



ATELIER 2 :

(R)évolution du secteur de psychiatrie en milieu pénitentiaire : entre désir et renoncement, place à la créativité

Discutants : Bérénice VANNESSON

Psychologue clinicienne, SMPR Paris-La Santé, GHU Paris Psychiatrie & Neurosciences

Antoine LAZARUS

Professeur Honoraire en santé publique / médecine sociale à l'Université Sorbonne Paris Nord, Responsable du groupe multiprofessionnel des prisons (GMP)

Synthèse : Dr Anne-Hélène MONCANY

Psychiatre, PH, Cheffe de Pôle, CH Marchant – Toulouse

Intervenantes :

Frédérique LAGUT, Infirmière GHEF, USMP/C Meaux Chauconin-Neufmontiers

Gaëlle GASTÉ, Psychologue clinicienne au SMPR MAFM

Dr Pascale GIRAVALLI, Psychiatre, Cheffe de service UHSA Marseille – APHM, CRIAVS PACA, Présidente de l'ASPMP

Adriana TARAZONA PATARROYO, **Lison GARDE**, Psychologues, **Rahma TIR**, Assistante sociale – UHSA Marseille

COLLOQUE NATIONAL SOINS EN PRISON, 30 ANS APRES LA LOI DE 1994 : Avancées, Limites, Perspectives – 18/19 janvier 2024



ATELIER 2 :

(R)évolution du secteur de psychiatrie en milieu pénitentiaire : entre désir et renoncement, place à la créativité

Discutants : Bérénice VANNESSON

Psychologue clinicienne, SMPR Paris-La Santé, GHU Paris Psychiatrie & Neurosciences

Retrouvez le résumé d'introduction de l'atelier dans les actes à venir

COLLOQUE NATIONAL SOINS EN PRISON, 30 ANS APRES LA LOI DE 1994 : Avancées, Limites, Perspectives – 18/19 janvier 2024

(R)évolution du secteur de psychiatrie en milieu pénitentiaire : Entre désir et renoncement, place à la créativité



Dr Pascale GIRAVALLI,
Psychiatre, Cheffe de service UHSA Marseille - APHM, CRIAVS PACA, Présidente de
l'ASPMP

Retrouvez le texte d'intervention dans les actes à venir

COLLOQUE NATIONAL SOINS EN PRISON, 30 ANS APRES LA LOI DE 1994 : Avancées, Limites, Perspectives – 18/19 janvier 2024



« *NUL NE SAIT CE QUE PEUT LE CORPS* »

SPINOZA

Frédérique LAGUT et Gaëlle GASTÉ

COLLOQUE NATIONAL SOINS EN PRISON, 30 ANS APRES LA LOI DE 1994 : Avancées, Limites, Perspectives – 18/19 janvier 2024



VALEUR AJOUTÉE D'UN DISPOSITIF DE SOINS PSYCHIATRIQUES HÉBERGÉ CHEZ UN DISPOSITIF DE SOINS SOMATIQUES DE NIVEAU 1

Frederique Lagut

COLLOQUE NATIONAL SOINS EN PRISON, 30 ANS APRES LA LOI DE 1994 : Avancées, Limites, Perspectives – 18/19 janvier 2024



INSPIRATION ET CREATIVITE?

- A quoi renonce - t- on en travaillant en prison ? Plutôt que gagne-t-on en travaillant en prison? La question éthique du consentement nous inspire et nous oblige au temps de la structure psychotique.
- Accompagner les mouvements erratiques et le déni de soins psychiatriques.
- Ne pas se saisir d'emblée de certitudes cliniques qui empêcheront une rencontre.
- C'est «par» l'enfermement d'un corps dont ces patients ont perdu l'unité que nous accompagnons leur «libre» expression.
- Se détourner vers le corps évite de lutter en permanence contre l'utilisation des soins psychiatriques comme outil de contrôle social.



