

Vaccins en solde...

Nous ne nous laisserons pas berner par les « bons vœux » tactiquement formulés par le président de la République alors que tout nous pousse à craindre une accentuation de la régression des droits de plus en plus discriminante. Que nous laisse 2009 ? Pas grand chose à regretter, sinon la conclusion prévisible d'un des plus grands fiascos de l'ère médiatico/gouvernementale et probablement un triste record de la perte de confiance du pays tout entier dans les instances qui le gouvernent.

Le foie gras a supplanté la grippe et les files d'attente des gymnases se sont reportées sur les rayons jouets et les étals des nourritures d'exception, nettement plus satisfaisantes pour le moral des « ménages » que les vaccins multidoses distribués à grands renforts de publicité culpabilisante, multiquotidienne. Les consignes et autres leçons de morale du pouvoir ont observé la traditionnelle trêve des confiseurs et curieusement, la grippe elle-même, honteuse de tant de bruit pour rien, abandonne lâchement le terrain.

Voici donc venu le temps d'écouler ces fameux vaccins, ce qui ne devrait pas poser problème puisque les pays voisins envient notre stock et ne demandent qu'à les racheter. Roselyne Bachelot n'a pas dit si elle les soldera ni s'il y aura des enchères, mais on peut faire confiance à son bon sens commercial... Je me permets de lui suggérer d'en profiter pour écouler un peu de Tamiflu®, ou quelques millions de masques en faire des lots... Pour trois vaccins achetés, un Tamiflu® offert ? Ce serait moins choquant que la honteuse injonction de prescription faite aux généralistes par la DGS... qui persiste en nous promettant un retour de la grippe en mars...

D'autre part, l'épidémie dans les pays de l'autre côté, Australie et autres, a montré une gravité hélas totale pour ceux qui sont morts, mais très modérée pour plus de 99,99 % des autres, ce qui entretient le doute sur la nécessité d'un dispositif d'une telle ampleur. D'ailleurs, la ministre va faire un film pour mieux expliquer ça aux Français. Ainsi, le milliard et demi d'euros qu'a déjà coûté cette campagne indécente sera forcément dépassé, car la vingtaine de médecins et de pharmaciens qui vont participer à cette belle entreprise, ainsi que les cinéastes et autres intermittents du spectacle, vont évidemment demander à être grassement payés...

La pédagogie, voilà ce qu'ils avaient oublié... C'est comme pour la constitution européenne ou les décisions du Conseil constitutionnel sur la taxe carbone : si les français n'adhèrent pas, c'est qu'ils n'ont pas bien compris... La pédagogie vous-dis-je...

À l'ère d'un sécuritarisme galopant, la banalisation de l'enfermement pour la moindre incartade aux règles instituées est une aberration culturelle et sociétale. Les prisons sont surpeuplées et accentuent l'inadaptation sociale des incarcérés. La psychiatrie est mise en demeure par l'État de prédire la dangerosité des malades mentaux au risque de les condamner à la prison à vie. Entre surveiller et punir, comment faire pour mieux vivre ensemble ?

1. L'enfermement banalisé

10 Jacques-Armand Cardon, illustrateur

12 Entretien avec Ali
Propos recueillis par Sylvie Cognard
Libres confidences
La prison prive le détenu de sa liberté et de tout le reste.

15 Aïssa Lacheb-Boukachache
Fous et prison
Les anciens asiles sont fermés, mais les fous remplissent les prisons.

17 Elisabeth Maurel-Arrighi
Les conditions du recours à la contrainte

18 Philippe Bazin
Faces
Un lieu où vivent, en dehors du monde, des laissés pour compte de la société.

19 Olivier Boitard
1^{er} avril 2009

20 Didier Morizot
Les moutons s'en foutent
Quiproquos en service de psychiatrie, danger pour les patients.

22 Loïc Wacquant
Le ghetto, prison ethnoraciale
Aux Etats-Unis, le ghetto, comme la prison, stigmatise, contraint et enferme.

25 Marianne Bailly
On ne peut rien faire !
Le désarroi des proches qui veulent aider une personne qui délire.

26 Sonia Gomar
Une dimanche à Maison-Blanche
L'enfermement en psychiatrie marque durablement les proches.

28 Jean-Pierre Martin
Psychotiques à la rue
La violence de vivre à la rue.

30 Alain Buzaré et Anne-Hélène Boursier
Nuit sécuritaire et brouillard
Considérations politiques à partir du cas clinique d'un psychotique ayant tué.

32 Franck Chaumon
La psychiatrie sous contrainte
La folie sécuritaire a envahi le monde psychiatrique.

34 Alain Chabert
Enfermés dans le modèle
Fiction : Albert s'intéresse à la psychiatrie et à la liberté.

2. Des soignants sous contrainte

38 Loïc Wacquant
Aberration carcérale
La prison ne résout rien au problème de la délinquance, mais aggrave les inégalités sociales et dénie l'idéal de la justice.

41 Olivier Boitard
Lettre cachée, lettre de cachet
Comment l'autorité administrative prend le pas sur l'autorité judiciaire.

44 Alain Brossat
Brave M. Bystrom
Abolir la peine de mort n'a pas rendu les prisons plus humaines.

46 Hugues de Suremain
Le traitement différentiel des détenus
Changement de règles au sein de l'Administration pénitentiaire.

49 Anne Perrault Soliveres
Détache-moi
L'organisation des soins à l'hôpital général ne tient pas compte des patients atteints de troubles du comportement.

50 Pascale Giravalli et Sophie Sirere
Enfermez-les donc tous !
Contrainte du temps, de l'espace, du corps, la prison aggrave la folie.

54 Chandra Covindassamy
Enfermements et enfermement
Surveiller et punir : les maîtres mots de notre époque.

56 Claire Gekiere
On enferme à l'hôpital public
Hôpital psychiatrique : retour à l'enfermement.

57 Yveline Frilay
Un hôpital psy à ciel ouvert

58 Christiane de Beaurepaire
Folie et misère en prison
De la difficulté à soigner les « âmes » des prisonniers malades de l'exclusion.



Compléments du dossier

Vous trouverez sur le site la version intégrale des articles de Loïc Wacquant (page 22), Christiane de Beaurepaire (page 58), ainsi que les articles de Claire Gekiere « **Rétention de sûreté : retour sur la loi polémique** » (texte adapté d'une Conférence organisée par le GENEPI le 7 avril 2008 à Grenoble) et de Roger Theyssandier « **Enfermés sans frontière** » (Un séjour en Afrique, comme alternative à la prison, pour de jeunes délinquants).

MAGAZINE

3. Une voie sans issue

- 62 Haud Guéguen
La destruction du possible
Enseigner en prison, alors que les détenus n'ont pas d'autonomie d'action, est-ce possible ?
- 64 Antoine Machto
Soins psychiques « sous contrainte »
La banalisation de la contrainte en psychiatrie modifie la façon d'organiser l'accueil.
- 66 Eric Bogaert
Mais que fait la psychiatrie ?
La psychiatrie est menacée dans sa fonction de soin.
- 69 Aude Lalande
La prison, vieille idée
Les Hollandais n'arrivent plus à remplir leurs prisons.
- 70 Nicolas Frize
L'acte de la création
L'artiste intervenant en prison amène l'extérieur, rétablissant une circulation.
- 71 Sylvie Cognard
Visite à ma mère
Les personnes âgées cherchent parfois à fuir la maison de retraite...
- 72 Philippe Bernier
Le panépipistémon
Un vent managérial souffle sur l'école.
- 74 Denis Lemasson
Enfermé dehors, l'homme invisible
Le récit du crime du jeune Afghan Zadrán.
- 76 Didier Ménard
La mort de S. à Fleury Mérogis

4 Société

Marie Kayser – **Accès au soin. Un droit non respecté en Europe/en France**

5 Nouvelles de la diffusion – Offre spéciale à nos fidèles lecteurs

6 IDÉES

Christiane Vollaire

Hors-champ

Le hors-champ rend impossible un regard extérieur sur l'espace de l'enfermement, livrant les sujets à l'arbitraire.

78 ACTU

Martine Devries – **Que sont les migrants devenus ?**

Marie Kayser – **Supprimer pour faire taire**

Une nouvelle loi d'élimination

Distilbène : une avancée pour les victimes

Prévention de l'obésité sous tutelle

L'Équateur défie l'industrie pharmaceutique

À Paris, l'hôpital public étranglé

La politique du salami

Deux décrets ressuscitent Edvige

83 SANTÉ AU TRAVAIL

Noëlle Lasne

Les créances irrécouvrables du travail

86 SANTÉ MENTALE

Eric Bogaert

Santé mentale ou psychiatrie ?

88 SANTÉ PUBLIQUE

Philippe Foucras

Grippe H1N1 : le syndrome de Pierre et le Loup

89

Erratum

90 SANTÉ MENTALE

Alain Quesney, Dominique Le Houezec, Jean-Pierre Lellouche

Quand le système de santé est grippé

92 SANTÉ DES FEMMES

Espace Vie Adolescence

L'enfermement des filles

Martine Lalande et Christian Bonnaud

Vers des maisons de santé des femmes ?

Marie Kayser

Non, ma fille tu n'iras plus avorter à l'hôpital public

Accès aux soins

Un droit non respecté en Europe

■ Marie Kayser, médecin généraliste

§ Accès aux soins, immigration ; § Sans papiers

Selon l'enquête récente¹ menée auprès de personnes sans-papiers : 65 % des personnes rencontrées ont au moins un problème de santé dont le traitement est souhaitable, voire nécessaire (29 %) ou indispensable (21 %). Les enfants et les femmes enceintes sont fortement touchés : la moitié des femmes enceintes n'a aucun suivi de grossesse.

80 % des personnes ne bénéficiaient d'aucune prise en charge financière de leurs soins lors de leur dernière maladie du fait de lois restrictives (cf. encadré) du manque d'informations, de contraintes administratives, voire de pratiques discriminatoires dans le système médical.

Pourtant, l'accès aux services de santé constitue un droit fondamental selon la Charte des droits fondamentaux de l'Union européenne.

Plus de la moitié des personnes sans papiers évoquent des motifs d'émigration liés à des questions économiques, mais aussi, pour 26 %, des motifs donnant théoriquement droit à l'asile politique. Seules 6 % d'entre elles citent des raisons de santé.

La majorité a subi des violences qui ne s'arrêtent pas à l'arrivée en Europe. Ils vivent dans la crainte des arrestations et dans un isolement qui les rend plus vulnérables. Logements insalubres, travail de nuit et dans de mauvaises conditions mettent leur santé en danger ; la moitié travaille et parmi eux, 37 % travaillent plus de dix heures par jour. La santé des enfants est affectée par les conditions de vie précaires et la crainte d'une séparation familiale.

D'autre part, le rapport relève l'aggravation de la situation des citoyens européens pauvres depuis l'adoption de la directive européenne de 2004 : elle conditionne le séjour de plus de trois mois à la possession de « ressources suffisantes afin de ne pas devenir une charge pour le système d'assistance sociale de l'État membre d'accueil au cours de son séjour, et d'une assurance maladie complète dans l'État membre d'accueil ». Ces citoyens européens se retrouvent dans la même situation que les sans-papiers extracommunautaires. ■

■
1. 2^e Rapport de l'Observatoire de l'accès aux soins de Médecins du Monde : enquête auprès de 1218 adultes dans 31 villes de 11 pays européens. www.mdm-international.org/IMG/pdf/MdM_-_Dossier_de_presse_-_FR.pdf

Des lois prévoient des systèmes de prise en charge de tout ou partie des coûts pour les sans-papiers qui ne peuvent pas payer en Belgique, Espagne, France, Italie, Pays-Bas et Portugal. En Allemagne, Grèce, Suède et Suisse l'accès aux soins est essentiellement limité aux urgences. Au Royaume-Uni les médecins généralistes peuvent accepter ou non l'inscription des sans-papiers pour l'accès gratuit aux soins de première ligne, mais aucune prise en charge pour les soins de deuxième ligne n'est prévue.

Un droit non respecté en France¹

Les personnes d'origine immigrée, qu'elles soient naturalisées ou non, ont un taux de recours plus bas au généraliste et surtout au spécialiste que celles qui sont nées en France et de nationalité française. Ceci s'expliquant davantage par leur situation sociale défavorisée que par des différences d'âge, de sexe ou d'état de santé. À noter : 35 % des immigrés étrangers et 20 % des immigrés naturalisés ne disposent pas de couverture complémentaire, contre 7 % des Français nés en France.

Les auteurs distinguent plusieurs types de discriminations : application par le médecin du principe de « préférence nationale ou raciale », prise en charge en fonction de stéréotypes liés à l'origine ou à la catégorie sociale (rapport au corps, compréhension, obser-

vance des traitements prescrits). L'orientation de la stratégie diagnostique et thérapeutique selon les patients pourrait avoir un effet positif sur les inégalités de santé, mais les résultats en terme de dépistage ne sont pas probants : les immigrés étrangers et naturalisés sont moins souvent dépistés que les français d'origine que ce soit pour l'hépatite C (respectivement 11,5 % et 14 %) et pour le VIH-Sida (30 % et 37 %). ■

■
1. *Question d'économie de la santé*, n° 146, septembre 2009, « Recours aux soins de ville des immigrés en France », Paul Dourgnon, Florence Jusot, Catherine Sermet, Jérôme Silva. www.irdes.fr/Publications/Qes/Qes146.pdf

OFFRE SPÉCIALE À NOS FIDÈLES LECTEURS

- Vous parlez de *Pratiques* à vos proches, vos amis, vos étudiants, vous souhaitez leur en faire partager le plaisir,
- Votre collection de *Pratiques* est incomplète, vous souhaitez en combler les creux,
- Vous voulez occuper utilement vos patients dans votre salle d'attente, alors

CETTE OFFRE EST FAITE POUR VOUS !

Pratiques met en vente les numéros 1 à 31, **par lots de 4**, à choisir dans la liste ci-dessous, à l'exclusion bien sûr des numéros épuisés ¹.

Ces lots sont vendus au prix global de **30 euros seulement** (frais de port compris), soit 40 à 50 % de réduction par rapport au prix de vente à l'unité (ceux-ci sont en vente, sous forme de fichier .pdf, sur le site <http://www.pratiques.fr/-Les-numeros-epuises-.html>).

Dépêchez-vous, il n'y en aura pas pour tout le monde !

BULLETIN À PHOTOCOPIER OU DÉTACHER ET NOUS RENVOYER

Nom Prénom

Profession

Adresse

Code postal..... Ville

Tél. Fax

E-mail

J'entoure les numéros que je choisis ci-dessous :

N° 1 La société du gène	N° 3 Penser la violence	N° 4 Santé et environnement	N° 5 La santé au travail	N° 6 Sexe et médecine
N° 7 La responsabilité du médecin	N° 8 La santé n'est pas à vendre	N° 9 L'hôpital en crise	N°10 Folle psychiatrie	N° 11 Choisir sa vie, choisir sa mort
N° 12 L'information et le patient	N° 13 La médecine et l'argent	N° 14/15 Profession infirmière	N° 18 Quels savoirs pour soigner ?	N° 20 La santé des femmes
N° 21 Le médicament	N° 22 La santé, un enjeu public	N° 23 Ils vont tuer la Sécu !	N° 24 Le métier de médecin généraliste	N° 25 Hold-up sur nos assiettes
N° 26 L'exil et l'accueil en médecine	N° 28 Les pouvoirs en médecine	N° 29 Guide pratique de résistance	N° 30 Les sens au cœur du soin	N° 31 Justice et médecine

Je joins : mon chèque de 30 € à l'ordre de *Pratiques* et j'ai bien noté qu'une facture me sera adressée à réception de mon règlement.

Attention : le N°double 14/15 compte pour double.

Hors-champ

Christiane Vollaire, philosophe

C'est la présence des autres voyant ce que nous voyons, entendant ce que nous entendons, qui nous assure de la réalité du monde et de nous-mêmes. (...) Mais ce monde commun ne peut résister au va-et-vient des générations que dans la mesure où il paraît en public. C'est la publicité du domaine public qui sait absorber et éclairer d'âge en âge tout ce que les hommes peuvent vouloir arracher aux ruines naturelles du temps¹.

Arendt dit ici en quelques mots ce qui est l'enjeu existentiel d'une vie publique dans l'espace social commun : tout simplement la certitude d'exister. Et cet enjeu existentiel est dans le même temps un enjeu politique. L'espace commun n'est pas naturel, puisqu'il est au contraire « arraché aux ruines naturelles du temps ». Il se construit collectivement comme une lutte permanente contre l'entropie, comme une force de résistance à l'effet naturel de chute et de désagrégation. C'est parce qu'il y a vie collective, échange, relation, qu'il peut y avoir certitude d'être, et nécessité d'être en commun.

Le délit est précisément ce qui est supposé faire effraction dans cet espace public, ouvrir une brèche qui rompt le commun et déchire l'espace de socialité. Il signale une défaillance dans la perception du commun.

Par quelle aberration la sanction qui prétend y répondre peut-elle donc se présenter, dans la peine d'enfermement, comme la répétition même de cette rupture, la reproduction délibérée des conditions d'une disparition de l'espace commun ?

L'irrationalité carcérale

Ce qu'on veut interroger ici, ce ne sont pas seulement les effets destructeurs de l'incarcération, mais sa fondamentale irrationalité : pour stigmatiser chez un sujet le caractère asocial du geste transgressif, on le désocialise délibérément. Pour lui signifier les règles d'une vie commune, on le livre à l'exceptionnalité d'une vie recluse. Pour le convaincre de la légitimité du droit commun, on le soumet à l'arbitraire d'un espace totalitaire.

Prétendant réintégrer dans le champ de la vie sociale un sujet désocialisé par son délit, la prison le met radicalement hors-champ, et l'expose, par là-même, à la dérégulation interne violente de l'espace-temps carcéral. Car le hors-champ n'est pas seulement un espace d'isolement, c'est un espace de désolation et d'abandon à tous les abus, dans le temps le plus accru de la surveillance et du contrôle.

Ce hors-champ est un huis-clos, dans lequel le droit de regard extérieur est quasiment inexistant. Un huis-clos quotidien et sans médiation entre le prisonnier et ses gardiens. Un huis-clos dans lequel l'administration carcérale est toute-puissante, sans réel contre-pouvoir, pour exercer sa souveraineté et imposer son arbitraire : toute autorisation d'activité ou de communication passe par elle. Le prisonnier est aliéné à ses géoliers avant de l'être à son espace.

Ce qui est donc absent de cet espace, c'est d'abord un droit de regard. Le photographe Mathieu Perrot rend sensible cette absence dans le livre *Hautes surveillances*, paru en 2004. Il se divise en quatre parties : Promenades, Panoptique, Portes, Les Hurlleurs. Seule la dernière est en couleurs, c'est celle qui est prise du dehors.

Les hurleurs

Les regards des hurleurs sont tous dirigés vers un hors-champ : celui de la prison. Et ils s'adressent tous à quelqu'un : le proche incarcéré (compagnon, père, fils, frère, ami), qu'ils ne peuvent pas voir, et dont ils ne peuvent se faire entendre qu'en hurlant. Hors-champ aussi parce que hors de portée de voix. Chaque hurleur est seul à l'image, le corps tendu dans l'effort de son cri, silhouette nette, sculpturalement détachée sur un fond désolé (mur, terrain vague, habitat informe). Comme un guetteur, ou le relais symbolique d'une présence disparue de l'espace commun, ils disent à la fois l'impossibilité d'atteindre la personne, et la nécessité de l'assurer de sa présence au monde. La nécessité que le lien affectif puisse encore faire signe d'un monde partagé, d'un champ commun contre la réalité du hors-champ.

Ou, comme l'écrit l'historien Philippe Artières dans la préface :

Ces voix font ainsi exister non le stigmatisme mais l'individu. Elles disent ce que l'on tait, elles se substituent à l'appel réglementaire. Les hurleurs refusent la tête basse de la file d'attente ; ils refusent l'ordre de la parole contrôlée du parloir. Ils refusent le silence honteux. Ils se tiennent debout².

C'est sur le double sens de ce « silence honteux » qu'il faut revenir ici. Artières présente le geste des hurleurs comme un geste de solidarité dans toutes les dimensions du terme : solidarité affective avec le proche incarcéré, mais aussi retissage du lien social que la prison vise à détruire. Et ce retissage passe, de la façon la plus immédiate et la plus

vitale, par le cri. Mais le silence que brise ce cri n'est pas seulement celui du hurleur : c'est le silence de l'institution. Et de ce fait, la honte n'est pas seulement celle que les proches seraient supposés éprouver. C'est bien plutôt d'abord celle de l'administration. Est honteux ce qui ne peut ni se montrer ni s'avouer, et use donc du silence comme d'un paravent de l'inavouable. Or c'est précisément cette volonté d'occultation qui caractérise le système carcéral. Ce que dit encore Philippe Artières :

Qui connaît autre chose des maisons d'arrêt et des centrales que leurs murs opaques ? Notre vision ne va jamais au-delà ; ainsi est-ce toujours la même représentation de la prison qui nourrit nos imaginaires : un lieu obscur, un objet trouble³.

Cette lutte permanente contre l'injonction de se cacher, de s'absenter, de disparaître de la surface du monde, c'est la tâche quotidienne du prisonnier pour rester en vie, la résistance qu'il doit mettre en œuvre pour rester présent à un monde qui le nie. Cette volonté-là, Mathieu Pernot en enregistre la trace photographique à même les murs de la prison :

Les murs des cours de promenade sont parsemés de graffitis, de dessins, de messages inscrits par les détenus. Ils sont de véritables surfaces sensibles, des espaces d'inscription leur permettant de fixer leur passage, d'enregistrer le fait qu'un jour, en un lieu, ils sont passés par là. Creuser quelques mots dans la pierre ou le béton constitue un acte très proche de l'enregistrement photographique, une façon de laisser une trace, d'affirmer un « ça a été » ou « j'ai été là »⁴.

Ne pas disparaître

Il établit ainsi un parallèle entre son geste de photographe et l'objet même de la photographie : le « ça a été » se réfère à *La Chambre claire* de Roland Barthes, où celui-ci désignait l'une des fonctions photographiques comme celle de l'enregistrement des traces. Le prisonnier qui signe sa présence au monde par le graffiti produit ainsi l'équivalent du geste photographique comme geste existentiel d'assurance de sa propre réalité. Et les photographies qui constituent cet ouvrage nous apparaissent comme une véritable triangulation de la résistance à l'espace délétère de la prison : celle des graffeurs, celle des hurleurs, celle du photographe, tentant de transgresser la honteuse injonction au silence de l'espace carcéral.

De cette volonté de faire trace en brisant le silence témoigne aussi, sur un autre registre mais avec la même intensité, le philosophe Bernard Stiegler. Incarcéré pendant cinq ans dans sa jeunesse pour un délit de droit commun, il met en évidence cette volonté vitale de faire présence, de faire trace dans

un monde commun pour surmonter la permanente injonction à l'absence, qui sera pour lui la première occasion de passer à la philosophie :

Jeus la présence d'esprit de me mettre à lire et à écrire, sécrétant autour de moi un milieu hypomnésique intime, et cependant déjà en voie de devenir public. (...) Si cela ne s'était pas produit, je serais devenu fou ou totalement asocial. (...) Je déposais chaque jour les traces sur le papier, comme un escargot bavant sur un mur⁵.

Et, de fait, je n'ai pu tenir – et continuer d'avoir lieu – qu'en constituant et reconstituant quotidiennement la localité artificielle de mon écriture et de mes lectures⁶.

La bave de l'escargot comme trace organique de soi-même, c'est la possibilité d'« avoir lieu », de s'inscrire dans un espace-temps, de participer au monde commun, de « devenir public » en dépit de la réalité même de la réclusion, pour simplement rester vivant.

Stiegler ne présente pas le temps de la prison comme un temps qui lui est donné pour lire et écrire. Il présente au contraire la lecture et l'écriture comme des « passages à l'acte », littéralement arrachés à l'anéantissement de la prison. Comme des réactions vitales à un milieu fondamentalement destructeur.

Le prisonnier est celui dont la destinée institutionnelle est tout simplement la disparition. Et il faudrait être aveugle pour voir dans cette institution l'espace possible d'une réhabilitation. Quand elle a lieu, c'est toujours contre l'institution, jamais par elle. Et c'est bien là le second et le vrai motif de la honte : non pas celle des prisonniers, mais celle de l'institution elle-même, qui se sait vouée à détruire ce qu'elle prétend reconstruire. Et ne peut donc le faire que dans le silence de l'occulte.

L'hostilité de la honte

Demandant à voir notre ami P.B. mis à l'isolement en hôpital psychiatrique, nous nous heurtons à des personnels non pas attentifs et soucieux, mais systématiquement hostiles. Demander de ses nouvelles, demander à le voir, demander à lui parler, demander qu'on lui transmette un message d'amitié, c'est déjà affirmer un droit de regard sur ce qui ne doit pas être vu. C'est mettre les personnels en mesure de prendre conscience de l'écart considérable entre leur prétention à soigner et la réalité du traitement qui est infligé par l'isolement : la privation relationnelle, la contention, la possibilité de la maltraitance hors de tout regard extérieur. L'ouverture au pire que constitue toujours la fermeture du hors-champ. Quand il réapparaîtra, temporairement relâché par le service, ce sera sous la figure du détenu de camp de concentration, le crâne rasé, les poignets tumé-

.../...

.../... fiés, le corps sale et amaigri, l'air absent de celui auquel on a dénié toute possibilité de présence au monde commun.

Cette hostilité de la honte qui va toujours de pair avec l'occultation de la violence, on peut la reconnaître aussi bien dans les comportements des administrations pénitentiaires, que dans ceux des institutions hospitalières qui gèrent la réclusion, et dont le sociologue Erving Goffman a produit dans *Asiles* une redoutable analyse. L'opposition que Goffman établit entre la « vie normale » et la « vie recluse » tient en effet en deux points :

– La vie recluse brise la séparation normale entre les différents champs d'activité (dormir, se distraire, travailler) en supprimant à la fois la diversité des lieux (puisque tout est inscrit dans le même cadre) et la diversité des partenaires (puisque le sujet est confiné dans un environnement humain unique et constant).

– La vie recluse creuse le fossé entre dirigeants et dirigés, puisque ces derniers se perçoivent eux-mêmes en position de faiblesse et de déchéance, c'est-à-dire à la fois de dépendance et d'infériorité constante par rapport aux premiers, qui ont l'avantage corrélatif de la force et de l'autorité.

Les dirigeants (ou exécutants de la direction) d'un système de réclusion n'étant pas eux-mêmes reclus, définir la réclusion comme caractérisant non seulement le mode de vie, mais la représentation de soi et conditionnant tous les registres affectifs et existentiels, c'est établir entre dirigeants et reclus une différence de nature, la conscience de ne pas appartenir à la même humanité.

Les formes diversifiées du huis-clos

Le système de la réclusion est donc par excellence un système discriminant, dans lequel il n'y a plus de commune mesure entre deux normes de l'humanité, et dès lors plus d'identification possible entre l'une et l'autre. Un système qui, par définition, abolit le registre de la « compassion » au sens propre ; c'est-à-dire, au contraire de l'apitoiement hiérarchique et misérabiliste, la simple faculté d'éprouver la douleur de l'autre comme sienne, ou sa déchéance comme potentiellement réalisable en soi, et rationnellement envisageable. Ce que dit Primo Lévi du regard concentrationnaire dans *Si c'est un Homme*, « regard échangé comme à travers la vitre d'un aquarium entre deux êtres appartenant à deux mondes différents », peut ainsi s'appliquer mot pour mot à certaines formes du regard hospitalier, comme à la plupart des formes du regard carcéral.

Mais le huis-clos familial peut produire rigoureusement les mêmes effets : combien d'appartements douillots où l'inceste se produit par l'exi-

gence même du respect de la vie privée, et le pré-supposé de la bienveillance parentale ? Combien de lieux anodins, supposés heureux, où le hors-champ autorise, sans recours possible, tous les abus ? Combien d'omertés sur les comportements violents, ou simplement pathogènes, des personnes ayant autorité, au nom même de leur respectabilité ?

Dans *Family Life*, sorti en 1969, Ken Loach mettait en évidence ce simple enfermement mental que peut constituer la rigidité du comportement maternel, produisant des formes de maltraitance psychique très insidieuses, difficiles à désigner, et sur lesquelles aucun droit de regard ne peut réellement s'exercer. Et un film récent de Michaël Hanecke, *Le Ruban blanc*, montre la clôture sans merci que peut provoquer l'autorité paternelle dans ses effets de culpabilisation.

Le hors-champ, l'impossibilité du regard, la distanciation de la honte, produisent l'éviction du champ de l'espace public beaucoup plus sûrement que toutes les clôtures qui le traversent et le circonscrivent. A cet égard, la prison est non pas par accident, mais dans son essence même, le lieu d'un déni du politique. Elle est la figure d'une mise en échec de la socialité. Elle est en outre, et a toujours été, porteuse des effets de la discrimination raciale comme de la discrimination sociale, redoublant les processus de ghettoïsation de l'espace public.

S'il est question de « lutter contre la délinquance », on constatera d'abord que les formes de délinquance les plus puissantes et les plus violentes viennent de ceux-là mêmes qui préconisent les politiques les plus répressives. Des milieux mêmes qui refusent les politiques égalitaires de prévention sociale qui pourraient rendre obsolète, dans la plupart des cas, le désir rageur du passage à l'acte.

De la circulation des personnes, de l'échange des idées, dépendent toutes les formes de la vitalité, familiale sociale ou politique. Provoquer délibérément, massivement, leur rétention, c'est renoncer à l'idée même d'une vie politique possible. ■

1. Hannah Arendt, *La Condition de l'homme moderne* (1958), Éd. Pocket Agora, 1994, p.92-95.

2. Philippe Artières, « Lignes de fuite », in Mathieu Pernot, *Hautes surveillances*, Actes Sud, 2004, p. 8.

3. *Ibid*, p. 9

4. « Les prisons photographiques », entretien avec Mellany Robinson, *op. cit.*, p. 75.

5. Bernard Stiegler, *Passer à l'acte*, Galilée, 2003, p. 42

6. *Ibid*, p. 55.

L'enfermement

Comment aborder la question de l'enfermement du point de vue de la santé, alors que la contrainte s'abat sur les soignants amenés eux-mêmes à contraindre les délinquants à se soigner ?

L'idéologie sécuritaire, surfant sur la peur alimentée par la médiatisation à outrance de faits divers spectaculaires, établit la pratique de l'enfermement comme réponse systématique à toutes les tensions sociales, qu'elle concerne des formes mineures de délinquance ou les formes les plus complexes de la pathologie mentale.

La surpopulation carcérale (62 181 détenus pour 54 974 places), une confusion discutable entre déséquilibre mental et responsabilité pénale, le déni des droits de la personne incarcérée viennent de s'alourdir de la dernière grande illusion : les soins sous contrainte.

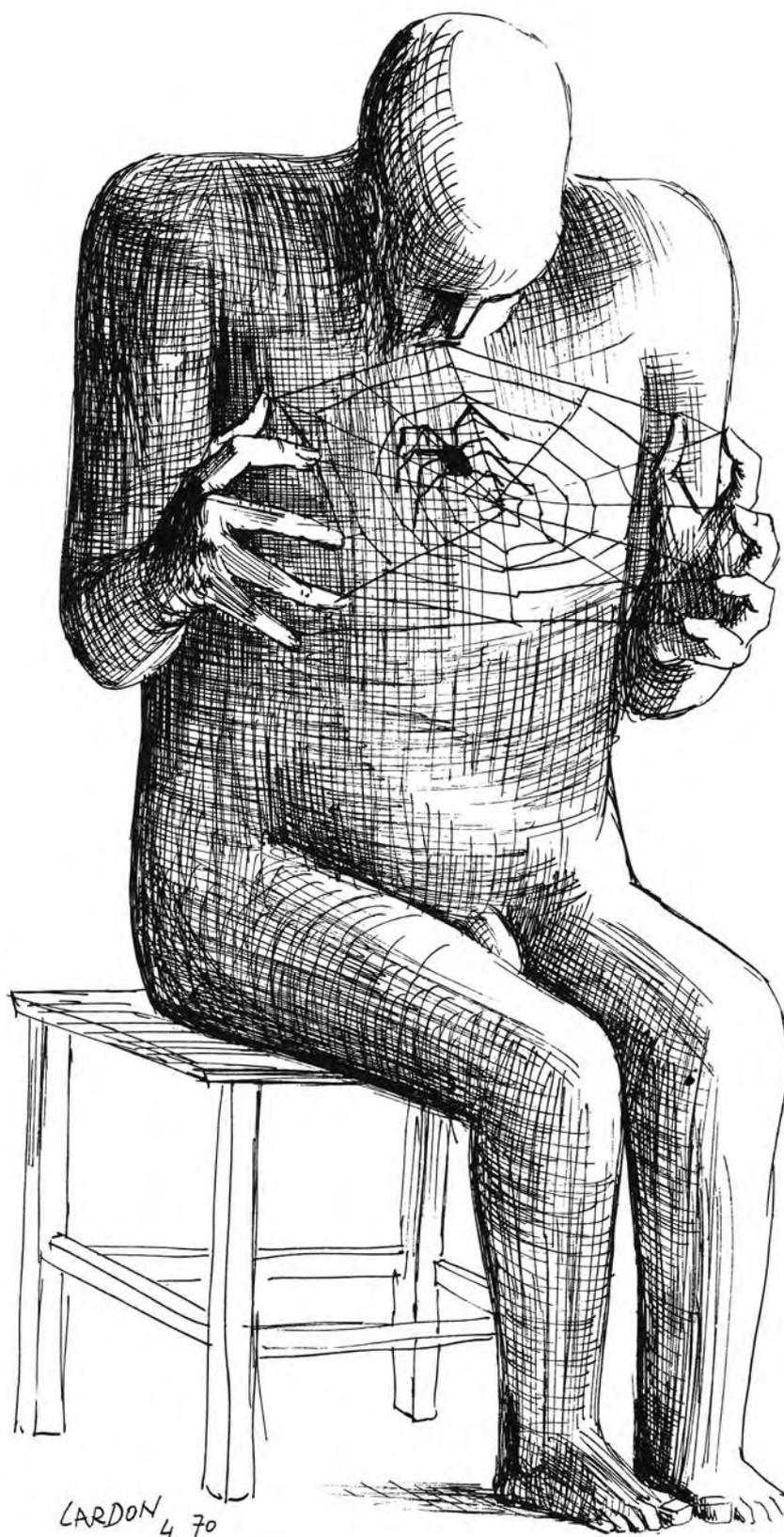
Les dégâts commis par la détention sur l'équilibre mental des personnes recluses ainsi que leur désocialisation font que, une fois purgée la peine, on constate leur incapacité à reprendre pied après une longue réclusion. La mise à l'écart de l'espace social d'un certain nombre de sujets, retranchement qui se veut, socialement ou psychologiquement, thérapeutique, est en réalité constamment pathogène ou porteur de risques. Cette pathogénie, à la fois sociale et mentale, des multiples formes de la réclusion doit être prise en considération.

Ce dossier questionne la pratique de l'enfermement à partir des expériences de terrain de soignants, juristes, prisonniers, reclus psychiatriques, retenus déboutés du droit d'asile, chercheurs et autres intervenants. Il s'inscrit dans l'histoire de la prison, dans celle des hôpitaux, des centres de long séjour, des centres de rétention, des asiles ou des ghettos.

L'enfermement, en déniait le principe de la nécessité de la présence d'un sujet dans l'espace public, sous-estime sa possibilité de changer. Mortifère par excellence pour la défense et la protection des personnes, le déni du droit de regard extérieur sur le fonctionnement interne de l'institution affecte toute possibilité d'évolution de la société quant aux conditions de détention.

La nécessité vitale de l'échange entre les sujets dans l'espace public fait que la restriction imposée de la liberté de mouvement ne peut jamais constituer, en soi, une solution.

BR
EF
S
S
D
O
S
D



Cardon nous a ouvert les pages de son catalogue. Ses dessins, malgré le pessimisme qui s'en dégage, ne sont pas tristes : l'humour y reste présent, proche de celui, noir, des surréalistes. Des êtres accablés sont au bord de la révolte : tout pourrait basculer, ces hommes qui vivent chacun dans leur casier sont sur le point de briser les murs qui les séparent...

- *Cardon*, dessins, Préface de Jean Robert, Éditions du Héron, 2001.

Né en 1936 au Havre, Jacques-Armand Cardon, commence par travailler aux arsenaux de la marine, en 1958 il a l'occasion de fréquenter l'école des Beaux Arts de Toulon. Ses premiers dessins sont publiés en 1961... Il collabore actuellement régulièrement au *Canard Enchaîné*.

