le travail, le (re)logement, et le projet de soin, mais qui ne permet pas de prendre en compte, sans doute de par le contexte « prison » (et peut-être par son côté plus subjectif), toutes les questions que soulève, pour le détenu et sa famille, le retour dans l'environnement familial. Or la dimension familiale est très présente dans les échanges lors des entretiens : question des relations familiales (relations de couple, relations parents/enfants), de la place laissée et retrouvée, des violences commises et subies,...
  - Un accompagnement qui touche en majorité des personnes des quartiers périphériques d'Angers, peu présentes habituellement sur le CSAPA, et dont l'entourage n'est donc pas ou peu sensibilisé à la possibilité d'un accompagnement pour lui-même.
  - Un retour dans l'environnement familial rendu d'autant plus difficile par les « sorties sèches » qui ne permettent ni à la personne détenue, ni à sa famille, de se préparer et d'anticiper ainsi d'éventuelles difficultés.
- Comment alors préparer ces sorties en intégrant la dimension familiale ? Comment favoriser la communication entre la personne détenue et sa famille ?

## OBJECTIFS

La mise en place du projet « entretiens familiaux en cours d'incarcération » s'inscrit dans la continuité des accompagnements proposés sur le CSAPA, considérant d'une part la problématique addictive comme souvent liée à une problématique relationnelle, considérant d'autre part que la famille et plus largement l'entourage jouent un rôle essentiel dans la prévention et l'accompagnement des soins.

Les objectifs du projet sont les suivants :

- Repérer les personnes dont la problématique familiale nécessite qu'il faille envisager une ou plusieurs rencontres avant la sortie lorsque cela est possible (entretiens de couples, entretiens parents/enfants) afin d'anticiper au mieux d'éventuelles difficultés lors du retour au domicile.
- Proposer, avec le soutien de l'équipe UCSA/CESAME, la possibilité d'entretiens familiaux en cours d'incarcération, comme un outils supplémentaire de l'accompagnement proposé, et afin d'envisager objectivement le retour dans l'environnement familial et de favoriser ainsi la préparation à la sortie
- Donner un espace de parole aux personnes accompagnées à la maison d'arrêt et à leur famille afin de mettre des mots sur les appréhensions et les peurs liées au retour au domicile.
- Anticiper les difficultés liées aux « sorties sèches » et tendre ainsi à prévenir les retours anticipés en maison d'arrêt.
- « Aller vers », se faire accessible aux personnes des quartiers qui sont peu présentes sur le CSAPA. Permettre aux familles des détenues la possibilité d'être accompagnées pour elle-même. Favoriser l'orientation des familles vers le CSAPA.

## LIEU

Les entretiens se dérouleront à l'« Espace famille » situé 3, place Olivier Giran à ANGERS. L'« Espace famille » est géré par l'association Olivier Giran qui met son local à disposition de l'association ALiA tous les lundi après-midi.

## MODALITES

Les entretiens se déroulent les lundi après-midi entre 14h et 17h00. Il n'y a qu'un entretien par après-midi.

L'entretien a lieu dans le cadre d'une permission de sortie « pour soin » que la personne détenue demande. Cette permission nécessite l'accord du Juge d'Application des Peines.

Moyens humains

Les entretiens sont co-menés par deux professionnels d'ALiA.

Moyens financiers

- L'association Olivier Giran met son local à disposition de l'association ALiA gratuitement.

En revanche, des indemnités sont demandées pour les charges occasionnées (chauffage, eau) et s'élèvent à 150 euro/an. (cf feuille ci-jointe).

- Il est demandé une formation complémentaire des intervenants (systémie familiale ? entretiens motivationnels ?...)

## EVALUATION

Le projet est mis en place à titre expérimental dans un premier temps pour une durée d'un an.

L'évaluation est davantage qualitative que quantitative.

