

M. Stéphane Déroche\*, Mme Dominique Leibel\*\*, Mme Sylvie Rapp\*\*, Dr Patrick Vogt\*\*\*, Dr Philippe Greth\*\*\*\*

\* Psychologue, Unité sanitaire, Maison d'arrêt de Mulhouse, 59, avenue Robert Schuman, F-68100 Mulhouse.

Courriel : deroches@ghrmsa.fr

\*\* Infirmière, \*\*\* Médecin responsable, Unité sanitaire, Maison d'arrêt de Mulhouse, France

\*\*\*\* Médecin psychiatre, Chef du Pôle de psychiatrie, Groupe hospitalier régional Mulhouse Sud Alsace – GHRMSA, Mulhouse, France

Reçu juin 2016, accepté novembre 2016

# Évolution d'un groupe de parole pour malades d'alcool en maison d'arrêt

## Résumé

Cet article présente l'évolution d'un groupe de parole pour malades d'alcool en maison d'arrêt. Au fil de cette expérience, il nous est apparu que la spécificité de ces malades, qui est d'avoir consommé au point d'être incarcéré, devait être prise en considération et interrogée. En effet, leur rapport à la loi peut être qualifié de spécifique puisqu'ils confondent, dans leur très grande majorité, la justice et la loi. Ils sont persuadés que la justice a pour but, via la détention, de les faire arrêter de boire alors qu'elle sanctionne leurs débordements. Tel est le point qu'il faut mettre au travail avec eux pour qu'ils puissent éventuellement se saisir à titre personnel de leur problème d'alcool.

## Mots-clés

Alcool – Groupe de parole – Prison – Loi – Justice.

Cet article présente en détail l'évolution des soins collectifs que nous proposons aux "détenus alcooliques" à la maison d'arrêt de Mulhouse. Cet établissement a une capacité d'accueil théorique de 16 places pour mineurs, 18 pour femmes et 289 pour hommes ; capacité déterminée selon la loi Bérenger du 5 juin 1875 imposant l'encellulement individuel. Du fait du ratio nombre de détenus/nombre de places trop élevé, cette loi reste inappliquée en France. De fait, la capacité réelle d'accueil est de 16 mineurs, 41 femmes, 539 hommes et, au moment où nous rédigeons ces pages, huit mineurs, 20 femmes et 429 hommes sont écroués.

Le présent travail concerne exclusivement la population masculine majeure chez laquelle un problème

## Summary

### Evolution of a talking group addressed to alcohol abusers within a remand center

The present paper describes the evolution of a discussion group specially addressed to abusers of alcohol within a remand center. Over time, we realized that these patients' specification, which is they have drunk until incarceration, had to be considered and questioned. In fact, they often confuse justice and law. Thus, they are convinced that justice aims, through detention, at stopping them drinking whereas justice only punishes their misbehaviours. This is the major point we have to work with them so that they can personally take on their alcoholic problem.

## Key words

Alcohol – Talking group – Prison – Law – Justice.

de consommation excessive d'alcool a été décelé. Ces personnes ne sont pas toutes alcoolodépendantes, mais ont toutes consommé abusivement avant de commettre des actes que la justice a estimés répréhensibles au point de les incarcérer.

Pour différentes raisons que nous exposerons, nous avons réfléchi aux moyens de faire évoluer ce que nous proposons à ces patients particuliers, en ceci que leurs excès de consommation les ont menés derrière les barreaux. À l'origine, il s'agissait d'un "groupe de parole standard" basé sur l'information et l'échange autour de thèmes traditionnels (éviter la rechute, vivre sans alcool, etc.). Au fil de notre réflexion débutée il y a deux ans, il nous est apparu que l'incarcération, en tant que conséquence de leur consommation, devait être interrogée. Il

nous semble que la conception que ces messieurs ont de la relation alcool /loi doit être travaillée parallèlement aux soins plus classiques d'information et de prévention.