L'enfermement banalisé

La politique sécuritaire menée dans notre pays banalise l'enfermement comme réponse à toutes les peurs suscitées et entretenues par la médiatisation du moindre fait divers. Les ghettos, comme la rue, sortes de « prisons sociales » séparent les sujets, les fichent, et préparent à terme leur enfermement pour cause de désordre public.

Le résultat, c'est qu'aujourd'hui, les prisons sont surpeuplées puisqu'on y case tous les « mauvais sujets », sans distinction, même les plus inadaptés, voire les plus déséquilibrés... et surtout les plus pauvres...

Et que dire du rôle de « rédemption » qu'est supposée jouer la prison ?

Enfermer ceux qui ne marchent pas dans les clous, quoi de plus rassurant pour une société organisée autour des plus riches !

Comment envisager la réinsertion dans la société après l'épreuve de la désocialisation ?

Qu'en est-il de la mise en œuvre des soins dans la grande souffrance psychique où la diminution des moyens va de pair avec des injonctions thérapeutiques illusoire et des contraintes sécuritaires imposées aux soignants ?

La privation de liberté, qui ne devrait concerner que les cas exceptionnels, a des effets pathogènes que ne cessent de démontrer les observateurs et intervenants en prison.

Les témoignages et analyses de cette première partie tentent de « rendre visible » la souffrance et ses conséquences sur l'équilibre et le comportement des personnes derrière les barreaux, dont on ne parle pas. ■

Libres confidences

Devant ma page blanche, je réalise la difficulté de résumer une heure et demie de cet entretien avec Ali. Comment traduire ses silences, ses recherches du mot juste quand parfois il n'y a tout simplement pas de mot pour décrire ou exprimer son vécu ?

Propos recueillis par **Sylvie Cognard**, médecin généraliste

Comment décrire ses yeux qui s'allument ou s'éteignent au gré de son récit, son regard qui s'éloigne parfois dans un gouffre insondable ? Comment rendre par l'écrit la révolte, la colère, la tristesse, le rire aussi qui modulent le ton de sa voix, et quelques passages inaudibles parce que peut-être indicibles ? Imaginez le contraste saisissant de ces souvenirs de l'ombre évoqués au soleil et sous un ciel bleu, installés dans mon jardin, par une belle fin d'après-midi de ce mois d'octobre exceptionnellement doux.

Ali est jeune, il a été détenu durant quarante-deux mois entre 2001 et 2005 à la maison d'arrêt d'Angers, puis au centre de détention de Nantes pour une affaire dans laquelle il a toujours clamé son innocence.

« La prison, c'est un univers, l'univers carcéral, un monde à part, une culture à part faite de codes, d'un langage propre fait de mots qui ont un sens différent, même les silences ont un sens.

C'est quand je demande à Ali « Comment on dort en prison et si l'on y fait des cauchemars » qu'il arrive à s'exprimer sur son arrivée en prison, les mots lui manquent. Le choc ressenti semble indescriptible, au-delà de ce que l'on peut imaginer, de l'ordre de l'inhumain. Sentiments de peur, d'injustice, sensation d'être « cassé », arraché à ses projets, impression d'un terrible coup sur la tête, de ne plus savoir qui on est, un vide angoissant. Ali dit qu'il s'est senti comme une mère à qui on aurait arraché son enfant. « La mère, on la met entre quatre murs sans son enfant, elle s'en fout d'être entre quatre murs, la seule chose qu'elle veut savoir, c'est ce qu'est devenu son enfant. Oui

c'est ça, quand on m'a mis entre quatre murs, j'ai ressenti un truc comme ça, c'est comme si on m'avait mis sous terre, enterré vivant, alors le sommeil, rajouté aux quatre murs... C'est direct KO. Des cauchemars, oui on en fait là-dedans, surtout au début. Pour moi, cela a duré quatre mois. »

Un souci en prison, il s'amplifie parce qu'il y a comme une forme d'impuissance, on est privé de tout, pas seulement de liberté, de tout. Un problème avec le co-détenu, tu vas pas lui en parler, il a des soucis comme toi, comme toi il fait sa peine. C'est au parler avec la famille que tu te défoules. La famille, t'as besoin d'eux, de les voir, tu les attends et puis quand tu les vois, tu leur en mets plein la tête pendant une heure. Les conséquences sur la famille sont énormes, ne seraient-ce que les conséquences financières. Suivant que tu as les moyens ou pas, tu peux faire ta prison tranquille ou te retrouver dans le plus grand dénuement. En prison, on peut acheter de tout, on dit « cantiner ». On trouve de la nourriture, des vêtements, des consoles de jeux, des postes, des livres, enfin tout comme dans un catalogue. Si tu veux la télé, faut payer, si tu n'as pas de famille pour laver ton linge, faut payer la blanchisserie. C'est vraiment très injuste cette sélection par l'argent, ce sont souvent les malades mentaux qui n'ont plus de famille pour les aider qui souffrent le plus de ce dénuement. Les autres détenus, ils savent qu'ils sont malades et ils auraient plutôt tendance à les protéger, mais personne ne veut partager leur cellule. Parce que faut voir l'état de leur cellule... Ils n'ont rien, plus rien, ils sortent dans un état, pas de vêtements de rechange, pas de linge de toilette. Ils sont obligés de manger la « bouffe » de la prison et c'est clair que c'est immangeable.

La prison, c'est un univers, l'univers carcéral, un monde à part, une culture à part faite de codes, d'un langage propre fait de mots qui ont un sens différent, même les silences ont du sens. Faire un

ou plusieurs tours de cour pendant la promenade avec un arrivant, ça veut dire que tu le connais et que lui te connaît. Si tu es respecté, les autres respecteront l'arrivant, l'accueilleront et ne le toucheront pas, même si aucun mot n'a été échangé avec lui. Entre détenus, c'est très cloisonné et hiérarchisé. Les gens se mettent plutôt par appartenance à un quartier, à un département. Par exemple à Nantes, il y avait des détenus d'origine algérienne, portugaise, slave. Si un algérien qui vient du 93 trouve un portugais qui vient aussi du 93, il va se mettre avec lui, plutôt qu'avec les algériens du 44. Il faut plusieurs mois pour comprendre tous les codes. Quand un nouveau arrive, on le met dans une espèce de sas où il va être observé pendant une ou deux semaines. C'est comme un palier de décompression comme en plongée. La plongée dans le monde carcéral ! Il y a une répartition des détenus quand il y a des « doublettes ». Les surveillants essaient de mettre ensemble les gens qui ont à peu près les mêmes peines ou qui se connaissent, par exemple deux frères ensemble. Le détenu peut aussi faire une lettre pour demander à être avec untel et de l'autre côté, la personne choisie doit faire une lettre pour dire qu'elle accepte. C'est pas évident de vivre enfermé 22 heures sur 24 avec un autre. Pour aller aux toilettes, on essaye de se débrouiller pour que l'autre soit absent. Les cuvettes de WC, ça sert aussi de téléphone. On vide la cuvette et on peut parler avec quelqu'un à trois étages de distance. C'est consternant comment on arrive à s'adapter ! Apprendre à faire chauffer un café ou une boîte de conserve... Système D. Ce qui est incroyable aussi, c'est la circulation des informations, des plus universelles aux plus personnelles. En prison, tout se sait. On essaye d'appriivoiser le temps avec les activités proposées, les interventions du GENEPI, pour certains avec le travail, mais il y a une liste d'attente terrible pour avoir accès au travail en prison. Et quand tu peux enfin bosser, tu t'aperçois que le code du travail, il ne s'applique pas à l'intérieur de la prison. Le droit de fumer a été conservé en prison, s'ils avaient interdit ça, il y aurait eu un déchaînement de violence terrible.

Ali évoque les différences entre la maison d'arrêt d'Angers ancienne et vétuste et le centre de détention de Nantes tout neuf. Étonnement, il s'est senti mieux dans la vieille maison d'arrêt située en centre ville. Là bas, la lumière du jour ne pénètre qu'à peine dans les cellules d'où l'on ne peut pas voir le ciel par les ouvertures bardées de barreaux et de grillage. Ali y a gelé l'hiver et étouffé l'été, surtout durant la canicule de 2003. Dans la cour de promenade, aucun arbre, aucune verdure, que du béton... Les cellules sont minuscules et ne sont pas équipées d'eau chaude. Pourtant, Ali y a trouvé une humanité, auprès des gardiens, avec

les visiteurs, les activités proposées et avec les autres détenus qui pour les trois quarts viennent du département. Il me dit que cette humanité est un héritage, un usage qui perdure. Au centre de détention de Nantes, il s'est retrouvé dans une cellule individuelle, où, dit-il, à Angers on y aurait logé quatre détenus... Il a redécouvert l'eau chaude, la possibilité de prendre une douche quand il voulait, des promenades sur du gazon et la poésie d'un arbre changeant au cours des saisons qu'il pouvait observer de sa fenêtre. Malgré cette atmosphère clean, quasiment aseptisée, il se dit parmi les détenus que le centre de détention de Nantes est un des plus durs. Une direction implacable qui s'applique à exécuter les peines des détenus avec un zèle extrême, pas de conditionnelle, pas de semi-liberté, la punition pour la

« Une direction implacable qui s'applique à exécuter les peines des détenus avec un zèle extrême, pas de conditionnelle, pas de semi-liberté, la punition pour la punition jusqu'au bout.

punition jusqu'au bout. Rétablir le lien avec l'extérieur, reconnaître les remises en cause, les changements survenus chez les détenus, cela semble absent de ce centre. Pourtant, les aménagements de peine sont indispensables pour envisager une réinsertion. Pour mettre un pied dehors, il faut que le détenu ait un travail, un logement, qu'il donne des garanties. Les plus « costauds » y craquent jusqu'à monter sur le toit en voulant se couper une carotide pour obtenir un transfert. Quant à ceux qui souffrent psychologiquement, leur état empire et s'aggrave irrémédiablement. Ali raconte qu'une nuit, il a fait un épisode de trouble du rythme cardiaque, paniqué, terriblement faible, il a sonné pour avoir de l'aide. Il pouvait à peine parler. Trois gardiens sont entrés dans sa cellule avec des matraques électriques et lui on signifié que s'il sonnait encore, cela se passerait très mal pour lui et qu'ils ne répondraient de rien. Ali s'est senti seul au monde, dans une fragilité terrifiante, se demandant si ce qu'il venait de voir et d'entendre pouvait vraiment exister. Il dit que la même chose lui était arrivée à Angers, là un médecin avait été appelé qui l'avait hospitalisé et les urgentistes lui avaient diagnostiqué une péricardite. Ali décrit des surveillants pour la plupart compatissants, à l'écoute des détenus et souvent révoltés face à la souffrance des malades mentaux incarcérés et la différence de traitement des affaires suivant la catégorie sociale à laquelle appartient le détenu. Ali dit : « Des malades mentaux riches en prison, j'en ai jamais rencontrés ! ». Selon que le justiciable est puissant ou faible, qu'il a ou non

.../...

.../... des connaissances parmi ceux qui rendent la justice, pour un même fait grave, sa condamnation sera légère ou lourde. Copinage ou corruption, où est la frontière ? Ali note également qu'à Angers, les traitements psychotropes sont délivrés avec sérieux au jour le jour et qu'à Nantes, ce type de traitement est délivré en une seule fois par semaine. Il a vu souvent des détenus avaler leur dose pour la semaine en une seule prise et s'écrouler ensuite.

À la suite d'une dépression réactionnelle à la médiatisation de son affaire et à l'épuisement de ses forces à convaincre la justice de son innocence, Ali s'est retrouvé au SMPR¹ de Nantes. Là-bas, il a été confronté de très près aux détenus malades mentaux, cela a été un nouveau choc que de se

Uniforme, sabots contenant les chevilles, camisole en cas d'agitation, injections en cas de hurlements.

retrouver parmi des personnes psychopathes, schizophrènes, gravement dépendantes à diverses drogues. Il y a rencontré Kiki. Kiki s'est retrouvé en prison pour une accusation de viol sur une jeune femme hospitalisée à l'hôpital psychiatrique en même temps que lui. Kiki a un âge mental de 9 ou 10 ans. Il n'a jamais connu son père. Il a été victime de maltraitance de la part de sa mère. Suite aux coups reçus, il porte de très nombreuses cicatrices au niveau de la tête, il souffre d'un handicap psychomoteur et a besoin d'être aidé pour les actes simples de la vie au quotidien. Retiré à sa mère, il a été placé en famille d'accueil où il a également subi des maltraitances. Lorsqu'il faisait pipi au lit, on le lavait avec de l'eau brûlante, sa peau en porte les cicatrices au niveau du siège. Vers l'âge de 25 ans, un appartement thérapeutique lui est attribué en centre ville. Kiki y accueille toute la « zone » et un nouveau drame l'atteint. Une bagarre où un homme est égorgé devant ses yeux. Les deux assassins lui balafrent la joue avec une croix, une cicatrice de plus... Kiki en état de choc, est ré-hospitalisé en milieu psychiatrique, c'est là qu'il rencontre la jeune femme qui l'accuse de l'avoir violée. Kiki est placé en détention préventive au SMPR. Il devient le chouchou des mâtons, des infirmiers et des autres détenus. Tout le monde l'aime bien, il est comme un enfant à protéger, l'enfant de tout le monde. Chacun lui fournit cigarettes, bières sans alcool et autre gâteries. Le jour de son procès aux assises, chacun s'affaire à lui trouver des vêtements propres et seyants, à le coiffer, le rendre beau quoi. Chacun sait com-

bien une cour d'assises, c'est solennel, grave, impressionnant ; le sanctuaire de la morale, de la justice, de la raison et du Bien. Le lendemain, tous demandent à Kiki comment cela s'est passé. Kiki répond « Très bien, ils m'ont donné un sandwich, un café et une cigarette blonde. » Les autres sont hallucinés, c'est tout ce que Kiki a retenu de son procès. Ils apprendront plus tard que Kiki a répondu par oui à toutes les questions qu'on lui a posées sans les comprendre et qu'il en a pris pour cinq ans ferme. Cinq ans qu'il va passer au SMPR parce qu'il n'y n'a aucune autre solution.

Au SMPR, Ali a aussi rencontré un détenu, un « réfractaire » dit-il, qui a été détenu dans un hôpital prison. Il y a subi des électrochocs et a été gavé de médicaments dont il ne connaissait ni le nom, ni l'origine. Uniforme, sabots contenant les chevilles, camisole en cas d'agitation, injections en cas de hurlements. La plupart des détenus n'ont plus de famille. Certains y meurent seuls, sans défense et sans cérémonie, dans l'indifférence de notre société qui les y a placés. Ali se demande où ils sont enterrés. Un *no man's land* où même le contrôleur des lieux d'enfermement nommé par l'ex Garde des Sceaux ne semble pas être en pouvoir de faire son travail en âme et conscience.

Le suicide, Ali l'a aussi rencontré. Un détenu avait développé une sclérose en plaques. Auparavant, c'était un « costaud », un gars qui faisait beaucoup de sport. En 2003, lors de la canicule, il hurlait de douleur. Son hurlement s'entendait dans toute la prison, tous les bâtiments, c'était terrible, intolérable. Alors qu'il était en fin de peine, il a fini par se tuer, il s'est suicidé.

À quoi la prison aura-t-elle servie à Ali ? Visiblement à rien d'autre qu'à créer une parenthèse de souffrance dans sa vie. Mais Ali sait maintenant de quoi il parle, il peut témoigner, dire que la mission de la prison qui devrait être de réinsérer, de préparer un retour à la vie extérieure, n'est pas remplie. Quand bien même le pourrait-elle d'ailleurs ? Ali estime à 60 % le nombre de personnes qui n'ont rien à faire en prison, des pauvres et des malades mentaux. Et pour ceux qui ne sont ni pauvres, ni fous, les maintenir en prison trop longtemps les éloigne de leurs savoirs, de leurs connaissances, de leurs familles, de leurs liens sociaux. Lentement mais sûrement, les détenus qui font de longues peines se déconnectent de l'extérieur, les codes de la prison remplacent les codes sociaux et l'impossibilité de sortir dignement s'installe. ■

1. SMPR : service médicopsychologique régional, il en existe un par région administrative.

Fous et prison

La fermeture des asiles, à partir d'un souci légitime de réintégration des malades mentaux dans la société, a entraîné une recrudescence de l'incarcération des fous. Les conditions de la prison ne peuvent qu'aggraver les troubles mentaux.

§Peine de mort,
§Psychiatrie,
§Asile,
§Prison

■ **Aïssa Lacheb-Boukachache**, infirmier

Il y a presque quarante ans, en 1971, Nicole Comte et Guy Girardot, respectivement infirmière et surveillant, étaient pris en otage et égorgés à l'infirmerie de la prison centrale de Clairvaux par deux détenus, Claude Buffet et Roger Bontems. Les experts psychiatres les déclarèrent « sains d'esprit » et responsables de leurs actes ; la Cour d'assises les jugea donc, les condamna et ils furent guillotins dans la cour de la prison de la Santé, sic, à Paris un an et demi plus tard. Claude Buffet, lors de son procès, réclama publiquement qu'on l'exécutât, préférant la guillotine à ses conditions de détention (il existe des enregistrements consultables où on l'entend exprimer clairement son choix). Au-delà de toute considération polémique, on peut dès cet endroit s'interroger sur la pertinence et la cohérence des expertises psychiatriques qui reconnurent « sain d'esprit » quelqu'un qui, en sus d'égorger froidement deux personnes, exige qu'on l'égorge à son tour...

L'infirmerie carcérale était à cette époque bien peu de chose : le strict minimum, pourrait-on écrire. Le personnel infirmier et médical salarié relevait de la tutelle non du ministère de la Santé, mais de celle du ministère de la Justice. Les soins étaient dispensés sur place avec les moyens du bord (l'aspirine était le traitement roi ; il servait à peu près à tout...) et quand cela s'avérait nécessaire d'opérer et d'hospitaliser plus sérieusement, on transférait les détenus à l'hôpital des prisons à Fresnes, établissement inclus dans la fameuse maison d'arrêt de la banlieue parisienne et relevant lui aussi du ministère de la Justice.

On ne saura jamais la proportion statistique des déments et autres malades mentaux délinquants et/ou criminels condamnés et incarcérés à cette époque où ces deux hommes détenus tuèrent cette infirmière et ce surveillant, et depuis tout ce temps où l'on créa la prison comme mode de châ-

timent en remplacement du châtement corporel (c'est la Révolution de 1789 qui instaura le principe légal de l'emprisonnement judiciaire et abolit en même temps la panoplie incroyable des châtements corporels dont l'Ancien régime faisait sa justice).

Aujourd'hui, les choses ont significativement changé et depuis une quinzaine d'années, l'infirmerie et la médecine carcérales ne dépendent plus du ministère de la Justice, mais de celui de la Santé ; chaque établissement pénitentiaire étant désormais rattaché médicalement à un établissement hospitalier, celui le plus proche en général. L'ancestral hôpital des prisons de Fresnes lui aussi fut détaché de la maison d'arrêt et rendu autonome sous la tutelle du ministère de la Santé, et tous les personnels paramédicaux et médicaux n'y sont plus les salariés de

N'aurait on pas, sans le prévoir supprimé un pire (l'ancien asile) pour le remplacer par plus pire, la prison ?

la Pénitencière. Les soins dispensés et les délais d'attente y furent significativement améliorés. Des SMPR (Service Médico-Psychologique Régional) furent créés ; petites unités de quelques cellules à l'intérieur de la prison où les détenus en crise ou nécessitant pour une raison ou une autre une surveillance psychiatrique sont enfermés provisoirement avant, le plus souvent, de regagner leurs cellules en divisions et unités « classiques ».

Il y a une cinquantaine d'années, les divers courants de la médecine psychiatrique ont pour la plupart tous eu à cœur de faire tomber les murs de ces séculaires asiles départementaux d'aliénés que l'on trouvait aux portes de chaque grande ville. Cette révolution ins-

.../...

.../... titutionnelle plaide aujourd'hui encore contre l'exclusion asilaire quasiment disparue en France au profit d'une intégration physique, voire civique, également pleine et entière du malade mental dans la société. Ces pionniers humanistes ne s'attendaient certainement pas à ce qu'à cet asile odieux, la société civile, mal préparée à cette nouvelle conception philosophique de la maladie mentale, substitue peu à peu la prison. Ainsi aujourd'hui, les malades mentaux peuplent les prisons dans une proportion importante que l'on peut aisément chiffrer et qui nous donne à constater qu'à l'évolution positive de la démarche de soins relative à ces personnes a suivi singulièrement une involution négative qui nous ramène au mieux à l'époque de Buffet et Bontems reconnus et déclarés par une autre psychiatrie « sains d'esprit ». De même qu'à la fin du XIX^e siècle, l'on a reconnu « sain d'esprit » un Joseph Vacher et tant d'autres ainsi...

La prison se remplit de fous, c'est un fait paradoxal actuel et constant ; de même qu'il est paradoxal que dans le même temps, on s'évertue à libérer le soin de l'emprise tutélaire pénitentiaire. N'aurait-on pas, sans le prévoir, supprimé un pire (l'ancien asile) pour le remplacer par un plus pire (la prison) ?

“ Au nom d'un humanisme qu'on ne peut remettre en cause, on a mis les fous dehors, quasi livrés à eux-mêmes.

Cette involution s'explique essentiellement par le fait que l'expertise psychiatrique légale n'a pas lieu dans les cas de délits relevant du tribunal correctionnel, quand bien même certaines peines correctionnelles peuvent atteindre dix années de prison ferme. Or, et heureusement, les crimes relevant eux de la Cour d'assises et nécessitant au préalable expertise et contre-expertise psychiatriques du mis en examen, à ce stade incarcéré ou non, les crimes donc commis par des déments ou des personnes dont le trouble mental chronique est manifeste, selon les classifications internationales admises, sont rares en considération du nombre de crimes commis chaque année en France. Or encore, la surpopulation carcérale actuelle est davantage le fait des délits commis que des crimes. On le voit : la lacune est à cet endroit. Si l'expertise psychiatrique sérieuse était ordonnée légalement à l'instruction correctionnelle au même titre qu'à l'instruction criminelle, d'aucuns experts compétents et objectifs ne manqueraient pas de reconnaître et déclarer irresponsables des milliers de personnes actuellement condamnées ou en attente de jugement, mais incarcérées. Mais cela nécessiterait cependant une instruction correctionnelle relativement longue, donc coûteuse. Or

on juge le plus souvent en correctionnelle selon des délais légaux très courts, voire en procédure de flagrance et saisine directe, c'est-à-dire le jour même ou le lendemain de l'arrestation. Les jugements à la chaîne du tribunal correctionnel de Paris sont devenus des classiques du genre... C'est donc en prison que l'on s'aperçoit au fil des semaines, des mois, que tel ou tel détenu n'a effectivement pas toute sa raison et que le traitement carcéral de droit commun qui lui est infligé, sans pour autant être inhumain, n'est pas pour contenir, voire guérir la maladie, car on ne soigne pas dans cette contrainte commune. Au mieux ou au pire, c'est selon, on assomme les détenus perturbés en les gavant (s'ils le veulent ou par la force au besoin) de neuroleptiques et autres traitements sédatifs...

Dans ces conditions, la prison ne peut plus remplir sereinement son rôle qui est celui de l'accomplissement d'une condamnation allant de pair avec une démarche d'insertion ou de réinsertion sociale. La finalité carcérale est foncièrement dévoyée et en ce sens, on peut affirmer qu'elle devient illégale car les prisons de fous, ça n'existe pas, la loi les interdit.

De cette situation profondément délétère, la psychiatrie est davantage responsable et coupable que ne l'est l'Administration judiciaire et pénitentiaire. Ainsi, quand elle décida de faire tomber les murs des asiles psychiatriques pour les raisons légitimes qu'il s'y trouvait davantage d'emprisonnement et de maltraitance que de réels soins, elle ne songea pas que ces asiles étaient aussi (comme leur nom l'indique) des abris où le malade mental pouvait vivre et se réfugier « hors le monde » qui l'effrayait constamment ou par intermittence ; des enceintes concrètes, physiques, qui étaient comme sa maison, où il trouvait tous ses repères matériels et humains sans cet inconnu extérieur qu'il n'appréhendait pas complètement ou jamais et souvent cause violente de ses crises. On a pensé que la médication (neuroleptiques) comblerait ce vide que la disparition de ces murs a créé et que le malade mental, quel qu'il fût, pourrait désormais vivre normalement dans le monde sous ces traitements. C'était faire profession de foi de l'absolue efficacité de ces molécules chimiques, déniaient toute nécessité d'un travail et d'un accompagnement psychologiques de fond dont l'enceinte asilaire (l'abri physique) était une des composantes incontournables. Comme dans une petite société dans la grande société, le malade chronique y trouvait ses bâtiments familiers, ses allées, ses arbres et ses jardins, sa boulangerie, son épicerie, son café, ses ateliers, etc., tenus par des soignants, mais aussi et surtout par d'autres malades tels que lui et d'où il pourrait entrer et sortir librement chaque jour, voire même librement ne pas en sortir s'il n'appréhendait jamais le monde extérieur. Au nom d'un

humanisme qu'on ne peut remettre en cause, on a mis les fous dehors, quasi livrés à eux-mêmes, ceux capables du pire comme les plus fragiles, et on a dit : « Vivez avec eux et eux avec vous ; ils sont sous molécules chimiques ; personne ne s'en trouvera mal. » On a traité les symptômes et, ce faisant, on a affirmé que la cause était entendue, qu'il n'y avait plus de maladie et, pire, plus de symptômes dont une des causes majeures est précisément la solitude dans la multitude sociétale. Au lieu de conserver et d'humaniser les anciens asiles comme on conserve une donnée capitale à toute prise en charge sanitaire holistique et à long terme, voire à vie, on en a fait table rase en les démolissant littéralement et à la place, on a mis rien que des singulières petites structures comme des hôpitaux de jour ou des lits dispersés ça et là dans la ville, ainsi que le médicament chimique. C'était réduire l'humain malade mental à un composé désorganisé de molécules chimiques. Comme nouvel asile, on lui a montré le monde et on l'a jeté

dedans avec ses pilules dans la poche et toute la vulnérabilité de son être... Quand la crise survient et que le médicament ou sa prise montre ses limites, on le retrouve soit mort d'inanition dans la rue, soit face à un magistrat qui va instruire contre lui un crime (la psychiatrie aura alors à se prononcer) ou un délit (la psychiatrie n'aura pas à se prononcer) commis sous cette emprise ou cette nécessité.

Que Buffet et Bontems aient égorgé l'infirmière Nicole Comte et le surveillant Guy Girardot en 1971 dans la prison centrale de Clairvaux ou que Romain Dupuy ait égorgé l'infirmière Chantal Klimaszewski et l'aide-soignante Lucette Gariod en 2004 dans une de ces nouvelles unités de soins psychiatriques créées sur les ruines de l'ancienne conception asilaire-abri, diffèrent si peu finalement, voire pas du tout. Ce n'est pas un hasard si Buffet et Bontems se sont précipités dans un lieu de soin pour y commettre le pire et si Dupuy à son tour est allé dans un lieu de soin pour agir de même... ■

Les conditions du recours à la contrainte

■ Elisabeth Maurel-Arrighi, médecin généraliste

Alex, cela faisait huit ans qu'on se connaissait, entre héroïne, galère et petits boulots, huit ans qu'on s'aimait bien, entre engueulades et encouragements ; il était devenu cuisinier, et je crois très bon cuisinier, inventif. On avait tenté la méthadone, le Subutex®, les neuroleptiques contre le délire, pris appui sur le club de prévention qui me l'avait adressé, sollicité des collègues psy. Mais malgré tout, cela dérapait régulièrement, la faute à la cocaïne, au surmenage et au reste. Des épisodes où il se trouvait débordé par une énorme effervescence, avec des propos pas bien cohérents.

Un jour, il avait voulu vendre son appartement et menaçait de saborder tout ce qu'il avait réussi à construire. Sa mère a débarqué, je me souviens de ces dix jours d'enfer où il m'appelait quatre fois par jour, où la seule solution semblait être une hospitalisation sous contrainte à la demande d'un tiers, et une sauvegarde de justice pour que le juge le protège de l'agence immobilière qui voulait récupérer son logement. Où je cherchais une ambulance, où il était en errance, où j'essayais de savoir où il était, je me souviens d'avoir téléphoné au café à côté de chez lui, chez le teinturier... Au bout du compte, il a bien voulu aller deux jours à l'hôpital. Puis il est reparti.

Après les choses ont continué. Mais avec des projets, des voyages à l'étranger, certes des soucis avec l'alcool, avec les amours, mais quand il revient à Paris, il vient en parler. Probablement cet épisode de l'hospitalisation où j'ai été à deux doigts de faire une hospitalisation à la demande d'un tiers (HDT) a été un tournant, quelqu'un (en l'occurrence sa généraliste) s'était préoccupé de lui en prenant le risque de l'autorité. Cela a été, et est un espace de sécurité précieux pour lui.

Oser imaginer une hospitalisation sous contrainte, à condition qu'il y ait eu de vrais liens auparavant, s'engager malgré les difficultés, permet, souvent, parfois, d'éviter justement cette hospitalisation sous contrainte, à condition aussi qu'en plus des soignants, il y ait un entourage qui ait envie de se mobiliser. Avoir le courage de l'affrontement atteste pour ces patients en grande détresse que l'on peut s'interposer contre « les ogres et les sorcières » qui hantent leur histoire, et leur assurer un cadre qui contienne. À condition aussi d'avoir dans son carnet d'adresse des correspondants psychiatres hospitaliers qui offrent un accueil humain. Il me semble que le paradoxe est que parfois la possibilité d'un enfermement temporaire dans un cadre contenant est justement ce qui libère. ■

Faces

Il existe un lieu inimaginable où vivent, loin du reste du monde, des personnes rejetées par la société et le monde psychiatrique. Un photographe témoigne, et contribue à leur survie.

■ **Philippe Bazin**, médecin puis photographe

En février 1990, après ma sortie de l'École Nationale de la Photographie à Arles, j'écrivis au directeur d'un établissement qui accueillait les laissés pour compte de la normalité et de la psychiatrie. C'était une maison départementale, qui recevait environ onze cents pensionnaires répartis en vingt-sept pavillons. Neuf cent cinquante employés y travaillaient. À la suite de mon courrier, je fus reçu par le directeur qui, après m'avoir entendu, décida de m'aider à réaliser ce qui allait être le troisième volet de mon projet photographique *faces*, alors que je préparais la publication des deux premiers.

Pendant environ douze semaines, j'allai là-bas trois fois par semaine, le matin. J'y rencontrais à chaque

Je les ai appelés les aliénés pour les nommer autrement qu'en hôpital psychiatrique.

fois les personnels puis les pensionnaires d'un pavillon. Chaque pavillon était sous la responsabilité quotidienne d'un professionnel recruté selon des horizons très variés : j'ai rencontré des infirmiers psychiatriques, des psychologues, des instituteurs, bref des gens ne venant pas obligatoirement d'une formation médicale. Aucun médecin ne travaillait à plein temps ou temps partiel dans ce lieu. Les pensionnaires, immédiatement je les ai appelés les aliénés pour les nommer autrement qu'en hôpital psychiatrique : aliénés à vie à leur pavillon, aliénés à leur anormalité parfois congénitale, aliénés à la tutelle juridique de l'administration, ils n'avaient que peu à voir avec les patients des hôpitaux psychiatriques que j'avais jusque-là fréquentés. Ils étaient plutôt là à la suite des ravages causés par l'alcoolisme, ainsi qu'à une certaine époque à l'insistance du corps médical à vouloir absolument pour des raisons religieuses mener à terme des grossesses vouées à la fausse-couche. Sans doute aussi ces aliénés étaient-ils le résultat de médi-

cations dangereuses, et d'une acceptation de moins en moins facile des comportements déviants.

Ce lieu, parfaitement circonscrit par son grillage périphérique, constituait un village de deux mille personnes avec son église, son café, sa pharmacie, ses ateliers de travail, son dispensaire et sa poste. Un camp, en quelque sorte, concentrant en pleine campagne une telle population. Pendant des semaines, j'ai ainsi progressé de pavillon en pavillon. Sans doute le directeur m'avait-il préparé une progression douce puisque je commençai à photographier les débiles légers valides et relationnels. Ceux-ci travaillaient dans les ateliers assistés, et une fois, la directrice adjointe me demanda avec perplexité et inquiétude si je pensais que ces gens pourraient vivre au-dehors.

Mais au fur et à mesure que les semaines passaient, j'avais l'impression de pénétrer plus avant et plus profondément dans ce qui est l'exacte face cachée de notre condition d'homme : des êtres humains privés de parole, de relation, d'affection, des êtres réduits à l'animalité d'un entretien biologique. Ce lieu, comme la douzaine qui existe en France, avait aussi son lieu dans le lieu. Jamais on n'y invitait les représentants du département, les visiteurs extérieurs, et ce n'est qu'après plusieurs semaines d'observation que le directeur m'en parla. Là étaient enfermés ceux considérés comme les plus dangereux : pour eux-mêmes, pour les autres et pour leur environnement immédiat. Certains, grands « macrophages », mangeaient tout, literie, murs de plâtre, bois, rideaux, rien ne leur échappait et ils vivaient nus à même le sol. J'y fus introduit par deux hommes aux manches retroussées qui se présentèrent comme les matons du lieu, ce que je compris dans son double sens : ils devaient surveiller sans avoir de possibilité de soin, et ils le regrettaient. Je découvris une salle entièrement carrelée, sol, murs et plafond, où étaient une vingtaine de personnes, nues à même la faïence. Les conditions de l'enfermement étaient extrêmes, ce

Œuvre photographique

de l'auteur : *Faces* (aliénés), 1990-1993

Vient de paraître : *La Radicalisation du monde*, Ed. Filigranes & l'Atelier d'édition, 2009 (Textes de Georges Didi-Huberman et Christiane Vollaire), qui récapitule tout son travail sur les visages (incluant les Aliénés).

que les photographies peinent à rendre : les cris et les odeurs nous prennent d'abord à la gorge et rien ne saurait mieux donner une idée de ce que signifie l'incarcération.

Alors que je réalisais ce travail photographique auprès de six cent cinquante personnes (ni les vieillards ni les enfants), le directeur m'informa de la décision départementale de réduire le budget de fonctionnement de dix pour cent, ce qui revenait à laisser pour compte cent des onze cents pensionnaires ! Réduire de dix pour cent la nourriture quotidienne, c'est ne plus nourrir cent personnes, les laisser mourir de faim d'un trait administratif dans un dossier posé sur un bureau, ou bien réduire la nourriture de tous, alors qu'on en connaît parfaitement les effets physiologiques de délabrement. Une telle décision, prise dans l'inconscience ou l'irresponsabilité, me rappelait celles, à une autre époque si peu éloignée, où on laissa mourir consciemment des dizaines de milliers de leurs

semblables. C'est ce que raconte Antonin Artaud de son séjour dans un établissement du même type à Rodez pendant la seconde guerre mondiale. Le directeur, pour provoquer une prise de conscience, prépara une grande réunion des tutelles où seraient présentées quarante de mes photographies et une vidéo (magnifique) réalisée par le surveillant général du lieu (celui-ci m'a raconté comment un pensionnaire s'enfermait tous les jours dans le coffre de sa voiture pour sortir). Il paraît que ce fut une journée très orageuse, mais finalement les crédits furent rétablis comme les années précédentes.

Réduits à des signes administratifs, ces aliénés n'en sont que plus fragiles dans une société qui les ignore souvent. Retirés de la visibilité collective, ils sont ainsi absents de la conscience collective. J'ai espéré leur redonner, fût-ce par la photographie, une présence qui me semble vitale à la définition de notre propre normalité et à la constitution de notre sentiment d'altérité. ■

Les photographies de cette série faces (Aliénés) 1990-1993 ont été présentées à : – 1^{re} Biennale d'Art Contemporain de Lyon L'amour de l'art, 1991. – Chapelle des Franciscains, Saint-Nazaire, 1992. – Printemps Photographique de Cahors, collection Lamarche-Vadel, 1993. – Erholunghaus de Leverkusen, Ludwig Museum für Internationale Kunst de Aachen, Jarhunderthalle de Hoechst et Musée de l'Élysée de Lausanne, 1994/1995. – Entrepôt des Tabacs, Université du Littoral, Dunkerque, 1996. – Musée Nicéphore Niepce (exposition du prix Niepce), Chalon-sur-Saône, 1999. – Passage de Retz (exposition de prix Niepce), Paris 2000. – Scène Nationale La Passerelle, Gap, 2001. – Centre d'Art de L'Yonne, Tanlay 2002. – Encontros da Imagem, Braga Portugal 2002. – Galerie Marcel Duchamp, Yvetot, 2004. – Musée des Beaux-arts d'Ixelles, exposition Portraits de l'autre, Belgique, 2007. – Galerie du Pôle image Haute-Normandie, Rouen, faces, 2009. ■

ÉTABLISSEMENT DE SANTÉ MENTALE

■
Offre ses services aux pouvoirs publics pour des soins en toute sécurité :
Tarifs (à partir du 1^{er} avril 2009)

- hospitalisation en service fermé : 300 €/jour
- supplément chambre d'isolement : 50 €/jour
- supplément chambre d'isolement et contention : 80 €/jour
- supplément chambre sans télévision : 10 €/jour

* Au-delà de 10 jours : 20 % de réduction

* Demandez nos tarifs de groupes (à partir de dix personnes admises en même temps).