Il sera demandé aux personnes bénéficiant de ce type d'accompagnement si elles acceptent d'être réinterrogées dans les mois qui suivent afin de recueillir des informations permettant d'évaluer le bien fondé de ce projet et l'intérêt qu'elles y ont vu pour la préparation de leur sortie de maison d'arrêt.

## PARTENAIRES

Ce projet met en lien l'Association Ligérienne d'Addictologie, l'association Olivier Giran, l'UCSA de la maison d'arrêt d'Angers, le CESAME, le SPIP milieu fermé.

## **ENTRETIENS FAMILIAUX EN COURS D'INCARCÉRATION PROTOCOLE**

### **OBJECTIF**

Mise à contribution de l'entourage dans la préparation à la sortie de la personne incarcérée.

### **MODALITES**

Lieu : Maison des familles, 1, place Olivier Giran, 49100 ANGERS

Dans le cadre d'une permission de sortie

Entretien en binôme : 2 professionnels.

- o Professionnel qui accompagne la personne en détention

- o Professionnel neutre

Le professionnel neutre anime l'entretien

### **PREPARATION DE L'ENTRETIEN**

L'entretien familial est proposé au détenu au cours de l'accompagnement comme un outil pour préparer la sortie.

Précautions à prendre avant de proposer un entretien

Vérifier conditions d'incarcération : Condamnée

Possibilité de permission de sortie (voir avec SPIP)

Parloir déjà existant avec l'entourage

Chronologie de la démarche

Décision de la personne détenue de faire la demande d'entretien avec une ou des personnes de son entourage

- o Pour aborder un ou plusieurs sujets en particulier

En parle avec son entourage au parloir/téléphone ⇨ Accord de l'entourage

Transmet au professionnel d'ALiA les coordonnées de ses proches pour qu'ALiA

puisse les contacter.

*Dans la mesure du possible, c'est le professionnel neutre, présent lors de l'entretien, qui contacte l'entourage*

Préparation de l'entretien

· Avec le patient

- o Qui souhaitez-vous inviter ?
- o Priorités à aborder ?
- o Quels sujets vous ne voulez pas aborder ?

· Avec l'entourage -par téléphone, par le professionnel neutre qui ne connaît pas le détenu, et qui mènera l'entretien

- o Se présenter, présenter ALiA et l'intervention en MA
- o Informer de l'existence d'ALiA à l'extérieur, des missions du CSAPA, de l'accueil de l'entourage
- o Préciser l'objectif de l'entretien familial proposé, dans le contexte de l'accompagnement en détention ⇒ amener leur contribution à la préparation à la sortie de leur proche incarcéré (Etre au clair sur qui invite qui, qui demande quoi) o Identifier les acteurs présents lors de l'entretien (enfants, amis...)
- o **Vérifier stratégie de protection + accord de l'entourage**
- o Quels sujets ne veulent-ils pas aborder ?

⇒ *Prévoir une feuille officielle avec en tête alia qui permet d'avoir une trace*

*du travail.* **DEROULEMENT DE L'ENTRETIEN**

Organisation : prévoir une chaise en plus que le nombre de participants

Accueil des participants

Présentation (par l'intervenant neutre).

- o Présentation de chacun.
- o Présentation d'ALiA et du cadre de l'entretien, comment va se passer l'entretien :
  - 45'/1h d'échange
  - 15' de pause (café), écriture /résumé de l'entretien.
  - 15' de restitution : reformulation, résumé, synthèse.

- o l'intervenant présente la naissance du projet d'entretien et les objectifs de la rencontre pour préparer la sortie.
- o Sujets à ne pas aborder.