## Dispositif de prise en charge des détenus dont la consommation d'alcool est excessive

---

Depuis la loi du 18 janvier 1994, l'organisation des soins en milieu carcéral est confiée au Ministère de la santé et ne relève plus de l'administration pénitentiaire. C'est donc aux hôpitaux qu'il incombe d'assurer cette mission via des unités sanitaires. À Mulhouse, l'unité sanitaire est de niveau I, ce qui signifie qu'il s'agit de soins ambulatoires. En plus des infirmier(e)s, médecins généralistes, psychiatres et psychologues, les locaux sont équipés pour des interventions de médecin addictologue, de dentiste, de gynécologue, de radiologue, d'ophtalmologue, de kinésithérapeute (actuellement, les services de médecin addictologue et d'ophtalmologue ne sont pas assurés). Les unités sanitaires de niveau II assurent des soins continus et possèdent donc des lits d'hospitalisation. Ces antennes de l'hôpital au cœur de la prison restent dépendantes du fonctionnement carcéral puisque des surveillants assurent la sécurité, ainsi que le transfert des détenus entre leurs quartiers de détention et l'unité sanitaire.

À son arrivée à la maison d'arrêt, toute personne, qu'elle soit en attente de jugement (mandat de dépôt) ou jugée et condamnée, est invitée à un "entretien arrivant" avec un(e) infirmier(e) à l'unité sanitaire. Les refus sont rares, et une première évaluation des consommations d'alcool et de toxiques est faite, évaluation qui si elle s'avère critique donne suite à un questionnaire plus approfondi, le score Face. Selon des statistiques officielles datant de 2003 (1), un tiers des détenus déclarait une consommation excessive d'alcool, à savoir une consommation supérieure ou égale à cinq verres par jour pour les hommes et trois verres par jour pour les femmes quand la consommation était régulière, et supérieure ou égale à cinq verres successifs au moins une fois par mois quand elle était irrégulière.

Les infirmier(e)s informent alors les détenus de la maison d'arrêt de Mulhouse de la possibilité de rencontrer un psychologue et/ou de participer à un groupe de parole, dans les deux cas sur la base du volontariat (le poste de médecin addictologue n'étant actuellement pas

pourvu). À ce stade, certains choisissent l'une des deux options proposées, mais presque la moitié (40 %) des personnes chez lesquelles une relation problématique à l'alcool a pu être décelée refuse toute démarche de soins.

Bien que leur motivation à participer au groupe soit gratifiée par l'obtention de remises de peine supplémentaires – RPS (2), le nombre effectif de participants au groupe de parole se réduit très largement à la veille de la première séance, et ce, pour trois raisons principales :

- Le jour de la première séance, certains refusent de venir lorsqu'ils sont appelés en cellule ; ce qui est leur droit le plus strict. On peut penser qu'ils n'ont pas osé dire lors de "l'entretien arrivant" qu'ils n'étaient pas intéressés ou ne se sentaient pas concernés.

- D'autres travaillent (ateliers, cuisines, mess, responsables d'étage, etc.) et il est fréquent qu'au motif de contraintes professionnelles, les surveillants qui les encadrent ne veuillent pas les libérer.

- D'autres encore ne sont tout simplement pas appelés par les surveillants chargés de les acheminer jusqu'à la salle. Précisons ici qu'une étude a révélé que "*l'organisation pénitentiaire est désignée comme la première difficulté*" (3) à la mise en place de projets quels qu'ils soient, et il est vrai que les soignants sont tributaires de l'administration pénitentiaire, ainsi que du bon vouloir des surveillants. Il est donc impératif, pour tout intervenant ne relevant pas de l'administration pénitentiaire, de redoubler de tact et de diplomatie avec les surveillants puisque même si les membres du corps soignant travaillent dans l'enceinte de la prison, ils restent considérés, plus ou moins consciemment, comme des "commensaux de la pénitentiaire".

Précisons enfin que les groupes de parole ne sont pas mixtes car, en vertu de l'article D-248 du Code de procédure pénale, le principe de non-mixité s'applique en milieu carcéral où "*les dispositions doivent être prises, lorsque des quartiers séparés sont aménagés au sein du même établissement, afin qu'il ne puisse y avoir aucune communication entre les uns et les autres*". De ce fait, il n'est pas possible d'organiser un groupe de parole destiné aux femmes car celles qui sont concernées par une problématique alcool ne sont pas suffisamment nombreuses.