Nous assurons aussi le service après vente :

Isolément à domicile avec ou sans contention
Bracelet électronique

■
* Prise en charge financière par convention avec de nombreuses assurances privées.

* Arrangements possibles avec l'Assurance maladie.

* Notre directeur est prêt à étudier toute proposition.

Écrire à :
Monsieur le Directeur
E. P. S. M.
99999 Folleville-les-Insensés
Tél. : 01 42 92 81 00

Olivier Boitard,
psychiatre

Les moutons s'en foutent

§Hôpital,
§Psychiatrie,
§Langage,
§Rapport médecin
infirmier

Un psychiatre-chef despote et sans nuances, malgré des infirmiers vigilants et critiques : quand les patients ne sont pas bien compris, la camisole chimique fait des ravages.

■ **Didier Morizot**, infirmier psychiatrique

Comme tous les pays développés, nous entretenons des relations commerciales avec le reste de la planète. Une industrie de pointe nous permet ainsi d'exporter le fleuron d'une production nationale high-tech (Airbus, camembert, beaujolais...).

En échange, nous importons des biens et des services vitaux pour l'économie française : ours slovènes, plombiers polonais, infirmières espagnoles, médecins d'un peu partout...

Dans l'immense majorité des cas, ces professionnels donnent entière satisfaction à leurs employeurs. Il y a toutefois des exceptions, comme ces ours pratiquant le harcèlement moral envers certaines brebis pyrénéennes. Ou ces blouses blanches se prenant les pieds dans les subtilités de la langue de Molière... Entre nous, c'est un peu le problème de notre nouveau médecin, récemment débarqué d'Amérique latine. Certes, celui-ci possède son CAP de psychiatre et il cause bien la France, mais son acclimatation en région PACA provoque quelques couacs interculturels. Et son caractère n'arrange rien...

Ces blouses blanches se prenant les pieds dans les subtilités de la langue de Molière... c'est un peu le problème de notre nouveau médecin.

Je m'explique : sitôt descendu d'avion, il a effectué un bref séjour dans le service voisin. Nous avons donc eu vent de ses exploits avant de les vivre au quotidien. En fait, il tire sur tout ce qui bouge et les collègues nous ont décrit la finesse de son approche relationnelle. Celle-ci, savamment dosée, ferait rougir de plaisir un ministre de l'Intérieur : 1/4 d'autorité, 1/4 de méfiance, 1/4 de rigidité et un car de CRS...

Une de leurs patientes en a fait les frais de manière radicale. La dame en question, sexuellement libérée, avait également les hormones en ébullition. Elle était pour ainsi dire nymphomane. Les infirmiers avaient beau la tenir à l'œil, elle trouvait toujours le moyen de partager sa joie de vivre avec des volontaires du sexe opposé. Cela avait d'ailleurs un effet très apaisant sur deux ou trois pensionnaires échauffés par la testostérone... Les doses d'anxiolytiques avaient même tendance à diminuer. Bref, cette capacité à éteindre les bouillonnements sexuels lui valut le surnom « d'extincteur », à l'unanimité.

Mais une telle campagne anti-incendie n'était pas politiquement correcte et le docteur Big Brother y remédia à sa façon ; il piocha dans l'armoire à pharmacie et mit fin rapidement à cet intermède peace and love. Certains psychiatres se réclament de Freud, Jung, Lacan... lui, ça serait plutôt Staline ou Pinochet. Chacun son truc. Depuis son investiture à la tête du service, le peuple marche dans les clous...

Récemment, afin de changer d'atmosphère, je décidais de partir en Europe de l'Ouest quelques temps ; je posais alors mes congés et filais en Bretagne avec ma petite famille. Mais les meilleures choses, etc.

Je me revois donc après ces quinze jours passés dans le monde libre ; me voilà de retour chez Big Brother, le service est d'un calme impressionnant. Pas un chat à l'horizon... Surpris, je traverse le *no man's land* ; mes chaussures grincent, le vent souffle à travers la steppe. On a beau être en été, le fond de l'air effraie... Soudain, je perçois un signe de vie ; une musique sort de la chambre 5. Apparemment, Mathilde est revenue ; Jacques Brel a l'air tout content. Il est bien le seul. Je reconnais en effet M. Dugenou, prostré sur une chaise. La trompe en moins, il ressemble à un éléphant qui vient de croiser un fusil hypodermique... Étonné de me retrouver en plein safari, j'entame le

dialogue. En vain. Il est aussi réactif qu'un membre de l'Académie française en fin de journée. Perplexe, je rejoins la salle de soins. Heureusement, mes collègues ont l'air plus vivants ; ils me passent les consignes en me racontant les péripéties des deux dernières semaines. En mon absence, la normalisation a gagné du terrain... Nous passons en revue nos différents protégés ; arrive M. Dugenou dont le manque de tonus m'interpelle. « ... Je l'ai trouvé un peu absent... il a reçu sa déclaration d'impôts ou il s'est passé quelque chose ? »

Mes camarades de la pénitencière regardent le plafond.

« Eh bien, on a pas eu le temps de réagir... Big Brother l'a mis sous neuroleptique injectable, sans prévenir... »

– Quoi !? Pour une dépression ??? »

Il faut dire qu'un neuroleptique, c'est une denrée très particulière : question détente, c'est relativement efficace. En fait, ça ressemble à une infusion de tilleul, mais en plus concentré.

« Qu'est-ce qui s'est passé ? »

– Regarde le dossier... c'est arrivé mardi dernier. L'infirmier du matin venait d'un autre service, suite à un bug dans le planning. Il ne connaissait pas le patient... »

Je feuillette les archives du stalag ; j'ai l'impression de lire du Kafka... La consultation médicale qui a débouché sur la prescription de tisane est retranscrite en détail. J'apprends que M. Dugenou a tenu des propos « délirants » pendant l'entretien. Big Brother a noté des morceaux choisis, comme cela se fait en pareille occasion : « je marche à côté de mes

pompes... je ne suis pas dans mon assiette... » Effectivement, pris au pied de la lettre, ça ne veut pas dire grand-chose. Cela signe également un schéma corporel peu orthodoxe. Mais, replacé dans le contexte subtil de la langue française, c'est on ne peut plus anodin. N'est-ce pas, Firmin ? Quand même, la douane pourrait faire attention et vérifier les capacités linguistiques des travailleurs immigrés. Qu'un ours ne soit pas bilingue, d'accord ; les moutons s'en foutent. Mais un psychiatre !

Ceci dit, les consignes sont terminées et je dois passer à autre chose. Je réajuste mon képi et m'apprête à entamer le tour de 14 heures. En sortant de l'office, je percute Alexandre, le brancardier du service. « Salut, vieux... fais gaffe, t'as failli m'écraser... qu'est-ce que tu deviens ? »

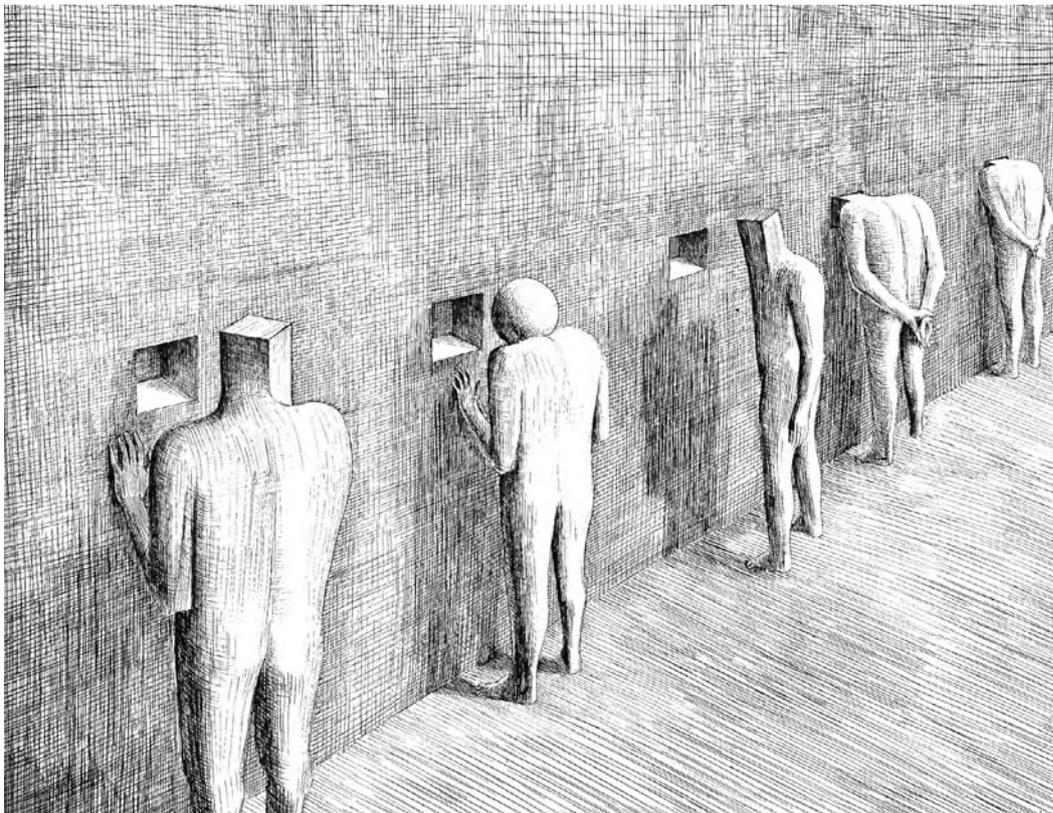
Le collègue me répond avec sa voix de ténor, au moment où Big Brother pointe son nez.

« M'en parle pas, j'ai fait la chouille toute la nuit ; j'ai la tête dans le cul...¹ »

À l'écoute de ce résumé lapidaire, le docteur fronce les sourcils : ça commence à sentir le tilleul... Je te l'ai toujours dit, Alex, tu parles trop ; tu t'as fait du tort.

Un conseil, mon ami : lorsque tu croises un psychiatre argentin, tourne ta langue dans la bouche avant de lui parler. Et ne lui dis jamais que tu as le cafard : tu ne supporterais pas les insecticides... ■

■
1. Expression populaire que l'on peut traduire ainsi : « Je ressens une certaine fatigue et des céphalées résiduelles perturbent mes capacités cognitives. »



Le ghetto, prison ethnoraciale

§Prison,
§Discrimination
raciale,
§Racisme

Le ghetto comme la prison exclue une population qu'il contraint et enferme.
La prison intervient en continuité avec le ghetto.

■ **Loïc Wacquant**, sociologue

Les États-Unis ont, au cours de leur histoire, recouru non pas à une, mais à plusieurs « institutions particulières » afin de définir, de confiner et de contrôler les Afro-américains. La première est l'esclavage comme moyeu de l'économie de plantation et matrice originelle de la division raciale de l'ère coloniale à la guerre de Sécession. La seconde est le système dit « de Jim Crow », système légal de discrimination et de ségrégation du berceau au tombeau qui ancre la société agraire du Sud de la fin de la Reconstruction à la Révolution des droits civiques qui le renversa un long siècle après l'abolition de l'esclavage. Le troisième dispositif spécial grâce auquel l'Amérique a contenu les descendants des esclaves dans la métropole du Nord industriel est le ghetto, produit du croisement de l'urbanisation et de la prolétarianisation des Afro-américains de la Grande migration de 1914-1930 aux années 1960, lorsque la mutation conjointe de l'économie et de l'État et la mobilisation collective des noirs contre l'exclusion de caste, culminant avec la vague d'émeutes urbaines chroniquées par le rapport de la Commission Kerner, le rendirent en partie obsolète. On arguera ici que la quatrième « institution particulière » de l'Amérique est le nouveau complexe institutionnel composé des vestiges du ghetto noir et de l'appareil carcéral auquel le ghetto est venu se lier par un rapport étroit de symbiose structurale et de suppléance fonctionnelle. Au-delà des spécificités de ce récent phénomène étasunien, on voudrait suggérer qu'une comparaison historico-analytique entre le ghetto et la prison peut aider à mettre en lumière les propriétés de l'un et de l'autre. Car il est clair que ces deux organisations ressortissent d'une même classe, à savoir, les institutions d'enfermement contraint : le ghetto est une manière de « prison sociale » tan-

dis que la prison fonctionne à la façon d'un « ghetto judiciaire ». Tous deux ont pour mission de confiner une population stigmatisée de sorte à neutraliser la menace matérielle et/ou symbolique que celle-ci fait peser sur la société dont elle a été pour ainsi dire extirpée. C'est pour cette raison que ghetto et prison tendent à développer des types de rapports sociaux et des formes culturelles qui affichent d'étonnantes similarités et des parallélismes méritant une étude systématique dans des contextes historiques et nationaux diversifiés.

« Le ghetto est une manière de “prison sociale” tandis que la prison fonctionne à la façon d’un “ghetto judiciaire”.

Pour saisir la parenté profonde qui lie ghetto et prison, parenté qui contribue à expliquer comment le déclin structural et l'obsolescence fonctionnelle de l'un a pu conduire à l'ascension inattendue et à l'expansion stupéfiante de l'autre lors du dernier quart de siècle, il est au préalable nécessaire de caractériser correctement le ghetto. Mais on se trouve alors confrontés à un fait troublant, qui est que les sciences sociales ont failli à développer un concept analytique solide de ghetto ; elles se sont contentées, à chaque époque, d'emprunter le concept indigène courant dans le débat sociopolitique et le discours ordinaire. D'où une grande confusion, qui fait que le ghetto a pu être tour à tour assimilé à tort à une simple zone ségréguée, un quartier ethnique, un territoire de grande pauvreté ou un habitat délabré et même, avec l'émergence du mythe politico-universitaire de l'« *underclass* » ces dernières années, à une simple accumulation de pathologies urbaines et de comportements antisociaux.

Loïc Wacquant est professeur à l'Université de Californie-Berkeley et chercheur au Centre de sociologie européenne-Paris ; auteur de *Les Prisons de la misère* (1999, traduit en 20 langues) et *Parias urbains. Ghetto, banlieues, État* (2006, traduit en 8 langues).

Une sociologie historique et comparative des quartiers réservés aux Juifs au sein des villes de l'Europe de la Renaissance et des « Bronzevilles » de la métropole fordiste dans l'Amérique du XX^e siècle révèle que le ghetto est un dispositif socio-spatial qui permet à un groupe statuaire dominant dans un cadre urbain d'ostraciser et d'exploiter un groupe dominé porteur d'un capital symbolique négatif, c'est-à-dire, une propriété corporelle perçue comme rendant tout contact avec lui dégradant en vertu de ce que Max Weber appelle une « estimation sociale d'honneur négative ». En d'autres termes, un ghetto est un rapport ethno-racial de contrôle et de fermeture composée de quatre éléments : (i) stigmaté ; (ii) contrainte ; (iii) enfermement territorial ; et (iv) cloisonnement institutionnel. La conjugaison de ces quatre éléments résulte en la formation d'un espace distinct, contenant une population ethniquement homogène qui se voit contrainte de développer à l'intérieur de ce périmètre un ensemble d'institutions qui dupliquent le cadre organisationnel de la société environnante dont ce groupe est banni et qui fournit en même temps la charpente pour la construction de son « style de vie » et de ses stratégies sociales propres. Cette trame institutionnelle parallèle offre au groupe dominé un certain degré de protection, d'autonomie et de dignité, mais elle l'enferme en contrepartie dans un rapport structural de subordination et de dépendance.

Bref, le ghetto opère à la manière d'une prison ethnoraciale : il met en cage, pour ainsi dire, un groupe dépourvu d'honneur et il ampute gravement les chances de vie de ses membres afin d'assurer au groupe statuaire dominant qui réside dans ses parages la « monopolisation des biens ou des opportunités matériels et spirituels ». Rappelons ici que les ghettos de l'Europe du début de l'ère moderne étaient typiquement délimités par de hauts murs percés d'une ou plusieurs portes closes la nuit, au sein desquels les Juifs devaient impérativement retourner avant le crépuscule sous peine de châtiments sévères, et que leur périmètre était soumis à une surveillance continuelle de la part d'une autorité extérieure. Notons ensuite les homologues structurale et fonctionnelle entre le ghetto et la prison conçue comme un ghetto judiciaire : une maison d'arrêt ou de peine est bien un espace à part, qui sert à retenir sous la contrainte une population légalement dénigrée, au sein duquel cette population développe des institutions, une culture, et une identité souillée qui lui sont spécifiques. La prison est donc bien composée des quatre éléments fondamentaux qui forment un ghetto, stigmaté, contrainte, enfermement physique et parallélisme institutionnel, et ce dans des buts similaires.

Ainsi, de même que le ghetto protège les habitants de la ville de la pollution qu'implique le contact physique avec les corps corrompus, mais indispensables, d'un groupe paria, à la manière d'un « préservatif urbain » (selon l'expression imagée de Richard Sennett dans sa description de la « peur de toucher » dans la Venise du XVI^e siècle), de

Le ghetto est un dispositif socio-spatial qui permet à un groupe statuaire dominant dans un cadre urbain d'ostraciser et d'exploiter un groupe dominé

même la prison nettoie le corps social de la flétrissure temporaire que lui infligent ceux d'entre ses membres qui ont commis un crime, c'est-à-dire, selon Emile Durkheim, les individus qui ont attenté à l'intégrité socio-morale de la collectivité en enfreignant « des états forts et déterminés de la conscience collective ». Les observateurs de la « société des prisonniers », de Donald Clemmer et Gresham Sykes à James Jacob et John Irwin, ont relevé à maintes reprises que les détenus développent des rôles spécifiques, des systèmes d'échanges et des codes de conduite propres, que ce soit en réaction aux « douleurs de l'enfermement » ou par l'importation sélective de l'extérieur des valeurs du milieu criminel ou des classes populaires, tout comme les habitants du ghetto ont élaboré ou intensifié une « sous-culture séparée » pour faire pièce à leur emmurement socio-symbolique. Pour ce qui est du second objet du ghetto, faciliter l'exploitation économique de la catégorie internée, il était au cœur de la « maison de correction » qui est le prédécesseur historique direct de la prison moderne et il a périodiquement joué un rôle majeur dans l'évolution et le fonctionnement de cette dernière. Pour finir, la prison et le ghetto sont tous deux des structures d'autorité dont la légitimité est constitutivement douteuse ou problématique et dont le maintien est assuré par le recours intermittent à la force physique.

À la fin des années soixante-dix, donc, lorsque la réaction raciale et de classe contre les avancées démocratiques conquises par les mouvements sociaux de la décennie précédente a pris toute son ampleur, la prison est brusquement revenue sur le devant de la scène pour s'offrir comme la solution à la fois simple et universelle à tous les problèmes sociaux de l'heure. Problèmes au premier rang desquels figurait « l'effondrement » de l'ordre social dans l'*inner city*, euphémisme politico-savant qui désigne l'incapacité patente du ghetto noir à contenir en son sein une population surnuméraire dépourvue d'honneur et désormais considérée non seulement comme déviante et pernicieuse, mais aussi comme éminemment dangereuse en regard des violentes

.../...

.../... émeutes qui, de Watts à Détroit, ont déchiré la ville étasunienne au milieu des années soixante. Alors que les murs du ghetto tremblent et menacent de s'effondrer, ceux des prisons s'étendent, s'élargissent et se renforcent, et l'« enfermement de différenciation », visant à tenir un groupe à l'écart (c'est le sens étymologique de *segregate*) vient primer sur « l'enfermement de sécurité » et l'« enfermement d'autorité » – selon la distinction introduite par la sociologue Claude Faugeron. Bientôt, le ghetto noir, converti en instrument de pure exclusion par la contraction simultanée de la sphère du travail salarié et de l'aide sociale, et déstabilisé de surcroît par la pénétration accrue de l'appareil pénal de l'État, s'est trouvé lié au système carcéral par une triple relation d'équivalence fonctionnelle, d'homologie structurale et de syncrétisme culturel, si bien qu'ils constituent aujourd'hui un seul et même continuum carcéral qui enserme une population redondante de jeunes hommes (et, de plus en plus, de femmes) noir(e)s qui circulent en circuit fermé entre ses deux pôles selon un cycle auto-perpétué de marginalité sociale et légale aux conséquences personnelles et sociales dévastatrices.

La prison est brusquement revenue sur le devant de la scène pour s'offrir comme la solution à la fois simple et universelle à tous les problèmes sociaux.

Le système carcéral avait certes déjà servi comme auxiliaire du maintien de l'ordre des castes et de contrôle de la main-d'œuvre en Amérique durant une phase précédente de transition entre deux systèmes de domination raciale, en l'occurrence celle entre l'esclavage et le régime de Jim Crow dans le Sud. C'est ainsi qu'au lendemain de l'Émancipation, les prisons du Sud s'étaient subitement « noircies » lorsque « des milliers d'anciens esclaves furent arrêtés, jugés et condamnés pour des actes qui, dans le passé, étaient sanctionnés par leur seul maître » et pour avoir refusé de se comporter en inférieurs selon les règles avilissantes de l'étiquette raciale en vigueur. Peu après, en réponse à la panique morale du « *Negro crime* », les anciens États confédérés ont inventé le « *convict leasing* », soit la location des condamnés aux employeurs privés, qui présentait le double avantage de générer des sommes colossales pour les caisses de l'État et de fournir une main-d'œuvre captive abondante pour labourer les champs, construire les digues, poser les rails, assécher les

marais et creuser les mines dans des conditions meurtrières. De fait, le travail pénal, sous la forme du « *convict leasing* » et de leurs héritières, les brigades enchaînées (*chain gangs*, récemment réintroduits à grands renforts de publicité par l'administration pénitentiaire de l'Alabama), joua un rôle décisif dans le développement économique du Nouveau Sud durant le premier tiers du vingtième siècle en « réconciliant modernisation et pérennité de la domination raciale ».

L'originalité de l'intercession raciale qu'effectue le système carcéral de nos jours tient à ceci, qu'à la différence de l'esclavage, du système de Jim Crow et du ghetto du milieu de siècle, il ne remplit aucune fonction économique positive de recrutement et de discipline de la main-d'œuvre : il ne sert qu'à entreposer les fractions précarisées et déprolétariées de la classe ouvrière noire, soit qu'elles ne trouvent pas de travail en raison d'un déficit de qualification (causé par la banqueroute du système d'enseignement public, elle-même déclenchée par la ségrégation résidentielle), de la discrimination à l'embauche et de la concurrence des immigrants, soit qu'elles refusent de se soumettre à l'indignité des emplois sous-qualifiés et sous-payés des secteurs périphériques de l'économie de services – ce que les habitants du ghetto qualifient communément de « *boulots d'esclaves* » (*slave jobs*). Mais, pour des raisons inséparablement financières et idéologiques, nombre de groupes de pression politiques poussent aujourd'hui à assouplir les contraintes juridiques et administratives qui pèsent sur le travail carcéral de sorte à (ré)introduire le salariat déqualifié de masse dans des entreprises privées opérant au sein des prisons américaines. Mettre la majorité des détenus au travail aiderait à réduire la « facture carcérale » du pays et permettrait dans la foulée d'étendre aux pauvres en détention l'obligation de travail forcé (*workfare*) désormais imposée aux pauvres « libres » comme norme de citoyenneté. Les témoignages d'experts devant les commissions chargées de la justice et du crime au sein de l'assemblée étasunienne présentés lors du débat sur la proposition de loi sur les industries pénitentiaires de 1998 (*Prison Industries Reform Act*) établissaient un lien explicite entre la « réforme » de l'aide sociale de 1996 et le besoin d'élargir le recours au travail carcéral par des opérateurs privés. La décennie qui s'ouvre dira si la prison est vouée au rôle de simple extension et annexe du ghetto ou si elle est s'apprête à supplanter ce dernier pour faire cavalier seul et devenir la quatrième « institution particulière » des États-Unis. ■

On ne peut rien faire !

Comment aider quelqu'un qui va mal et dont on sait qu'il (elle) doit être hospitalisé(e) quand personne, y compris les professionnels de santé, ne sait réagir.

§Psychiatrie,
§Réseau de soins,
§Hospitalisation,
§Entourage

■ **Marianne Bailly**, journaliste

Ma voisine, Léa, est une personne charmante, sauf quand elle ne suit plus son traitement. Cet été, je la croisais tous les jours. Mes autres voisins et moi profitons de la cour pour déjeuner, Léa s'occupait des plantes. Elle nous a fait des crêpes. Son compagnon Jean, à l'étranger, réglait un héritage. Connaissant ses problèmes de santé, il lui téléphonait tous les jours et à moi aussi, deux fois. Soudain, deux jours avant mes congés, Léa refusa de m'adresser la parole.

Au retour, deux semaines plus tard, Léa est en pleine crise : elle parle toute seule jour et nuit, fait les cent pas, jette des objets pouvant aller du ruban à la bouteille de verre par la fenêtre. Jean, revenu, est à bout : elle lui fait une vie d'enfer, l'empêche de rentrer chez eux, lui hurle dessus. Il tente de contacter le CMP (Centre Médico Psychiatrique) où elle est suivie. On lui répond : « On ne peut s'occuper d'elle, il faut attendre le retour du Dr Mabuz. » Et Léa est diabétique, elle doit s'injecter de l'insuline !

Jean tente tout pour lui venir en aide, il connaît cet état chez Léa, la seule solution est l'hospitalisation d'office. Il fait appel à la police, aux pompiers, à un médecin d'urgence. Pas un jour ou une nuit sans qu'ils ne viennent. Et toujours la même phrase : « Si elle ne veut pas ouvrir, on ne peut rien faire ! » Chacun se renvoie la balle. Sa santé se dégrade de jour en jour, elle est un danger pour elle-même et pour les autres, un cauchemar pour Jean et les voisins. Malgré des boules Quies, je dors peu, mon fils de dix ans et son sommeil de plomb est perturbé la journée, ratant sa rentrée scolaire ! Léa est de plus en plus agitée.

La situation se débloque enfin, mais de quelle façon ! Un matin, j'appelle le Dr Mabuz à la demande de Jean. Elle commence par me dire que nous aurions dû prévenir le CMP plus tôt, qu'il y avait une permanence, que c'était de notre faute si la situation avait dérapé, ensuite qu'elle est débordée, qu'elle ne

peut rien faire. Finalement, elle me rappelle pour m'annoncer qu'elle vient avec deux infirmiers. Enfin, elle se présente avec ses deux aides, sans trousse médicale, avec un sac à mains, désinvolte. Après de vaines négociations, le Dr Mabuz téléphone de chez moi pour réclamer l'aide de la police qui ne peut venir immédiatement. Elle repart en disant revenir à 14 heures. Entre temps, la police arrive. Léa refuse évidemment d'ouvrir, ils veulent repartir. Je leur explique qu'il faut attendre le Dr Mabuz. « Il ne s'agit pas d'une urgence, vous nous empêchez peut-être d'intervenir pour une vraie urgence. » Léa vient de lancer de la vaisselle dans la cour. Je dis être à bout, Jean aussi, que nous n'avons que très peu dormi depuis plusieurs nuits. Ils ne veulent rien savoir, me répètent que ce n'est pas de leur ressort. Puis je dis, calmement, « je vois que l'État est en déshérence. » Ils me demandent de décliner mon identité. J'ai cru que c'est moi qui allais me retrouver en garde à vue. Sur ces entrefaites, le Dr Mabuz revient. Cela dure alors encore plus d'une heure, nécessite les pompiers en plus du docteur et des policiers. C'est une jeune policière qui persuade Léa de s'habiller et de suivre les pompiers, pas le Dr Mabuz. Celle-ci se tordait les mains et m'a déclaré : « Vous ne pouvez pas vous rendre compte de la violence de la situation pour moi. » Moi, je ne me rends pas compte, je n'ai pas fait médecine, m'y connais encore moins en psychiatrie. Mais si je l'avais fait, je crois que je me serais attendue à gérer des cas difficiles. Léa est finalement emmenée à l'hôpital psychiatrique. Un mois plus tard, elle rentre chez elle, invisible, alitée quasiment en permanence. Elle peut à peine marcher, son état de santé altéré gravement par cet épisode. Si elle avait été soignée à temps et correctement, elle pourrait jardiner sereinement dans la cour. C'était trop demander. ■

Il connaît cet état chez Léa, la seule solution est l'hospitalisation.

Un dimanche à Maison-Blanche

SPsychiatrie,
SEnfant, SHôpital,
SViolence

Une femme est hospitalisée en psychiatrie pendant des années ; ses filles grandissent dans l'ambiance d'hôpitaux sordides et maltraitants, et en gardent des souvenirs terribles.

■ **Sonia Gomar**, bibliothécaire en Seine-Saint-Denis et slameuse

Écrire sur l'enfermement, quelle gageure et pour une revue médicale de surcroît quand on est soi-même claustrophobe et, par conséquent, incapable d'emprunter l'ascenseur qui vous exonère des sept étages à atteindre pour un rendez-vous chez votre médecin traitant. Si ce dernier vous prescrit une IRM à la clef, vous commencez à comprendre à quoi peut ressembler une pulsion... Ce n'est pas une sinécure déjà que de vivre avec toutes ses phobies.

Mais le plus effrayant dans cette affaire est la notion même d'enfermement, tellement vaste, en vrac : l'enfermement dans la religion, les sectes, l'enfermement dans le couple par peur de l'inconnu, l'enfermement mental, l'enfermement carcéral...

Et puis, il y a une nouvelle forme d'enfermement que j'ai découverte récemment : une collègue m'a révélé que sa mère maghrébine n'avait pas quitté sa tour (comme dans les contes, ces femmes qui attendent leur libération) pendant douze ans jusqu'à ce qu'elle obtienne des papiers !

Et là, ces jours-ci, une femme, croyant que sa présence était indispensable pour inscrire ses enfants à des activités, m'a raconté une histoire similaire. Elle a eu maille à partir avec les institutions de ce pays il y a treize ans (les lois Pasqua) et depuis, traumatisée elle se terre chez elle avec pour seule compagne sa dépression, son mari, ses enfants. Elle voit son médecin aussi pour la prescription de tranquillisants. Dans la cité, les solidarités s'effacent. Elle refuse de porter le voile et est rejetée par sa communauté. L'extérieur est décidément hostile, les hommes sont dans la jungle, les femmes sont claquemurées. Je pense soudain à Albertine Sarrazin qui, bien qu'elle ait passé une

grande partie de sa courte vie derrière les barreaux, déclarait crânement en parlant de ses « sœurs » : « Je suis plus libre qu'elles, même lorsque je suis en prison. » Sans doute avait-elle raison.

La pauvre femme qui est devant moi pleure et je comprends mieux maintenant l'attitude très maternante de ses enfants. Cela me renvoie avec violence à ma propre mère. Fragilisée par une enfance émaillée de deuils et de cruauté, voilà qu'elle manque à son tour de perdre la vie, développant une fièvre puerpérale suite à la naissance de ma petite sœur. Nous sommes dans les années 58, alors que les médecins avaient pronostiqué une fin proche, elle survivra. Quand la fièvre retombe enfin, elle est transférée dans une clinique privée et subit des électrochocs. C'est le début d'une longue descente aux enfers. Ma sœur, elle, est de retour au cabanon¹. Elle est prise en charge par la grande fratrie paternelle. Pas bien compliqué, on ne l'entend jamais. Elle aussi a dû comprendre très tôt qu'il valait mieux ne pas se faire remarquer, que le moment n'était pas opportun. Aucune transparence concernant les soins dispensés à notre mère, c'est encore le temps de la toute puissance de la Médecine ! Toutefois, il nous arrive fréquemment de voir partir notre père en urgence suite à une erreur d'administration de traitement. Les conséquences en sont toujours graves et l'entreprise de démolition fait son œuvre. La mort prématurée de mon père (son cœur a flanché) laissant une veuve de 34 ans et l'état de la psychiatrie de l'époque feront le reste. Aussi, ma sœur et moi-même, dès notre plus jeune âge, avons-nous eu une existence tout à fait singulière. Notre mère partagea la sienne entre la maison

dont elle sortait peu et l'hôpital psychiatrique dont elle voulait toujours sortir, y compris dans les cas de placement dit libre. Nous avons donc le privilège de connaître la plupart des établissements psychiatriques d'Ile-de-France avec une fréquentation assidue de plus de trente-deux ans. Très tôt, nous connûmes les vicissitudes des transports en commun, le système de sectorisation aberrant faisait que lorsque nous habitions Valenton dans le 94, nous dépendions de Sainte-Anne à Paris et lorsqu'enfin nous habitâmes Paris, notre secteur devint Maison-Blanche à Neuilly-sur-Marne, soit pas moins de quatre heures aller-retour. Il paraît que les voyages forment la jeunesse, c'était sûrement pour notre bien !

“ Les verres claquent, les chaises volent, les infirmières se précipitent, trousseaux de clefs à la ceinture (comme les surveillants de prison).

Aujourd'hui, 1^{er} novembre 2009, je me souviens d'une visite effectuée jour pour jour vingt ans plus tôt. Ce n'était pas l'été indien, il faisait un temps de chien. Comme pour les prisons, l'hôpital psychiatrique est relégué loin du cœur des villes : ne pas voir les marginaux, les laisser à la marge ! La météo et la chute des feuilles surlignent la tristesse du paysage. Pendant que nous parcourons le dédale d'allées qui nous conduira au Pavillon 12 de la 1^{re} section, nous parvenons des hurlements. Un homme crie qu'il a mal, son cri nous glace jusqu'à la moelle des os et résonnera longtemps dans nos oreilles. Et cette putain de pluie qui va nous contraindre à l'enfermement. D'habitude, nous fuyons le pavillon pour un banc ensoleillé. A l'intérieur, ça pue comme en prison. Et cette salle commune sinistre où trône une vieille télé toujours allumée face à un public qui la regarde sans la voir. Les murs beiges sont écaillés et nus. Tout est moche jusqu'aux chaises. Nous, on est dehors et on n'est pas fières. Ma sœur dit qu'elle a mal au ventre, pourtant, il y a dix minutes, on rigolait comme des baleines. Ça fait partie du rituel, on se raconte des histoires drôles pour oublier la trouille qui nous vrille le corps. Mais là, maintenant, on ne peut plus reculer, la porte est fermée à clef, il va falloir sonner. Une infirmière nous accueille et lance à la cantonade : « Mme Usséglio, vos filles sont là ». Nous entrons lentement, mais suscitons toutefois beaucoup d'intérêt. Des hommes et des femmes sans âge nous recommandent de faire attention à nos sacs, puis nous demandent des cigarettes. C'est la cour des miracles, vêtus d'oripeaux, leur dénuement est pathétique comme pour la prison, à votre arrivée, vous devez vous débarrasser de tous vos biens jusqu'à votre alliance quand vous êtes mariée. Ma mère, il ne lui restait

plus que cela de son mari, c'était encore trop. Aucune intimité entre les dortoirs et la salle commune, les visiteurs, immergés et enfermés à leur tour errent, perdus dans un tableau à la Jérôme Bosch qui n'a rien de délicieux... Pour ne rien arranger, notre mère est en proie à ses vieux démons et ne cesse de répéter que nous sommes en danger. Il lui arrive de se lever pour affronter des ennemis par trop menaçants. Nous essayons de la calmer, elle ne nous entend pas en bute à un combat titanesque. Les verres claquent, les chaises volent, les infirmières se précipitent, trousseaux de clefs à la ceinture (comme les surveillants de prison). Notre mère se débat et nous crie en sanglotant qu'elle ne nous reverra plus jamais. Elle s'énerve, tente de s'affranchir du joug des infirmières. Ces dernières la traînent vers une cellule d'isolement (en prison, ça s'appelle le mitard) sombre et sale. Notre mère, hirsute ressemble à une vieille sorcière. C'est horrible. Ma sœur et moi pleurons dans les bras l'une de l'autre. Pas moyen de s'évader, il n'y a pas de paumelles aux fenêtres perpétuellement fermées et l'infirmière toujours dotée d'un énorme trousseau refermera la porte à clefs derrière nous et ce claquement-là ne s'oublie pas, à jamais gravé tout comme les odeurs dans nos mémoires.