#### Temps d'Echange

- o Pistes pour le temps d'échange
  - Contexte : généalogique (biologique, affectif), cohabitationnel (lieu de vie), environnemental (sur qui s'appuyer)
  - Contexte de l'évènement incarcération (ex : les faits, la violence ...)
  - Quels sont les choses qui ont déjà changé ? Quelles sont celles qui restent à faire.
  - Définir le retour : les conditions de la sortie. Revivre ensemble ? seul ?
  - Quelle place pour les consos. Quelles intentions ? Est-ce que chacun est d'accord sur les objectifs// conso.
- o RAPPEL : Si gêne importante ressentie pendant l'entretien : s'autoriser à stopper la rencontre, faire le point sur la gêne et la partager, demander à clarifier les choses

#### Pause

- o Les usagers sont invités à prendre une pause/ café.
  - o Pendant ce temps, les professionnels résumant par écrit le temps d'échange. - Ce qui s'est dit, ce qui fonctionne, Ce qui fait problème,
    - les solutions que les personnes ont données, leurs ressources.
    - Les solutions imaginées, proposées par les professionnels.
  - ⇒ *RAPPEL : Prévoir un support à donner aux participants*

#### Restitution

- o L'intervenant neutre résume le temps d'échange. Ce qui s'est dit, le résumé, les solutions que les personnes ont donné, leurs ressources. Les solutions imaginées, proposées par les professionnels.
- o La restitution écrite est remise aux participants.
- o Proposition ou non d'un deuxième entretien

## APRES L'ENTRETIEN

- o Débriefing entre animateurs
- o Proposition de reprendre le résumé en entretien individuel avec chacun des acteurs.
- o Contact téléphonique avec l'entourage après un premier entretien.

## Annexe 5 : Note d'information remise aux patients participants



Madame, Monsieur,

Vous avez accepté de participer à une étude intitulée “La place de l’entourage pour favoriser la continuité des soins en addictologie à la sortie d’incarcération : entretiens auprès de patients détenus à la maison d’arrêt de Nantes”.

L’objectif de cette étude est d’évaluer la place de votre entourage par rapport à vos conduites addictives et votre suivi en addictologie, notamment en vue de votre sortie d’incarcération.

Elle consiste en un entretien d’une durée d’environ 1h, au cours duquel des questions vous seront posées et où vous serez libre de répondre.

Nous vous attendons le ...../...../20..... à .....H..... pour réaliser l’entretien prévu au sein du CSAPA.

Si vous ne souhaitez plus participer à cette étude, n’hésitez pas à nous le faire savoir par courrier, adressé directement au SMPR.

Merci de l’attention que vous accordez à ce travail.

Lorraine BRIYS  
Promoteur de l’étude

**Note d'information pour la participation à la  
recherche**

**“La place de l’entourage pour favoriser la continuité  
des soins en addictologie à la sortie d’incarcération.  
Entretiens avec des patients détenus à la maison  
d’arrêt de Nantes.**

***Promoteur : BRIYS Lorraine***

**Ce document est remis à la personne participant à la recherche**

Madame, Monsieur,

Interne en médecine générale et future médecin addictologue, je souhaite mener une recherche dont je suis le promoteur (c'est-à-dire que j'en suis le responsable et que je l'organise). L'objectif de cette étude est d'évaluer la place de votre entourage par rapport à vos conduites addictives et votre suivi en addictologie, notamment en vue de votre sortie d'incarcération.

Cette recherche est réalisée grâce aux réponses que vous apporterez aux questions qui vous seront posées et par recueil des données administratives et médico-sociales collectées au cours de votre prise en charge (utilisation de la fiche recueil réalisée à votre premier entretien). Elle consiste en un entretien d'une durée d'environ 1h, au cours duquel des questions vous seront posées et où vous serez libre de répondre.

L'entretien sera enregistré (audio), puis retranscrit de manière anonyme à l'écrit. L'enregistrement sera ensuite effacé et détruit. La recherche est anonyme, c'est-à-dire que vous pouvez choisir un pseudonyme pour réaliser l'entretien.

Votre participation à la recherche, au cas où vous donneriez votre accord, ne pourra vous être confirmée qu'à la condition que vous remplissiez tous les critères d'inclusion pour participer à cette recherche.

Cette recherche est réalisée en collaboration avec l'ensemble du personnel du SMPR.