## Description du groupe de parole

---

L'animation et la régulation sont assurées par un psychologue spécialement dédié aux questions d'addiction (0,2 équivalent temps plein) et une infirmière formée en

addictologie. Le turn-over des détenus en maison d'arrêt est relativement important car la spécificité de ces établissements est de recevoir les personnes en attente de jugement, les personnes qui après leur jugement ont soit un reliquat de peine inférieur à un an, soit sont condamnées à de courtes peines, et enfin celles qui sont en attente de transfert car condamnées à de longues peines. Aussi, nous avons opté pour l'organisation de sessions de cinq séances. Quatre de ces cinq séances ont des "contenus classiques" dans le sens où ce que nous proposons l'est aussi en établissement de soins alcoologiques (prévention, information, exercices de réflexion). Mais c'est celle que nous appelons la "séance surprise" (la quatrième) qui fut l'objet de nos réflexions et que nous avons fait évoluer au fil du temps. Ce groupe est fermé et limité dans le temps. Il a une visée éducative et de sensibilisation aux risques liés à une consommation abusive. Au cours de la première séance, les patients signent une feuille stipulant qu'ils s'engagent à participer aux cinq séances car nous souhaitons, en leur faisant apposer leur seing sur un document, les inciter à mettre en jeu leur parole. Toutefois, cela n'empêche pas une perte d'effectifs importante. Lors de chaque session, nous invitons une douzaine de personnes pour n'en retrouver plus que cinq ou six à la cinquième séance.

### **Première séance**

Il s'agit d'une séance de prise de contact où les animateurs se présentent, décrivent le déroulement des cinq séances et font état des consignes à respecter pour le bon fonctionnement du groupe (respect de la parole d'autrui et confidentialité des propos tenus). Lors de cette présentation, nous précisons que le contenu de la quatrième séance ne leur sera révélé que le jour même. Nous invitons ensuite les participants à dire un mot sur ce qui les a motivés pour participer au groupe de parole. Bien évidemment, nous ne leur demandons pas les motifs de leur incarcération, même si certains l'évoquent spontanément tandis que d'autres n'en disent rien. Cette première séance sert donc à les familiariser avec l'exercice du groupe de parole et à nous permettre d'identifier les dynamiques groupales, le but étant d'assurer une régulation aussi sereine que possible des séances suivantes.

### **Deuxième séance**

La séance numéro deux est la plus didactique puisque nous faisons une présentation sommaire des dégâts induits par l'alcool, au niveau somatique (cirrhose, varices

œsophagiennes, polynévrite, syndrome de Korsakoff, etc.), au niveau psychique (altération de la vigilance, de la lucidité, effet dépressogène, coma, etc.), au niveau traumatique (accidents domestiques, accidents de la route, violences diverses, etc.). Néanmoins, nous restons soucieux que cela reste un groupe de parole et que les patients évoquent au fur et à mesure du déroulement de la séance ce que toutes ces informations leur inspirent. Il est important que les patients ne vivent pas cet afflux d'informations comme un cours magistral, mais plus comme une ouverture à la discussion. À la fin de la séance, nous leur remettons un document récapitulatif.

### **Troisième séance**

Nous invitons les patients à lister les avantages et les inconvénients de la consommation d'alcool et nous retranscrivons le tout dans deux colonnes distinctes sur un paperboard. L'idée n'est pas ici de les convaincre que les inconvénients étant plus nombreux que les avantages, il est préférable de ne plus boire (d'autant plus que les colonnes se révèlent assez souvent équilibrées au vu des multiples "propriétés bénéfiques" de l'alcool : désinhibiteur, anxiolytique, antidépresseur, analgésique, soporifique, fidèle, etc.). Nous visons plutôt ici à pointer, et ce, comme résultat de leur propre travail de réflexion, que le prix qu'ils paient pour leurs excès est très lourd puisque, au final, ils y perdent beaucoup : travail, logement, revenus, estime de l'entourage, etc. Ceux qui ont une famille à charge la mettent souvent en grande difficulté.

### **Quatrième séance**

Cette séance est celle qui constitue le cœur véritable de cet article, celle qui fut l'objet de notre tentative d'innovation. Nous l'appelons "séance surprise" car nous précisons, lors de la présentation initiale, que le contenu ne leur en sera dévoilé que le jour J. À cette annonce, l'inquiétude est patente chez les patients puisque nous avons systématiquement droit aux plaisanteries classiques telles que : "ce sera un apéro ?" ou "il y aura des bouteilles auxquelles on n'aura pas le droit de toucher ?". Ces boutades traduisent bien en quoi recourir à l'alcool, voire même seulement à l'idée de l'alcool, est rassurant pour eux. En effet, il est incontestable que l'alcool est un prodigieux *pharmakon* pour ceux qui en abusent. Il est poison mais aussi remède du fait de ses propriétés précédemment énoncées. Ceux qui abusent

de l'alcool le font, dans les premiers temps, pour soulager des maux avant que l'alcool en génère de nouveaux.