Sur le tard, j'ai entamé une thérapie et au bout de quelques années, je me vois encore raconter un des plus terribles cauchemars que je n'ai jamais fait : j'étais hospitalisée à Clermont dans l'Oise, j'étais allongée sur le côté droit et fixais la fenêtre sous le clair obscur. Je voyais donc le reflet du drap qui servait de séparation d'avec le lit voisin. C'était une nuit de pleine lune avec cette lumière si particulière quand soudain, je vis en ombre chinoise sur le drap la silhouette d'une infirmière (blouse et fichu sur la tête), un cerceau de clefs à la taille, brandir sur moi un couteau d'équarisseur. Cette image hitchcockienne renferme à elle seule toute la souffrance contenue dans ces années que l'on nomme « Enfance ». Je tiens à préciser que contrairement aux apparences, j'ai beaucoup de respect pour le personnel psychiatrique. J'ajouterai que le jour où ma fille aînée m'annonça qu'elle allait diriger une prison, j'ai cru à une provocation. Aujourd'hui, je crois que je commence à comprendre et comme le dit souvent mon beau-frère : « Il n'y a pas de hasard en psychiatrie », « Tu l'as dit bouffi ! » ■

1. Nous appelions cabanons les baraquements en bois coincés entre la Seine et le nœud ferroviaire de Villeneuve-Triage (94). Habitation dans laquelle étaient entassés : parents, grands-parents, frères et sœurs en prélude aux futures cités d'urgence construites en dur.

Psychotiques à la rue

§Souffrance psychique,

§Psychose,

§Exclusion,

§Violence

Maintenir le lien social est une nécessité pour les personnes en souffrance psychique à la rue, l'hôpital et la prison ne doivent pas être les seules alternatives à cette souffrance.

Jean-Pierre Martin, psychiatre, membre de l'Union Syndicale de la Psychiatrie (USP)

La pratique d'une équipe mobile psychiatrie précarité d'approche des personnes à la rue est un bon observatoire d'un phénomène qui est devenu une rubrique permanente des médias : la présence de nombreux malades mentaux en prison, comme substitut de l'hôpital, au point où il est permis de se demander si la rue n'est pas une variable d'ajustement de l'orientation vers l'un ou l'autre, la question de la contrainte face à la mise en danger en étant l'enjeu.

Il est remarquable, de ce point de vue, que les évaluations chiffrées de patients présentant des symptomatologies psychiatriques soient proches entre la prison et la rue : entre 20 et 30 %, et posent des questions semblables quant aux critères qui constituent la nomination profane de psychotique ou de schizophrène.

Il est remarquable également de constater l'essor de la notion de souffrance psychique. Cela mérite que l'on s'y arrête, car elle vient interroger notre difficulté à penser l'impensable, souvent proche de l'indicible, dans la confrontation aux situations extrêmes. C'est le problème central pour les intervenants médicaux et sociaux : comment penser et agir, s'engager, avec quelles limites dans la rencontre avec des hommes et de plus en plus de femmes qui additionnent des problèmes sociaux, psychiatriques et toxicomaniaques soumis à la violence d'être à la rue.

Le terme de souffrance psychique aborde la difficulté de reconstruire un lien social détruit, dans un premier temps décrite pour les intervenants (rapport Lazarus/Strohl « Une souffrance que l'on ne peut cacher » de 1996), puis élargie à l'ensemble de la souffrance psychologique de ceux qui « tombent à la rue ». Les sociologues l'ont

explicité comme une perte du sens du lien (désaffiliation – Robert Castel) et la disqualification. Pour les cliniciens, il se distingue du pathologique dans la mesure où il n'est pas structurel dans l'économie interne du sujet, mais n'exclut pas une issue pathologique par la structuration durable de défenses mélancoliques ou paranoïaques.

La souffrance révèle à chaque instant la dimension traumatique et sa répétition quotidienne, et elle peut être le produit d'un trauma initial dont l'errance est la séquelle post-traumatique, et la douleur une reviviscence de douleurs passées.

Quand la psychose est au premier plan, elle ne se laisse pas facilement cerner, tant ses symptômes se retrouvent dans les défenses narcissiques les plus archaïques face à l'extrême. Nous pouvons seulement constater le plus souvent des situations psychotiques de type schizophréniques et des états psychotiques sous alcool ou toxiques, différenciation souvent relative, car il est de plus en plus fréquent que des psychoses apparaissent chez les jeunes par une toxicomanie. En tant que médecin psychiatre de l'équipe d'accès aux soins, je peux repérer environ 4 % de symptômes psychotiques manifestes et 10 % de symptomatologies psychotiques produites par les prises toxiques. Ces chiffres approximatifs sont à rapprocher de ceux donnés pour les prisons, respectivement 1,5 % et 15 %, par Michel Dubec, psychiatre expert auprès des tribunaux.

Nous rencontrons de plus en plus de psychotiques dans la rue, dont quelques-uns ont trouvé une forme d'inscription ultime dans des campements cadrant les vécus de morcellement, mais aussi pour les plus nombreux un abandon dans la rupture de soins qui signe autant une diminution de

la tolérance sociale qu'une carence des dispositifs de soins.

Le principal danger est d'être à la rue. C'est une violence sociale qui enferme et stigmatise les victimes dans leur altérité et leur dignité, qui les « casse » par la perte de l'estime de soi, pris entre la compassion et le rejet de l'autre. La vie se réfugie alors dans les organisations marginales que constitue la survie, qui envahissent toutes les représentations du temps et de l'espace, pouvant aller jusqu'à la dérégulation et l'emprise de comportements pervers et régressifs. La blessure narcissique entraîne la désaffiliation symbolique avec la récusation de toute identité sociale, le corps stigmatisé. La violence individuelle est alors un processus de défense, soit face à l'intrusion de l'autre, soit occasionnée par la répétition traumatique et mortifère, soit liée aux vécus de persécution de la situation extrême, formes quasi expérimentales de construction de défenses paranoïaques. La mélancolisation du lien est le mécanisme même de l'exclusion.

Comment penser et agir, s'engager dans la rencontre avec des hommes et des femmes qui additionnent des problèmes sociaux, psychiatriques et toxicomaniaques soumis, à la violence d'être à la rue.

Mais si tous sont marqués par cette forclusion de l'avenir, apparaissent aussi des formes de résistance de l'humain qui permettent de sortir du statut de « victime », des formes d'organisation de résistance possibles comme l'ont révélé la pratiques de groupes de parole et du mouvement de tentes (MDM et Don Quichotte) et, au quotidien, des solidarités de riverains du quartier d'errance. La contrainte ne peut donc être qu'un dernier recours, en particulier quand l'état somatique se dégrade au point de mettre la vie en jeu, et le discours politique sécuritaire qui appelle à abriter ou hospitaliser sans consentement (comme la dernière circulaire pour l'hébergement social en période hivernale) est une violence de plus à ceux qui sont laissés pour compte dans la rue. Notre expérience montre que cette violence est manifestement évitable si les moyens et les pratiques de soins restent éthiquement fondées sur la reconnaissance de la

souffrance, de prendre le temps nécessaire à l'établissement d'un lien par le prendre soin, de travailler professionnellement avec les autres intervenants dans une forme de réseau éthique centré sur l'aide à apporter au sujet en errance ou abandonné. Une telle pratique repose sur la reconnaissance de l'altérité, la reconnaissance de la légitimité à résister afin de tenter de penser l'impensable et l'émotionnel. L'important est de donner du temps au temps, dans l'engagement à prendre soin, de passages réguliers, de créer toutes les occasions d'échanges et d'accompagnement.

Cette pratique permet un accès aux soins qui rompt avec la contrainte orientée vers l'hospitalisation ou l'emprisonnement. Ce point est essentiel pour créer une structure institutionnelle d'aide entre intervenants, dans le respect des éthiques professionnelles et des limites de chacun, il est essentiel pour instituer une structure d'aide vers les psychotiques à la rue, dans la perspective de structures de soins de droit commun.

Aujourd'hui, les politiques d'hébergement de stabilisation sont un gain potentiel s'ils n'enferment pas durablement dans la précarité, et aussi s'ils ne deviennent pas un substitut à l'hôpital ou la prison.

L'engagement à rétablir des droits fondamentaux citoyens (dont l'accès à un logement pour tous) est donc la seule voie démocratique possible. Le nouveau

Code pénal de 1992 a supprimé le délit de vagabondage, mais celui-ci continue à hanter les esprits par les arrêtés municipaux de restriction de la circulation et des campements des errants.

Cet engagement suppose donc une remise en cause des politiques d'insécurité sociale et des gouvernances managériales qui alimentent la perte de sens des professionnalités soignantes et sociales jusque dans l'organisation actuelle des dispositifs d'aide, source de nouvelles violences. Il s'oppose à la naturalisation et l'instrumentalisation de la contrainte et du discours sur la dangerosité par les gouvernements actuels, dans une dimension de contrôle de tous les laissés pour compte de la réussite sociale, mais qui stigmatisent particulièrement les personnes en souffrance psychique dans une société de surveillance dominée par la politique de la peur, l'atteinte aux libertés publiques et aux droits fondamentaux. ■

Nuit (sécuritaire) et brouillard

§Psychiatrie,
§Sécurité,
§Secret médical,
§Patient,
§Politique

Soigner un patient psychotique qui vient de prison soulève la question de son appartenance à l'humanité capable de totalitarisme, et à la société dite civilisée.

■ **Anne-Hélène Boursier**, assistante généraliste

■ **Alain Buzaré**, psychiatre au Secteur 3 du Centre Hospitalier de Sainte-Gemmes-sur-Loire, Angers

Extraits d'une communication faite aux journées de Saint-Alban les 19 et 20 juin 2009.

Clinique

Lundi 2 janvier. Il importait que ce fût « un grand jour ». Un lundi, le premier jour de la semaine. Ce lundi, le premier de l'année naissante. Car il le fallait. Depuis tant d'années, « elle lui en avait fait trop voir », cet « objet vivant devenu invivable ». Il aurait dû rencontrer l'amour, qui seul allait pouvoir le « faire progresser » et le sauver de cet effondrement qui survint lors de son entrée au lycée, lui le garçon séducteur, un peu chahuteur, ouvert au monde, brutalement et incompréhensiblement devenu vide, anxieux et parfois sans élan vital. Au lieu de ça, il aura rencontré « une traînée », « une

“
L'urgence à ce que cet homme, complètement dissocié, retrouve la communauté des hommes.

putain » qui le trompait avec tous ses amis (pour preuve : il suffisait qu'il soit avec eux pour que le téléphone sonne...), une de ces sorcières endiablées qu'au nom de Dieu on condamnait indéfectiblement au bûcher, il n'y a pas si longtemps. Elle parlait d'enfants, disait qu'elle l'aimait alors qu'elle ne pensait qu'à le harceler et lui nuire.

Il aura mis longtemps à s'en rendre compte, et tout particulièrement depuis la mort de son chat empoisonné par elle, du moins en a-t-il l'intuition sinon la conviction. C'est petit à petit que s'est imposé à lui ce jugement : « Elle doit mourir, elle le mérite. » Au besoin, une voix intérieure le rappelait incessamment à l'ordre : « De toute façon, tu vas la tuer. » D'ailleurs, chacun autour de lui le savait et attendait, depuis plusieurs mois, dans un silence à l'évidence approbateur

(puisque qui ne dit mot consent) le geste qui purifierait l'humanité.

Alors ce soir-là, il exécute la sentence : il aurait pu la raccompagner à la gare, mais le coup de poing sans lequel, dira-t-il plus tard, rien ne serait jamais arrivé, est parti. S'ensuit alors une accumulation de terribles gestes aussi meurtriers les uns que les autres effectués dans un enchevêtrement de sensations aussi délirantes que : la vengeance du chat mort, la satisfaction du service rendu à l'« Ordre Public », l'angoisse de n'avoir, encore une fois, pu terminer l'« Œuvre », la conviction que d'autres, complices, allaient y veiller...

Il est arrivé dans le service, il y a deux années. Transfert ? Accueil ? Voilà une affaire qui s'engage bien mal. « C'est bien cher payé pour un petit crime de rien du tout » déclamera-t-il un soir en plein réfectoire. Nous sommes en pleine urgence psychiatrique. L'urgence à ce que cet homme, complètement dissocié, retrouve la communauté des hommes après ces années d'enfermement psychotique et carcéral et se confronte réellement à une loi symbolique.

Sa présence dans le service a été l'objet d'une inquiétude médiatique retentissante. Le secret médical étant aujourd'hui un concept désuet et encombrant, même pour des gens de justice, la famille de sa victime, qui habite à quelques centaines de kilomètres, apprend qu'il est hospitalisé là, dans un secteur de psychiatrie générale, et non dans une Unité pour Malades Difficiles. Avocats et journalistes se saisissent de l'affaire. Presse locale et régionale. Télévision nationale. Le ton monte...

et descend : Élysée, ministères divers, préfecture, direction d'hôpital, médecin chef de service... Une expertise devra donc confirmer que l'état de santé de M. P. ne justifie pas son transfert en UMD, ce que sans doute nous n'avions pas pris le temps d'évaluer. Ceci dit, nous savons au moins dans quel contexte et sous quelle pression permanente nous travaillons et nous travaillerons.

Considérations psychopathologiques

Quelques longues semaines plus tard, au cours d'une de ses rencontres régulières, une larme coule sur sa joue. Et surtout ces mots qui coulent avec : « Je regrette vraiment ce que j'ai fait... comment est-ce que j'ai pu faire une chose pareille ? » Nous passerons, dans cet article, sur l'énergie collective nécessaire aux soins de ce jeune homme dont la prise en charge ne va pas de soi, même, bien entendu, dans une équipe soignante, partagée, comme la société dans laquelle elle évolue, entre regard rejetant et regard accueillant.

Des références théoriques nous aident dans ce travail, comme des boussoles... Ainsi ces deux pulsions (Éros et Thanatos) dont nous parle Freud et qui, dit-il, forment entre elles des alliages divers aux titres très variables, au point de devenir méconnaissables à nos yeux. Ou encore la sublimation, qui, en transposant les objectifs des pulsions en objectifs plus élevés, ou du moins tels que le monde extérieur ne puisse pas s'opposer à leur satisfaction, constitue l'un des traits les plus saillants du développement culturel et est indéniablement le principe sur lequel repose l'édifice de la civilisation pour une large mesure. Et aussi cette exigence fondamentale de toute société civilisée devant laquelle Freud s'arrête non sans perplexité : « Tu aimeras ton prochain comme toi-même. » Car, enfin, reconnaissons avec lui que « pour l'homme, le prochain n'est pas seulement un auxiliaire et un objet sexuel possible, mais aussi un objet de tentation. L'homme est en effet tenté de satisfaire son besoin d'agression aux dépens de son prochain, d'exploiter son travail sans dédommagements, de l'utiliser sexuellement sans son consentement, de s'approprier ses biens, de l'humilier, de lui infliger des souffrances, de le martyriser et de le tuer. » Et c'est par là que Freud nous conduit, au-delà du principe de plaisir, à la pulsion de mort, puis à la pulsion de destruction et à la fondamentale cruauté de la nature humaine, que recouvre ce commandement si particulier de l'amour du prochain.

Considérations politiques

Et ce n'est pas l'histoire de notre humanité qui nous contredira. Peut-être est-ce à cet endroit que conviendront au mieux ces quelques lignes extraites

du livre de Jorge Semprun, *L'écriture ou la vie*, témoignage sur sa déportation à Buchenwald, et qui en disent bien plus long que tout autre sur la vie, en tant que lutte entre pulsion de vie et pulsion de mort. « Le Mal n'est pas l'inhumain bien sûr... Ou alors c'est l'inhumain chez l'homme... L'inhumanité de l'homme, en tant que possibilité vitale, projet personnel... En tant que liberté... Il est donc dérisoire de s'opposer au Mal, d'en prendre ses distances par une simple référence à l'humain, à l'espèce humaine... Le Mal est l'un des projets possibles de la liberté constitutive de l'humanité de l'homme... De la liberté où s'enracinent à la fois l'humanité et l'inhumanité de l'être humain... »

Ces lignes sont fondamentales car comment entendre, sinon, cette terrible expérience du nazisme sans avoir à l'esprit que le peuple allemand n'était pas par essence plus criminel qu'un autre. Ni moins d'ailleurs, comme notre histoire contemporaine le démontre tous les jours... Et elles nous rappellent qu'il n'est pas si difficile, comme le souligne l'appel du 13 décembre 2008 « Nous refusons la politique de la peur », de soumettre un homme ou des hommes au système décrit et dénoncé par Hannah Arendt : le totalitarisme, qui ne tend pas à soumettre les hommes à des règles despotiques, mais à un système dans lequel les hommes sont superflus. Les soignants en psychiatrie savent bien que ces conditions du totalitarisme se réalisent aussi bien au singulier qu'au collectif : dans les tréfonds les plus opaques des histoires personnelles et familiales, groupales et sociales, les enjeux sont au fond les mêmes. Dans son système délirant totalitaire, la vie de son amie était devenue superflue pour ce jeune homme. Lui-même garde de son enfance une conviction douloureuse d'avoir été superflu pour certains de sa famille, à l'image d'autres hommes aux générations antérieures. Et de la même façon, sa condition d'être humain n'est-elle pas devenue superflue aux yeux d'une humanité trop folle elle-même pour entendre de son histoire autre chose que de « l'insensé », dont il faudrait se protéger en l'enfermant : car ainsi, le « meurtre y est », là, ce qui permet de penser, ou plus exactement d'imaginer qu'il n'est pas ailleurs.

Nous tenons à dire ces choses pour qu'en contrepoint à ce terrible discours du 2 décembre 2008 de Nicolas Sarkozy à Antony, la psychiatrie sache faire un travail de refondation prenant en considération sa place si spécifique de carrefour et d'articulation avec d'autres composantes sociales : travail, justice, libertés, culture, médecine, recherche scientifique, d'autant plus fondamentale quand elle n'est pas fondamentaliste, avec à l'esprit, toujours, et sans jamais s'en écarter, cette complexité de l'humain, irréductible lueur dans la « nuit sécuritaire » qui s'abat sur nous. ■

La psychiatrie sous contrainte

§ Enfermement

§ Psychiatrie, santé mentale, psychiatrie de secteur

§ Maltraitance

§ Idéologie sécuritaire

La contrainte sécuritaire appliquée à quelques-uns va dicter sa loi pour tous.

De toutes parts ce ne sont que bruits de chaînes : chambres d'isolement qui se multiplient, contentions physiques qui se banalisent, vitres doublées de plexiglas, caméras, grilles...

■ **Franck Chaumon**, psychiatre, psychanalyste

La folie sécuritaire a envahi le monde psychiatrique.

Et c'est dans cette période sombre qu'un regroupement de psychiatres a choisi de revendiquer un droit accru de contraindre les malades à des soins ! Dans le moment même où le soin risque être, du fait de l'idéologie sécuritaire, assimilé à une mesure de protection des victimes potentielles, on promeut la mesure hautement symbolique d'une contrainte aux soins dans la cité. Comme si cette réponse avait déjà dans les esprits effacé la question préalable, celle de l'offre de soins. L'oubli de l'histoire, ravalée au rang des vieilleries par le scientisme contemporain, se paye ici au prix fort. Il faut donc rappeler à certains et enseigner aux plus jeunes quelques anecdotes d'un autre temps : celle

d'un Daumézou soutenant qu'un critère sûr de la qualité d'un service se jugeait à son obsession sécuritaire, celle d'un Paumelle démontrant la fonte spectaculaire de la violence d'un pavillon d'agités par la « seule » humanité engagée d'une équipe (sa thèse a été heureusement rééditée), celle enfin d'un Bonnafé, publiant avec d'autres un article fameux démontrant la chute des violences et agitations dans un certain nombre de services ayant mis en œuvre une communauté nouvelle de travail, et ceci avant l'arrivée du Largactil®, etc., etc. Plus fondamentalement, on a voulu oublier que l'hypothèse du secteur fut bâtie contre la iatrogénie monstrueuse des asiles, au nom du fait que l'absence d'offre d'écoute et la réponse univoque par l'enfermement constituaient une indignité et une maltraitance médicales. L'utopie du secteur,

c'était cette idée qu'une disponibilité d'écoute et de soutien changerait la donne et rendrait caduque la réponse par la seule contrainte de l'isolement. Lorsque cela fut effectivement réalisé, la démonstration en fut faite, il faut le réaffirmer avec force aujourd'hui.

Que la forme de la pathologie dépende à ce point de l'offre de soins fut donc une découverte pour beaucoup. Mais ce n'était jamais que la mise en évidence de ce fait structural que la folie ne sau-

“ L'absence d'offre d'écoute et la réponse univoque par l'enfermement constituaient une indignité et une maltraitance médicales.

rait se dissocier du contexte où elle émerge, c'est-à-dire du paysage de ceux qui la désignent et la rejettent, tout autant que de ceux qui l'accueillent. Pour le dire autrement, la folie ne saurait se dissocier du transfert qu'elle met en œuvre.

De sorte que tout acte psychiatrique, et celui de la contrainte en premier lieu, ne saurait être situé hors transfert. C'est même la dignité de l'acte psychiatrique que d'assumer cette part inéliminable d'arbitraire de la décision de contraindre un sujet à une privation de liberté ou à une imposition de soins. Arbitraire, car il y a de l'indécidable, et responsabilité car il lui faut endosser en même temps l'hypothèse que, dans ce refus, il ne saurait être tenu pour rien.

Il ne saurait par conséquent repousser sans vergogne la question qui le concerne : en quoi suis-je

pour quelque chose dans ce « refus de soins » dont je me plains ? Si la violence a quelque rapport avec la vie d'un collectif soignant, la non observation d'un traitement n'a-t-elle pas à voir avec ma prescription ?

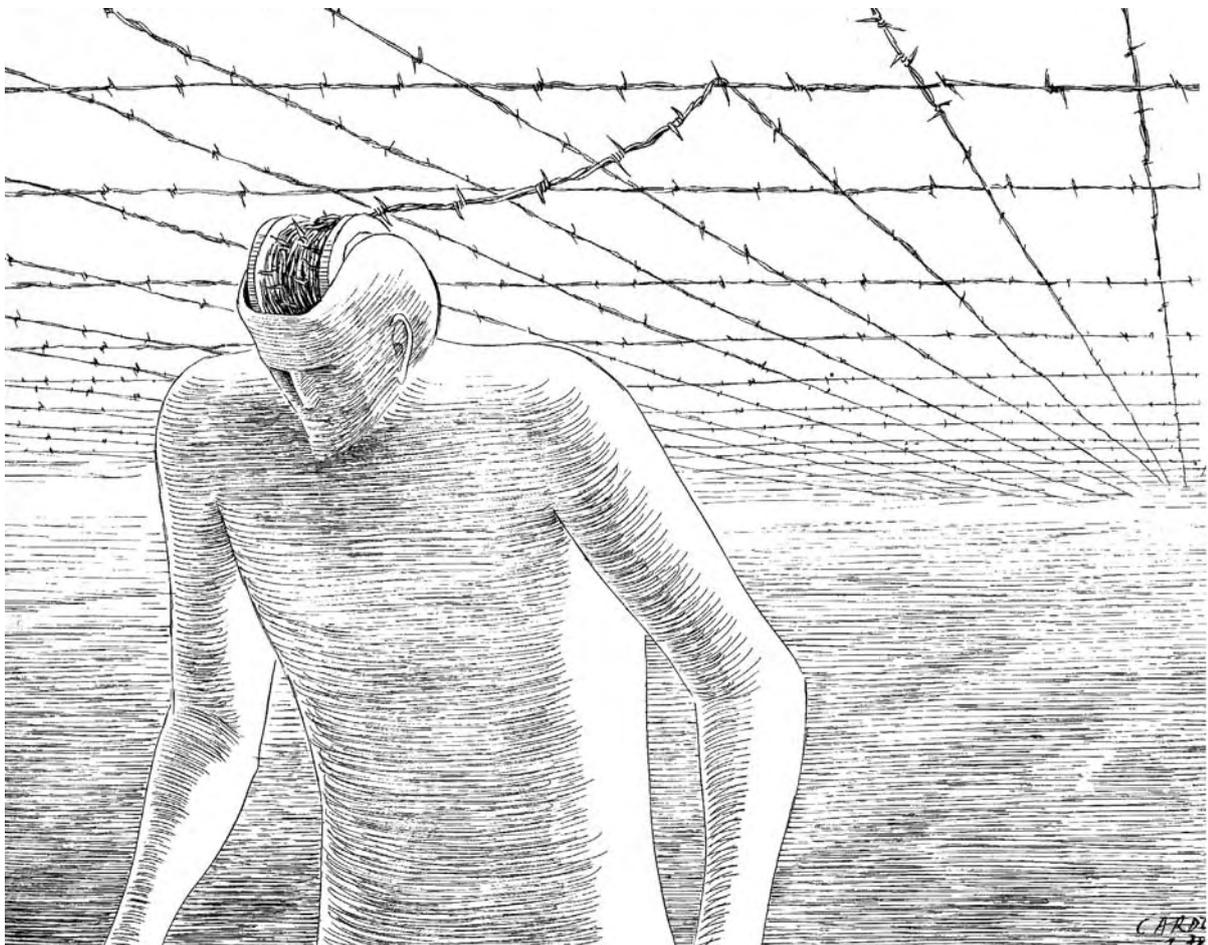
Cet acte, le pouvoir d'une telle contrainte, doit être désigné comme exorbitant, comme un acte d'exception au droit commun. Faut-il le rappeler, le suicide n'est pas un délit et nul médecin ne saurait contraindre un malade à se soigner ni à adopter une vie conforme aux idéaux sanitaires de son temps. C'est en raison d'une supposition spéciale que la société a historiquement délégué au psychiatre le pouvoir de contrainte au nom d'un mal que le sujet méconnaît. Qu'un savoir psychiatrique existe et permette de prétendre fonder en raison un tel acte n'ôte rien de son caractère d'arbitraire : qu'on en juge par les débats d'experts. Mais il est faux qu'il y suffise, pour la raison que sa pratique y est incluse.

L'exception doit donc rester... exceptionnelle en droit, et non se banaliser. C'est pourtant ce que l'on s'apprête à faire, en faisant comme si la méconnaissance de ses troubles par le sujet était la loi de la folie et non liée aussi à l'écoute qui lui est proposée. Quand on constate la violence qui

s'installe dans de nombreux services, l'augmentation incroyable des cellules d'isolement et des camisolés ajoutée aux prescriptions massives de psychotropes, on est consterné de cette proposition qui en rajoute sur l'hypothèse criminologique implicite qu'elle renforce.

Car n'oublions pas que la loi de l'exceptionnel, c'est de se généraliser. La loi de rétention de sûreté a déjà mis en perspective un avenir encore plus sombre, mais hélas anticipé par cette idéologie : si le savoir psychiatrique permet d'anticiper les actes pour légitimer des incarcérations, si l'expert peut évaluer sur des échelles actuarielles les risques de morbidité, alors il y a lieu de parier que bientôt, pour le bien commun, la contrainte aux soins s'étendra progressivement jusqu'aux préceptes multiformes d'une « santé mentale » hygiéniste.

La psychiatrie française est en crise, et la loi HPST (Hôpital Patient Santé Territoire) va la plonger dans un univers de procédures qui va l'approfondir plus encore. La nouvelle gestion va mettre au-dessus de chacun un univers de protocoles qui enserrent ses actes et mettent à distance le réel. Il serait navrant que des professionnels, de leur propre fait, en rajoutent à ce cauchemar. ■



Enfermés dans le modèle

Bienfaisance, autonomie et responsabilité transformés en sécurité, dangerosité, tolérance zéro. Un observateur « naïf » analyse cette évolution qui justifie l'enfermement en psychiatrie

Alain Chabert, psychiatre, membre de l'Union Syndicale de la Psychiatrie (USP)

§Fiction, imaginaire

§Hôpital, réforme hospitalière, gestion hospitalière

§Psychiatrie, santé mentale, psychiatrie de secteur

§Sécurité

Imaginons la fiction suivante : un observateur, nous l'appellerons Albert, *a priori* non instruit de la chose psychiatrique, s'intéresse à une pratique sociale particulière, l'hospitalisation psychiatrique, avec une focalisation sur les privations et restrictions de liberté.

Il pourrait constater la redondance suivante : un événement survient, qui entraîne, après imputabilité à un individu, l'enfermement de celui-ci.

Cet événement a pu survenir hors d'un hôpital psychiatrique (domicile, domaine public, milieu hospitalier non psychiatrique, clinique psychiatrique privée). Dans ce cas, l'enfermement est réalisé par une hospitalisation contrainte à l'hôpital psychiatrique le plus proche. Albert utiliserait le terme d'internement, certes un peu désuet, mais plus parlant dans le cadre de son travail, que les termes d'hospitalisation sans consentement, d'hospitalisation d'office ou à la demande d'un tiers¹, car érudant, selon lui, la suppression d'une liberté habituellement reconnue comme essentielle, celle d'aller et venir. Cette suppression, il la décrirait comme confinement imposé dans un lieu plus ou moins restreint (hôpital, unité d'hospitalisation, partie d'unité).

Cet événement a pu survenir au sein d'un hôpital psychiatrique. Dans ce cas, l'enfermement est réalisé par la mise dans une cellule, terme qu'il utiliserait de préférence à chambre d'isolement, chambre de soins obligés, chambre de soins intensifs, chambre d'apaisement, termes euphémisant le confinement, cette fois dans un espace réduit, associé à un isolement plus ou moins absolu vis-à-vis d'humains autres que soignants. Le terme de cellule lui paraîtrait indiquer, de plus, l'habituel dépouillement de cet espace, ainsi que les conditions d'utilisation des sanitaires.

Cet événement a pu survenir au sein d'une cellule, et la modalité d'enfermement, ici sur un lit, s'est réalisée par l'utilisation d'attaches, ou liens de contention.

Albert a évidemment remarqué que, si ces trois modalités pouvaient réaliser parfois un parcours en trois étapes pour certains, d'autres court-circuitaient une ou deux étapes, et que la majorité n'effectuait pas l'intégralité du parcours.

Les événements en cause dans la production des enfermements psychiatriques étaient divers : quelqu'un avait été blessé, par lui-même ou par autrui, physiquement ou verbalement ; de l'argent avait été dépensé inconsidérément ; un désordre, relativement à l'ordre précédent, s'était produit. Dans tous les cas, l'individu auquel avait été imputé l'événement avait refusé des soins proposés par des professionnels de santé.

Albert essaya alors de modéliser le mode de pensée du système social et institutionnel qu'il étudiait, et qui entraînait l'enfermement à partir d'un tel événement. Les éléments qu'il retint, mais il n'excluait pas que d'autres pussent être relevés, furent les suivants :

Le poids de l'histoire ne pouvait pas être négligé. Depuis au moins l'Hôpital Général en 1750², la psychiatrie et l'enfermement allaient de pair, de l'asile d'aliéné à l'hôpital psychiatrique, puis au centre hospitalier spécialisé. Et, au fond, le système social reproduisait ce qu'il avait toujours produit.

La prévalence, comme souverain bien, de la sécurité sur la liberté, lui apparut très actuelle. L'accent était mis sur ce thème, régulièrement, par les différentes autorités de l'État ou des établissements hospitaliers, mais aussi par les médias, censés représenter

l'opinion publique. Cet accent s'incarnait, et était ainsi sanctuarisé, dans les discours de la présidence de la République, à l'occasion d'événements particulièrement dramatiques³.

Au concept de sécurité comme souverain bien, correspondait le concept de dangerosité imputée à un individu, et de tolérance zéro quant à la survenue de troubles divers dans le corps social.

Le rapport au risque de survenue d'événements indésirables lui sembla s'être modifié au cours des dernières années : assomption du principe de précaution, études sur la prédictibilité des événements liés au psychisme, et, corollaire, recherches sur les méthodes censées être les plus efficaces pour réaliser des prédictions. Il nota que, récemment, l'objectif, par exemple en santé publique, de réduction statistique des risques, avec la politique qui pouvait lui être liée de prévention sociale et écologique, était remplacé par un objectif de risque zéro applicable à toute situation singulière, avec un rabattement sur l'individu de l'impératif de précaution⁴.

Le principe de bienfaisance, dominant en médecine française, notamment en psychiatrie, le principe d'autonomie, à l'opposé du modèle officiel anglo-saxon, lui parut générateur d'un oxymore en cause dans l'enfermement comme modèle : le fou – soit, pour paraphraser Jean-Paul Sartre, celui qu'on dit tel – semblait défini responsable-incapable. Responsable, il peut aller en prison « comme tout le monde », mais il est incapable, par exemple de consentir aux (bons) soins qui lui sont proposés. Il est incapable de s'abstenir de se comporter de telle ou telle façon. On doit prendre à son égard toutes les décisions que lui-même ne peut pas prendre. Bref, il est considéré comme un éternel mineur. Albert se rappela Michel Foucault, citant Kant : « Aie le courage de te servir de ton propre entendement pour sortir de la minorité, c'est-à-dire du youpala enfantin... car, si les hommes ne veulent pas se conduire eux-mêmes, d'autres les prennent sous leur conduite⁵. »

Albert avait fait des études classiques ; il se rappela Molière et le célèbre « Le poumon, le poumon vous dis-je⁶ ! » Aujourd'hui, c'était plutôt la schizophrénie. Mais un causalisme, qu'il qualifia de scientifique, était bien à l'œuvre, qui enchaînait aussi les causes et les effets : s'il a fait cela, c'est parce qu'il est schizophrène (ou dépressif, d'ailleurs). S'il l'est, c'est qu'il possédait une vulnérabilité à cette maladie. Et, s'il la possédait, c'est qu'il est porteur d'une altération de son génome.

Au total, le modèle qui lui parut s'imposer, était un modèle linéaire : une cause entraîne, et ne peut qu'entraîner, un effet. Une action impose une réaction.

Ce qui vint ensuite à l'esprit d'Albert, c'est que ce modèle de l'enfermement semblait croître de lui-

même, prendre une place de plus en plus importante dans les pratiques qu'il observait, et qu'il comparait aux histoires reconstituées des lieux de celles-ci. Pour ces reconstitutions, il utilisa les statistiques officielles des établissements, et l'interview de membres du personnel, retraités ou encore en activité, une sorte de mémoire vive des trois dernières décennies. Il gardait, évidemment, un œil critique sur ces types de sources d'informations.

Reconnu porteur d'une valeur positive, le modèle de l'enfermement ne pouvait qu'engendrer son propre développement : le nombre d'internements augmentait ; des espaces, qui allaient précédemment vers une ouverture, s'en abstenaient ; d'autres, qui s'étaient ouverts, se refermaient ; l'utilisation de cellules, soit spécialement aménagées à cet effet, soit détournées de leur fonction banale de chambre, tournait à plein régime ; des Unités pour Malades Difficiles⁷ ne faisaient pas face à la demande de sur-internement ; diverses unités, dites de sécurité, à vocation régionale ou infra régionale, s'ouvraient sous des dénominations variables⁸.

Le fou, soit, pour paraphraser Jean-Paul Sartre, celui qu'on dit tel, semblait défini responsable-incapable.

Cet enfermement dans le modèle produisait une prolifération de rapports auprès des directions d'établissement, pour alerter celles-ci de la survenue d'« événements indésirables », dont une grande partie étaient imputés à des personnes soignées : « Monsieur X a proféré des insultes insupportables sur l'agent A. » Ou bien « Madame Y a bousculé violemment l'agent B, alors que celui-ci pratiquait une injection prescrite par le médecin de Madame Y. »

Proliféraient également des protocoles, par exemple « mise en chambre d'isolement » ou « prise en charge du suicidant ». Certes, ces protocoles s'élaboraient sous d'apparentes bonnes intentions (contrôler les pratiques), mais il semblait à Albert que s'y révélait la présence obsédante de la question de l'enfermement, dans chaque temps des pratiques de soins.

Pour pouvoir effectuer de meilleures prédictions, et surtout pour pouvoir les appliquer aux cas individuels, il convenait d'enregistrer le maximum de données concernant les individus entrant dans le système de soins, et il convenait qu'elles ne puissent aucunement être anonymes, ce qu'Albert résuma par : la traçabilité du passé est la mère de la sécurité de l'avenir !

