



Psychiatrie et addictologie en milieu spécifique

Dr Frédéric Meunier

SMPR de Lyon – Pôle Santé mentale des personnes détenues et de psychiatrie légale –

CH le Vinatier

Trois points introductifs

La prise en compte de la problématique addictive en milieu pénitentiaire est relativement récente :

- Le manque d'intérêt général pour l'exécution de la peine
- Une perspective du soin aux personnes dépendantes de substances basée sur le sevrage
- Il faudra attendre l'épidémie de VIH puis de VHB pour qu'une prise de conscience arrive

Ceci particulièrement accru par :

- Le (très) petit nombre d'études épidémiologiques
- Refus obstiné d'une approche criminologique (ou au moins intégrative)
- Une gradation des soins longue à mettre en place

On peut faire le parallèle avec les questions liées à la maladie mentale:

- Point central présentenciel (lien avec la responsabilité), mais « scotome » perceptif en postsentenciel
- Une large confusion entre les champs de la santé mentale, des troubles de personnalité et de la psychiatrie
- C'est sans doute la loi de 1994 qui induit une prise de conscience

Quelques chiffres, malgré tout...

Les études épidémiologiques (relativement récentes en France, plus nombreuses à l'étranger) montrent :

- D'assez importantes variations en fonction de l'environnement
- Des taux de prévalence particulièrement significatifs par rapport à la population générale :
 - Les troubles anxieux : 40%-60%
 - Les troubles affectifs : 30%-45%
 - Les troubles psychotiques : 7%-9%
 - Abus de substances (hors tabac) > 50%
 - Les troubles neurodéveloppementaux
 - Les troubles de personnalité...

Pour les épidémiologistes, ces chiffres sont tels qu'il est impossible de les comparer à ceux de la population générale...



Un peu de criminologie...

Les principaux facteurs de risque de commettre une atteinte à la personne :

Antécédents de violence (gravité, précocité)

Usage de substances

Trouble sévère de la personnalité

Manque d'insight, d'empathie

Les principaux facteurs de risque de commettre une atteinte aux biens :

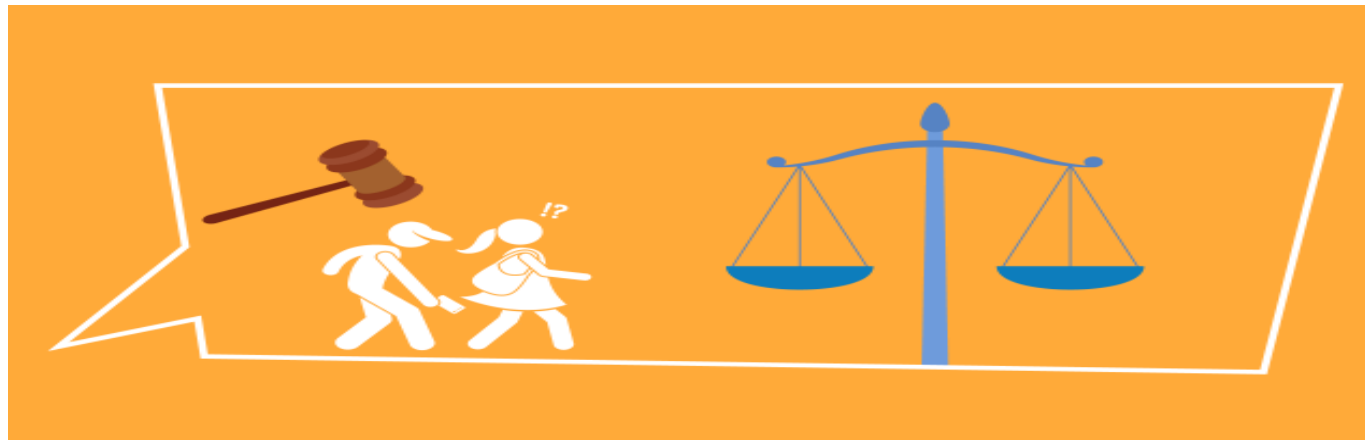
Antécédents judiciaires (multiplicité, précocité)

Précarité sociale

Usage de substances

Trouble sévère de personnalité

Les facteurs de protection principaux sont la **désistance, le respect des mesures, et les projets réalistes**





In fine, la question de la maladie mentale, dans les facteurs de risque infractionnels, est, finalement, assez secondaire, comme facteur « historique »

Dans le champ de la santé mentale, incluant la question de la psychiatrie et de l'addictologie, ce qui est interrogé c'est :

I- La prise en charge clinique des troubles

II- Leur continuité

Une remarque avant et toutefois : en milieu pénitentiaire, plus généralement dans le champ de la psychiatrie légale, il convient d'avoir le double objectif thérapeutique ET de réduction du risque (de violence, de récidence)

I- Sur la prise en charge :

Les moyens donnés à la psychiatrie en milieu pénitentiaire sont plutôt en hausse, et en hausse bien plus importante que ceux de la psychiatrie générale

Toutefois il existe une très grande hétérogénéité :

- **Entre les établissements pénitentiaires**
- **Dans les capacités de recrutement de l'hôpital public**
- **Dans les pratiques, et notamment sur la gradation des soins**



Gradation des soins :

Elle existe en psychiatrie en milieu pénitentiaire :

Niveau 1 : unité sanitaire

Niveau 2 : SMPR

Niveau 3 : UHSA

Niveau 4 : certains CHU

Les différences de moyens sont surtout sur le niveau 1

Pratiques fortement différentes d'une structure à l'autre



Gradation des soins addictologiques en milieu pénitentiaire

Là, et contrairement au milieu extérieur, les soins sont peu gradués

Une avancée importante, le CSAPA référent

- On peut parler de niveau 1, avec des organisations très différentes d'un EP à l'autre
- Problématique du niveau 2
- Niveau 3 ???

Si on y ajoute les questions sanitaires et médicosociales...





Si l'enjeu, en psychiatrie est d'améliorer la prise en charge des pathologies duelles, cet enjeu clinique, en milieu de contrainte devient essentiel dès lors qu'il poursuit l'objectif secondaire de réduction du risque de violence/récidive

La spécificité française est qu'il n'y a pas de filière spécialisée

- Débat
- Richesse particulière

II- Sur la continuité

La continuité se pose de façon très différentes selon les publics

- Mineurs
- MA
- CP

Néanmoins, le lien avec les EPSM, d'une part et les CSAPA d'autre part est facilitant

La question est plutôt, là, sur les questions liens avec l'exécution/l'application des peines :

Aspect rigide des cadres des soins pénalement ordonnés

Incompréhension des JAP, voire des experts, sur les questions addictologiques



Il est licite, aujourd'hui, d'exiger des « services de santé mentale » une coordination pour la prise en charge des pathologies duelles.

Il existe toutefois, dans le domaine addictologique un besoin spécifique, recouvrant l'ensemble de la filière la prévention à la prise en charge de situations complexes, en passant par la CJC, la prise en charge de niveau 1, la substitution, etc.

L'histoire et les institutions induisent des points d'aveuglement, particulièrement sur la RDR, et, c'est mon sentiment, une attention parfois spécifiquement tournée vers les cas difficiles (ex psychopathes), alors qu'une approche en termes de priorités de cas renverrait, eut égard à l'épidémiologie, à de meilleures prises en charge (premiers épisodes, approche intégrée, etc.)



Merci de votre attention