C'est donc à propos de cette quatrième séance que nous avons expérimenté différentes options, et ce, sur une période de deux ans. Notre objectif était d'abord d'innover car certains détenus ont déjà fait des sevrages, des post-cures, et pour eux, l'essentiel de ce que nous proposions était connu. En second lieu, nous souhaitions aussi, nous soignants, échapper à une certaine routine, à une redondance des propos dans laquelle les malades d'alcool ont tendance à nous enfermer (5). Enfin, et motif principal, nous nous sommes demandé si le fait de boire au point d'être incarcéré ne devait pas être interrogé. Voici donc le fil de l'évolution de cette quatrième séance.

### Premier temps

Dans un premier temps, nous n'étions pas dans une optique de prendre en compte cette fameuse spécificité qu'est le lien entre alcool et rapport à la loi ; aussi, dans un but de proposer quelque chose d'un peu gai par rapport à la vie carcérale, nous leur avons diffusé des extraits de film. Des extraits qu'à dessein nous avons choisis plutôt légers, l'idée étant qu'en évitant les scènes trop violentes ou dramatiques, il nous serait plus aisé de nous dégager d'une logique moralisatrice à laquelle recourent certaines campagnes de prévention contre l'alcoolisme avec des images trash. Pour ce faire, nous avons projeté plusieurs extraits du film *À boire*. Ce film, bien qu'officiellement catalogué comédie, nous semble plutôt dramatique, même si certaines scènes prêtent à sourire. Édouard Baer y joue le rôle d'un médecin alcoolique, et certaines scènes nous semblaient tout à fait illustratrices de soucis liés à cette pathologie, tels que le déni, la perte d'emploi, la désagrégation de la cellule famille, les fréquentations alcooliques.

Par la suite, nous proposons aussi deux extraits burlesques, l'un de *Bienvenue chez les Ch'tis* (course de vélo alcoolisée) et l'autre des *Tontons flingueurs* (abêtissement lié à l'alcool) afin d'alléger l'ambiance. Le but, à l'issue de la projection de chaque extrait, était de les laisser associer librement sur ce que ces scènes leur évoquaient, mais l'expérience fut peu concluante. Les participants, malgré notre aide, étaient peu désireux de s'exprimer à partir de ces supports. Ils se contentaient de décrire les scènes, mais n'allaient pas au-delà ; ils ne les reliaient pas à leur propre vécu. Nous avons alors pensé que ces extraits les dérangent peut-être du fait de voir mises

en scène des situations peu glorieuses qu'ils avaient eux-mêmes vécues. Ils disaient que ce n'était pas le cas, mais la grande indifférence dont ils faisaient preuve laisse toutefois penser que la problématique alcoolique abordée de la sorte était trop abrupte. Aussi, le fait qu'ils disent ne pas se sentir concernés par les séquences proposées, ainsi qu'une logistique malaisée (à six ou plus pour regarder un écran d'ordinateur) nous ont incités à essayer autre chose.

### Deuxième temps

Une manière plus tempérée d'aborder la question consista, dans un deuxième temps, à leur proposer des citations ; des extraits d'auteurs évoquant l'alcoolisme et parfois même le leur. Nous pensions que les citations, parce que littéraires et nécessitant un effort d'attention, susciteraient une ouverture à la discussion. Voici quelques exemples de citations que nous proposons :

- *“Se peut-il que les hommes s'introduisent un ennemi dans la bouche pour qu'il leur vole la cervelle ! Et que ce soit pour nous une joie, un plaisir, une fête, un triomphe, de nous transformer en bêtes”*. (William Shakespeare, *Othello*, acte II, scène 3).

- *“Les grands ivrognes, ceux qui boivent tout le temps et ne font pas grand-chose d'autre, ceux qui jamais ne dessoûlent complètement, sont peut-être les derniers hommes libres”* (Gérard Oberlé. *Itinéraire spiritueux*).

- L'alcoolisme *“c'est d'abord un climat d'insécurité. Et cela, depuis l'enfance”* (Lucien, *L'enfant qui jouait avec la lune*).