Si le fou était un éternel mineur, il fallait en tirer toutes les conséquences, et ne plus se contenter de mesures éventuelles de protection des biens,

.../...

.../... mais réaliser une protection de la personne, impliquant l'action possible sur son corps : une tutelle à la personne rendrait obsolète le vieux principe d'inviolabilité du corps humain.

L'enfermement dans le modèle linéaire rendait finalement aveugle à toute lecture circulaire des évènements qui surviennent : ignorance de ce que produit un enfermement sur l'humanité d'un individu ; ignorance de comment se produisent ou se maintiennent des symptômes dans des contextes divers, familiaux ou institutionnels.

« Tenir la balance, dans chaque situation singulière, entre ce qu'on est tenu, ou contraint, de faire, et ce qu'on vise humainement.

Ne pensez-vous pas – Albert tenait conversation avec un psychiatre de service public, qui avait connu l'évolution de sa discipline depuis une quarantaine d'années – que ces pratiques d'enfermement ne sont pas nouvelles ? Certes, lui répondait-on, et, si elles sont en opposition avec ce qu'on a appelé une psychiatrie du sujet, les deux pratiques ont en fait cohabité au sein des mêmes établissements, voire des mêmes services, et sous la responsabilité des mêmes médecins.

Depuis longtemps ? On peut dire, au choix, depuis Pinel, depuis la psychiatrie de secteur, depuis la psychothérapie institutionnelle...

Sous quelles influences ? Disons de la psychiatrie sociale, de la psychanalyse aussi, mais pas seulement. Comment vous y prenez-vous, dans les situations concrètes auxquelles vous êtes confronté ? Comment je m'y prenais ! Pour faire un peu pédant, j'évoquerai Paul Ricœur⁹, qui propose de recourir à la « sagesse pratique » (*phronesis*), lorsqu'il y a conflit entre deux prescriptions, qu'il appelle déontologiques ou morales. Par exemple : assistance à personne – et j'ajouterai système – en danger, et préservation de la liberté individuelle.

C'est-à-dire ? Il dit que ce recours à la « sagesse pratique » suppose de ne pas abandonner une visée juste, qu'il appelle téléologique ou éthique,

pour une pratique purement procédurale. Autrement dit, tenir la balance, dans chaque situation singulière, entre ce qu'on est tenu, ou contraint, de faire, et ce qu'on vise humainement.

Mais alors, qu'est-ce qui est en train de changer, et qui donne cette croissance, que j'ai observée, du modèle de l'enfermement, croissance dans laquelle j'ai cru voir un enfermement dans le modèle, demandait Albert pour conclure ? Je ressens, répondait son interlocuteur, une pression beaucoup plus importante que par le passé, économique, sociale, politique, transmise par les différentes administrations, mais aussi par mon propre corps professionnel. Et cette pression modifie la balance dont je parlais tout à l'heure. Et je n'oublie pas, également, l'influence du scientisme qui enfle, sur cette balance. Ce scientisme modifie, par exemple, la définition de ce qu'est une maladie, et multiplie ce qui doit être considéré comme une maladie, sous-entendant par là devant être soigné, sans barguigner.

Pour introduire son mémoire, Albert utilisera, peut-être, en exergue, cette envolée : « Maintenant que le Danger est La Loi, nul n'est sensé ignorer le danger... Ça commence avec une capote, ça va finir avec un scaphandre... Notre ambition semble être de périr par là où on n'a pas péché¹⁰. » ■

1. Loi du 27 juin 1990 sur les hospitalisations sans consentement.
2. Michel Foucault, *Histoire de la folie à l'âge classique*, Gallimard, Paris, 1976.
3. Discours de M. Nicolas Sarkozy, président de la République, le 2 décembre 2008 à Anthony (92).
4. Jacques Olivier Doron, communication au Séminaire du Comité Européen Droit Éthique et Psychiatrie, pentecôte 2008, Bari, Italie.
5. Michel Foucault, « Le gouvernement de soi et des autres », Cours au Collège de France 1982-1983, Gallimard, Paris, 2008.
6. Molière, *Le Malade imaginaire*, Acte III, Scène 2.
7. Il en existait quatre en France – Sarreguemines, Cadillac, Montfavet et Villejuif. Une cinquième s'est ouverte récemment à Brest, une sixième va s'ouvrir à Lyon.
8. Par exemple USIP (Unité de Soins Intensifs Psychiatriques).
9. Paul Ricœur, *Lectures 1 (Autour du politique)*, Le Seuil, Paris, 1999.
10. Mathieu Lindon, *Libération* 9-10/02/2008, p.26.

Des soignants sous contrainte

Labolition de la peine de mort reste une des grandes avancées contre l'obscurantisme et la barbarie dans notre société, mais on a doublé la durée des peines de prison qui tuent à petit feu... On ne tue plus, on laisse mourir.

Les circulaires se succèdent qui contraignent les pratiques des soignants en psychiatrie en rendant quasiment impossibles les sorties d'essai des malades mentaux hospitalisés d'office.

Comment peut-on soigner en prison quand le pourcentage de malades mentaux tend à augmenter et que l'on demande aux psychiatres de prédire le risque de récidive ?

Pourquoi subit-on une telle médiatisation des faits divers mettant en cause les malades mentaux, alors que le pourcentage de criminalité est nettement plus faible que dans le reste de la population ?

Cette illusion de prédictivité amène l'administration pénitentiaire à différencier les conditions de détention à partir de critères de dangerosité et de personnalité, plutôt que mettre en œuvre des conditions favorisant la réinsertion sociale.

À l'époque où « surveiller et punir » sont devenus les maîtres mots de la politique, où les systèmes de fichage n'ont jamais été aussi performants, que reste-t-il du « mieux vivre ensemble » ? —

L'aberration carcérale

§Etat, §Prison,
§Banlieue,
§Inégalités sociales

La prison fait disparaître de l'espace public les rebuts de la société de marché et les laissés pour compte. Utiliser la prison comme aspirateur des scores du néolibéralisme est une aberration autant politique que pénale.

■ **Loïc Wacquant**, sociologue

En mars 2003, le ministère de la Justice lançait une campagne publicitaire à la télévision visant à redorer l'image de l'administration pénitentiaire et ainsi attirer les quelques dix mille gardiens qu'il lui faut recruter à la va-vite pour faire face à l'explosion programmée de la population carcérale. Trois mois plus tard, les effectifs sous écrou viraient le cap des 60 000 pour 48 000 places, record absolu depuis la Libération. Insalubrité, vétusté, promiscuité poussée au paroxysme, hygiène catastrophique, pénurie d'encadrement et carence flagrante des activités de formation et de travail ravalant la mission de « réinsertion » au rang de slogan aussi creux que cruel, engorgement des parloirs, multiplication des mouvements de protestations, montée des incidents graves et des suicides faisaient alors l'objet de protestations unanimes des syndicats de gardiens et d'avocats, du Conseil national des barreaux, des associations humanitaires et des chercheurs spécialistes du pénal. Sans réaction notable de la part des autorités, qui réduisaient même les traditionnelles grâces présidentielles du 14 juillet à la portion congrue.

Fin janvier 2004, le Comité européen pour la prévention de la torture publiait un rapport accablant sur les « traitements inhumains et dégradants » qui sont le lot commun des détenus français entassés dans des conditions de surpeuplement quasi-féodales, jusqu'à cinq dans des cellules de douze mètres carrés dans certaines maisons d'arrêt, et dont les droits élémentaires sont quotidiennement bafoués, à commencer par le droit à l'encellulement individuel stipulé par la loi du 15 juin 2000 sur la présomption d'innocence. Ce rapport faisait écho à ceux produits début 2000 par trois commissions

d'enquête mandatées par l'Assemblée nationale, le Sénat et le garde des Sceaux qui dénonçaient à l'unisson le glissement du système pénitentiaire français vers une « prison "cour des miracles" » où règnent « l'arbitraire pénitentiaire » et la « loi du plus fort », allant jusqu'à parler d'une « humiliation pour la République »¹. Un mois tard pourtant, le ministre de la Justice M. Perben balayait les critiques des experts européens en affirmant que la France souffre simplement d'un retard dans la construction de nouveaux pénitenciers, qu'elle s'emploie hardiment à combler...

C'est que le gouvernement de M. Raffarin – après celui de M. Jospin – a fait de l'activisme policier et du durcissement pénal un argument électoral majeur, voire un dogme politique. En deux ans, les effectifs derrière les barreaux ont augmenté de près de 12 000 prévenus et condamnés. Si le pays continuait sur cette pente, il doublerait sa population carcérale en cinq ans, soit deux fois plus vite que les États-Unis au plus fort de la boulimie pénitentiaire de la décennie 1980, qui a fait d'eux le leader mondial de l'emprisonnement. Là où la gauche dite plurielle pratiquait la pénalisation de la misère larvée et honteuse, la droite républicaine assume pleinement son choix de contenir les désordres sociaux et la désespérance qui s'accumulent dans les quartiers de relégation minés par le chômage de masse et l'emploi flexible en déployant avec vigueur et emphase l'appareil répressif. Faire de la lutte contre la délinquance de rue un spectacle moral permanent permet en effet aux dirigeants actuels (comme à ceux qui les précédaient) de réaffirmer symboliquement l'autorité de l'État au moment même où celui-ci se frappe d'impotence sur le front écono-

Loïc Wacquant est professeur à l'Université de Californie-Berkeley et chercheur au Centre de sociologie européenne-Paris ; auteur de *Les Prisons de la misère* (1999, traduit en 20 langues) et *Parias urbains. Ghetto, banlieues, État* (2006, traduit en 8 langues).

mique et social, d'une part, et d'attirer à eux un volant d'électeurs séduits par le programme autoritariste et xénophobe du Front National, de l'autre.

Mais se servir de la prison à la manière d'un « aspirateur social », pour nettoyer les scories des transformations économiques en cours et faire disparaître de l'espace public les rebuts de la société de marché, petits délinquants d'occasion, chômeurs et indigents, sans-abri et sans papiers, toxicomanes, handicapés et malades mentaux laissés pour compte par le relâchement du filet de protection sanitaire et sociale, et jeunes d'origine populaire condamnés à une (sur)vie faite de débrouille et de rapine par la normalisation du salariat précaire, est une aberration au sens propre du terme, c'est-à-dire un « écart d'imaginaire » et une « erreur de jugement » tant politique que pénal (selon la définition du *Dictionnaire de L'Académie française* de 1835).

C'est moins la criminalité qui a changé que le regard que les politiques et les journalistes portent sur la délinquance de rue.

Aberration tout d'abord car l'évolution de la criminalité en France ne justifie en rien l'essor fulgurant de sa population carcérale après la décrue modérée de 1996-2001. Les cambriolages, vols de véhicules et vols à la roulotte (qui constituent les trois quart des crimes et délits enregistrés) diminuent tous régulièrement depuis 1993 au moins ; les homicides refluent depuis trente ans ; et l'augmentation des vols avec violence qui obnubile les médias est en marche depuis vingt ans sur une pente constante et elle s'est récemment infléchi². Il n'y a pas eu de pic soudain des atteintes qui expliquerait mécaniquement l'activisme débridé de l'État sur ce plan. C'est moins la criminalité qui a changé que le regard que les politiques et les journalistes portent sur la délinquance de rue et sur les populations censées l'alimenter, au premier rang desquels les jeunes de milieu populaire issus de l'immigration maghrébine parqués dans les cités périphériques mises en jachère par trois décennies de dérégulation économique et de retrait urbain de l'État.

Aberration ensuite parce que la criminologie comparative établit sans conteste qu'il n'existe nulle part – dans aucun pays et à aucune époque – de corrélation entre le taux d'emprisonnement et le niveau de la criminalité³. On cite fréquemment les États-Unis comme exemple de nation qui aurait récemment fait reculer les infractions par le renforcement de la répression pénale. Mais toutes les études rigoureuses concluent au contraire que la politique policière de « tolérance zéro » et le quadruplement en un quart de siècle des effectifs derrière les barreaux n'ont joué

qu'un rôle décoratif dans une baisse des atteintes due à la conjonction de facteurs économiques, démographiques et culturels⁴. En tout état de cause, la prison ne traite dans le meilleur des cas qu'une partie infime de la criminalité la plus grave : aux États-Unis, qui disposent pourtant d'un appareil policier et carcéral surdimensionné, les quatre millions d'atteintes contre les personnes enregistrées en 1994 n'ont conduit qu'à 117 000 entrées en prison, soit 3 % à peine des crimes de sang enregistrés. Preuve que la répression est inefficace en France comme ailleurs, les condamnations de mineurs à la prison ferme se sont envolées de 1 905 en 1994 à 4 542 en 2001 (et le nombre des détentions provisoires d'adolescents a presque doublé, passant de 961 à 1 665) et néanmoins la délinquance des jeunes n'a cessé d'augmenter dans l'intervalle.

En troisième lieu, le recours réflexe à l'incarcération est un remède fait pour aggraver le mal même qu'il

est censé guérir. Institution basée sur la force et opérant en marge de la légalité (malgré les recommandations répétées de moult commissions officielles, le détenu français ne dispose toujours pas de statut juridique), la prison est un

creuset de violences et d'humiliations quotidiennes, un vecteur de désaffiliation familiale, de méfiance civique et d'aliénation individuelle. Et, pour bien des détenus privés d'un avenir viable, c'est une école de formation, voire de « professionnalisation » aux carrières criminelles. Le fonctionnement ordinaire des établissements de détention se caractérise par une déconnexion complète entre la peine portée par le discours judiciaire et celle effectivement infligée qui génère un « scepticisme radical redoublé d'un profond sentiment d'injustice chez les prisonniers »⁵. L'histoire pénale montre en outre qu'à aucun moment et dans aucune société la prison n'a su accomplir la mission de réinsertion qui est censée être la sienne dans une optique de réduction de la récidive. Comme le notait laconiquement un surveillant de maison centrale : « La réinsertion, c'est pas en prison qu'on la fait. C'est trop tard. Faut insérer les gens en donnant du travail, une égalité des chances au départ, à l'école. Faut faire de l'insertion. Qu'on fasse du socio, c'est bien, mais c'est trop tard. »⁶

En dernier lieu, il faut souligner que la contention carcérale frappe disproportionnellement les catégories sociales les plus fragiles économiquement et culturellement, et cela d'autant plus durement qu'elles sont plus démunies. Comme leurs homologues des autres pays postindustriels, les détenus français proviennent massivement des fractions les plus précaires du prolétariat urbain. Issus de familles nombreuses (les deux tiers ont au moins trois frères et sœurs) qu'ils ont quitté jeunes (un sur sept est parti de chez lui avant 15 ans), ils sont dépourvus de titres scolaires (les trois-quarts ont abandonné l'école avant 18 ans,

.../...

.../... contre 48 % de la population des hommes adultes). La moitié est constituée de fils d'ouvriers et la moitié d'ouvriers mêmes (contre 3 % de cadres supérieurs, qui pèsent 13 % dans la population active nationale) ; quatre détenus sur dix ont un père né à l'étranger et 24 % sont eux-mêmes nés hors de l'hexagone⁷. Or l'incarcération ne fait qu'intensifier la pauvreté et l'isolement : 60 % des sortants de prison sont sans emploi comparé à 50 % parmi les entrants ; 30 % ne sont soutenus et attendus par personne, et un

L'impact délétère de l'incarcération ne s'exerce pas sur les seuls détenus mais aussi, de façon plus insidieuse et plus injuste, sur leurs familles.

sur huit n'a pas de logement à sa sortie. Sans compter que l'impact délétère de l'incarcération ne s'exerce pas sur les seuls détenus mais aussi, et

de manière plus insidieuse et plus injuste, sur leur familles : détérioration drastique de la situation financière, délitement des relations amicales et de voisinage, étiolement des liens affectifs, et perturbations psychologiques graves liées au sentiment de mise à l'écart alourdissent le fardeau pénal imposé aux parents et conjoints de détenus⁸.

C'est dire qu'il est politiquement et pénalement aberrant, d'une part, de disjoindre décisivement la politique de l'« insécurité » criminelle de la montée de l'insécurité sociale qui l'alimente tant dans la réalité que dans les représentations collectives et, de l'autre, de prétendre traiter les « incivilités » avec un outil aussi grossier et inefficace que la prison. Et qu'il est urgent de prendre en compte les dégâts sociaux causés par le renforcement indifférencié de la répression pénale et l'extension incontrôlée d'un appareil carcéral déjà surchargé qui, par son fonctionnement même, disqualifie les idéaux de justice et d'égalité qu'il est supposé défendre. ■

1. Rapport de M. Guy Canivet, remis à M^{me} Guigou, Garde des Sceaux, le 6 mars 2000 ; rapport de M. Jacques Floch, n. 2521, déposé à l'Assemblée nationale le 28 juin 2000 ; rapport de M. Guy-Pierre Cabanel, n. 449, déposé au Sénat le 28 juin 2000.
2. Laurent Mucchielli et Philippe Robert (eds.), *Crime et sécurité. L'état des savoirs*, Paris, La Découverte, 2002.
3. Nils Christie, *L'industrie de la punition. Prison et politique pénale en Occident*, Paris, Autrement, 2003.
4. Loïc Wacquant, *Punishing the Poor: The Neoliberal Government of Social Insecurity*, Durham et Londres, Duke University Press, 2009, notamment chapitre 9.

5. Gilles Chantraine, *Par-delà les murs. Expériences et trajectoires en maison d'arrêt*, Paris, PUF, 2004, p. 249.
6. Antoinette Chauvenet, Françoise Orlic et Georges Benguigui, *Le Monde des surveillants de prison*, Paris, PUF, 1994, p. 38.
7. Francine Cassan et Laurent Toulemon, « L'histoire familiale des hommes détenus », *INSEE Première*, 706, avril 2000.
8. Patrick Dubéchet, Anne Fronteau et Pierre Le Quéau, « La prison bouleverse la vie des familles de détenus », *CRÉDOC – Consommation et modes de vie*, 143, mai 2000, et Megan Comfort, « Papa's House: The Prison as Domestic and Social Satellite », *Ethnography*, 3-4, décembre 2002.

Nous avons reçu pour ce dossier de nombreux articles remarquables qu'il ne nous a pas été possible d'intégrer à la revue papier, faute de place. Vous pourrez les découvrir sur le site de *Pratiques* à l'adresse www.pratiques.fr.

Partez en Afrique avec Roger Teyssandier et les jeunes qui lui ont été confiés, seul article offrant une alternative à l'enfermement. Analysez avec Loïc Wacquant la fonction du ghetto, dans sa version intégrale. Refusez les injonctions paradoxales faites aux psychiatres avec Claire Gekiere. Imprégnez-vous de l'intérieur de la prison avec l'intégralité du texte de Christiane de Beaurepaire.

Lettre cachée, lettre de cachet

Une *lettre cachée* qui devient une véritable *lettre de cachet* remet en cause la décision des sorties d'essai des hospitalisations d'office.

■ **Olivier Boitard**, psychiatre des hôpitaux

§Psychiatrie ;
§Hospitalisation
d'office,
irresponsabilité
pénale ;
§Santé publique

« La ministre, Michèle Alliot-Marie, va envoyer très prochainement une lettre d'instruction aux préfets pour leur demander de suivre de près les dossiers de HO (hospitalisation d'office) et notamment de ne plus déléguer leur signature ». Agence de presse médicale (APM) du 25 novembre 2008.

Cette lettre a bien été adressée, nous en avons eu confirmation orale à la préfecture de notre département, mais il n'a pas été question de nous en fournir une copie. Une lettre qui donne des consignes relatives à la liberté de certains citoyens relève-t-elle de l'intime ? Du secret d'État ? Cette non-transparence témoigne-t-elle d'une certaine gêne ? Toujours est-il que si nous avons retrouvé les références de cette lettre (ou circulaire interne) : NOR INT K 0830124J, nous n'avons pu obtenir son contenu exact. Un lecteur nous aidera-t-il à mettre la main sur la lettre cachée ?

La gestion des hospitalisations d'office de nombreuses préfectures à la suite de cette lettre nous a dévoilé sa teneur : outre l'interdiction de délégation de signature signalée par l'APM – généralement ces questions étaient traitées par le secrétaire général de préfecture après avis de la direction départementale de l'action sanitaire et sociale (DDASS) – un contrôle est renforcé sur les hospitalisations d'office (HO) et en particulier les sorties d'essai accordées dans le cadre des HO régies par l'article 122-1 du Code pénal.

De quoi s'agit-il ?

En cas d'abolition du discernement [Article 122-1 du Code pénal (1^{er} alinéa) : *n'est pas pénalement responsable la personne qui était atteinte au moment des faits d'un trouble psychique ou neuropsychique ayant aboli son discernement ou le contrôle de ses actes*], le

prévenu d'un délit ou d'un crime bénéficie d'un non lieu, d'une relaxe ou d'un acquittement suivi généralement d'une hospitalisation d'office [Article L3213-7 du Code de la santé publique modifié par Loi n° 2008-174 du 25 février 2008 – art.5]. Lorsque les autorités judiciaires estiment que l'état mental d'une personne qui a bénéficié d'un classement sans suite motivé par les dispositions de l'article 122-1 du Code pénal, d'une décision d'irresponsabilité pénale pour cause de trouble mental ou d'un jugement ou arrêt de déclaration d'irresponsabilité pénale pour cause de trouble mental nécessite des soins et compromet la sûreté des personnes ou porte atteinte, de façon grave, à l'ordre public, elles avisent immédiatement le représentant de l'État dans le département, qui prend sans délai toute mesure utile, ainsi que la commission mentionnée à l'article L.3222-5. L'avis médical mentionné à l'article L.3213.1 doit porter sur l'état actuel du malade. À toutes fins utiles, le procureur de la République informe le représentant de l'État dans le département de ses réquisitions ainsi que des date d'audience et des décisions rendues.

La levée de cette hospitalisation d'office dite « judiciaire » obéit à une procédure particulière. Les hospitalisations d'office courantes décidées par le préfet sont levées par ce même préfet sur la demande du psychiatre traitant et sans que le représentant de l'État ne soit obligé de s'y conformer. Pour la levée des hospitalisations d'office dans le cadre de l'article 122-1 sont requises les décisions conformes de deux experts psychiatres [Article L.3213-8 du Code de la santé publique : *Il ne peut*

Une lettre qui donne des consignes relatives à la liberté de certains citoyens relève-t-elle de l'intime ?

.../...

.../... être mis fin aux hospitalisations d'office intervenues en application de l'article L.3213-7 que sur les décisions conformes de deux psychiatres n'appartenant pas à l'établissement et choisis par le représentant de l'Etat dans le département sur une liste établie par le procureur de la République, après avis de la direction des affaires sanitaires et sociales du département dans lequel est situé l'établissement].

Depuis la lettre cachée envoyée dans toutes les préfectures – et très généralement appliquée, semble-t-il – les sorties d'essai des hospitalisations d'office judiciaires doivent être calquées sur les levées de ces HO (dites aussi « sorties définitives »), c'est-à-dire qu'il est exigé deux expertises psychiatriques conformes. La loi ne prévoit pourtant pas de règles particulières pour les sorties d'essai des HO judiciaires et cette disposition apparaît donc bien hors la loi. On trouvera en encadré une lettre d'un préfet imposant ces dispositions.

18 juin 2008.

OBJET : article L3213.è du Code de la santé publique – hospitalisations d'office judiciaires

Je fais suite aux différentes demandes de sorties de courte durée et de sorties d'essai que vous m'avez transmises pour des patients hospitalisés d'office au titre de l'article L3213.7 du Code de la santé publique.

En préalable à toute demande de sortie, je vous demande de bien vouloir procéder à deux examens de l'état de santé du patient concerné. Ceux-ci seront effectués par deux psychiatres n'appartenant pas à l'établissement, et choisis sur une liste établie par le procureur de la République, au même titre que les levées d'hospitalisation d'office judiciaire (article L3213.8 du Code de la santé publique). Ce n'est qu'au vu de ces deux expertises, qui devront être séparées et concordantes, que les sorties sus visées pourront éventuellement être accordées.

Pour le préfet et par délégation,
La secrétaire générale.

Ce changement pour les sorties d'essai a eu des conséquences graves pour des patients hospitalisés d'office dans le cadre de l'article 122-1. Deux exemples :

M. L. a été hospitalisé dans une unité pour malades difficiles (UMD) puis transféré en établissement public de santé mentale (EPSM) à la suite d'un meurtre dans un contexte délirant et hallucinatoire. Après un court séjour en prison, il a bénéficié de l'article 122-1. Bien stabilisé grâce aux soins prodigués et, en particulier, un traitement psychotrope pris régulièrement, il a pu sortir de l'hôpital et occuper un logement personnel. L'hospitalisation d'office a été maintenue dans le cadre d'une sortie

d'essai, car la gravité des antécédents imposait une surveillance des équipes de secteur. Suivi régulièrement par un psychiatre et des infirmiers, il revenait quelquefois à l'hôpital, à sa demande, lorsqu'il se sentait moins bien. C'est lors de l'une de ces réintégrations que la lettre modifiant les sorties d'essai des HO judiciaires est « tombée », si bien que M. L. ne pouvait plus sortir de l'hôpital sans deux expertises psychiatriques favorables. Pas de difficultés pour ce patient sur le fond tant il est probable que les experts auraient confirmé sa stabilisation, mais une grave question de délais : plusieurs mois avant la réalisation des deux examens, plusieurs semaines avant la remise du rapport, plusieurs jours avant la décision du préfet...

Pour éviter une trop longue attente, inutile sur le plan sanitaire et injuste humainement, après discussion avec son psychiatre traitant, M. L. saisit le juge des libertés qui se prononce généralement plus rapidement que les experts. Le juge des libertés rend son verdict : autorisation des sorties d'essai. Notre collègue prévoit donc une permission en précisant dans son certificat les mentions habituelles : date de sortie, adresse du logement de M. L., modalités du suivi en dehors de l'établissement. Pas de réponse du préfet et sur insistance, refus oral du directeur de la direction départementale de l'action sanitaire et sociale (DDASS). La décision judiciaire doit-elle être exécutée puisque naturellement elle l'emporte sur l'abstention administrative ? La difficulté est qu'il appartient au préfet d'organiser les modalités de cette sortie d'essai, ce que ne peut pas faire le juge. Face à cette situation inédite, les juristes consultés n'ont pu donner de réponse claire. Quant au juge des libertés, interpellé sur la non application de sa décision, il se posait désormais la question de sa compétence : indiscutable pour la levée de l'hospitalisation d'office, elle n'est pas prévue expressément pour les sorties d'essai. Les négociations se poursuivent...

La situation de M. R. est quelque peu différente. Après un court séjour en prison, des violences sur sa mère l'ont conduit à l'hôpital psychiatrique en hospitalisation d'office judiciaire. Comme il acceptait sans difficulté l'ensemble des traitements qui lui sont proposés, des permissions sont régulièrement organisées pour reprendre contact avec sa mère. Il apparaît important de développer son autonomie et sa mère l'aide financièrement pour qu'il puisse bénéficier de son propre appartement. Toutes les permissions se déroulent bien, leur fréquence augmente dans l'attente de la levée de l'hospitalisation d'office qui a été demandée, mais nécessite les deux expertises conformes prévues par la loi. C'est alors que la règle du jeu change et que toutes les permissions doivent être suspendues dans l'attente de deux expertises qui,

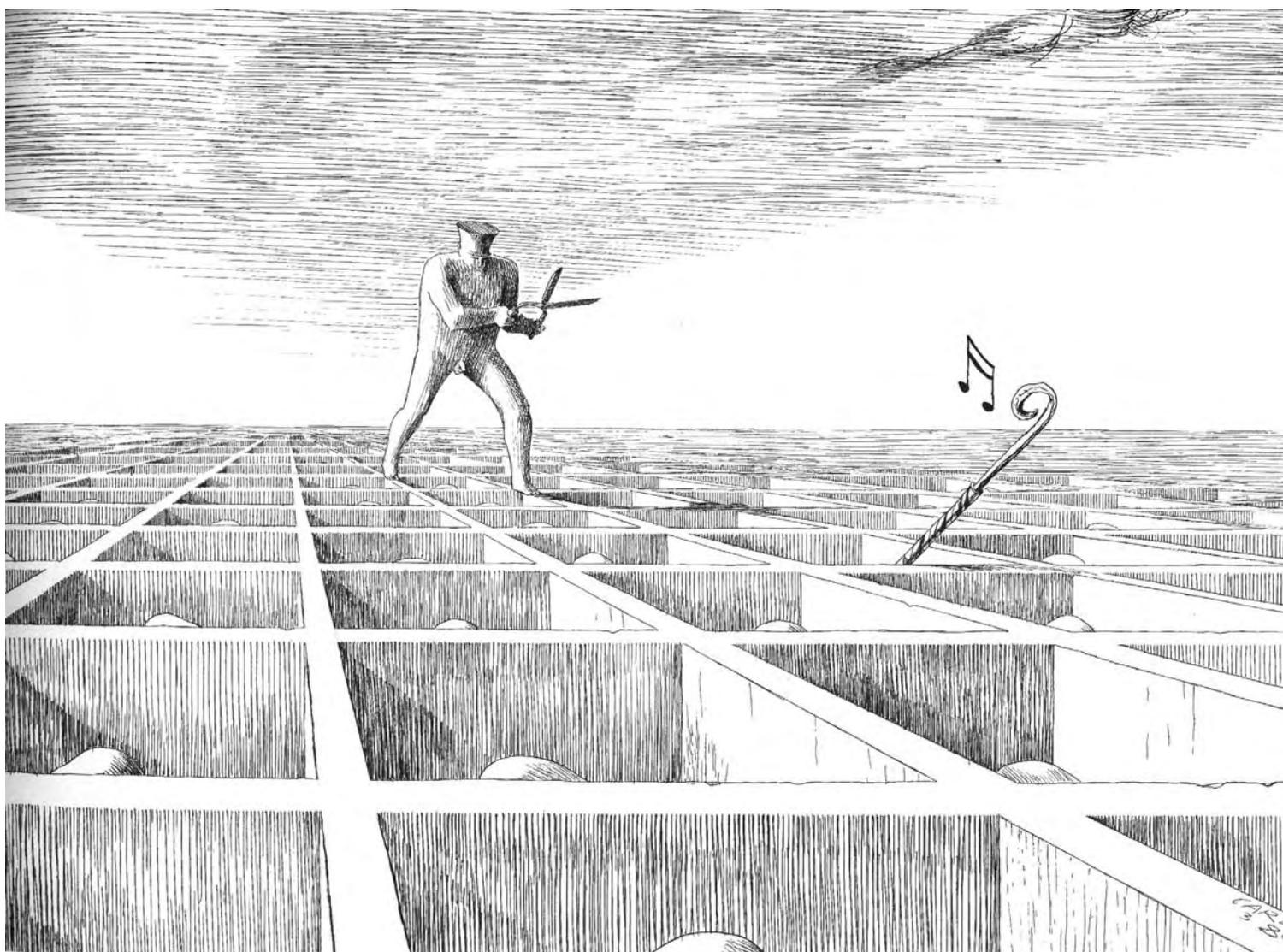
elles, devront se prononcer uniquement sur les sorties d'essai... Le patient ne peut plus sortir de l'hôpital, ce qui compromet gravement son projet de sortie et aurait pu déclencher une agressivité compréhensible. M. R. s'est contenté de s'accorder deux courtes permissions qu'en langage administratif on appelle fugues.

Après plusieurs relances, au bout d'environ un an, M. R. a pu obtenir une sortie d'essai « permanente », les expertises y étant favorables. Il est en attente de la levée de l'hospitalisation d'office.

Notre opposition à cette lettre cachée – véritable lettre de cachet puisqu'elle peut amener à s'opposer à une décision de justice – est claire, il n'en reste pas moins que nous nous heurtons à une difficulté : nous devons tenir compte avant tout de l'intérêt du patient à qui est imposé la prolongation de son internement sans justification. Alors que notre collègue envisageait avec Monsieur L. d'adresser au pré-

fet un courrier aux termes vifs, le patient lui fait remarquer : « Vous allez énerver le préfet ». Juste réflexion dont il a été tenu compte dans la rédaction.

Nous avons souhaité ici développer un point particulier d'atteinte aux libertés de certains patients imposée sans aucune concertation avec la profession et devant être appliquée sans délai. L'application de cette lettre cachée, lettre de cachet, s'inscrit dans un contexte plus large : la France est un des rares pays de l'Union européenne dans lequel l'internement et sa levée sont décidés par l'autorité administrative (même s'il existe un contrôle de l'autorité judiciaire). La majorité de la profession souhaite que cette situation cesse. La dérive autoritaire des princes qui nous gouvernent, la personnalisation du pouvoir, les tentatives de mise au pas des contre-pouvoirs rendent urgente la mise en œuvre du principe : toute restriction de liberté doit être soumise à une décision de l'autorité judiciaire. ■



Brave M. Bystrom...

L'enfermement pénitentiaire, dans ses formes actuelles, est-il, comme le dit le diplomate suédois Henrik Bystrom, la seule alternative à l'abolition de la peine de mort ?

■ **Alain Brossat**, philosophe

Il ne faut pas avoir peur de le dire : il est bien des discours vertueux en faveur de l'abolition de la peine de mort qui sont surtout, en creux, des exercices de promotion et de légitimation de l'enfermement pénitentiaire – dans ses formes actuelles. Ce faux-semblant est particulièrement flagrant lorsque ce sont des États, voire des blocs d'États qui se font les agents de cette sorte de propagande. Je vis actuellement à Taïwan. Le 10 octobre dernier, à l'occasion de la Journée internationale contre la peine de mort, un des représentants de la Suède à Taïpeh (Taïwan n'a pas de relations diplomatiques avec la Suède, ni avec aucun État membre de l'Union européenne) a publié dans un quotidien local en anglais, et ce au nom des États de l'Union européenne, une tribune intitulée "For the sake of dignity, end capital punishment" qui m'apparaît comme une parfaite illustration de ce phénomène. Se posant en quelque sorte en représentant de la norme civilisée sur cette question, tous les pays de l'Union européenne « s'opposant fermement à la peine de mort », Henrik Bystrom (c'est son nom) fait la leçon aux représentants de l'État et à la société de l'île où la peine de mort, même si aucune exécution n'a eu lieu depuis 2005, demeure en vigueur. Il reprend l'argumentaire classique (la peine de mort est contraire au respect de la dignité humaine, elle est irréversible, elle n'a pas de valeur dissuasive) ; il engage donc le public et les « élites » de Taïwan à regarder, en la matière, dans la bonne direction – l'Union européenne et non pas les États-Unis ou le Japon.

Taïwan est un pays où la justice ordinaire est, pour le commun des mortels, un véritable assommoir, où un voleur de bicyclette qui tombe sur un juge de mauvais poil ou ne se montre pas assez repentant peut fort bien en prendre pour cinq ans ferme. En conséquence de quoi, c'est un pays (de 23 millions d'habitants) où la population péniten-

tiaire est plus élevée qu'elle ne l'est en France. C'est donc une démocratie pénitentiaire – même si ce n'est pas ce trait que relève habituellement le discours courant qui fait l'éloge de la « bouillante » démocratie taïwanaise, par opposition à l'autoritarisme pékinois, bien sûr.

Or, *volens nolens*, le discours du diplomate suédois prend ici, en toute logique, le sens, si ce n'est d'un éloge de la prison pénitentiaire en tant que pièce maîtresse des dispositifs punitifs, du moins celui d'une validation de cette institution en tant, précisément, qu'elle ne comporterait aucun des traits barbares, insupportables que son texte (standard, à tous égards) prête à la peine de mort. Donc, la prison n'attenterait pas à la dignité de l'être humain, elle ne produirait aucun effet irréversible et, éventuellement, elle exercerait une fonction positive, dissuasive ou monitoire. Car M. Bystrom ne saurait ignorer que l'enfermement pénitentiaire, et tout particulièrement les longues peines, voire les perpétuités, constituent la seule alternative, dans l'état présent des choses, à la peine de mort dont il réclame, au nom de la civilisation et des Droits de l'Homme, l'abolition. Il ne peut pas ignorer que, dans la plupart des pays d'Europe où la peine de mort a été supprimée, la durée des peines s'est allongée, comme par automatisme, et les peines interminables se sont banalisées.

Il nous faut donc examiner maintenant les arguments « de fond » présentés par ce représentant moyen du droit de l'homme contemporain, contre la peine de mort, dans sa singularité de moyen punitif barbare, inacceptable pour une conscience éclairée de notre temps.