CLINIQUE DE LA PERCEPTION DU CORPS

- Le corps a perdu son unité: fragmentation.
- Le patient est dépossédé de son corps: il est agi par d'autres forces.
- Phénomènes extra-sensoriels: sensation de dévitalisation ou au contraire survitalisation de l'organe → pensées effrayantes et douleur morale.
- Le corps est élargi à l'espace ambiant, à l'autre: où est la frontière?
- La plainte corporelle fait valoir sa spécificité quand le patient se trouve structurellement limité dans la verbalisation de sa souffrance psychique.



ACCÈS AU D.S.P. PAR D.S.S.

- En milieu ambulatoire, la rencontre avec un sujet psychotique repose d'emblée sur un principe paradoxal et renforçateur du déni de ces troubles: le recueil de son consentement.
- Permet l'accès à ceux dont la structure assigne d'emblée à l'impuissance.
- 1^{er} niveau d'accès aux soins élargi et non exclusivement dirigé vers un DSP (stigmatisant) pour ceux qui se plaignent par la question de leur intégrité corporelle.
- Processus complètement intégré au dispositif d'incitation sanitaire aux soins psychiatriques.

Mr. T., Mr C., Mr. D. et les autres...

ENTRETIEN
ide+ ide DSP

**ACCUEIL ET
REPERAGE**

ENTRETIEN
ide+ ide DSP

CS. EVALUATION
Médecin et/ou Psychiatre + ide DSP ou psychologue

VAD
ide DSP+ prof.

**1ÈRE ÉVALUATION
CLINIQUE**
À répéter si besoin

R.C.P.

Définition du cadre de soins individualisé
Définir les axes de travail en vue de la sortie (MDPH, Mesure de protection juridique...)
=> les programmer en synthèse santé/justice
Si difficulté diagnostic (limites de l'ambulatoire ou nécessité temps +++) => UHSA

**SYNTHÈSE
CLINIQUE**
À répéter

Alliance

Psychiatre garant du cadre de soins associé à médecin traitant
Cs mixte mensuelle (Mêmes praticiens)
Consultations bi hebdomadaires psychiatre si stabilisé
Soins relationnels préalables à la prise ttt à US
RDV psychiatre, psycho., médecin ttts si retour GHEF (hospi ou cs) ou modif. ttt
Soins n2 ou n3
IDE référente articulation santé/CPIP
PEC groupale
Psychologue sur indication du psychiatre
Pas de début de PEC psychologue si phase aiguë
Suivi somatique régulier
Bilan neuropsychologique

Non-alliance

Médecin traitant associé à psychiatre
Dispositif d'incitation sanitaire
Articulation sanitaire / pénitentiaire
VAD pénitentiaire
Soins n2 ou n3, SDRE
Suspension de peine (indications)
QD: incompatibilité systématique
Cs somatique systématique avec psycho ou ide dsp, Mr A.

**PRISE EN SOINS
PSYCHIATRIQUES**

Principes :
1° Communication systématique des informations à psychiatre et psychologue traitants
2° Travail conjoint avec le patient et non à sa place

Synthèses santé mixte/justice

**PREPARATION
SORTIE**



GAINS SUPPOSES

- Patient:

- Verbaliser ce qu'il ressent au niveau de son corps, de détailler à sa façon des phénomènes lui permet de réinvestir peut-être ce dernier sur un plan imaginaire.
- La plainte permet de suppléer à ce la limite de leur précarité psychique.
- Supporter la relation de soins.
- Affirmation de son « libre-arbitre ».

- Soignant:

- Instaurer une communication via ce qui touche directement au corps.
- Mesurer dans l'inter-relation ce qui freine ou favorise la construction et l'accompagnement du patient:
 - ✓ Qu'est ce qui pose pb. au patient?
 - ✓ Comment se représente-il sa maladie?
- Rouler et repérer avec déni (mécanismes de défense) → respecter inhabileté relationnelle.
- Instaurer **tiers relationnel** afin de rendre supportable rencontre = se rendre utile au patient (**Mr K.**).



PAR EXTENSION, INTERACTIONS D.S.S./D.S.P. soins niveau 1

- Soutien D.S.P. au service d'un D.S.S.: consultations et entretiens mixtes.
- **Systematiquement articulation somatique du ttt de la crise psychique** par 2 modes d'entrée:
 - Accès sanitaire d'emblée somatique: médiation psy.
 - Accès sanitaire d'emblée psychiatrique: médiation soma.
- Création de **CONSULTATIONS COMPLEXES**
- Coordination déployée de soins.
- R. C. P. systématique .