- Nous les alcooliques, *“on est là où la souffrance est empêchée de faire souffrir”* (Marguerite Duras. *La vie matérielle*).

Nous pensions que les patients seraient peut-être interpellés par le caractère intrigant de ces citations, car pour la majorité, leur niveau d'instruction est peu élevé. Il est indéniable *“que la prison renferme une partie de la population la plus pauvre, que la société punit toujours ceux qui n'ont pas tous les moyens de pouvoir accéder aux richesses, à la connaissance, à la culture”* (6). Pourtant, nous avons osé Shakespeare ou Duras auprès de ces messieurs et le résultat de cette deuxième initiative s'est révélé mitigé. Conformément à ce que nous avions envisagé, les patients s'interrogeaient sur la forme et le sens des citations et, ensemble, ils tentaient d'en décrypter le sens, mais une fois la citation comprise, son sens éclairci, les débats se clôturaient aussitôt. Comme si le but du jeu était seulement de déchiffrer des hiéroglyphes. Là encore, ils n'associaient quasiment pas, comme si les citations ne les concernaient pas. De plus,

à la différence des extraits de film, il n'était plus possible d'évoquer ici une quelconque brutalité dans l'abord de leur problématique. Nous avons alors pensé que l'association libre était pour eux une pratique très inhabituelle et même si proposer des citations s'est révélé peu satisfaisant, nous n'avons pas renoncé à l'idée de les faire échanger avec plus de liberté et de spontanéité (nous sommes conscients qu'ici notre désir de soignants était bien plus impliqué que celui des patients).

### Troisième temps

Dans un troisième temps, avec toujours le même objectif, nous avons décidé de leur proposer une consigne simple : "aujourd'hui, vous êtes libres de parler de tout ce que vous souhaitez hormis d'alcool, de tout autre toxique et de détention". L'objectif était d'induire un décalage, un pas de côté par rapport à ce qu'ils vivaient au quotidien. Nous espérions qu'ils se saisiraient de cette consigne pour "s'évader" et évoquer d'autres choses... imprévues. Force est de constater que nos espoirs furent grandement déçus puisque les patients se sont retrouvés tout à fait décontenancés par la consigne. Nous n'avons tenté l'expérience qu'à deux reprises car le groupe se révélait incapable de partager autour d'un sujet quelconque (du football ou de la politique, sujets que nous suggérions parfois). La réalité de la détention revenait sans cesse dans leurs propos, et il est devenu évident qu'il leur était difficile de se départir de "*la contention psychophysique*" (7) propre à l'incarcération. Cette dernière semble à ce point pesante (même pour ceux qui la "vivent bien") qu'il leur est, de toute évidence, très difficile de se projeter vers un ailleurs, collectivement en tout cas. Nous avons donc envisagé suite à ces expériences jugées peu concluantes de leur permettre d'interroger ce dont découle leur situation de détenus : leur rapport à la loi.

### Quatrième temps

Dans un quatrième temps, nous nous sommes donc focalisés sur la spécificité des buveurs incarcérés, à savoir avoir enfreint la loi à de multiples reprises et/ou gravement. Rappelons ici que les motifs d'incarcération liés à l'alcool sont peu variés. On peut habituellement distinguer les infractions liées à la sécurité routière (depuis le conducteur alcoolisé multirécidiviste jusqu'à l'homicide involontaire) et les actes de violence (conjugale ou bagarres).

Notons ensuite que la seule levée de l'inhibition induite par l'alcool ne suffit pas à expliquer leurs comporte-

ments illégaux. La sanction pénale ne les arrête pas, alors que pour la grande majorité des consommateurs, même abusifs, elle a un effet dissuasif. Les buveurs connaissent les effets de l'alcool sur leur état de vigilance, leur jugement, leur humeur, mais ceux que nous rencontrons en prison font fi de ces éléments. Ils ont pris le volant alcoolisés et se sont fait arrêter plusieurs fois. D'autres ont provoqué des accidents de la route et d'autres disent encore "j'ai l'alcool mauvais" mais iront de façon récurrente consommer dans des lieux où ils croisent des personnes ayant elles-aussi l'alcool mauvais... d'où bagarres aux conséquences parfois graves.