– La peine de mort attente à la dignité de l'être humain, au sens où elle ne respecte pas sa condition d'intégrité (d'immunité, plutôt) qui est aujourd'hui considérée comme l'élément premier du « droit à la vie ». Mais alors, qu'est-ce donc

qu'un corps enfermé pour des années, des décennies, voire toute une vie dans des conditions pénitentiaires ? En quoi un tel corps captif est-il encore une personne humaine ? La première de ses libertés, celle de se mouvoir, lui est retirée. Le plus fondamental des éléments constitutifs de sa condition d'être humain, le fait de vivre en société, d'être « parmi les hommes », d'avoir une vie familiale et une vie publique lui fait défaut. Le seul fait qu'un corps soit conservé dans des conditions d'immunité (toutes relatives, d'ailleurs...) n'est en rien constitutif d'une dignité humaine préservée, conservée – ou alors ce terme est rigoureusement insignifiant. Il faut donc le dire clairement : un corps gardé dans les conditions de l'enfermement pénitentiaire n'est pas une personne humaine, car lui fait défaut ce qui est constitutif de la qualité, de la qualification humaine dans une société moderne : le fait de disposer de soi-même, de pouvoir déployer des projets de vie à partir de cette liberté, de compter pour les autres, d'être institué comme sujet de droit et sujet politique... Bien davantage, ce corps gardé est établi dans un statut dont on pourrait dire qu'il est une variante de l'esclavage (qui en a connu un grand nombre, ici et ailleurs).

Laisser entendre, suggérer, sans avoir le front de le dire, que l'enfermement pénitentiaire, surtout de longue durée (là où les perpétuités viennent se substituer à la mort), respecte la dignité humaine est la manifestation d'un cynisme révoltant. Or, tout personnage de l'État qui « sauve son âme », sa belle âme, comme le fait M. Bystrom, en saisissant l'occasion rituelle de rappeler que les États bien élevés ne pratiquent plus la peine de mort, à son Mr Hyde : le propagateur dépourvu d'état d'âme de l'enfermement pénitentiaire, sous toutes ses formes, en tant qu'alternative à la mise à mort légale.

Que, comme le proclament périodiquement des enfermés à vie, cette forme de réduction d'une personne humaine à la condition perpétuelle d'un corps captif puisse s'apparenter à un meurtre et constituer un acte de cruauté pire que la mise à mort – c'est ce qu'aucun enfermeur ne saurait jamais admettre. C'est que l'on touche là au secret le mieux gardé de la substitution de la réclusion infinie à la mort : ce qu'elle ménage en premier lieu, au temps de la démocratie immunitaire, c'est la sensibilité de l'enfermeur, pas l'existence de l'enfermé.

– La peine de mort est irréversible, on ne fait pas revivre le condamné à mort victime d'une erreur judiciaire. Cette lapalissade revêt à mes yeux une fonction distincte : elle vise à rendre floue ou indétectable cette caractéristique première de la peine ou, plus simplement, de la condition d'enfermement : qu'elle tend, de par sa nature propre, vers l'infini.

Qu'il s'agisse de l'enfermement pénitentiaire ou psychiatrique (et, a fortiori, l'enfermement dans un camp), toute espèce de réclusion de ce type, punitive ou non, comporte ses « logiques », ses dynamiques propres, celles d'une institution « totale », d'une forme de pouvoir oscillant entre discipline et terreur. C'est ce qu'on pourrait appeler « le paradigme de *Vol au-dessus d'un nid de coucou* » : vous n'êtes pas plus fou ou plus dangereux que ça lorsque vous franchissez le seuil de l'établissement, mais n'avez crainte (!), l'institution et le type de pouvoir qui y est en vigueur vont se charger de faire de vous un enfermé à vie. De par ses logiques propres, l'enfermement tend à se durcir et non à se relâcher, et c'est la raison pour laquelle le mitard est et demeure le cœur de la prison pénitentiaire et la contention celui de l'asile ou de l'hôpital psychiatrique.

Si la peine de mort ne dissuade pas les prédateurs ni ne retient les penchants criminels, que dire de la prison ?

L'irréversible des effets destructeurs de la détention pénitentiaire ne tient donc pas seulement à la durée des peines ; il tient aussi à cette dynamique propre du « *prisoning* » (Z. Bauman) dont l'effet est que, la société, en pensant se protéger, fabrique des épaves.

– Le motif de la dissuasion ne mérite guère plus d'une phrase. Si la peine de mort ne dissuade pas les prédateurs ni ne retient les penchants criminels, que dire de la prison ? S'il n'était qu'une chose à retenir de la « leçon » foucauldienne sur la prison, ce serait celle-ci : la prison pénitentiaire, ça ne sert pas à dissuader les criminels en herbe ou en puissance, ça ne sert pas à réhabiliter et remettre dans le droit chemin ceux qui sont « tombés » du côté du crime, cela sert, depuis les origines, à séparer les espèces : les corps viables, disciplinables, productifs, gouvernables et les indociles irrécupérables, ingouvernables. La prison est une trieuse et la détention est son truchement.

À quoi tient le sentiment de supériorité morale ! Dans son homélie bien intentionnée, M. Bystrom parle au nom de pays comme la France, l'Italie ou la Belgique (je ne parle pas de la Roumanie ou la Bulgarie...) dont les systèmes punitifs tout entiers agencés autour de la prison pénitentiaire sont régulièrement dénoncés comme « indignes » par la presse ou des parlementaires et sont de plus en plus fréquemment dans le collimateur des institutions européennes. Seulement, voilà : nous avons aboli la peine de mort... Voilà qui nous fonde, assurément, à faire la leçon, en matière de dispositifs punitifs et répressifs, au monde entier... ■

Le traitement différentiel des détenus

§Justice,
§Politique, §Prison,
§Classification

Les transformations de l'Administration Pénitentiaire passent par un contrôle renforcé des détenus avec pour objectif la prévention de la récidive aux dépens de la réinsertion sociale.

■ **Hugues de Suremain**, responsable juridique à l'OIP (Observatoire International des prisons)

La prison est travaillée depuis quelques années par des processus de transformations accélérées, dont les dispositions de la loi pénitentiaire adoptée le 13 octobre 2009 rendent partiellement compte, bien plus qu'elles n'en constituent l'élément déclencheur. Le Parlement a en effet légiféré en rehaussant au niveau de la loi des règles prévues par décret ou en entérinant des pratiques existantes dépourvues de base légale. Aussi bien, l'administration pénitentiaire (AP) a surtout vu dans ce texte « un encouragement à poursuivre [son] action ». Les débats ont cependant mis en discussion différents aspects des réformes initiées depuis plusieurs années et qui étaient masquées par le discours officiel sur l'amélioration des conditions de détention. L'AP a en effet déclaré faire des Règles pénitentiaires européennes (RPE) une recommandation non contraignante, sa « charte d'action » et a lancé en janvier 2007 une expérimentation de certaines d'entre elles. La caution revendiquée du droit européen a ainsi permis des transformations jugées sensibles sans coup férir.

Le cœur de la réforme réside assurément dans la classification des détenus en fonction d'une évaluation de personnalité et de dangerosité, déterminant le régime de détention applicable. Ce dispositif est censé faciliter les actions destinées à la prévention de la récidive, qui prend le pas sur la traditionnelle mission de réinsertion sociale impartie à l'AP. Que l'on vise la diversification des établissements ou bien la différenciation des régimes de détention au sein de la prison, il s'agit dans tous les cas de faire face aux difficultés appréhendées dans la prise en charge des intéressés par l'administration par la mise en œuvre de règles différentes.

L'existence de régimes spécifiques à des catégories particulières de détenus n'est pas nouvelle : régime dit progressif jusqu'en 1975, isolement, séparation entre centres de détention pour courtes ou longues peines, etc. Les orientations suivies aujourd'hui ont été définies de longue date comme axes de réforme de l'institution, voire déjà été peu ou prou mises en œuvre localement. Il semble toutefois que l'on peut discerner une véritable transformation de l'institution dans la réforme actuelle, qui tient à l'ampleur des changements qui en résultent et la foi de l'institution dans ses innovations techniques. Ce projet se situe à la croisée de plusieurs phénomènes contemporains, l'allongement de la durée des peines, l'inflation carcérale et le contrôle croissant du juge sur l'institution. Après avoir fait la genèse des dispositifs nouveaux pour en comprendre les ressorts, l'ambition restauratrice du sujet qu'ils mettent en avant devra être interrogée.

Au début des années 1990, l'AP réalise que le phénomène du très net allongement de la durée des peines n'est pas passager. En 1991, un groupe de travail est constitué pour dégager des orientations claires sur la gestion des « longues peines ». La notion de dangerosité, qui « fait partie de toute réflexion engagée sur les détenus condamnés à de longues peines », détermine ses conclusions qui s'ordonnent autour de deux axes de réformes. D'abord, la mise au point de « projets d'exécution de peine » (PEP) assimilables à un « contrat » entre l'administration et le détenu. Il est conclu au terme d'une synthèse de la situation personnelle du sujet et « nécessite la collaboration de tous les personnels intervenant à l'établissement – psychologue et psy-

Depuis sa création à Paris en 1996, la section française de l'Observatoire international des prisons s'attache à promouvoir le respect des droits fondamentaux et des libertés individuelles des personnes incarcérées, en fondant son action sur les dispositions de droit interne et les instruments internationaux de sauvegarde des droits de l'homme, qui prohibent la torture et les peines et traitements inhumains ou dégradants.
www.oip.org

chiatre, personnels socio-éducatifs, techniques enseignants, surveillants et personnels soignants ». Le PEP est regardé comme un outil « devant amener les détenus à eux-mêmes prendre conscience de ce que leurs parcours individuel d'exécution de peine dépend de leurs investissements et de leur choix ». Le groupe recommande ensuite un système de régimes de détention différenciés, reposant sur une systématisation de la procédure d'accueil, des bilans annuels et le recours à des « cellules d'orientation » pluridisciplinaires. La mise en œuvre d'un régime différencié « rend possible la double mission d'observation et d'évaluation que nécessite la mise en œuvre du projet d'exécution de peine ». Ceux ayant « positivement évolué » trouvent en effet dans ce cadre la « manifestation de la confiance de l'institution ».

La difficulté posée par l'allongement des peines apparaît encore plus clairement dans un rapport rendu en 1993 par les inspections générales de l'administration et des services judiciaires¹, après de violentes évasions et mutineries. Le rapport constate que le nombre de détenus condamnés à des peines les privant d'espoir de libération à moyen terme s'accroît et que leur gestion est « sources de difficultés considérables », de même que le pourcentage de ceux qui souffrent de troubles psychiques graves. Le rapport pointe le danger de l'automatisme et de la trop longue durée des périodes de sûreté et place les responsables politiques devant une alternative claire : « soit trouver les mécanismes correcteurs de l'augmentation du nombre des longues peines et de la durée de celle-ci, soit adapter les établissements à cette donnée nouvelle ». La branche de l'alternative qui s'est effectivement réalisée n'est pas mystérieuse. Aussi reconnaît-on sans peine, dans les orientations des rapports de 1992 et 1993, les lignes directrices de la politique pénitentiaire actuelle : le repérage des détenus « dangereux » et la question délicate des échanges d'informations entre acteurs pénitentiaires et médicaux, la classification des détenus, leur orientation et leur affectation, la recherche de la contractualisation de la peine.

L'inflation carcérale qui reprend à l'automne 2001 accélère l'entreprise. Pour limiter la surpopulation, sont transférés en centre de détention des condamnés dont le profil ne se rencontrait jusqu'alors qu'en maison d'arrêt et que l'AP ne sait pas gérer. Certains centres tentent de le faire en instaurant des secteurs au régime de type maison d'arrêt (portes fermées en journée). En mars 2003, le ministre officialise l'expérimentation de ce dispositif dans huit prisons, dans le cadre d'un mouvement de renforcement de la sécurité qui se fait ressentir très durement (OIP, 2005 ; CPT 2007). Parallèlement, le juge administratif se résout à contrôler plus large-

ment l'action de l'AP. À partir de 2004, il remet en cause sa jurisprudence traditionnelle accordant une immunité aux décisions de l'AP. Cette dernière voit dans ce surgissement du tiers de justice dans son pré carré comme du « harcèlement », comme l'a énoncé son représentant lors d'une audience devant Conseil d'État le 14 décembre 2007. Les régimes différenciés lui donnent l'espoir que le juge lui conservera un système de gestion de la détention entièrement discrétionnaire². Tri des condamnés selon leurs perspectives de sortie, gestion par la contention de détenus réputés difficiles, réaction au contrôle du juge, tels sont donc les ressorts du processus engagé. Il va trouver un puissant catalyseur dans la diffusion de l'idéologie managériale dans les politiques publiques et l'entreprise de relégitimation de la prison.

Le cœur de la réforme réside assurément dans la classification des détenus en fonction d'une évaluation de personnalité et de dangerosité, déterminant le régime de détention applicable.

Prenant acte de ce que la politique pénale ne viendra pas apporter des correctifs à la durée des très longues peines (au contraire), cette donnée est évacuée des questionnements de l'institution. Celle-ci considère que « la pensée d'une prison progressiste et démocratique ne quittera pas l'âge régressif et infantile si "elle ne tue pas le père" Foucault » (Filipini, 2008). La modernisation passe donc par la mise en œuvre décomplexée des anciens plans. L'idée que la capacité à évaluer la personnalité des détenus et les risques qu'ils font courir à l'institution est au cœur du métier pénitentiaire, constitue la clé de voûte du projet, et se trouve consacrée dans la loi pénitentiaire (art. 89). L'évaluation doit s'opérer dès l'entrée, d'où la focalisation sur le « quartier arrivant » et l'instauration de processus de labellisation de la « phase d'accueil ». Elle détermine l'affectation initiale de l'intéressé, son régime de détention et constituera un point de référence essentiel pour mesurer son évolution. Une évaluation actuarielle des risques est opérée au travers de grille d'« évaluation du potentiel de dangerosité et de vulnérabilité », composée d'indicateurs de risques liés à la condamnation, aux antécédents, aux troubles comportementaux et à l'environnement social. La fréquentation du service médico-psychologique, la non-acceptation de l'incarcération ou la négation des faits constituent des indices de risques. L'examen de la personnalité doit ensuite être global, donc interdisciplinaire. Une « commission pluridisciplinaire unique » (CPU) est censée réunir l'ensemble des acteurs de la prison, convoqués pour prendre part à l'élaboration des mesures de gestion de la détention (affectation...

.../...

.../... tations en cellule, octroi du travail, surveillance spéciale...). Alors même qu'ils sont théoriquement protégés par leur code de déontologie, les médecins se retrouvent en première ligne pour participer à la détermination du niveau de coercition applicable à leurs propres patients. Comme nombre de services refusent de se prêter à ce jeu là, le directeur de l'AP donne pour consigne de faire constater leur absence par écrit³. Si le Sénat a fait adopter une disposition prévoyant que « Ne peut être demandé aux médecins et aux personnels soignants (...) un acte dénué de lien avec les soins ou avec la préservation de la santé des personnes détenues », pour contre-carrer ce retour rampant à la médecine pénitentiaire, la détermination des tenants de la cogestion reste entière, le rapporteur à l'Assemblée ayant immédiatement affirmé que cette disposition ne remettrait pas en cause les CPU.

De même, l'adaptation de la prise en charge à une personnalité admise comme évolutive nécessite que le comportement soit évalué régulièrement, au moyen d'une observation continue du détenu et d'une mutualisation des informations. C'est pourquoi l'AP a développé, en toute illégalité, mais au nom des règles européennes, un logiciel de suivi comportemental, aujourd'hui appelé électronique de liaison. Les observations enregistrées à l'insu du détenu sur sa personnalité donne lieu à des prises de positions hostiles et très tranchées : « exprime ce qu'il pense, teste les autres, très rigide, se croit tout permis » ; « haute estime de lui-même, haut niveau scolaire » ; « contestataire dans le refus, sait se défendre » ; « grand manipulateur, très demandeur, se victimise beaucoup » ; « la cellule de X est une poubelle »...

La personnalité étant devenu l'objet premier du traitement pénitentiaire, les appréciations formulées sur le comportement en détention sont révélatrices de l'aptitude du retour à la société dans de bonnes conditions. Aussi la différenciation des régimes s'articule-t-elle avec le PEP et les Programmes de Prévention de la Récidive (PPR) (groupes de parole assurés par les conseillers de probation auprès des délinquants sexuels, plus largement les auteurs de violences). De type cognitivo-comportemental, ces programmes sont conduits sans garde-fou. Une convention signée avec l'Association de Thérapie des Violences Sexuelles et familiales (AFTVS), présidée par le Dr Coutanceau, prévoit une journée de formation par site, et un suivi téléphonique. L'insistance de l'AP à marteler que l'on reste « dans une approche de type criminologique, délibérément distincte de la dimension du soin » ne suffit pas à dissiper le malaise. Un rapport interne souligne qu'« À la difficulté – sur le plan intellectuel – de concevoir un cadre d'intervention signifiant et structurant qui n'empiète pas sur la clinique, s'ajoute le défi institutionnel de mettre en

place les PPR en toute indépendance, mais en bonne intelligence avec les services de soins⁴. »

Tel est l'inquiétant dessein que porte l'entreprise de modernisation de la prison. L'autonomie du sujet invoquée par l'AP est une pure fiction. L'alternative qui est laissée au détenu se résume à opter entre faire ce que l'administration attend de lui et jouir de conditions favorables, ou se montrer incapable de faire le bon choix, et être laissé de côté. C'est ce qui ressort du premier rapport de visite du contrôleur général des lieux de privation de liberté, qui a dénoncé le caractère ségrégatif du parcours d'exécution de peine observé. Le système accentue la domination de l'AP sur les détenus. À tous les étages : du surveillant qui remplit le logiciel comportemental sans aucun contrôle, à la direction centrale qui décide de l'affectation dans un établissement à sécurité plus ou moins stricte, en passant par les conseillers de probation qui font de la réadaptation sociale aux forceps, en contraignant le détenu à participer aux groupes de parole, à adhérer au sens de sa peine, à se montrer en phase avec ce qu'on attend de lui, à être capable de gérer ses émotions sous peine de se voir imputer des troubles de la personnalité, etc. Ce, alors même que la classification des détenus emporte des conséquences décisives sur les différents complexes décisionnels derrière les barreaux, notamment d'aménagement des peines (Cliquennois, 2008). La multiplicité des objectifs assignés à ce nouveau projet donne le tournis. L'AP espère, par le biais de la différenciation des régimes, tout à la fois : faire face aux contraintes liées à la surpopulation, l'allongement de la durée des peines et l'afflux de malades mentaux en prison ; empêcher les suicides ; sortir de la crise de sens qu'elle traverse grâce à un projet mobilisateur ; contrer la critique sociale concernant l'archaïsme de son fonctionnement et la nocivité de la peine d'emprisonnement ; limiter la récidive vécue comme la marque de son échec ; reconquérir la part de pouvoir perdu avec les avancées du droit pénitentiaire. La prétention illusoire à éliminer les phénomènes criminels amène l'institution à développer une stratégie guerrière pour combattre la récidive. La criminologie qu'entend promouvoir l'administration pénitentiaire est une science policière, de surcroît non maîtrisée, dont la violence institutionnelle ne pourra qu'aggraver les maux de la prison. ■

1. *L'emprisonnement prolongé des détenus difficile et dangereux*, avril 1993.
2. Le Conseil d'État est saisi de deux recours du ministre tendant à faire juger que la mise en régime plus strict n'est pas susceptible de recours.
3. Note 1024 du 24/09/07.
4. Monographie, p. 31.

Bibliographie

- J. Filippini (directeur adjoint de l'AP 2006-2007) ACP sept. 08 <http://arpenier-champ-penal.blogspot.com/2008/09/acp-102.html>.
- G. Cliquennois, *Tri et affectation des détenus en régime différenciés*, sociologie du travail, 51, 2009.
- « Le programme de prévention de la récidive, retour sur une innovation institutionnelle », AP 07/09.

Détache-moi

■ **Anne Perraut Soliveres**, praticien-chercheur, cadre infirmier supérieur

Je n'ai jamais travaillé en psychiatrie, sauf très très brièvement, à peine diplômée, un dimanche matin où j'y ai été affectée en remplacement (je trouvais mon affectation accrochée à ma carte de pointage le matin en arrivant). Lorsque je me présentai à l'étage indiqué, l'infirmier de nuit, voyant mes yeux écarquillés devant ses transmissions, refusa de me laisser seule dans cet univers pour le moins surprenant. Tous les patients étaient enfermés, chacun dans sa chambre, et il m'était interdit d'y entrer seule ; or, j'étais seule. Je ne me rappelle pas des circonstances exactes, mais suite à l'intervention de cet infirmier manifestement expérimenté et responsable, quelqu'un de mieux informé me remplaça que je remplaçai dans un autre service. La petite heure que je passai dans ce service en attendant une solution me mit fort mal à l'aise vis-à-vis des patients qui m'appelaient et me demandaient de les libérer. Je ne connaissais ce service que parce que lors de mon premier stage en neurologie, à l'hôpital Tenon, j'avais dû y accompagner une patiente jugée agitée, que je trouvais pour ma part tout à fait tranquille, et qui m'avait lacéré le visage dans l'ascenseur alors que je lui expliquais, penchée sur son fauteuil, qu'on la changeait de chambre. Personne ne m'avait donné de consignes de sécurité, ni même expliqué les raisons du transfert.

Les patients, qu'ils présentent de simples troubles du comportement ou qu'ils aient des pathologies psychiatriques diagnostiquées, posent très souvent problème à l'hôpital général parce que tout les y agresse et que les soignants, non formés, sont en général d'une grande maladresse à leur égard. Il n'est besoin que de constater que le simple terme de « désorienté », fort usité, suffit à ôter toute crédibilité à un patient, le reste des troubles étant jugé à l'envi...

Pour autant, j'ai vécu des situations singulières, comme celle d'un patient placé en hospitalisation d'office (chargé d'un lourd passif judiciaire) dans un service de phthisiologie, car tuberculeux contagieux, uniquement lesté de ses médicaments et sous la surveillance, la nuit, d'une infirmière et une aide-soignante assumant la responsabilité de soixante-dix patients, libres d'aller et venir. On avait beau user de tous les moyens de contention chimique comme physique, son seul but était de nous fausser compa-

gnie et sa résistance au traitement s'est révélée ahurissante. Je l'ai d'ailleurs récupéré une nuit vers trois heures du matin dans l'entrée du pavillon, traînant pesamment son matelas fixé sur son dos. Le problème en milieu soignant non spécialisé, c'est que ni les structures ni les effectifs, ni surtout les compétences ne sont suffisants à assurer la sécurité des patients agités, celle de leurs voisins de lit ou de chambre ainsi que celle des soignants. La demande de prise en charge en hôpital psychiatrique au moindre incident va donc de soi lorsque médecins et soignants se sentent dépassés devant une situation qu'ils jugent à risque ou qui met du désordre. L'évolution actuelle vers le tout sécuritaire qui voit des infirmières réprimandées, voire sanctionnées, lorsqu'un de leurs patients fugue, n'est pas pour les tranquilliser, d'autant qu'elles n'ont pas les moyens suffisants pour mener à bien leur mission.

À défaut d'une prise en charge adaptée, l'hôpital général se contente donc de pallier au plus pressé avec les patients agités ou ayant perdu le contrôle.

La contention peut donc apparaître, parfois, comme la moins pire des solutions malgré le sentiment d'impuissance qu'elle engendre chez les infirmières et le malaise qu'elle ne manque pas de susciter. À défaut d'une prise en charge adaptée, l'hôpital général se contente donc de pallier au plus pressé avec les patients agités ou ayant perdu le contrôle. « Détache moi », supplication le plus souvent assortie de promesses ou de menaces, est un leitmotiv que j'ai souvent entendu dans ma carrière d'infirmière en réanimation. J'ai parfois tenté de relâcher les liens d'un patient devant le surcroît d'agitation provoqué par l'entrave, en lui tenant « fermement » la main, mais je finissais toujours par le rattacher... faute de solution.

Chacun s'accorde à penser que l'enfermement aggrave les troubles de comportements et la désocialisation, mais la société n'est pas très encline, loin s'en faut, à en améliorer les conditions. ■

§Psychiatrie,
§Contention,
§Hospitalisation
d'office,
§Isolement

Anne Perraut Soliveres est l'auteure de *Infirmières, le savoir de la nuit*, Paris, PUF, 2001.

Enfermez-les donc tous !

SPsychiatrie,
SJustice,
SPatient,
SPratique médicale

La prison abrite de plus en plus de malades mentaux et le rôle des psychiatres en prison est paradoxal, d'autant plus qu'il est maintenant associé à des diagnostics de dangerosité.

■ **Pascale Giravalli** et **Sophie Sirère**, psychiatres à la prison des Baumettes, Marseille

« Grand renfermement » et processus d'exclusion sont à l'œuvre : la prison accueille à nouveau misère sociale et misère sanitaire ¹.

Un peu d'histoire !

Historiquement, les lieux d'enfermement étaient des lieux d'exclusion avant d'être des lieux de punition. Jusqu'à la Révolution française, l'enfermement était réservé aux pauvres, aux mendiants, aux errants. Au siècle des Lumières, les idées humanistes moralisent le système de répression de la délinquance : suppression des supplices, tortures et mises à mort publiques. La peine privative de liberté marque le moment de l'accès à l'humanité de la justice pénale. Ainsi comme l'écrit Foucault : « C'en est terminé du corps supplicié, dépecé, amputé, donné en spectacle. La souffrance physique, la douleur du corps lui-même ne sont plus les éléments constitutifs de la peine. Le corps n'a plus à être marqué, il doit être mesuré et pleinement utilisé... ² » C'est le passage de la punition à la surveillance.

Le Code pénal prévoit alors un enfermement dont le temps ne doit pas excéder vingt ans. Les peines ne peuvent avoir un sens que si elles s'achèvent.

Incarcérer !

L'incarcération est une « prise de corps » au sens judiciaire, un corps immobile, dépossédé brusquement jusqu'au plus profond de son intime, dans une contrainte spatio-temporelle : « l'espace rétréci et le temps s'allonge » lit-on dans beaucoup de descriptions de la prison. Ainsi l'expérience vécue est celle d'un corps emprisonné dans un espace mesurable, limité, confronté au temps de l'ennui qui s'étire et souvent s'éternise.

Contraindre ³ !

Le cadre de la prison est celui de la contrainte. La contrainte de l'enfermement est la perte de la libre disposition de son temps et de son corps.

Les contraintes du milieu carcéral ont des effets propres et peuvent engendrer des troubles en partie liés au défaut d'interactions avec l'environnement, c'est-à-dire que la prison, par le cadre de vie rigide et non aménageable qu'elle impose, entraîne un déséquilibre (il existe un lieu dans la prison où le cadre est encore plus rigide, l'espace plus réduit, le temps plus contraint, où l'étau se resserre : c'est le quartier disciplinaire (ou cachot) où se manifestent beaucoup de décompensations pathologiques et de troubles violents : tentatives de suicide, suicide ; au quartier disciplinaire, on se pend, on brûle, on meurt !)

Un espace contraint

L'espace éprouvé au quotidien est un espace clos, fermé qui ne peut qu'être ouvert par l'autre (le surveillant qui détient les clés), un espace subi, figé où l'autre fait intrusion à tout moment (l'œil-leton comme métaphore du regard de l'autre auquel on ne peut se soustraire), un espace angoissant où domine le sentiment d'être pris au piège. Il s'agit là d'un contexte expérimental de persécution : la perte de l'aisance dans la relation aux objets du monde alentour (comme l'analyse Eugène Minkowski ⁴ lorsqu'il décrit les modifications de l'espace vécues dans le délire de persécution) et la disparition du hasard (la sécurité prime, donc tout doit être réglé par avance), la méfiance est généralisée ; de même que les détenus se trouvent sous surveillance visuelle, le phénomène de la rumeur est fréquent, accentuant le sentiment

Bibliographie

- « Le temps de la dépression à l'épreuve du temps carcéral » par Sophie Sirère, et Pascale Giravalli, Communication Journées du SPH sur la Dépression, Marseille, octobre 2006.
- « Pratiques de la Psychiatrie en milieu pénitentiaire et nouvelles dangerosités : Attention Danger ! » par Sophie Sirère et Pascale Giravalli, Communication Colloque sur les nouvelles figures de la dangerosité, Agen, janvier 2008.
- « Psychiatrie et Prison : Une Association de Malfaiseurs ? » Pascale Giravalli et Sophie Sirère, Communication Journées de l'AFPEP, Marseille, juin 2009.

d'être dépossédé de ses pensées les plus intimes. Le peu de mobilité que permet cet espace figé, à la fois réduit et contraint, contribue à rendre plus pesant l'éprouvé d'un temps immobile.

Un temps contraint

Soumettre les autres à son propre temps est une forme privilégiée du pouvoir : l'institution carcérale asservit les sujets à sa propre temporalité.

C'est une double dépossession du temps :

- synchronique (l'emploi du temps quotidien est régi par l'organisation pénitentiaire ; au temps intime est substitué le rythme des portes qui s'ouvrent et qui se referment comme pour signaler la monotone répétition des non événements institutionnels),
- et diachronique (la durée de l'incarcération dépendant du temps judiciaire sur lequel ni l'individu ni le système pénitentiaire n'a de prise).

Cette double dépossession fait émerger un temps éprouvé très particulier : c'est un temps subi, immobile, un temps de l'attente

Alain Brossat, dans un livre intitulé *Pour en finir avec la prison*⁵, cite un détenu philosophe, Serge Coutel qui évoque « ... la solidification des heures, quand elles se cristallisent en une gelée vitreuse... et que la vie devient une maladie... c'est la plus terrible institution de notre époque que cette justice, fatiguée de surenchérir sur le crime qu'elle prétend punir, ne crucifiant pas, n'écartelant plus, n'emplant plus, ne brûlant plus et même ne décapitant plus. Il n'y a ni fer, ni roue, ni gibet, ni bûcher, ni rien... Ce qui remplace tout, c'est le temps. La vie amputée du temps ! C'est ça la prison : du temps infligé dans sa nudité : on ne tue pas on laisse mourir... »

Un corps contraint

En ce qui concerne la contrainte du corps, même si les châtiments corporels ont disparu, l'éprouvé corporel garde une place centrale : la contrainte qui s'exerce sur le corps, c'est la perte de l'intimité corporelle.

Le corps est soumis à la surveillance constante des surveillants jusqu'à la « fouille à corps » et des co-détenus dans la promiscuité du quotidien de la cellule.

C'est aussi la crainte du détenu que la prison ne l'envahisse, prenne son corps (jusqu'à la somatisation, à l'impression que l'odeur de la prison l'imprègne tout entier jusqu'à la persécution).

Ce corps mis à nu devient alors à la fois objet de surveillance, objet de suspicion et lieu des manifestations de l'angoisse de l'enfermement.

Comment résister aux contraintes ?

Les contraintes du milieu carcéral résultent non seulement des conditions matérielles et réelles,

mais aussi des effets de l'incarcération sur les personnes.

Dans cet éprouvé de temps et d'espace pris, figé, cet éprouvé de dépossession corporelle et psychique, chaque sujet va tenter avec ses armes psychiques de retrouver un certain équilibre du flux temporel pour continuer à se constituer en tant qu'existant autonome et libre, tentative plus ou moins maladroite, plus ou moins pathologique de se réapproprier un temps vécu propre, une tentative de reprise en mains du rythme de son existence et donc de création d'un « espace de liberté », création qui parfois n'existe que dans le refus du présent, le repli sur soi, l'évitement du conflit généré par les contraintes, le laisser mourir voire même le vouloir en mourir, bref la dépression... c'est le même paradoxe que l'on retrouve dans le suicide qui n'est pas désir de mort, mais désir de vivre autrement, d'affirmer son autonomie même au détriment de sa vie.

C'est ça la prison : du temps infligé dans sa nudité : on ne tue pas on laisse mourir...

Ce temps contraint, on peut l'ignorer, le mesurer, le remplir, l'annuler, se replier sur soi, le comptabiliser (graver des bâtonnets sur le mur de la cellule, cocher les jours du calendrier) jusqu'à l'obsession et la ritualisation des journées, s'occuper sans cesse et être toujours en mouvement (« pour ne pas voir passer le temps ») jusqu'à l'hyperactivité du « détenu parfait », s'abandonner à la pharmacopée (pour la somnolence et les troubles de la mémoire) jusqu'à la toxicomanie...

Quant à l'espace, on peut l'intégrer, le fuir, le contrer, le forcer, réduire son corps contraint à un corps étranger jusqu'à la somatisation, laisser émerger l'angoisse comme fuite psychologique en lieu et place de toute fuite physique impossible, mettre en scène son corps comme support de la plainte jusqu'à l'automutilation, se donner à voir dans cet univers où le contrôle visuel est maître, ou bien encore tenter d'élargir cet espace réduit par le mouvement (faire les cent pas) jusqu'au passage à l'acte qui peut être interprété comme le seul moyen d'augmenter l'espace occupé, ou bien disparaître en tant que sujet autonome pour ne plus faire qu'un avec un espace envahissant jusqu'à la persécution.

Prison et psychose

L'enfermement carcéral a des effets pathogènes. Ces effets délétères sont majorés lorsqu'il s'agit de personnes psychotiques.

Pourquoi ? Parce que la prison est un monde clos dont les règles implicites et explicites s'imposent sans discussion. Le schizophrène, lui, vit dans un monde, dans une réalité en expansion, fragmenté,

.../...

.../... morcelé, menaçant, imprévisible ; parce qu'être psychotique, c'est avoir un trouble profond du rapport à soi (qui suis-je ?), à autrui (que me veut-il ?) et au monde (étrange, incertain, menaçant).

Pour ces sujets, le quotidien en détention est un parcours d'obstacles dont ils sont souvent les victimes (violences subies). En effet, les règles de vie sont ici imposées et intrusives, il n'y a pas d'espace intime, la promiscuité est la règle, la surveillance est continue. Le périmètre de sécurité du psychotique va être ainsi effracté en permanence ; la tonalité persécutoire de l'ambiance va infiltrer le vécu. Il y a peu d'échappatoire pour lui sauf à se replier dans l'espace de la cellule jusqu'à la catatonie ou à ritualiser son quotidien à l'extrême (avec un risque majeur de décompensation en cas de changement).

De nombreuses situations pénitentiaires sont à haut risque : autour du périmètre de sécurité... des fouilles à corps, des bousculades, des cohabitations imposées à deux, trois ou plus...

Les bizarreries de comportement, de discours, l'exaltation de l'humeur, l'imprévisibilité des réactions, l'inadaptation aux règlements pénitentiaires vont mettre en difficulté les interlocuteurs habituels, personnels pénitentiaires et socio-éducatifs et co-détenus, provoquant tour à tour compassion, peur, rejet, exaspération, incompréhension.

“ Le patient suivi hier par le secteur devient dès lors qu'il a été incarcéré un dangereux délinquant.

Au fil du temps, les personnels pénitentiaires, ici et là, ont développé des compétences et des savoir-faire : surveillants référents, équipes fixes, aménagement des horaires et des autorisations de circulation pour permettre des suivis quotidiens, relativisation des bizarreries de comportement et de discours (ce n'est pas à moi que cela s'adresse), observation fine des changements d'attitude faisant craindre les rechutes...

Mais lorsque les troubles du comportement rendent difficile la gestion du quotidien (conflits répétitifs notamment), la solution est souvent le quartier d'isolement, quand ce n'est pas le quartier disciplinaire ou le tourisme pénitentiaire (changements réguliers de prison) qui soulage la prison, mais aggrave considérablement la pathologie.

Mais que fait la psychiatrie !

L'évolution des politiques pénales a toujours eu des effets directs sur les pratiques de la psychiatrie.

« Les équipes psychiatriques sont venues travailler en prison dans une optique clinique sectorielle : pour proposer un dispositif de soins au plus près de la population, fût-elle captive ⁶. » L'exercice

« limite » de la psychiatrie en milieu pénitentiaire oblige à questionner sans cesse sa légitimité, c'est-à-dire travailler le paradoxe d'y être et le risque de perdre son âme est grand !

Un peu d'histoire

En 1985 est créé, à côté du secteur de psychiatrie générale et du secteur de psychiatrie infanto-juvénile, un 3^e type de secteur, le Secteur de Psychiatrie en Milieu Pénitentiaire sous tutelle du ministère de la Santé et rattaché à un hôpital de proximité.

En 1994, l'ensemble de la prise en charge sanitaire des personnes détenues est confié au ministère de la Santé.

Le principe retenu est celui de faciliter l'accès aux soins de toutes les personnes détenues en leur garantissant des conditions techniques et déontologiques de prise en charge équivalentes à celle du milieu libre (indépendance technique, confidentialité-secret médical, consentement au soin).