Votre participation à cette étude est libre. Vous pouvez refuser de participer à cette recherche, et vous pouvez à tout moment vous retirer de cette recherche, sans préjudice. Participer ou non à la recherche n'aura aucune conséquence sur la qualité des soins qui vous seront donnés.

Cette recherche ne présente pas de risque pour votre santé. Les résultats qui en seront issus favoriseront le développement des connaissances dans le domaine de la santé des patients détenus.

### **TRAITEMENT DES DONNÉES**

Le traitement de vos données personnelles a pour fondement juridique l'intérêt public que revêt cette recherche (article 6.1.e du Règlement (UE) 2016/679 du Parlement européen et du Conseil du 27 avril 2016 relatif à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel et à la libre circulation de ces données (RGPD)). Il s'agit d'une des exceptions prévues par l'article 9 du même texte, permettant le traitement des données de santé.

Le traitement est conforme à la méthodologie de référence MR001/003/004 publiée par la CNIL

Dans le cadre de cette recherche, un traitement informatique de vos données personnelles va être mis en œuvre : cela permettra d'analyser les résultats de la recherche et de remplir l'objectif de la recherche.

Pour cela, les données vous concernant seront recueillies dans un fichier informatique auquel aura accès le Promoteur de la recherche (CHU de Nantes).

Afin d'assurer leur confidentialité, vos données seront identifiées par un numéro de code et vos initiales.

Les personnes intervenant dans la recherche dans le cadre de leurs missions auront accès à vos données codées.

Les seules personnes qui auront accès à vos données directement identifiantes sont les personnes qui assurent votre prise en charge dans le cadre de la recherche et les personnes responsables du contrôle et de l'assurance qualité de la recherche.

Vos données pourront, dans des conditions assurant leur confidentialité, via des plateformes ou serveurs sécurisés, faire l'objet de transferts nationaux ou internationaux (comme, par exemple, aux personnes ou sociétés agissant pour le compte du CHU, aux autorités sanitaires habilitées) pour cette étude, ou pour d'autres recherches ultérieures, exclusivement à des fins scientifiques. Au sein de l'Europe la protection de vos données est garantie (Règlement européen UE 2016/679). Hors Europe vos données pourront être transmises dans des états n'ayant pas le même niveau d'exigence en termes de protection des données. Le cas échéant, le Promoteur prendra toutes les mesures nécessaires pour protéger les données recueillies et devra s'engager à assurer un niveau de sécurité équivalent à celui couvert par les lois françaises et européennes pour les données envoyées à l'étranger. Si vous le souhaitez, vous pouvez obtenir la copie de l'ensemble des mesures prises pour assurer l'ensemble de la protection de vos données auprès du Délégué à la Protection des Données (DPD) voir en fin de document, paragraphe « vos contacts ».

Vos données pseudonymisées (identifiées par un numéro de code et vos initiales) seront susceptibles d'être exploitées dans le cadre de publications ou de communications ; dans ce cas votre anonymat sera préservé.

Conformément aux dispositions de la loi relative à l'informatique aux fichiers et aux libertés (loi modifiée du 6 janvier 1978), et du Règlement (UE) 2016/679 du Parlement européen et du Conseil du 27 avril 2016 relatif à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel et à la libre circulation de ces données (RGPD), vous disposez d'un droit d'accès, de rectification, de limitation et d'opposition du traitement de vos données personnelles. Si vous décidez de retirer votre consentement pour participer à la recherche, les données obtenues avant que celui-ci n'ait été retiré seront utilisées conformément à l'article L.1122-1-1 du CSP. Les données recueillies après le retrait de votre consentement ne seront pas utilisées pour cette recherche et resteront destinées à l'usage strict du soin. Vous pouvez également porter une réclamation auprès d'une autorité de contrôle (CNIL pour la France : <https://www.cnil.fr/fr/webform/adresser-une-plainte/>).

Ces données pourront être utilisées lors de recherches ultérieures exclusivement à des fins scientifiques. Vous pouvez retirer votre consentement à cette utilisation ultérieure ou exercer votre faculté d'opposition à tout moment.