TranSFaire
Organisme de Développement des Compétences



ASMP
Association des Secteurs de Psychiatrie en Milieu Pénitentiaire



PAR EXTENSION, PRISE EN CHARGE DE NIVEAU 2....



TranSFaire
Organisme de Développement des Compétences



Association des Secteurs de Psychiatrie en Milieu Pénitentiaire



...MEDIATION SENSORIELLE AU SERVICE DE LA PSYCHOSE

Gaëlle Gasté



CREATIVITE

- Du coté du thérapeute

- S'ouvrir à d'autres pratiques relationnelles
- Favoriser un travail de différenciation
- Multiplier les objets de médiation

- Du côté des patients

- Perte de sens de la parole
- Pensée désertique
- Diminution de l'angoisse liée à la rencontre
- Mobilisation de la vie psychique



SPÉCIFICITÉS DE L'EXPÉRIENCE SENSORIELLE

- L'éprouvé corporel tend à la réunification de ce qui est délié
- Constitution d'une enveloppe
- Accéder aux émotions, affects et ressentis
- Travail de différenciation
- Association et réappropriation subjective
- Olfactif et tactile: 2 sens privilégiés



VIGNETTE CLINIQUE: M. D.

- Arrivée: MOS
- Passage à l'acte et éprouvé corporel
- Médiation sensorielle
 - Olfactif:
 - Indifférenciation
 - Perception oscillante (sent bon/sent pas bon)
 - Perception différenciant masculin/féminin
 - Reconnaissance spécifique → différenciation des espaces et fonctions
 - Introduction tactile:
 - Contrôle
 - Lâcher prise
 - Moteur et étayage des expériences des autres
- Evolution: dans le service, hospitalisation, plaintes corporelles, qualité de contextualisation



LIMITES

Jusqu'où les soins psychiatriques peuvent-ils rester dignes?

- Offrir même qualité de soins que dehors ?

+

=

Rapatrifier psychotiques dans dispositif sectoriel de droit commun?

Quelle qualité de soins psychiatriques à l'extérieur?

Que greffer à l'extérieur comme contenance remplie par la prison?

17 - Personne détenue

→ Article R4312-17



L'infirmier amené à examiner une personne privée de liberté ou à lui donner des soins ne peut, directement ou indirectement, ne serait-ce que par sa seule présence, favoriser ou cautionner une atteinte à l'intégrité physique ou mentale de cette personne ou à sa dignité. S'il constate que cette personne a subi des sévices ou des mauvais traitements, sous réserve de l'accord de l'intéressé, il en informe l'autorité judiciaire. S'il s'agit d'un mineur ou d'une personne qui n'est pas en mesure de se protéger en raison de son âge ou de son état physique ou psychique, l'accord de l'intéressé n'est pas nécessaire.

- «**Cautionner**» l'idée que l'on peut incarcérer les personnes souffrant de troubles psy = **incarcérer** pour **soigner** ?

DECRET
de
1986:
Création
d'un
secteur
de
psychiatrie
en milieu
pénitentiaire

LOI
du
18
Janvier
1994



LOI
Mars
2002:

Information
adaptée
Consentement
Secret
Accès DM.
Personne de confiance
Directives anticipées
Suspension de peine

Moralité, probité, loyauté et humanité
Non-discrimination, Art. 4312-11, Code Déonto.
Respect de la dignité et de l'intimité

Écoute sans jugement moral
Protection des personnes vulnérables
(obligation médico-légale)



TranSFaire
Organisme de Développement des Compétences



APSEP
Association des Secteurs de Psychiatrie en Milieu Pénitentiaire



Sorties culturelles UHSA de Marseille

Adriana TARAZONA
Rahma HAFRAD TIR
Lison GARDE



Origine du projet

- Une idée qui nous traverse mais qui ne se matérialise pas
- Sortie de M. ROBERT en 2020
 - Mise en évidence de la nécessité de sorties
 - Le projet prend une forme concrète