Où en sommes nous ?

Rapidement, le dispositif psychiatrique a été victime de son succès : actuellement, on incarcère puisqu'on peut soigner et/ou on incarcère pour soigner. Les soignants qui sont venus en prison pour soigner sont désormais convaincus que leur présence cautionne et justifie celle de malades mentaux.

La morbidité psychiatrique de la population pénale s'est accrue et aggravée ces quinze dernières années. La dernière enquête épidémiologique (Rouillon et Falissard) de 2004 fait état de 14 % de psychotiques en prison dont 7 % de schizophrènes.

La théorie de la responsabilisation pénale des malades mentaux qui leur restituerait leur part de raison et de citoyenneté se traduit par la réforme du Code pénal (1992/94), mais elle aussi est victime de son succès ! Le nombre d'irresponsabilisations pénales (article 64/122-1-1 du Code pénal) baisse pour se stabiliser, représentant 0,45 % des affaires en instruction. Il y a une tendance lourde de la part des experts à retenir l'altération du discernement (article 122-1-2 du Code pénal) pour des patients psychotiques en phase processuelle au moment des faits. « Mais cela se traduit, quand il s'agit de « juger un fou », par un surcroît de peine par réflexe de défense sociale face à la folie, porteuse d'inconnu, d'incompréhensible et surtout de danger ⁷. » En effet, à cette théorie inclusive répond une pratique d'exclusion. Il y a un déplacement des malades mentaux de l'hôpital vers la prison par leur responsabilisation (totale ou atténuée) et par leur précarisation et leur criminalisation (comparution immédiate pour petits délits ou même comportements relevant du trouble de l'ordre public). Le risque ségrégatif est majeur : le patient suivi hier par le secteur devient

dès lors qu'il a été incarcéré un dangereux délinquant. On assiste alors à la création contextuelle d'une nouvelle dangerosité.

Depuis l'abolition de la peine de mort, un processus de substitution s'est enclenché. La durée des peines a été multipliée par deux en vingt ans, phénomène de rallongement des peines qui risque d'être aggravé par les peines planchers.

Au début des années 2000 s'amorce une brutale accélération avec, à partir de 2005, une succession ininterrompue de lois au nom du principe de précaution.

La psychiatrie est ainsi appelée, parfois àprement, à intervenir dans des champs qui lui sont étrangers, en particulier celui de la criminologie avec des demandes d'expertises portant sur l'évaluation de la dangerosité, la prédiction de la récidive. Par ailleurs, la loi Perben 2 octroie une réduction supplémentaire de la peine aux condamnés qui manifestent des « efforts sérieux de réadaptation sociale », notamment en suivant « une thérapie destinée à limiter les risques de récidive », le but de cette thérapie devant être attesté par un certificat médical.

En matière d'expertise, dangerosité et récidive deviennent des nouveaux symptômes cliniques. Mais « lorsque le psychiatre prédit la récidive délinquante, par définition incertaine, aléatoire et multifactorielle, il fait référence non à sa science, mais à son intime conviction. ⁸ »

Le point culminant a été atteint et la ligne jaune franchie avec la loi sur la rétention de sûreté de 2008 qui permet de priver de liberté une personne qui n'a commis aucun acte tangible actuel, mais que l'on supposera, par hypothèse médicale non scientifiquement fondée, sur la base d'expertises psychiatriques, dangereuse, c'est-à-dire susceptible d'avoir l'idée, l'envie ou la pulsion de commettre un acte criminel [article 706-53-13 Code de procédure pénale : *À titre exceptionnel, les personnes dont il est établi, à l'issue d'un réexamen à la fin de l'exécution de leur peine, qu'elles présentent une particulière dangerosité caractérisée par une probabilité très élevée de récidive parce qu'elles souffrent d'un trouble grave de la personnalité, peuvent faire l'objet à l'issue de cette peine d'une rétention de sûreté...*] Autrement dit, cela revient à rendre possible l'enfermement d'une personne qui n'aurait jamais récidivé.

Le contexte sécuritaire actuel a des conséquences directes sur le travail psychiatrique en prison.

Actuellement, les fondements même d'un soin possible en prison sont en train d'être sacrifiés sur l'autel du principe de précaution et du risque zéro. Petit bout par petit bout, petites exceptions par petites exceptions, le triptyque garant du soin (indépendance-confidentialité-consentement) est mis en cause sous prétexte de rationalisme et de pragmatisme. La santé ne serait plus un partenaire, mais un simple prestataire, le pas-de-deux entre soignants et acteurs pénitentiaires se transforme en un solo qui tente de mettre le soignant à son pas.

Où la psychiatrie va-t-elle se perdre ?

Probablement vers toujours plus d'enfermement et de contraintes au nom du principe de précaution.

Non ! La prison ne doit pas être une alternative sociale banale ni un lieu de soin à moindre frais ! C'est un lieu d'enfermement, de contraintes et de souffrance.

La politique actuelle qui vise à incarcérer de plus en plus pour des temps de plus en plus long des personnes de plus en plus précarisées et malades est en train de remettre en place de véritables usines à gaz !

Le paradoxe de l'exercice de la psychiatrie en milieu pénitentiaire est dans le grand écart qu'il existe entre les valeurs et les pratiques. En général, lorsque l'écart est trop grand, soit les valeurs changent, soit les pratiques s'adaptent.

Il est peut être temps de revenir et de tenir sur la clinique et le soin pour pouvoir, s'il est nécessaire, refuser de collaborer à des pratiques de relégation de populations désignées comme « dangereuses ». ■

-
- 1. Rouillon et Falissard, *Étude épidémiologique sur la santé mentale des personnes détenues*, 2004
- 2. Foucault Michel, *Surveiller et punir*.
- 3. Baron Laforêt Sophie, « La prison un espace sans contrainte de soin ? », XVII^e journée de Fontevraud, 1^{er} juin 2002.
- 4. Minkowski Eugène, *Le temps vécu*, éd. Gérard Monfort, 1988.
- 5. Brossat Alain, *Pour en finir avec la prison*, Éd. La fabrique, 2002.
- 6. Paulet Catherine, « Réprimer qui ? Les malades mentaux ou comment la prison remplace l'hôpital psychiatrique », Colloque du Syndicat des Avocats de France, Vers quelle justice pénale ?, Marseille, 16 et 17 mai 2009.
- 7. Paulet C, *ibid.*
- 8. Paulet C, *ibid.*

Enfermements et enfermement

§Enfermement,
§Sécurité, §Fichage

La thématique de la sécurité vient balayer les valeurs humanitaires du « mieux vivre ensemble » qui relie les hommes entre eux.

■ **Chandra Covindassamy**, psychanalyste

« *Qui est prêt à renoncer à un peu de liberté pour un peu de sécurité n'aura ni l'une ni l'autre* » (Anonyme)

Depuis plusieurs années, des mesures gouvernementales permettant l'enfermement autoritaire d'habitants de ce pays se succèdent à un rythme très soutenu, souvent plusieurs par an, et vont toujours dans le même sens : l'extension ou le renforcement de mesures antérieures.

Dans une période dite de « crise » (terme aussi vague que mystérieux) se manifestant avant tout par une accentuation spectaculaire des inégalités, de telles mesures visant à sauvegarder l'ordre public sont facilement compréhensibles.

Mais le contexte dans lequel ces mesures sont prises constitue un premier paradoxe. Jamais les systèmes d'information, très présents dans notre vie quotidienne enregistrant des traces répertoriées, n'ont été aussi performants. On peut mentionner les cartes de paiement, les titres d'abonnement aux transports en commun, les téléphones (rappelons que dans une affaire récente, la non-possession d'un téléphone mobile a été considérée comme un élément de suspicion), les connexions à Internet et aussi la vidéosurveillance avec des logiciels de détection de comportements anormaux. Il convient de citer aussi l'extension des tests ADN (instaurés à l'origine pour les seuls délinquants sexuels) et enfin naturellement les fichiers de police dont l'étendue et le nombre semblent bien en augmentation constante.

Avec une aussi bonne surveillance, on peut se poser la question du sens de l'augmentation régulière globale du nombre des personnes privées de leur liberté de mouvement : personnes en garde-à-vue, détenus dans les prisons et personnes hos-

pitalisées sous contrainte en établissement psychiatrique. Cette situation devrait logiquement susciter des débats. Quelle est l'efficacité de ces mesures puisque les chiffres sont toujours en augmentation, à moins que le chiffre ne soit une fin en soi ? Mais surtout personne, ni dans le gouvernement de la République, ni dans la presse, ne parle de la nécessité de conduire une réflexion approfondie, impliquant l'ensemble de la population sur la finalité et l'utilité des mesures de privation de liberté de mouvement. Dans le champ judiciaire, il devient malaisé de comprendre s'il s'agit de punitions ou de mesures de protection. Ce sont assurément deux approches radicalement différentes. Dans le champ psychiatrique, le travail des équipes ambulatoires en particulier de secteur, en amont de l'hospitalisation sous contrainte, a-t-il pu être réellement mené ? De tels débats sont

L'absence de réaction de rejet efficace face à des mesures réduisant les libertés individuelles correspond à un sentiment d'insécurité largement répercuté dans les médias.

régulièrement escamotés, remplacés par le surgissement de faits divers spectaculaires, largement couverts par les médias de masse, déclenchant au lieu d'une réflexion, l'indignation générale, la peur et la demande par l'opinion publique du renforcement des mesures antérieures.

Mais à côté de ce premier paradoxe qui concerne avant tout l'État et le gouvernement, il en est un autre encore plus troublant, c'est l'absence de réaction massive et efficace de la population pouvant mettre un coup d'arrêt aux mesures de priva-

tion de liberté. En fait, des protestations vives et argumentées existent, portées surtout par les professionnels des secteurs visés : enseignement, justice, santé (en particulier psychiatrie) et création artistique notamment, regroupés dans des mouvements comme l'Appel des Appels¹. Jusqu'à présent, les multiples réflexions et propositions n'ont guère été entendues par le gouvernement. Enfermements dans des murs ou par des moyens de surveillance du type bracelet électronique apparaissent comme inévitables presque « normaux ». Pourtant, il est bien établi que les « malades mentaux » commettent proportionnellement moins de crimes que le reste de la population et que, pour les délinquants, la récidive est loin d'être la règle, même dans les crimes sexuels.

L'absence de réaction de rejet efficace et même l'accord d'une partie importante du public face à des mesures réduisant de façon très sensible les libertés individuelles objectives correspondent à un sentiment d'insécurité largement répercuté dans les médias. Il est vrai qu'un sentiment grandissant de solitude suscite une demande de sécurité sous la forme d'une protection défensive. Les principales causes du sentiment de solitude sont clairement formulées par les gens : la montée du chômage, les techniques « managériales » détruisant les relations de solidarité, la précarisation des postes de travail par le culte du chiffre, l'incertitude des revenus, les difficultés croissantes pour trouver un logement et même les menaces sur l'accès aux soins.

Mais il faut souligner que les réponses stéréotypées apportées par les gouvernements à cette demande de sécurité reposent sur une conception très particulière selon laquelle la protection ne serait que l'ensemble des moyens mis en œuvre pour se défendre contre toute forme d'agression et la sécurité, l'état obtenu par cette mise en œuvre. Comme si la véritable sécurité n'était pas avant tout en étroite relation avec la qualité des liens reliant les uns aux autres et la protection simplement l'attention portée par chacun à autrui. Mais une autre politique impliquerait de réinterroger les rapports des habitants de ce pays entre eux, ce qui pourrait conduire à des décisions beaucoup plus coûteuses, du moins pour les plus riches d'entre eux, que le simple renforcement de mesures défensives.

Dans une période de bouleversements majeurs des rapports sociaux et où presque tout devient incertain, un certain nombre d'idées peuvent apparaître comme des sortes de points fixes, des points d'arrimage connus et rassurants. On peut faire l'hypothèse selon laquelle l'enfermement pourrait être investi

de cette valeur de point d'arrimage et du coup apparaître comme un élément stable, familier, presque rassurant paradoxalement.

La thématique de la sécurité n'a rien de très nouveau, mais elle a pris un essor indiscutable à partir de la fin des années 1970. Il est frappant de remarquer que c'est précisément de cette période que date le début de l'irrésistible ascension de la déréglementation fondée sur la libre circulation des marchandises, des services et des capitaux entraînant une très spectaculaire augmentation des échanges commerciaux et un impressionnant bond des indicateurs économiques.

Déréglementation pour les échanges commerciaux et « sécurité » pour les personnes pourraient donc être vues comme les deux faces d'une même médaille reflétant une conception très particulière de l'être humain basée à la fois sur l'individualisme et la compétition comme norme absolue et cherchant à évacuer la nécessité du collectif, pourtant également constitutif de la condition humaine.

Hervé Kempf² rapporte que la population carcérale aux États-Unis est passée de 500 000 en 1980 à 2,2 millions en 2005 (selon cet auteur, c'est le chiffre le plus élevé du monde et il faudrait se tourner vers le goulag ou vers les camps de Mao Ze Dong en Chine pour trouver des chiffres supérieurs). Si l'on tient compte de l'origine sociale et des compétences professionnelles des détenus, leur présence dans les prisons états-uniennes entraîne une baisse de plus de 1 % des chiffres du chômage jouant donc un rôle non négligeable sur les chiffres de l'emploi dans ce pays et donc sur les indicateurs économiques.

On peut entrevoir que la tendance lourde actuelle à l'enfermement va bien au-delà des mesures physiques que nous avons évoquées plus haut, elle tente d'instaurer un modèle de pensée. Par exemple, sur le plan idéologique, le développement du discours de victimologie sur un versant ou d'identité nationale sur un autre versant, comme tout discours de stigmatisation, constitue aussi, bien évidemment, d'autres formes d'enfermement dans l'illusion ravageante de l'appartenance de chacun à une identité unique.

Les mesures d'enfermement physique pourraient donc bien n'être, pour une part, que l'arbre qui cache la forêt dans laquelle peut se déployer la loi de la jungle où le fort mange le faible. ■

■

1. Voir le site <http://www.appeldesappels.org/>

2. Hervé Kempf, *Comment les riches détruisent la planète*, p. 100-101, Collection Points Éditions du Seuil, Paris, 2009.

On enferme à l'hôpital public

S Psychiatrie, S Hôpital,
S Droits, S Surveillance

Qu'est devenue l'idée de la psychiatrie « hors les murs » ? Contention, soumission et restriction du droit d'aller et venir règnent à l'hôpital public.

■ **Claire Gekiere**, psychiatre de secteur, membre de l'Union Syndicale de la Psychiatrie (USP)

À l'entrée de la Salpêtrière, sous le métro aérien, Pinel, en sa statue, délivre depuis deux siècles les aliénés de leurs chaînes. À partir de ce geste, adopté comme symbole, la psychiatrie progresse forcément : huit personnes sur dix en « hospitalisation libre », et deux sur dix donc seulement en « hospitalisation sans consentement », dans le service public, sans compter les milliers en clinique privée, qui ne sauraient y être contre leur gré¹.

Pourtant, la contrainte des corps continue à conditionner la pratique quotidienne de la psychiatrie hospitalière de service public², malgré le mouvement qui depuis la seconde guerre mondiale milite pour une psychiatrie « hors les murs ». Non seulement la contrainte des corps persiste, mais elle est de nouveau encouragée, au nom de la sécurité promue comme valeur d'intérêt supérieur à la liberté. La circulaire du 22 janvier 2009, prise dans la foulée du discours de Nicolas Sarkozy sur la psychiatrie à Antony le 2 décembre 2008, en est exemplaire. Cette circulaire, qui attribue chaque année, ça ne s'invente pas, des crédits relevant du Fond de modernisation des établissements de santé publics et privés (FMESPP), réserve ceux-ci en 2009 pour la construction de deux cents chambres d'isolement supplémentaires, pour la reconstruction des enceintes des hôpitaux afin que le nombre d'entrées des établissements soient réduites et surveillées, pour l'extension de la vidéosurveillance, pour l'existence systématique dans chaque service de zones fermées et, enfin, pour que des établissements se lancent dans l'expérimentation des bracelets électroniques pour les personnes hospitalisées sous contrainte. Notons que cette dernière mesure est présentée de façon sibylline et comme alternative à l'enfermement... : les établissements peuvent proposer « des systèmes et dispositifs de surveil-

lance » « dans le cadre de leur projet thérapeutique et du contrat de soins avec le patient, la mise en place de dispositifs de surveillance permettant d'éviter au patient d'être placé dans une unité ou un espace fermé et de lui permettre de circuler sans sortir de l'enceinte hospitalière ».

De telles prescriptions entrent en collision avec ce que préconise le récent « contrôleur général des libertés » après avoir visité des établissements psychiatriques, et constaté que l'intimité et la dignité des personnes hospitalisées n'y était pas assez respectées.

Quelles sont les pratiques d'enfermement dans les services de psychiatrie ?

Elles existent partout, mais sont variables d'un service à l'autre. Quelques exemples :

– Les chambres d'isolement sont présentes dans quasiment tous les services (assez couramment : une à deux pour une unité de vingt-cinq lits). Elles se sont à nouveau banalisées petit à petit au cours des vingt-cinq dernières années et les derniers services qui refusaient d'en avoir ont dû céder.

La pratique de la contention physique est très variable elle aussi d'une région et d'un service à l'autre, mais elle est d'utilisation fréquente. Être en contention en chambre d'isolement représente l'entrave maximale à la liberté d'aller et venir.

– La fermeture de tout ou partie d'une unité d'hospitalisation : même avant d'être encouragée vivement cette année, il s'agit malheureusement d'une pratique extrêmement répandue, et de très nombreuses unités d'hospitalisation sont fermées à clef, avec comme argument le plus courant, la surveillance des allées et venues, et ce quel que

■ 1. Ce qui va pouvoir changer avec la loi Hôpital Patients Santé et Territoires puisque l'internement psychiatrique fait partie des « missions » qui peuvent maintenant être attribuées au secteur privé lucratif.

2. Je me restreins ici à ces pratiques. Il existe aussi des contraintes dans les prises en charge ambulatoires. Un exemple caricatural, mais réel : quand la remise de l'argent pour une personne sous tutelle est conditionnée par l'assiduité aux soins et par exemple couplée à « l'injection retard » mensuelle du traitement neuroleptique.

soit le mode d'hospitalisation des patients. Or si l'hospitalisation sous contrainte oblige à venir contre son gré en psychiatrie pour y subir des soins qu'à priori on ne demande pas, voire que l'on refuse, elle ne prévoit pas d'emblée d'autre restriction d'aller et venir que celle consistant à ne pas quitter l'enceinte hospitalière sans autorisation. Outre l'atteinte à la liberté d'aller et venir que représente l'enfermement dans un espace réduit quand une unité est fermée, cette pratique comporte de nombreux inconvénients : dérangement incessant de membres de l'équipe pour ouvrir et fermer sans arrêt la porte, excellent moyen de développer les comportements de petits chefs et les brimades, vécu d'humiliation des personnes, patients et familles obligés d'être en position constante de demandeurs ou craignant de déranger, confinement dans le même espace propice à l'exacerbation des tensions, voire aux violences physiques (beaucoup moins fréquentes et plus gérables dans des espaces ouverts). La loi qui oblige à ne pouvoir fumer qu'à l'extérieur des locaux a bien évidemment augmenté la pression.

– Il y a aussi la restriction de l'accès aux moyens de communication et aux objets personnels. En principe, envoyer du courrier ou téléphoner peut être limité en raison des nécessités du traitement (sauf bien sûr en ce qui concerne les courriers aux autorités pour contester un internement, par exemple). En pratique, la présence ou non d'une cabine téléphonique facilement

accessible, la possession ou non d'un téléphone portable³, l'isolement social ou non, modulent les relations avec l'extérieur du service pendant l'hospitalisation, sauf si le service a une politique isolationniste systématique abusive (restriction des visites, du nombre d'appels téléphoniques autorisés, des permissions...).

Pour les objets personnels, l'interdiction d'objets dangereux, la possibilité d'avoir un placard qui ferme et dont la personne hospitalisée garde la clef, et celle d'un coffre pour les objets de valeur sont des mesures largement suffisantes. Ainsi la pratique de la mise en pyjama systématique à l'entrée, non motivée au cas par cas, qui sévit aussi dans de nombreux services, n'a d'autre fonction que la soumission de la personne à son statut d'hospitalisé (et la satisfaction pour certains médecins de se raconter qu'ils font de la médecine avec des vrais malades ?).

Qu'il s'agisse d'espaces fermés par des clefs ou maintenant par des badges (avec leur dangereux petit côté soft), surveillés par des oeillets ou maintenant par la vidéosurveillance (rebaptisée « vidéo-protection » en novlangue), d'être entravés par des contentions sur un lit ou bientôt par des bracelets électroniques, la contrainte des corps persiste en psychiatrie. Le risque actuel est son extension légitimée et banalisée, alors que nous avons pu espérer pendant une trentaine d'années la voir réduite à la portion congrue et vécue comme un pis-aller à combattre. Une société a la psychiatrie qu'elle mérite ? ■

3. La banalisation des téléphones portables a été un choc culturel dans beaucoup de services qui ont d'abord vécu la présence de ces appareils comme une perte de contrôle sur les patients, source de désordre. D'où une première réaction plutôt interdictrice, bien évidemment rapidement débordée par la massivité et la banalité du phénomène. Le problème posé maintenant par le portable est plutôt celui de sa valeur marchande (risque de vol ou d'accaparement par d'autres). La question émerge maintenant pour les ordinateurs...

Un hôpital à ciel ouvert

Yveline Frilay, médecin généraliste

1974 : pour aller de Saint-Amand-Montrond à la forêt de Tronçais, on traverse un hôpital psychiatrique à ciel ouvert : Ainay-le-Château. C'est le lieu où il y a le plus de gens qui déambulent dans les rues, certains ont des mouvements désordonnés, d'autres parlent tout seuls. À Ainay (et aussi à Dun-sur-Auron), des familles accueillent jusqu'à quatre pensionnaires psys, employés aux tâches ménagères, aux champs, corvéables à merci. Chacun y trouve son compte, nul n'est choqué avec cet accueil familial qui dure depuis 80 ans (1897 pour Ainay, 1892 pour Dun), permettant aux ruraux d'améliorer les revenus et désengorger les hôpitaux psychiatriques de la région parisienne. Cela ressemble plus à une « colonie familiale » à vie qu'à une réinsertion. Il faudra attendre la loi du 10 juillet 1989 pour légaliser l'accueil familial thérapeutique, qui deviendra un véritable projet thérapeutique exigeant : 941 lits sont visités de 1992 à 1995, 95 lits sont fermés en urgence, 211 reçoivent un agrément provisoire, 55 seulement un agrément immédiat. La rumeur à la campagne avait bien ses raisons dans cette région où le député était Maurice Papon. ■

Folie et misère en prison

§Inégalités,
exclusion sociale ;
§Justice ;
§Maltraitance,
§Psychiatrie,
santé mentale.

Le résultat des études est implacable, plus qu'une sanction judiciaire, l'enfermement carcéral apparaît bien comme le traitement économique de la misère et de la folie. Christiane de Beaurepaire a exercé pendant seize ans à Fresnes. Elle témoigne et s'indigne de ce troublant paradoxe.

■ **Christiane de Beaurepaire**, psychiatre des hôpitaux

La justice croit si fort à la rédemption qu'on attribue à la punition un effet rédempteur d'autant plus efficace que la peine et la souffrance s'y ajoutent. La nature humaine a toujours secrété les transgressions et les atteintes à l'ordre social et au pouvoir, qui font le lit des infractions pénales. Tout homme a-t-il réellement le « choix » de ses choix et de ses décisions ?

Lorsque les lois s'empilent, de plus en plus sévères, sous la pression de l'« opinion publique », la prison déborde. Avec la pénalisation des actes de la vie courante et la sévérité des juges, on décide d'investir dans l'augmentation du « parc » pénitentiaire. La pauvreté s'accroît, le système de soins psychiatriques se décompose, pauvres et malades rejoignent la cohorte des exclus, des « improductifs ». La prison, l'asile des improductifs ? Ce n'est ni une boutade ni une provocation. C'est sans doute l'effet d'un implicite sociétal qui n'a que faire de ceux qui coûtent sans contrepartie immédiate. C'est ainsi que l'on retrouve en prison : les plus pauvres d'entre nous, plus de 50 % des détenus, les malades mentaux, exclus du système public de soins, plus de 50 %, les vieillards en voie de détérioration mentale, les étrangers sans papiers, les enfants...

Les malades mentaux, une spécialité de la prison. On l'a dit, écrit et compté dans des études rigoureuses¹. Dix fois moins cher l'entretien d'un schizophrène en prison plutôt que dans un service psychiatrique. Sept fois plus de schizophrènes en prison que dans la population générale. La prison recèle tout ce que la clinique des troubles mentaux classe et range dans ses manuels. Ces altérés du discernement que

nul n'a soignés quand il était temps, on va les punir et l'on sera tranquille du côté des « victimes », une catégorie sociale qui vote. Qui les a envoyés un jour en prison, ces malades ? Des juges évidemment. Et les experts, qui sont aussi un peu psychiatres ? Un jour vient où il est temps de sortir de prison : le voici ce malade, une pochette de comprimés dans la poche, son carton sous le bras, la terreur dans ses yeux, immobile après la barrière. Sait-on que

« Dix fois moins cher l'entretien d'un schizophrène en prison... »

depuis six mois, on s'acharne à lui trouver un service pour l'accueillir en tant que « hors secteur » ? Il n'a plus d'adresse, ni de famille. On interpelle les instances tutélaires. Agitation à la DDASS. Le temps passe. On abandonne les circuits habituels. C'est au directeur de la prison qu'on explique la situation, il joint le préfet, et une heure avant l'échéance de la mise à la porte du prisonnier, qui ne l'est bientôt plus, et à la rue du malade, qui l'est toujours, la télécopie tombe enfin : il sera conduit dans un service hospitalier, désigné d'office par le préfet. Il y a donc les chanceux qui trouvent une hospitalisation à la sortie de prison, et les autres, dont la sortie tombe comme ça, inattendue. Ceux qui ont encore une adresse ou une famille, et donc accèdent au « droit » d'intégrer un secteur de psychiatrie. Ceux qui font l'objet d'un aménagement de peine avec une obligation de soins. Des chanceux aussi, ils ne sont pas engloutis dans l'anonymat de la rue, des squats, des ponts, et parfois engloutis tout court, dans l'eau glacée du

Christiane de Beaurepaire est l'auteure de *Non-Lieu, Un psychiatre en prison*, Fayard, 2009.

canal ou de la rivière. Les « chanceux » rencontreront bien sûr un psychiatre, c'est la loi. Et c'est une autre histoire, pas toujours simple.

Comment ces malades mentaux arrivent-ils en prison ? Voici la recette : prenez un malade, si possible atteint d'une schizophrénie avérée, laissez-le sans soin un certain temps, attendez qu'il commette une infraction, attrapez-le, mettez-le en garde à vue. La police a l'habitude, elle sait qu'il est inutile de l'envoyer à l'hôpital, ça ne se fait plus du tout. L'affaire est « transmise » au tribunal et le malade au juge. Le juge sait très bien ce qui lui incombe, un mot rapide de l'expert et voilà notre schizophrène « mis en examen », au seuil de la prison, puis au greffe, puis à la fouille, puis en cellule, quartier « arrivants ». Et demain, psychiatre. Le juge, prévoyant, bon clinicien, a pris soin de noter en rouge sur la notice d'incarcération : « grand malade, sans traitement, semble halluciné, incohérent, nombreuses hospitalisations psychiatriques sous contrainte, à hospitaliser d'urgence dès son arrivée en prison ». Cette curieuse procédure d'incarcération des malades mentaux, inconnue du Code pénal, est en vigueur depuis quelques années. Vingt ans après l'installation des premiers services de psychiatrie en prison, on soigne si bien les prisonniers qu'on punit les malades afin de les rendre prisonniers pour qu'ils soient soignés. Sanctionner l'âme et le corps, soigner ensuite, les corps, mais aussi les âmes, celles qui ont à voir avec le délit, le crime et c'est bien plus difficile.

C'est ainsi qu'on envoie d'abord en prison puis au procès de grands malades « en rupture de soins ». On les soigne de notre mieux, gênés pour des raisons déontologiques, gênés pour eux, gênés de les soigner dans leur cage soigneusement refermée après l'entretien.

Alors, comment pratiquer la psychiatrie en prison ? De fait, l'installation de services de psychiatrie en prison n'est pas allée de soi. Le Code de procédure pénale prévoit - article D 398 - que les prisonniers malades mentaux sont adressés à l'hôpital psychiatrique public, le temps de leurs soins. En 1990, cent prisonniers avaient été orientés au cours de l'année, vers l'hôpital psychiatrique public ; en 2005, ils étaient deux mille.

Un paradoxe, la psychiatrie en prison ? Le principe qu'un médecin exerce la médecine là où se trouvent des malades n'est pas évident. C'est bien à l'intérieur de la prison qu'il faut aller pour rencontrer les malades prisonniers. Un lieu légitime pour exercer sa profession ? La prison, un lieu de soin ? Quelle sorte de relation thérapeutique espère-t-on nouer avec un prisonnier ? Et si le système carcéral a bien un rôle pathogène, à quoi jouent les psychiatres qui s'installent en prison ? Des soignants ou bien des alliés de l'administration, contribuant à la paix interne en la ramenant

ou la maintenant, ou, plus subtil, mais plus douteux encore, en consentant à agir comme l'« antidote » du mal infligé par la prison ? Des « producteurs » d'ordre, les psychiatres ? Vieille accusation avec l'hospitalisation sous contrainte.

La maladie mentale est en prison comme chez elle. Une seule alternative : proclamer très haut que la prison n'est pas un lieu pour soigner les malades mentaux. En prison, on soutient, on tente de soulager, d'accompagner ceux qui le souhaitent et n'en peuvent plus, d'eux-mêmes, de la prison et de la vie, on ne distribue pas du bonheur.

La prison n'est pas un lieu pour soigner les malades mentaux.

Le quotidien de la psychiatrie en prison ? L'automutilation, l'accès de violence, le sang, les cris, les coups, les injures, les menaces, les tendons visibles au fond de la coupure, la plaie profonde à la racine du cou, le ventre zébré de rouge, la lame ou le morceau de miroir encore à la main. Le feu, la fumée qui sort sous la porte, le noir de suie qui envahit la coursive, le prisonnier inconscient, les surveillants et ceux de l'étage toussant, pleurant. Les pompiers et le SAMU, trois fois par semaine au moins. A temps, ou trop tard parfois. L'urgence, c'est cet agité qui vocifère derrière la porte de sa cage. Là, on n'entre pas comme ça. On prend d'abord à l'œilillon la mesure des dégâts, on localise l'agité, on vérifie ce qu'il tient à la main. Puis l'opération, militaire, commence : un chef, cinq ou six surveillants, gants, bouclier. Ouverture rapide de la porte, maîtrise de l'agité, placage, désarmement. Menottes le cas échéant. Le psychiatre en embuscade, seringue pleine sur un plateau. Pantalon baissé le patient, coton alcool, et injection. Rugissements, injures, menaces, et vociférations de l'agité, cris et sanglots parfois. Rapide évaluation clinique, orientation vers l'hôpital, la structure de psychiatrie, la chambre d'isolement médical. Parfois le mitard. Rien d'autre à proposer. L'agitation en prison ? Un état psychiatrique aigu, des voix qui vous emplissent la tête, vous crient dans les oreilles des insanités, des menaces, des injures, qui chassent vos pensées et la mort qui guette, tapie au pied des murs sales ou planquée sous le lit, ou de l'autre côté, derrière l'œilillon. Urgence psychiatrique, même si aucune notion de psychose antérieure. Juste parce que l'on peut devenir fou en prison. L'enfermement ? Pas seulement. On a bêtement avalé un cocktail troqué en promenade, on s'est fait attraper dans les douches, passer à tabac ou sodomiser, on ne sait plus quoi faire de sa terreur parce qu'on a trop parlé chez le juge. Parce qu'on n'en peut plus d'être soi, enfermé là, enfermé dans sa tête avec des horreurs et une culpabilité qu'on ne parvient plus à chasser. Alors, tous ces « incidents » comme l'administration les intitule. Une pendaison, mais un pendu... Comment le définir officielle-

- 1. Coldefy M., Faure P., Prieto N., « La santé mentale et le suivi psychiatrique des détenus accueillis par les services médico-psychologiques régionaux », *Études et Résultats*, n° 181, juillet, Drees. Coldefy M., « La prise en charge de la santé mentale des détenus en 2003 », *Études et Résultats*, n° 427, septembre, Drees. Falissard B., Rouillon F. et al., « Étude épidémiologique des troubles psychiatriques chez les détenus, Résultats préliminaires », Colloque de la Mutualité 10^e anniversaire de la loi de 1994 sur la santé des détenus, décembre 2004. Falissard B., Loze J.-Y., Gasquet I., Duburc A., de Beaurepaire C., Fagnani F., Rouillon F., "Prevalence of mental disorders in French prisons for men", *BMC Psychiatry*, 2006 Aug 21;6:33. .../...

.../...

ment ? Et celui qui baignait ce matin-là dans un lac de sang, égorgé par sa main encore agrippée au morceau de verre ? Pense-t-on au voisin de cellule, au petit matin, ouvrant ses yeux, tournant sa tête encore posée sur l'oreiller vers son camarade de la veille, figé sur l'oreiller. Paralysé, jusqu'à l'ouverture de la cellule par le gardien. A-t-on pensé pour lui à une cellule psychologique d'urgence pour l'aider à se défaire un jour de l'image et de son désespoir ?

Les malades c'est une chose et c'est presque simple, ils sont malades. Mais les pauvres ?

Un directeur de l'administration pénitentiaire a asséné, lors d'un colloque, la vérité suivante : « Une chose est sûre, les prisonniers sont des pauvres. » Aucun doute, les pauvres sont en prison, mais pas tous encore. La prison, l'asile des pauvres.

La prison, l'asile des pauvres...

Voici ce que disent les chercheurs de l'administration pénitentiaire ² dans une étude menée en 2001 sur la région pénitentiaire de Lyon : 41 % des prisonniers en âge de travailler sont sans emploi, 10 % en situation précaire, 52 % ont un niveau scolaire inférieur à la 3^e, 58 % aucune formation professionnelle, 40 % déclarent moins de 396 € par mois et seulement 20 % plus de 838 € 20 % n'ont pas de logement stable ; 17,5 % des entrants en prison disent ne pas avoir de protection sociale, 5 % se déclarent sans abri et 10 % sont hébergés dans un domicile précaire ³ ; 11 % se déclarent illettrés en entrant en prison. Ces chercheurs ⁴ ont défini un indicateur de précarité, sur la base des cinq critères suivants, a) stabilité ou instabilité face au logement, b) stabilité ou instabilité face à l'emploi, c) présence ou absence de formation professionnelle, d) niveau scolaire, e) ressources financières inférieures ou supérieures à 396 €. Selon ce score de précarité, ils ont identifié trois groupes de prisonniers : forte précarité, 4/5 critères (22 %), moyenne précarité, 2/3 critères (40 %), faible précarité, 0/1 critère (38 %). Pour les deux premiers groupes, les plus précaires, soit plus de 60 % de la population des prisonniers, la préparation à la sortie et l'insertion sont à l'évidence des plus difficiles, les aménagements de peine moins nombreux, la morbidité psychiatrique et addictive couramment associée, la récidive quasi constante. On voit ainsi émerger des « profils », chez les sortants. Moins de 20 % ont conservé logement, liens familiaux et construit un projet professionnel sérieux. Plus de 30 % d'entre eux ont rompu tous liens. Sans ressource propre, immatriculés « indigents » en prison.