Vous pouvez également accéder directement ou par l'intermédiaire d'un médecin de votre choix à l'ensemble de vos données médicales en application des dispositions de l'article L 1111-7 du Code de la Santé Publique.

Vos données seront conservées tout au long de la recherche. Après la fin de la recherche, les données seront archivées pour une durée de 15 ans, puis détruites.

L'investigateur pourra vous informer, sur votre demande, des résultats globaux de cette recherche.

**Pour en savoir plus ou exercer vos droits concernant vos données, voir en fin de document, paragraphe « vos contacts »**

Cette recherche est conforme :  
- à la loi « Informatique et Libertés » du 6 janvier 1978 modifiée et la loi n° 2018-493 du 20 juin 2018 relative à la protection des données personnelles  
- au Règlement (UE) 2016/679 du Parlement européen et du Conseil du 27 avril 2016 relatif à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel et à la libre circulation de ces données (RGPD)

Votre participation à cette recherche est libre. Vous pouvez refuser de participer à cette recherche, et vous pouvez à tout moment vous retirer de cette recherche, sans préjudice. Cela n'aura aucune conséquence sur la qualité des soins qui vous seront donnés; vous devez simplement en informer l'investigateur.

**VOS CONTACTS :**

Pour toute question concernant l'étude, retrait de consentement, ou pour exercer vos droits concernant vos données (accès, rectification, etc...), votre contact privilégié est :

**L'investigateur coordonnateur de la recherche :**  
BRIYS Lorraine  
Service SMPR Maison d'Arrêt de Nantes Rue de la Mainguais, 44300 Carquefou

Pour toute question générale sur le traitement de vos données :

**Le promoteur de la recherche, responsable du traitement :**  
BRIYS Lorraine

**Le Délégué à la Protection des Données (DPD) / Data Protection Officer (DPO) :**  
[vosdonneespersonnelles@chu-nantes.fr](mailto:vosdonneespersonnelles@chu-nantes.fr)

## Annexe 6 : Recueil du consentement

### **Recueil du consentement pour la participation à la recherche : “La place de l’entourage pour favoriser la continuité des soins en addictologie à la sortie d’incarcération : entretiens auprès de patients détenus à la maison d’arrêt de Nantes”**

J’atteste avoir reçu et compris les informations nécessaires pour participer à cette recherche.

|   |
|---|
| Prénom/Nom : .....  |
| J’accepte que mes données soient utilisées pour cette recherche : <input type="checkbox"/> <b>oui</b> <input type="checkbox"/> <b>non</b> |
| Date : ...../...../.....  |
| Signature :   |

## Annexe 7 : Lien vers les retranscriptions d’entretiens

<https://drive.google.com/drive/folders/12ijrkQXLQDu2LHw6zvtZQK7AwyT3z8k1?usp=sharing>

## Annexe 8 : Extrait du journal de bord

9 Septembre 2021 : Oral de mémoire sur le thème “Barrière à la Poursuite du Suivi en Addictologie à la Sortie d’Incarcération”.

Octobre-Novembre 2021 : Je reprends la discussion de mon mémoire pour en tirer des pistes de travail concrètes à proposer à la MA de Nantes. Présentation de mon travail de mémoire aux professionnels de la MA.

26 novembre 2021 : J’ai rencontré Jean Baptiste Blanchard au congrès “Addictions, la question de l’entourage” à Nantes et assisté à la présentation “Entretiens entourage en cours d’incarcération : préparer la sortie -CSAPA ALiA49.

Janvier-Février 2022 : Échanges téléphoniques avec Dr Gicquaud sur différents axes de travail qu’il pourrait être intéressant de développer suite à mes résultats de mémoire dans l’idée de faire ma thèse sur un de ces sujets. Début de recherches bibliographiques approfondies.