De plus, nous avons constaté au travers des étapes précédemment évoquées une difficulté pour ces patients à se dégager psychiquement du réel de l'incarcération, comme si cette dernière encombrait largement leur espace psychique. Il est vrai que le temps passé en cellule est une réalité on ne peut plus tangible, car en maison d'arrêt, contrairement aux centres de détention ou aux centrales, les portes des cellules sont en permanence fermées et tout mouvement dépend des surveillants (douche, activités, etc.). Leur vie est à ce point différente de ce qu'ils connaissent à l'extérieur qu'il nous a semblé peut-être intéressant d'interroger ce qui les a menés en prison : non pas quels délits ils ont commis, mais quel rapport ils entretiennent avec la loi.

Nous avons donc décidé de leur proposer deux courts textes en lien direct avec la loi :

- "*Une personne trouvée en état d'ivresse dans les rues, chemins, places, cafés, cabarets ou autres lieux publics, est, par mesure de police, conduite à ses frais au poste le plus voisin ou dans une chambre de sûreté, pour y être retenue jusqu'à ce qu'elle ait recouvré la raison*" (Article L3341-1).

- "Dans le cadre du plan d'action pour la sécurité routière, la limite d'alcool autorisée est de 0,2 g/l d'alcool à compter du 1<sup>er</sup> juillet 2015. Au-delà de cette limite réglementaire, le conducteur alcoolisé encourt donc de lourdes sanctions..."

Ces deux extraits ont eu pour effet de libérer massivement la parole des détenus. Proposer cette thématique s'est apparenté à ouvrir soudainement des vannes à un ressentiment en attente de libération. En effet, tous avaient un avis à donner sur le sujet et même les taiseux du groupe se sont trouvés soudainement animés.

Dans leur très grande majorité, ils estiment qu'en tant que buveurs ils n'ont rien à faire en prison et motivent ce point de vue de différentes façons : "Quand les flics m'ont arrêté, c'est moi qui leur ai dit que j'avais bu car ils

ne s'en étaient même pas rendus compte" dit un monsieur multi-récidiviste ; "J'ai bu trois fois dans l'année et trois fois les flics m'ont arrêté" ; "Les juges aussi ils boivent" ; "J'ai des vaches dont je dois m'occuper ; mon père est en fauteuil roulant, qui va s'en occuper ?" ; "Les flics ont pas mieux à faire ; comme s'occuper des zones de non-droit où les gars tirent à la kalachnikov ?" ; "Il faudrait mettre des bus gratuits à la sortie des boîtes au lieu de planter quatre connards qui font chier tout le monde". Joly, visiteur de prison, évoque dans *De l'alcool à la prison* un "sentiment de révolte contre ceux qui l'ont envoyé ici. Qu'a-t-il fait après tout ? Il n'a pas tué ! Oui bien sûr, il a eu un accident, mais ce n'est qu'un peu de tôle froissée, ça ne vaut pas la peine de l'enfermer pour si peu. D'autres font bien pire. Les flics aussi il leur arrive bien de boire un coup de trop de temps en temps, non ?" (8).

Ces propos traduisent clairement le point de vue du groupe dans sa très grande majorité : la loi est mal faite. De la prison ferme pour avoir trop bu, c'est vraiment exagéré, et parce que c'est exagéré, c'est injuste. Dès lors, s'impose avec une logique implacable le raisonnement suivant : la loi est mal faite puisqu'elle est injuste. "C'est de soins dont j'ai besoin" ; "On aurait dû me faire faire une cure obligatoire".

Du fait de vivre leur incarcération comme injuste, ils interprètent aussi leur séjour en prison comme une volonté délibérée de la justice de les faire arrêter de boire. Selon eux, le(a) juge veut leur imposer l'abstinence par la contrainte. Bien évidemment, cette conception des choses ne facilite nullement la remise en cause de ces patients puisque, nous le savons tous, le soin alcoolique vécu comme contraignant, sous une pression extérieure, se traduit systématiquement par un échec de la prise en charge. D'ailleurs, ils disent souvent qu'ils vont fêter leur libération : manière pour eux de rendre la pareille à la justice.

Dès lors, il nous a paru nécessaire de leur signaler qu'ils confondent deux choses, la loi et la justice. La loi est un cadre, ni juste ni injuste, qui vient marquer une limite valant pour tous (aussi arbitraire qu'elle puisse paraître à chacun d'entre nous). La loi dit qu'il n'est pas interdit de boire, mais qu'il est interdit de prendre le volant si le taux d'alcoolémie dépasse 0,2 g/l de sang et cette distinction semble compliquée à saisir pour eux. La justice, elle, est en charge de faire appliquer la loi et est laissée à l'appréciation de juges, qui parce qu'humains interprètent la loi de façon nécessairement subjective.