Origine du projet

- Un constat concernant les longues incarcérations :
 - Perte de lien à l'extérieur
 - Perte de l'autonomisation
 - Modifications sociétales
 - Chronicité
- Un constat qui concerne aussi les patients dans des processus de désocialisation



Origine du projet

- Un besoin de travailler dans la PEC :
 - Une immersion progressive
 - Le lien à l'extérieur
 - A retrouver une autonomie
 - La désinstitutionnalisation
 - Le lien à l'hôpital



Une nécessité de créativité et d'ouverture

Le poids de l'environnement : les freins

- La particularité d'un milieu fermé, enfermant pour la pensée :
 - Tendance à se comparer aux UHSA plutôt qu'au secteur Psychiatrie en milieu pénitentiaire et non pas psychiatrie pénitentiaire
 - Réticences de l'ensemble des acteurs autour de la population
 - Obligation d'articulation entre différentes instances



Une nécessité de créativité et d'ouverture

Le poids de l'environnement : les leviers

- Nécessité d'un environnement facilitateur :
 - Accueillir la nouveauté et la créativité
 - Travailler la question de la confiance
 - Travailler le lien avec les différents acteurs



Le vécu des patients

➤ Avant la sortie :

Terrain connu

Pas habitués aux lieux culturels

Défenses psychotiques

Diverses émotions



Le vécu des patients

- **Durant la sortie :**
 - Diverses émotions
 - Importance du non-verbal
 - Diverses activités
 - Contact à l'Autre
 - Découvrir les patients sous un autre angle
 - Déconstruction des routines liées aux institutions
 - Une ouverture au dehors et à l'inconnu



Le vécu des patients

- Différents sentiments durant la sortie :
 - Nostalgie
 - Regret
 - Émerveillement

- Différents constats durant la sortie :
 - Perte des repères
 - Pertes des habitudes



Le vécu des patients

- Après la sortie :
 - Repli
 - Angoisses
 - Accompagnement primordial
 - Envie de partager l'expérience

- La question de la lettre :
 - Ecrits soignants
 - Ecrits des patients



En guise de conclusion

- La confiance, un élément transversal
- Création d'un environnement propice à création
- Travail sur les représentations et les fantasmes
- Accueillir l'inattendu
- S'autoriser à penser hors les murs



La gazette de l'UHSA





La gazette de l'UHSA





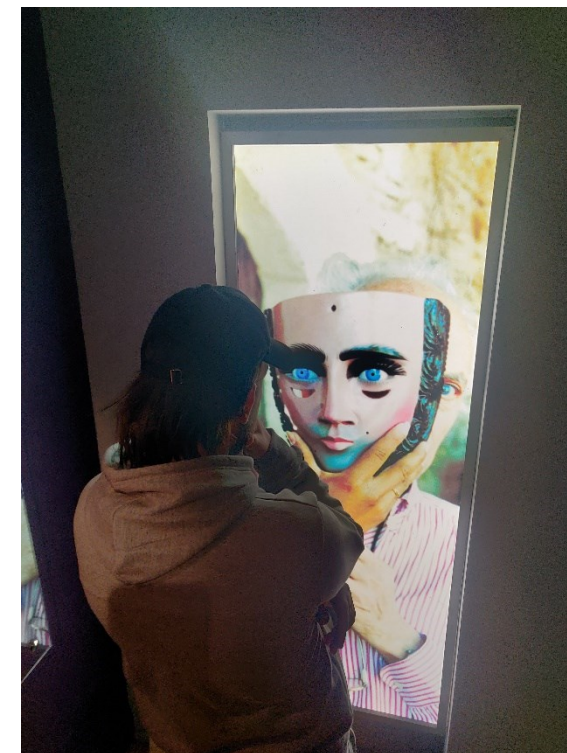
TransFaire
Organisme de Développement des Compétences



APSEP
Association des Secteurs de Psychiatrie en Milieu Pénitentiaire



La gazette de l'UHSA





La gazette de l'UHSA