14 Mars 2022 : Réunion à la MA. J'évoque le travail effectué à la MA d'Angers sur l'entourage, nous décidons de nous focaliser sur le thème de l'entourage et d'en savoir plus. Je reprends mes recherches bibliographiques en centrant sur le thème de l'entourage et des thérapies familiales.

Avril 2022 : Je contacte la MA d'Angers et j'ai une visio conférence avec Jean Baptiste Blanchard qui me présente le projet d'entretiens entourage. Finalement depuis le covid il y a moins d'entretiens réalisés donc il paraît compliqué de faire une étude évaluant ce dispositif. Je me questionne sur sa faisabilité à Nantes, d'autant que je ne sais pas si les patients seraient favorables ni à qui cela pourrait s'adresser.

Je m'oriente vers la réalisation d'une étude qualitative pour interroger directement les patients incarcérés sur un tel dispositif : répond t il à un besoin ? Y a t'il une demande ? Qu'en pensent les patients eux-mêmes ?

Mai 2022 : Je commence à rédiger mon guide d'entretien. J'étudie la méthodologie qualitative plus en détail. J'ai rendez-vous le 24 mai pour présenter mon guide d'entretien à l'équipe du CSAPA de la MA de Nantes. Nous fixons les critères d'inclusion et d'exclusion et les modalités de recrutement des participants.

Juin 2022 : Mon guide est revu et corrigé, il s'agit maintenant de le tester sur un patient. J'obtiens les autorisations de la direction pénitentiaire pour enregistrer mes entretiens; Le 20 juin je teste le guide avec un patient et effectue quelques modifications surtout dans ma façon de parler : laisser plus de silence, ne pas transformer les questions et ne pas les fermer...

J'ai rendez-vous avec un second patient avec qui l'entretien est très fluide, les échanges sont riches, j'ai hâte d'analyser le contenu.

Je débute la rédaction de l'introduction.

Juillet 2022 : Je participe à l'atelier thèse à la faculté puis je prends rendez-vous avec une bibliothécaire car j'ai peu de ressources concernant le sujet de l'entourage en détention. Nous reprenons différents moteurs de recherches afin de ne rien louper. J'analyse mon premier entretien.

Août 2022 : Je profite de plusieurs semaines de vacances pour effectuer mes entretiens et continuer mes analyses. Je note mes ressentis après chaque entretien dans un cahier.

Septembre à Décembre 2022 : Je retranscris et analyse les entretiens. Le 29 décembre, après être arrivé à saturation, je décide d'arrêter les analyses.

Janvier 2023 : Je rédige mes résultats, discussion et conclusion. Le 22 janvier j'achève ma première version. Je poursuis les échanges et corrections avec ma directrice de thèse jusqu'au 1er février.

**Vu, le Président du Jury,  
Madame la Professeure  
GRALL BRONNEC, Marie**

**Vu, le Directeur de Thèse,  
Docteur GICQUAUD, Claire**

**Vu, le Doyen de la Faculté,**

**NOM : BRIYS**

**PRENOM : Lorraine**

**Titre de Thèse :**

**LA PLACE DE L'ENTOURAGE POUR FAVORISER LA CONTINUITÉ DES SOINS  
EN ADDICTOLOGIE A LA SORTIE D'INCARCÉRATION**

**ENTRETIENS AVEC DES PATIENTS INCARCÉRÉS À LA MAISON D'ARRÊT DE  
NANTES**

---

**RESUME**

Introduction : En détention, les addictions sont surreprésentées. Des soins en addictologie sont proposés aux détenus au sein des CSAPA pénitentiaires. Mais à la sortie de prison, il y a un fort risque de reprise des consommations et de rupture avec le soin. La préparation à la sortie est un enjeu majeur pour la continuité des soins dedans-dehors. L'apport des thérapies familiales utilisées en addictologie peut nous interroger sur la place de cet entourage pour aider à la continuité des soins à la sortie de détention. L'entourage, en pratique, est souvent peu impliqué lors du soin en incarcération et son implication auprès du détenu est peu étudiée. L'objectif principal de cette étude est de recueillir les représentations des patients suivis au CSAPA de la MA de Nantes sur la place de leur entourage à la sortie d'incarcération et dans leur soin en addictologie.