Mais loi et justice sont deux choses distinctes et nous nous employons à mettre en travail ce point.

La question du positionnement des soignants est ici cruciale, car nous devons absolument éviter de nous retrouver en place de censeurs, juges ou moralisateurs. Et c'est précisément le cas s'ils nous perçoivent comme des incitateurs à ne pas boire puisque nous passons alors à leurs yeux pour des auxiliaires de justice, du côté de ceux qui les ont emprisonnés pour les faire arrêter de boire. Notre vigilance doit être extrême pour éviter tout positionnement moral vis-à-vis de ce qui peut être évoqué dans le groupe et susceptible de nous affecter (l'un des soignants a une fois laissé échapper qu'ils étaient, en tant que chauffards alcoolisés, des "meurtriers en puissance", propos qui ne conviennent pas à une position soignante). Le souci d'envisager ces personnes comme des patients et non comme des détenus doit rester permanent, et telle est la chose la plus délicate à gérer pour les animateurs du groupe. En effet, bien que ces messieurs soient derrière les barreaux à cause de leur consommation, on note chez bon nombre d'entre eux (motivés par la seule obtention de RPS) une vive résistance à admettre que leur relation à l'alcool soit problématique, ce qui si on y prend garde peut vite se révéler exaspérant pour les soignants.

Évoquons tout de même cette infime frange de patients qui font amende honorable, ceux qui reconnaissent leurs torts et estiment que la prison aura été la rupture dont ils avaient besoin pour endiguer une spirale infernale. Pour eux, l'incarcération a ceci de positif qu'elle induit un sevrage forcé leur permettant une prise de recul dont ils étaient incapables de leur propre chef. "Il fallait que quelqu'un m'arrête" est ici à entendre dans tous les sens du terme. Mais ces patients représentent une très faible minorité.

Dès lors, dans le cadre de cette quatrième séance, notre but est d'essayer de leur faire entendre que la loi n'interdit pas de boire, mais sanctionne certains comportements induits par l'alcool.

### Cinquième séance

Ainsi, est-il proposé aux patients lors de la dernière séance de faire le point sur ce autour de quoi nous avons échangé pendant quatre semaines. En tirent-ils des enseignements ? Voient-ils certaines choses les concernant de manière différente ? Dans cette séance,

les patients reprennent souvent ce qu'ils ont pu dire lors de réunions précédentes, mais la répétition a ici toute sa pertinence car elle vient "enfoncer le clou" d'une énonciation subjective. En effet, il n'est pas rare que les patients verbalisent dans le groupe ce qu'ils n'avaient jamais évoqué auparavant. À qui pouvaient-ils dire que devenus jeunes pères, ils devaient "arrêter leurs conneries", qu'ils rendent leurs proches malheureux, etc. Même s'ils en étaient conscients, depuis longtemps pour certains, le sujet n'avait jamais été parlé et encore moins devant une assemblée collégiale, un groupe de pairs. Comme nous le rappelle Lacan : "*ce qui est dit est de fait, du fait de le dire*" (4). Si donc toute parole une fois énoncée acquiert le statut de fait, alors on peut penser que, pour certains, leurs propos puissent avoir valeur d'inscription.

De plus, à l'issue de cette dernière séance, nous informons les patients des possibilités de suivis addictologiques extérieurs et leur proposons même, depuis l'unité sanitaire, de prendre rendez-vous avec une structure de soins avant leur libération.

## Conclusion

Nous sommes conscients que nos résultats ne sont indicatifs que de la proportion de patients qui a entrepris une démarche de soins effective (groupe de parole ou entretiens individuels), soit moins de la moitié (43 %) de ceux chez qui un problème lié à l'alcool a été repéré lors de l'entretien infirmier.