Méthode : La méthodologie qualitative a été utilisée pour cette étude. Des détenus de la prison de Nantes suivis au CSAPA ont été interrogés lors d'entretiens semi dirigés entre juin et août 2022.

Résultats : La prison est, pour le détenu, un changement de statut, qui passe d'homme violent à homme malade et se soigne. Les liens avec l'entourage se refondent, avec une focalisation sur l'entourage familial proche et la mise à distance de l'entourage consommateur. Cependant, malgré un rapprochement avec la famille, la communication autour de l'addiction reste difficile. Les projets à la sortie de détention sont flous et les priorités d'ordre sociale prennent plus de place que la question du soin. Beaucoup attendent un renouveau : déménagement, changement de vie et la continuité des soins peut être difficile. Finalement tous font un retour positif du soin en détention et surtout des médiations en groupe, ce qui favorise leur volonté de poursuivre un soin à la sortie. De plus, ils veulent transmettre leur histoire à la sortie de détention. Pour aider à préparer la sortie et améliorer la communication autour des consommations, les détenus sont favorables à la proposition d'entretiens familiaux en cours d'incarcération.

Conclusion : La famille proche occupe une place importante chez les patients incarcérés à la Maison d'Arrêt de Nantes qui sont suivis au CSAPA. Cependant, la communication au sujet des addictions est difficile avec leurs familles et amis et ils sont favorable à la proposition d'entretiens familiaux pour les aider à parler de leurs consommations, notamment afin de mieux préparer la sortie de détention.

---

**MOTS-CLES**

PRISONERS, FAMILY , SUBSTANCE-RELATED DISORDERS

**Titre de Thèse :****THE ROLE OF THE FAMILY AND FRIENDS IN PROMOTING CONTINUITY OF CARE IN ADDICTOLOGY AFTER RELEASE FROM PRISON****INTERVIEWS WITH PATIENTS INCARCERATED AT THE NANTES PRISON**

---

**RESUME**

Introduction : In detention, substance use disorders are over-represented. Addictology care is offered to prisoners within the penitentiary CSAPA. But upon release from prison, there is a high risk of resumption of drug use and a break with care. Preparation for discharge is a major issue for the continuity of care inside and outside. The contribution of the family therapies used in addictology can question us on the place of this entourage to help with the continuity of care at the exit of detention. In general, the family and friends are often not much involved in prison care and their engagement with the inmate is little studied. The main purpose of this study is to collect the perceptions of the patients followed at the CSAPA of the Nantes prison on the place of their entourage at the exit of detention and in their care in addictology.

Method : The qualitative methodology was used for this study. Inmates of the Nantes prison followed at the CSAPA were interviewed during semi-directed interviews between June and August 2022.

Results : Prison is, for the prisoner, a change of status, from a violent man to a sick man who is being treated. The links with the environment are recast, with a focus on the close family environment and the distancing of the consumer community. However, despite a closer relationship with the family, communication about the addiction remains difficult. Projects after release from detention are unclear and social priorities prevail over the issue of care. Many are waiting for a new beginning : managing a relocation, a change of life and continuity of care can be difficult. Finally, all of them give positive feedback on the care in detention and especially on the group mediations, which favors their willingness to pursue a care upon release. Moreover, they want to pass on their story when they leave detention. To help prepare for release and improve communication about drug use, inmates are in favor of offering family interviews during incarceration.

Conclusion : The close family occupies an important place among the prisoners incarcerated at the Nantes prison who are followed up at the CSAPA. However, communication about addictions is difficult with their family and friends, and they are in favour of taking part in family interviews to help them talk about their consumptions, particularly to better prepare for their release.

---

**MOTS-CLES**

PRISONERS, FAMILY , SUBSTANCE-RELATED DISORDERS