Si nous considérons que l'expérience a débuté au moment des premières modifications de la quatrième séance (passage des extraits de film aux citations), alors celle-ci débuta voici deux ans ; deux ans au cours desquels 14 sessions ont eu lieu (sept par an). Pour chaque session, nous invitions 12 personnes, mais en moyenne neuf se présentaient et six étaient encore présentes à la cinquième séance. Le nombre de personnes ayant suivi le cursus à son terme est donc de 84. Dans ce type d'expérimentation, il n'est guère possible d'évaluer l'impact des modifications apportées car, hormis ceux que nous croisons à l'unité sanitaire à l'occasion de nouveaux séjours carcéraux, nous n'avons plus aucune nouvelle d'eux. Toutefois, nous avons remarqué que proposer aux patients/détenus de verbaliser autour de leur consommation en lien avec la loi induit chez eux une vive mobilisation ; ils ont tous quelque chose à en dire.

De toute évidence, cette thématique les anime du fait de toucher un point de fragilité, un point d'incohérence. Du fait de leur conception biaisée du lien entre alcool et loi, ils ne saisissent pas la raison de leur séjour en prison (hormis ceux coupables d'homicide) car ils confondent incarcération et interdiction de boire, la détention étant à leurs yeux un moyen de les contraindre manu militari à ne plus boire. Pour les détenus malades d'alcool que nous avons croisés dans le cadre de cette expérience, force est de constater que la sanction pénale n'a pas l'effet escompté de les réinscrire symboliquement dans la société puisqu'ils se sentent, pour la grande majorité, injustement sanctionnés. La justice est à leurs yeux une institution partielle.

Dès lors, la proposition que nous faisons est la suivante : il nous semble important, en tant que soignants en alcoologie, de ne pas mettre au premier plan la question de l'arrêt de la consommation sous peine d'être assimilés à des auxiliaires de justice, à des représentants de l'ordre. Travailler sur les manières de boire différemment apparaît comme un préalable nécessaire à l'évocation de l'abstinence. Ceci revient à travailler avec ces patients particuliers deux choses en parallèle :

- 1) la minimisation des risques liés à une consommation excessive (y compris celui de "tomber en prison") ;
- 2) l'articulation alcool-loi pour tenter de dissiper des confusions contre-productives pour toute remise en question de leur consommation.

Ensuite seulement, la question de l'abstinence peut être débattue. ■

**Remerciements.** – Nous remercions chaleureusement Mme Sophie Marchina qui fut à l'initiative de nos réflexions avant que son parcours professionnel ne la mène hors des murs de la prison.

**Conflits d'intérêt.** – Les auteurs déclarent l'absence de tout conflit d'intérêt.

S. Déroche, D. Leibel, S. Rapp, P. Vogt, P. Greth  
Évolution d'un groupe de parole pour malades d'alcool en maison  
d'arrêt

*Alcoologie et Addictologie*. 2017 ; 39 (1) : 34-41

## Références bibliographiques

- 1 - Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques (DRESS). La santé des personnes entrées en prison en 2003. *Études et Résultats*. 2005 ; 386 : 12.
- 2 - République Française. Code de procédure pénal. Article 721-1 : *"Une réduction supplémentaire de peine peut être accordée aux condamnés qui manifestent des efforts sérieux de réadaptation sociale, notamment en passant avec succès un examen scolaire [...] en participant à des activités culturelles [...] en suivant une thérapie destinée à limiter les risques de récidive ou en s'efforçant d'indemniser les victimes"*.
- 3 - Dumas A, Michaud P. L'offre de soins en alcoologie en milieu pénitentiaire. *Alcoologie et Addictologie*. 2006 ; 28 (4 suppl.) : 62S-85.
- 4 - Lacan J. Je parle aux murs. Paris : Éditions du Seuil ; 2011. p. 67.
- 5 - Clavreul J. Le désir et la loi. Paris : Denoël ; 1987. p. 236 : *"[...] ces itinéraires sont extrêmement ternes, ce langage est d'une pauvreté accablante, ces discours sont dramatiquement inconsistants et sont des litanies dont la force ne résulte que de la monotonie"*.
- 6 - Clavairoly E. Soigner en prison ? Méziéu : Césura éditions ; 2013. p. 149.
- 7 - Legendre C, Maurion A. Milieu carcéral et espace thérapeutique. *L'évolution psychiatrique*. 1993 ; 58 (1) : 83-92. *"[...] la contention psycho-physique avec restriction de l'espace et des possibilités de mouvement, sur fond de scansion horaire quasi immuable, les fige dans une extrême dépendance, retour à un rythme qui est celui du nourrisson ou du malade hospitalisé"*.
- 8 - Joly C. De l'alcool à la prison : comment rompre l'engrenage ? Paris : Édition des écrivains ; 1998. p. 87.