Quelques tickets repas et de transport, un pécule minimal, des adresses d'hôtel et le numéro d'appel gratuit du 115. Ils sortent de prison avec des cartons, en situation administrative irrégulière, papiers perdus ou absents s'ils sont étrangers en situation illégale, deux fois plus nombreux ici que dehors. Plus de 30 % sont de jeunes récidivistes, enchaînant des incarcérations courtes, sans formation ni projet professionnel, sans activité licite. Des liens sociaux du genre « bandes », des liens familiaux relâchés ou pathogènes. La population carcérale est proche de ce que l'on décrit à propos de la population de « la rue ». La mort finit par résoudre nombre de ces impasses sociales. Une étude ⁵ relative au suivi des sortants des Baumettes montre que la mortalité « non naturelle », dans l'année qui suit la sortie de détention, est dix fois plus élevée chez les sortants pour la tranche d'âge 15/54 ans avec un risque d'overdose deux cents fois plus élevé. Les auteurs concluent à l'urgence d'organiser, chez les prisonniers, une politique rigoureuse de soins et de prévention. Nous attendons toujours le cadre législatif d'une telle politique, seule alternative aux lois sécuritaires sur la récidive. Les deux tiers des personnes à faible score de précarité vivent hors de la prison, en milieu ouvert ; tandis que les deux tiers des personnes à forte précarité sont en prison ⁶. Le fait d'être ou non incarcéré retentit sur la possibilité de l'insertion post pénale. Dans le milieu ouvert, les personnes suivies ont, pour deux tiers d'entre elles, des obligations, d'ordre social, administratif et professionnel (formation, travail) et d'ordre médical (alcool, stupéfiants, soins psychiatriques, mœurs). En prison, il s'agit tout au plus d'incitation et non plus d'obligation. Il y a peu d'espoir de pouvoir préparer une insertion post-pénale. Un pauvre fera sa peine jusqu'au bout, et la rue l'hébergera très vite après. Cette réalité rend aléatoire les effets de la mission pénitentiaire d'insertion.

Pauvreté et maladie psychiatrique sont des « marqueurs » du corps social qui touchent ses membres et contraignent la manière dont il les traite. La pauvreté est alliée à la maladie mentale, leur lien de parenté est l'exclusion. La dépression et la psychose, lorsque l'œuvre de déshumanisation est achevée, créent la misère. Toutes les collectivités n'éliminent pas leurs « marges ». Certaines les protègent. Devoir sacré, d'accueil et d'hospitalité, d'asile, d'entraide, de protection du démuné et du malade, quand très proche de la conscience, intime et collective, on a gardé la connaissance de l'humain, de la souffrance partagée, de la contingence du bonheur et de l'aléatoire de la réussite. ■

2. Maud Guillonnet, *La situation socio-économique des sortants de prison*, DAP, 2002.

3. Revue trimestrielle du Haut Conseil de la santé publique, n° 44, septembre 2003.

4. Maud Guillonnet, *op. cit.*

5. Links, Verger P., Rotily M., Prudhomme J., Bird S., "High mortality rates among inmates during the year following their discharge from a French prison", *Regional Health Observatory-INSERM U-379, Marseille, France J. Forensic Sci.*, 2003, May ; 48(3):614-6.

6. Maud Guillonnet, *op. cit.*

Une voie sans issue

La pathogénie de l'enfermement, quelle qu'en soit la raison, montre que ce ne saurait être une solution en soi, la perte d'identité du sujet, lorsqu'il disparaît de l'espace social, ne pouvant que compromettre sa réinsertion.

L'enfermement est une réalité qui dépasse les murs. Il s'installe dans notre manière de rejeter ce qui nous dérange, ce qui bouscule les certitudes que distille la bien-pensance hypocrite, ce qui nous fait peur.

C'est sur cette peur que s'appuient les politiciens et les médias pour mettre en œuvre la ségrégation des populations défavorisées.

Pourquoi la société dans son ensemble est-elle si peu réactive devant l'évidente perte de liberté que constitue cette politique déshumanisante, ce fichage permanent qui commence dès la naissance et se développe dès les premières années de vie à l'école ?

Lorsqu'il devient banal de parquer dans un square des réfugiés rendus invisibles par l'indifférence générale, il est urgent de s'inquiéter du regard qu'on pose sur l'autre, aussi différent fût-il.

Il s'agit du même mécanisme de rejet de la différence qui nous fait préférer savoir les fous enfermés, rendre les pauvres invisibles, renvoyer les étrangers dans leur pays.

Vivre ensemble ne s'apprend ni à l'hôpital psychiatrique ni dans les prisons de la République. —

La destruction du possible

§Formation, §Prison,
§Collectif, §Subjectivité

Enseigner en prison, c'est envisager le détenu comme une personne, mais l'impossibilité pour lui de se mouvoir et d'être autonome sont des entraves à la pensée qui rendent la création difficile.

■ **Haud Guéguen**, enseignante de la Chaire « Expressions et Cultures au Travail » du Conservatoire National des Arts et Métiers (CNAM) de Paris

C'est dans le cadre de la formation que j'interviens depuis 2003 à la Maison d'Arrêt des Hommes de Fleury-Mérogis. J'ai d'abord animé un atelier de lecture de philosophie avec l'Association « Lire c'est Vivre », et j'interviens désormais en tant qu'enseignante du CNAM dans le cadre du diplôme en médiation culturelle dirigé par la Chaire « Expressions et Cultures au Travail ». Mon propos, cependant, ne concernera pas ces interventions en elles-mêmes mais, de façon plus indirecte, l'effet de la détention et, par suite, la limite de ces interventions.

Un temps suspendu ?

Enseigner en prison, c'est envisager le détenu comme une personne, c'est-à-dire comme un être libre et défini par des capacités, et non comme un être privé de liberté. C'est donc d'emblée vouloir résister au principal effet visé et produit par l'enfermement pénitentiaire, la privation de liberté. La formation ne peut s'adresser qu'à un être libre, et en ce sens elle passe nécessairement par un effort de suspension de la situation instituée par la peine carcérale. Et cependant, cette entreprise se heurte dans le même temps à une limite essentielle. Limite qui est celle de la situation des personnes à qui elle s'adresse, et qui est précisément leur situation factuelle de détenus, soit d'être privés de liberté qui, en tant qu'ils sont enfermés – « placés sous main de justice » –, se trouvent mis en position de passivité. Autant de traits qui contredisent et, à bien des égards, mettent à mal la formation dans son effectuation concrète. Autant dire que la formation en prison est aussi nécessaire qu'impossible, c'est-à-dire paradoxale : nécessaire pour lutter contre une certaine déshumanisation engendrée par la priva-

tion de liberté ; impossible parce que la détention contredit à l'exigence de liberté qui préside à tout apprentissage.

Afin de comprendre ce paradoxe, nous défendons ici l'idée suivante : l'enfermement carcéral comme système pénal et comme dispositif matériel engendre une destruction du possible et non, comme on pourrait le penser, sa simple suspension. La peine carcérale ne peut en effet, selon nous, être conçue de façon intemporelle, comme si elle suspendait quelque chose qui pourrait être ensuite restauré. Mais au contraire, le temps de cette suspension est celui d'un processus de destruction. Ce qui ne signifie pas cependant qu'un tel processus s'opère de façon mécanique et nécessaire, puisque le détenu conserve par lui-même une force de résistance. Si la prison procède à une destruction du possible, c'est parce que loin de s'appuyer sur des capacités, elle consiste à en empêcher l'actualisation et, par suite, à les nier. Et ensuite, parce que cette négation s'exerçant dans le temps a pour effet de se sédimenter en une véritable perte du possible.

Cette destruction touche à la fois au possible kinétique – la mobilité – qui définit tout vivant, et au possible humain en tant qu'il repose sur trois axes structurels : la temporalité, la relation aux autres et la parole ou ce que les Grecs nommaient le *logos*. La notion de possible, que nous empruntons ici à Aristote, nous paraît en effet plus à même de définir ce qui se trouve en jeu dans la prison que celle de liberté. Historiquement dérivée de celle de possible, la notion de liberté apparaît d'emblée pensée comme intérieure, intellectuelle et donc abstraite, là où le possible se trouve matériellement

conditionné et limité, étant tout entier pris dans une interaction avec l'extériorité et le monde. Loin de se confondre avec la croyance au « tout est possible », le possible est ce qui dérive d'une puissance pour nommer, d'un côté, la dimension biologique de la mobilité et, de l'autre, celle de l'action humaine. Or plus radicalement qu'à la privation de la liberté au sens abstrait, c'est bien cette dimension que détruit la peine carcérale. Destruction tout à fait tangible que vérifie la plus simple description de la vie enfermée.

Se mouvoir et penser

Prenons tout d'abord le possible en son sens biologique d'automotricité, ou de capacité de se mouvoir par soi-même. On voit que l'enfermement carcéral se fonde précisément sur sa négation. La détention carcérale passe en effet par l'institution d'une hétéromotricité généralisée, dans la mesure où elle consiste en un contrôle permanent des mouvements et en l'interdiction corrélative, pour le détenu, de se déplacer par soi-même. « Détenu », le prisonnier l'est d'abord en ce sens spatial où ses « mouvements » (sorties, promenades, parloir, extractions, etc.) se caractérisent par le fait de n'être jamais spontanés, c'est-à-dire initiés de façon interne, mais toujours forcés, c'est-à-dire – qu'ils soient par ailleurs désirés ou non – commandés par un autre. Dès ce premier niveau, ce qui est donc aboli par la détention est donc le possible « kinétique » consistant en la possibilité fondamentale pour le vivant de se mouvoir et de se projeter dans l'espace. De sorte que, contrairement à l'idée commune selon laquelle la détention réduirait la vie humaine aux conditions biologiques de la survie, on voit ici que c'est la vie même en son sens biologique qui se trouve en réalité empêchée par la détention.

Mais corrélativement s'opère également, et de façon tout aussi sensible, la destruction de l'autonomie ou du possible humain qui repose sur un rapport positif à la temporalité et aux autres et ce, via l'usage du *logos* (terme qui, en grec, désigne simultanément la parole et la pensée). Le détenu peut certes « penser par lui-même », et demeurer en ce sens tout aussi libre, en son for intérieur, en prison que dehors. Il nous semble cependant que cette idée d'une liberté purement intérieure constitue à bien des égards un mythe, mythe d'ailleurs historiquement construit sur l'expérience d'un retrait du monde. Car si le détenu peut bien développer une pensée propre (sur la détention notamment), sa pensée s'y trouve en revanche coupée de son élément et de son horizon propre, l'action comme possibilité de son effectuation. C'est une pensée inopérante, exclue par conséquent de la *praxis*, laquelle n'est pas affaire de pure pensée, mais de pensée se réalisant dans et par l'action. Or cette scission se manifeste justement dans un rapport négatif au temps et aux autres.

Principe d'inégalité et discontinuité du temps carcéral

C'est l'un des effets les plus connus de la détention que d'abolir le temps. Non pas le temps biologique du vieillissement, lequel continue de s'écouler et de s'éprouver, mais le temps projectif de l'action qui est précisément constitutif du possible humain. Non seulement l'enfermement carcéral rend impossible une organisation de son temps et, par là même, une appropriation et une singularisation du temps physique, ce qui est la première condition de sa transformation en temps pratique. Mais il annihile plus profondément encore la possibilité de se projeter dans une temporalité ouverte, ce qui est le fondement du possible humain. Le détenu peut évidemment penser à l'avenir, mais cette projection demeure scindée de sa situation présente et donc à nouveau inopérante, dans la mesure où elle est conditionnée par l'horizon, en lui-même tout à fait aléatoire, de la libération.

L'enfermement détruit la dimension intersubjective du possible humain, car l'être ensemble est réduit à la dimension de la contiguïté et du clan.

L'enfermement détruit enfin la dimension intersubjective du possible humain puisque l'être ensemble s'y trouve réduit à la dimension de la contiguïté (de la cellule, de la promenade, etc.) et du clan. C'est un lieu commun, mais aussi une réalité que la prison est un lieu de violence où règne le droit du plus fort. La relation y joue donc un rôle central et omnipotent, mais opposé à celui qu'il exerce au sein de l'action : relation commandée non par un principe d'égalité, d'horizontalité et de continuité où l'on agit les uns avec les autres (même si c'est dans le cadre de l'opposition), mais par un principe d'inégalité, de verticalité et de discontinuité (en raison du caractère aléatoire des rencontres). Ce qui explique, nous semble-t-il, ce fait assez paradoxal que les détenus disent tous souffrir à la fois de la promiscuité et de la solitude produite par la détention.

Procédant à la destruction de l'automotricité, de la pensée pratique, du temps et de la relation, la prison conduit donc selon nous à la destruction du possible kinétique et humain, c'est-à-dire du champ du vivant et du champ de l'action. Or, si c'est là un problème qui dépasse très largement celui du sens de la formation en prison, il nous semble que c'est aussi la limite très sensible à laquelle se trouve confronté tout formateur qui intervient en prison. Limite qui consiste dans le fait de ne pouvoir faire autrement que de faire fond sur un possible, là même où celui-ci se trouve structurellement nié et sapé par la détention. ■

Soins psychiques « sous contrainte »

§Psychiatrie,
§Pratique médicale,
§Patient,
§Souffrance
psychique

Le soin ambulatoire sous contrainte illustre une conception de la psychiatrie comme garante de l'ordre public. Sans répondre à la question essentielle : comment travailler avec le refus de soin ?

■ **Antoine Machto**, psychologue clinicien, membre du collectif des 39 – Contre La Nuit Sécuritaire.

La notion de « soins ambulatoires sous contrainte » est parallèle à la question de l'hospitalisation sans consentement. Elle pose des questions éminemment épineuses sur la pratique extrahospitalière et l'interaction avec l'intrahospitalier.

Les conditions des pratiques en psychiatrie sont directement touchées par l'éventualité d'un tel dispositif. Il y a certainement de nombreux aspects à rénover, à réformer, reste à penser sous quelles modalités et pour quelles pratiques de demain ?

Depuis plusieurs mois, les conditions de sortie se sont durcies dans de nombreux hôpitaux, du fait d'une pression de plus en plus vive de la part des préfets. Cette attention est particulièrement portée sur les personnes admises en Hospitalisation d'Office. Nous constatons cependant une extension de cette règle d'exception au plus grand nombre. Ce constat n'a pas valeur d'explication. Il nous oblige à nous interroger.

« Peut-on être obligé de participer à un repas thérapeutique ?
À une réunion soignants-soignés ?

Une réforme de la loi de 1990 est à prévoir dans les prochains mois. Dans le contexte actuel, il est à craindre un durcissement de cette loi concernant les hospitalisations sans consentement.

La contrainte dans le soin est parfois nécessaire, mais l'organiser, l'entériner comme une pratique habituelle, comme un fait banal dans tous les suivis et notamment en extrahospitalier est un renversement grave de la conception du soin. Les services en intrahospitalier ne sont pas voués à

accueillir les personnes uniquement lorsqu'elles sont en état de crise aiguë.

Comment arrive-t-on aujourd'hui à une telle situation où l'exception devient la règle ? Depuis plusieurs années, la façon d'accueillir, ou de travailler, selon le côté du mur de l'asile, a cristallisé, voire clivé les relations entre les soignants des deux bords. Au lieu de la continuité, l'écart est devenu abyssal. La contrainte serait la seule solution ? Quel lien thérapeutique peut naître entre des acteurs dont la rencontre est clairement organisée et contrôlée ?

Dans le contexte actuel, et déjà ancien, la continuité des soins entre « le dedans et le dehors » est rarement envisagée autrement que par le dossier médical informatisé. Face à la très grande difficulté à créer une alliance thérapeutique avec les patients, une solution moderne aidée par la loi apporte une solution définitive : la continuité de la contrainte. Cela revient à considérer comme exceptionnelle l'adhésion au soin. Voilà la règle d'exception renversée.

La loi viendrait répondre là où les patients questionnent souvent et régulièrement leur adhésion au soin. Avec la loi, il n'y a pas à discuter. D'ailleurs, les soignants comme les patients n'ont rien à dire, car elle s'impose aux deux acteurs : c'est là l'instauration d'une double contrainte.

Dans une conception du soin et d'une pratique thérapeutique, la dimension relationnelle est primordiale. Que ce soit en psychiatrie infanto-juvénile ou adulte, il est naturel de s'interroger sur les conséquences d'un dispositif de contrainte en extrahospitalier. L'obligation de se rendre dans un lieu d'accueil et de soins en ville condamne toute possibilité de résistance, d'ambivalence chez

les sujets en souffrance. Inévitablement vient à l'esprit la nature « des soins » « proposés ». Peut-on être obligé de participer à un repas thérapeutique ? À une réunion soignants-soignés ?

À l'heure actuelle, il existe des modes de sorties d'essais sous condition de l'observance d'une prescription médicamenteuse ou de consultations régulières. Ces conditions représentent une certaine contrainte qui est prise dans la relation du patient avec l'équipe qui le connaît. Elle porte le nom de contrat de soin. Le patient reste alors un sujet, le contrat vient médiatiser la relation soignante. Aurait-on décidé de la faire disparaître ? Trop de temps nécessaire ? Trop de résistances ? C'est pourtant elle qui nous conduit, dans nos pratiques quotidiennes, à innover, à créer de nouveaux dispositifs soignants, parfois au cas par cas, pour « proposer » une rencontre et non « contraindre ».

Nous connaissons le sens des mots « soin ambulatoire ». Les pratiques sont certainement diverses et variées. Nous connaissons tout autant la réalité de la contrainte, dont il est parfois nécessaire d'user, toujours dans un souci de contenance thérapeutique. Mais l'association de ces termes perturbe toute la représentation du dispositif central dans la politique de secteur qu'est l'articulation entre le soin en ambulatoire et au sein de l'hôpital.

Le réalisme et la lucidité face au contexte actuel nous obligent, nous, professionnels et familles, à réfléchir profondément aux décisions que nous prendrons pour demain.

Le soin ambulatoire sous contrainte risque de se révéler véritablement contraignant pour tous les acteurs du soin psychique, les professionnels du sanitaire et du médico-social, comme les patients. Une fois que tous les moyens les plus modernes seront mis à disposition pour assurer notre mission de « bonne administration » de ces soins obligatoires, quel écart de liberté nous restera-t-il ? Est-ce « la nouvelle norme du soin » ? de l'engagement soignant ?

Il s'agit de traiter l'arrivée dans la société de cette idée comme le surgissement d'un symptôme. Avant que le passage à l'acte soit posé, nous pouvons encore questionner cette création sociétale à laquelle notre corps professionnel n'est pas tout à fait étranger.

La compliance au soin devient obligatoire. Que fait-on de la singularité de chaque sujet ? Une source d'insécurité et d'approximation inadéquate à la bonne gestion ? Une « bonne évaluation » (de la qualité et des risques) implique la réduction maximale des incertitudes. Le facteur humain est effectivement l'un des critères les plus contraignant, car imprévisible, sans parler du « transfert ».

La plus grande responsabilité est celle qui repose sur l'engagement de chacun en tant que soignant. Toute contrainte instituée induit un renversement

de la responsabilité sur le patient. Il se retrouve au centre d'un dispositif par obligation. Un soin régi par la loi nous dispenserait-il de tout engagement ? Le contrat de soin n'est-il pas avant tout un contrat moral à construire entre un sujet et une équipe ?

C'est durant les temps de latence, de calme en ambulatoire que ce travaille au mieux l'alliance thérapeutique avec les personnes en souffrance. Dans cet environnement apaisé, des hospitalisations moins contraintes devraient pouvoir s'organiser par une meilleure coordination entre les professionnels, et aussi avec le patient. Par ce lien de confiance, les patients arrivent à nous faire part de leur propre évaluation de leur état.

« Le contrat de soin n'est-il pas avant tout un contrat moral à construire entre un sujet et une équipe ?

Mais l'hôpital est souvent le premier lieu de rencontre. Il a en cela la lourde responsabilité de marquer la mémoire du sujet. L'accueil doit pouvoir initier l'empreinte d'un lien thérapeutique. La privation de liberté ne doit pas induire la perte d'humanité. En a-t-il les moyens aujourd'hui ? Quelle hospitalité peut-il défendre pour la folie ? Le soin psychique implique une dissymétrie de position. La question est de savoir où nous voulons la situer, dans la loi ? Dans le savoir sur la maladie ? Dans l'emprise de l'un sur l'autre ? Ou dans l'écart que le soignant peut prendre vis-à-vis du symptôme ?

Nous avons ainsi à nous interroger sur la façon dont nous proposons le soin. Par cette réflexion sur les pratiques et leur hétérogénéité, le lien thérapeutique nécessaire à l'accueil reprend une place significative.

Nous avons à revendiquer la singularité des parcours de soin, à valoriser nos capacités d'adaptation, et nos différences. La pluralité des perceptions au sein d'une même équipe, vis-à-vis du même patient rend à l'individu son identité d'humain, avec sa complexité, et sa place au centre du collectif social. La rencontre thérapeutique est moins une question d'emprise qu'un jeu d'empreinte.

Certains perçoivent dans cette idée une utopie, une déraison. Au contraire, la pratique clinique donne la lucidité et le réalisme qui confèrent à nos connaissances une modestie. La psychiatrie de la contrainte peut se perdre dans d'obscures convictions. L'utilisation d'un savoir médical comme d'une science exacte, pour légitimer, avec le recours à la loi, un traitement sans l'accord du sujet, sort le sujet du soin pour le mettre au centre d'un système de contrôle social : le biopolitique. ■

Mais que fait la psychiatrie ?

§Psychiatrie,
§Enfermement,
§Inconscient,
§Souffrance
psychique

L'enfermement est une réalité qui dépasse l'hospitalisation contrainte, destinée à soigner, et la prison conçue pour punir. Chacun est d'abord enfermé dans le regard de l'autre.

■ **Eric Bogaert**, psychiatre, membre de l'Union Syndicale de la Psychiatrie (USP)

Cette question – façon de dire ironiquement qu'elle défaille, mais aussi d'interroger au fond la nature de son objet ou plutôt de son sujet – est d'actualité dans la vie sociale et politique de notre pays. Elle se pose actuellement dans les termes de l'enfermement, de la contrainte aux soins – bientôt même en ambulatoire –, de la sécurité du citoyen...

On peut comprendre que les expertises psychiatriques qui avaient reconnu Claude Buffet et Roger Bontems « sains d'esprit » soient mises en cause parce que ceux-ci ont égorgé froidement deux personnes et exigé qu'on les égorge à leur tour. Buffet et Bontems étaient-ils fous ? Je l'ignore ; mais égorgé, demander au cours du procès d'être guillotiné plutôt que de vivre des décennies en prison n'est pas en soi un signe de maladie mentale. Il y a là une tendance contem-

“ Et s'il était de bonne santé mentale pour une société d'accueillir ses fous malgré leur folie ?

poraine, y compris de la psychiatrie hélas, à réduire la question à une « évaluation » pragmatique et à l'évidence (*based medicine*) : un comportement déviant, époustouflant, anormal, dites-le comme vous voulez, est jugé signe de « souffrance psychique » ou folie, parce qu'excessif ou incompréhensible, et on en appelle aussitôt à la psychiatrie, pour y mettre de l'ordre, de la propreté, voire du bonheur.

Pour le reste, c'est toujours la même chose : le psychiatre enferme, le psychiatre camisole – chimiquement, de nos jours, progrès technologique

aidant –, le psychiatre relâche les fous dans la nature, le psychiatre ne fait rien, le psychiatre est fou...

L'asile

Oui, il est dommage qu'il n'existe plus de lieux d'asile, où protection peut être donnée au plus faible, au démuné, à l'apatride, au proscrit, au persécuté – imaginaire, de son fait ou du fait de ses frères humains. Oui, tout groupe, toute institution, toute société, et l'asile d'aliénés en est un exemple qui n'échappe pas aux règles générales, secrète de la hiérarchie, de la discrimination, et tend à s'organiser pour satisfaire ses maîtres et leurs exécutants. Oui, après la seconde guerre mondiale, les médecins des asiles d'aliénés qui avaient vécu les camps divers ou les rationnements dans ces asiles, n'ont plus voulu ça et ont créé le secteur psychiatrique. Oui, il n'y a plus de fous, mais des malades mentaux, qui bénéficient d'hospitalisations dans des services de psychiatrie, sur le modèle d'une médecine qu'on veut et qui se dit scientifique et technique, qui sont soumis à l'évaluation et vont être financés à l'activité, où la durée moyenne de séjour, le taux de rotation, le taux de pénétration, le ratio ETP par lit¹... étaient des indicateurs d'activité, peu propices à l'hospitalité, surtout à l'hospitalité de gens qui ne disposent pas de la même raison que les scientifiques et les comptables. Oui, les fous, pas toujours demandeurs de soins, ne sont pas les citoyens les plus compétents pour tenir avec aisance une case bien déterminée sur l'échiquier social dont les règles du jeu sont de plus en plus complexes. Et oui, enfin, il n'y a pas de raison que les fous n'aient pas aussi leur place dans la Cité ; et s'il était de

■
1. Fraction correspondant au nombre d'« Équivalent Temps Plein » d'agent affecté à l'unité d'hospitalisation par patient hospitalisé.

bonne santé mentale pour une société d'accueillir ses fous malgré leur folie ? Soyons utopistes : la Cité ne pourrait-elle être accueillante ?

La prison

Ainsi, si les soins en milieu pénitentiaire sont maintenant sous la tutelle du ministère de la Santé, c'est pour que les détenus bénéficient des mêmes soins que n'importe quel citoyen. Dans le secteur où je travaille, le délai d'attente pour une consultation psychiatrique à l'Unité de Consultation et de Soins Ambulatoire (UCSA) de la prison est de une à deux semaines, tandis qu'au Centre Médico-Psychologique (CMP), il est de deux à quatre semaines, sauf urgence.

Il y a des fous partout, et il n'y a pas de raison qu'il n'y en ait pas en prison. Mais il est vrai que la prison n'est pas un lieu de soin, et c'est ainsi que les détenus qui ont besoin de soins en hospitalisation peuvent bénéficier des Services Médico-Psychologiques Régionaux, ou s'ils ne consentent pas – du fait de leur maladie mentale – aux soins – indiqués du fait de leur maladie mentale –, d'une hospitalisation d'office à l'hôpital psychiatrique. Dans une maison d'arrêt de cinquante-cinq places, sur les cinq dernières années, j'ai suivi une dizaine de malades mentaux, adressé trois patients pour hospitalisation au SMPR et trois patients ont été hospitalisés d'office à l'hôpital psychiatrique. La plus grande partie de mon travail consiste à soulager la tension psychique et morale que vivent les détenus ne présentant pas de maladie mentale, souvent addicts, et à recevoir des détenus qui demandent à voir le psychiatre, puis un certificat médical à la fin de la consultation, sur le conseil de leur avocat, des surveillants, voire du juge, pour obtenir des réductions de peine.

Les trois-quarts de ces gars se plaignent de penser, la journée, et pire encore le soir et la nuit, ils pensent à « dehors », à leur femme, leurs enfants, leur maman, la liberté... et ne veulent plus penser, alors ils demandent des calmants et des somnifères pour dormir, y compris la journée, quitte à en être abrutis – le temps passe alors plus vite et surtout moins douloureusement – et de préférence des benzodiazépines – la moitié consommaient plus ou moins de produits toxiques avant leur incarcération. La plupart entendent bien que leur peine, à penser, est la conséquence de n'avoir pas assez pensé avant que le juge ne leur donne une peine, et que c'est là la punition – c'est hélas de ce niveau, du niveau de l'enfant –, la privation de liberté n'étant que le moyen de les obliger à se centrer sur eux, corps matérialisant un psychisme, sans pouvoir trouver autour d'eux de quoi rassasier ou court-circuiter ce corps et ce psychisme pour éteindre la pensée sollicitée par le manque. Faut-il anesthésier ces périodes d'incar-

cération, les shunter de leur expérience de la vie ? Ou leur proposer de penser avec eux à ce qu'ils fabriquent de leur existence ?

Parce qu'enfin, la prison n'est pas un lieu « hors-champ » social, c'est un lieu social, d'enfermement, de perte de libertés, certes, mais un lieu inscrit dans le fonctionnement social, et un lieu où existe une vie sociale. Un lieu enfin qui pourrait être utilisé pour traiter la question de la vie sociale, de ses déboires, de ses difficultés, de ses contraintes, de son utilité (publique, et privée), ce dont on sait bien que c'est loin d'en être l'usage.

La prison est le lieu de traitement des conduites qui heurtent la loi du moment, et l'asile psychiatrique, de celles qui heurtent la raison commune.

L'inconscient est le lieu de l'appareil psychique où sont refoulés – relégués quoi – les désirs, rêves, inavouables – baiser maman et tuer papa, parmi les plus connus – trop chauds pour prendre place dans nos pensées conscientes qui nous représentent dans le monde. Peut-on risquer la comparaison suivante – probablement incorrecte épistémologiquement : la prison est le lieu social de relégation des citoyens qui réalisent leurs désirs – baiser la petite fille, tuer l'amant de sa femme – qui butent sur l'interdit de la loi des hommes, sociale, pour effacer leur faute – et on vient de voir que la demande la plus fréquente que font les personnes détenues au psychiatre est de ne plus penser, de refouler quoi. L'inconscient n'est pas hors-champ de la psychiatrie – enfin, d'une psychiatrie pratiquée par des soignants qui ne refusent pas de s'interroger sur ce qui leur arrive dans l'accueil de l'autre, le transfert –, et le travail du psychiatre est de restaurer une place vivable dans la conscience du fou à un inconscient débridé (la psychose) ou nié (la névrose ; ce qui ne veut pas dire que le névrosé dénie, non, il refoule, mais c'est l'existence de l'inconscient qui est niée).

L'asile et la Cité

D'une certaine manière, la prison est le lieu de traitement des conduites qui heurtent la loi du moment, et l'asile psychiatrique, de celles qui heurtent la raison commune. Le même travail qui serait à faire dans les prisons, de l'ordre d'une pédagogie de l'éducation générale et de la citoyenneté – pédagogie institutionnelle bien entendu, c'est-à-dire de formation mutuelle, pour le dire vite –, est à faire à l'asile : pédagogie du maniement du jeu entre pulsion et pensée dans son rapport à l'autre – psychothérapie institutionnelle, c'est-à-dire de l'ordre de la co-existence mutuelle dans les trois dimensions dont le nœud forme la psyché : réel, symbolique et ima-

.../...

.../...

ginaire. L'asile ne peut être que l'espace d'un temps du soin, de l'ordre de la contention (contenir) lorsque le nouage ne tient plus, qu'il y a explosion de la psyché, que le corps et la pensée ne contiennent plus les bouts du sujet, lorsque l'« aliéné » est en overdose de liberté, que plus rien ne vient tenir les morceaux dont nous sommes tous constitués, que le monde n'a plus de limites, que le langage n'a plus de butée permettant d'organiser un sens qui puisse sembler répondre provisoirement des perceptions. Contention physique (*packing* – « horreur, malheur, c'est l'ensachement du démon », air connu – plus que chambre d'isolement ; corps à corps, psyché à psyché, de la rencontre – actes et langage – des soignants ; confrontation dans la banalité, l'intimité, la crudité, l'ordinaire, de la vie quotidienne), langagière, transférentielle, par laquelle la folie absorbée par la constellation soignante est traitée – pensée de son éprouvé –, puis ré-introjectée par le patient, jusqu'au moment où il peut s'en saisir au point de pouvoir répondre – provisoirement ? – de lui. Il est temps alors qu'il reprenne place dans la Cité ; place de citoyen, dont aucun texte législatif ou réglementaire ne vient dire comment doit être son psychisme. Là, les soins psychiques se poursuivront, autant que les soignants jugeront utile et nécessaire de les prodiguer et que le patient les acceptera. On se doute que la question de la poursuite des soins psychiques est bien plus précaire dans la Cité qu'à l'asile, puisque la « contention » n'y est pas aussi dense, la présence des soignants pas aussi intime et permanente.

La pratique psychiatrique enferme, comme d'ailleurs toute relation.

C'est là que se situe la question de la contrainte aux soins. Si la loi prévoit et réglemente la possibilité d'imposer des soins psychiatriques à des malades mentaux qui n'y consentent pas, et donc aux équipes de secteur psychiatrique de prodiguer des soins à ces personnes, dans son esprit il n'est pas question de donner aux psychiatres des secteurs psychiatriques la possibilité d'interner des personnes. Cette limitation n'est pas due au hasard, ou à un oubli, elle est voulue : les représentants du peuple n'ont pas voulu, en 1838, mettre en place une loi d'exception qui rappelait les lettres de cachet. Il s'agit bien là d'une séparation des pouvoirs, mais aussi de laisser le psychiatre à une place de soignant : celui qui intervient pour contraindre un patient à se soigner – même si on peut dire qu'ainsi il prend soin de cette personne – ne peut être celui à qui ce patient pourra en toute confiance se plaindre de sa souffrance, en l'occurrence très souvent dans les premiers temps de ces cas de figure, d'être enfermé contre sa volonté. Et ce n'est pas là argutie pour échapp

per à ses responsabilités, c'est bel et bien rester à sa place d'interlocuteur du patient qui ne peut exercer d'emprise sur lui – ce qui ne veut pas dire que le patient ne se mette pas sous son emprise. Ce qui ne veut pas dire non plus qu'il faille attendre à l'hôpital que la famille ou le préfet y adressent le patient.

Faisons un détour, très schématique, par la question de l'enfermement dans le regard de l'autre.

L'enfant est enfermé dans le regard de ses parents, qui doivent pour tenir leur place d'éducateur bâtir pour lui une enveloppe psychique, certes protectrice, mais aussi tutrice, image mentale à laquelle l'enfant va s'accrocher pour grandir. C'est ainsi qu'il sera leur enfant, un peu plus que génétiquement. À l'adolescence, cet enfant va devoir se libérer de cette enveloppe psychique, et les parents vont devoir faire le deuil de celle qu'ils avaient construit pour lui. Le problème n'est pas l'enfermement, là dans le regard des parents, il est plutôt lorsque les parents confondent leur enfant avec l'image mentale qu'ils s'en font.

L'inconscient ne connaît pas le temps, disait Freud, et ça se manifeste dans la vie quotidienne où chacun d'entre nous réagit ici comme un adulte, là comme un enfant ou un adolescent. Freud avait un mot pour ça : régression. Alors bien sûr que la pratique psychiatrique enferme, comme d'ailleurs toute relation. Mais il ne faut pas que ce soit le psychiatre qui enferme, sinon en lui, dans une enveloppe psychique, où il ramasse tous les bouts que le patient, mais aussi sa famille, le généraliste, l'urgentiste, les pompiers... ont mis en lui, avec les siens – mais ceux-là, il devrait pouvoir leur reconnaître un air de famille avec lui. Avec ces bouts, il construit une image mentale de l'affaire qui agit le patient suffisamment vivable pour celui-ci ; puis, comme il sait quelques petites choses sur le transfert, il interroge son regard, cette image mentale, et permet au patient de s'en saisir de façon à ce qu'il puisse, provisoirement, l'habiter, l'assumer, puis s'en libérer en se construisant la sienne.

Si le psychiatre peut discuter de l'intérêt des soins avec le patient, sa famille, voire l'autorité administrative, avant l'hospitalisation et au cours de celle-ci, il ne lui revient pas de l'imposer au patient.

L'utilisation ensuite de cette contrainte par le psychiatre qui assurera les soins est une autre affaire : il est pris lui-même par l'obligation de soigner, à partir d'une demande qui n'est ni celle du patient ni la sienne, mais résulte du contrat social auquel tout citoyen, y compris le patient et lui-même, est lié, et qui les lie donc. Voilà un mandat praticable. Enfin, pour le moment : on ne sait encore à quelle place sera assignée la psychiatrie publique par une nouvelle « loi de santé mentale » qui est promise par les pouvoirs publics dans les mois à venir. ■

La prison, vieille idée

DOSSIER

Les Hollandais sont déroutants. Alors qu'ici les prisons explosent, en mai dernier la justice néerlandaise annonçait la fermeture de huit prisons d'ici 2010, faute de délinquants à incarcérer.

I **Aude Lalande**, ethnologue

La secrétaire d'État à la Justice néerlandaise, Nebahat Albayrak, affirme que les prisons sont vides parce que la criminalité a baissé. Mais il y a lieu d'y voir l'effet d'une politique qui vise, depuis 2001, à donner de plus en plus de peines de service communautaire. Les peines correctionnelles et les condamnations à moins de huit mois ferme sont transformées en heures de jardinage, de plongée dans les hôpitaux ou de leçons de boxe pour les jeunes délinquants. Une peine sur trois étant concernée, le nombre de détenus a baissé de 20 % depuis quatre ans. Depuis 2005, en outre, des sanctions de moins de trois mois ferme peuvent être commuées en simple assignation à résidence avec bracelet électronique. Pour des cas « exceptionnels » ne concernant que des « petits criminels » et de manière temporaire, pour ajuster le nombre de cellules au nombre de prisonniers. Mais la méthode est devenue systématique et 2 040 personnes en ont bénéficié en 2008. On imagine sans peine le débat qui agite le pays. La droite et l'extrême droite crient au laxisme. Des magistrats précisent dans leurs jugements qu'une peine de prison ferme doit être purgée en prison. La police sonne l'alarme, estimant que les trafiquants de drogues douces, par exemple, s'en tirent trop facilement. L'ensemble de la classe politique est divisée. Mais le ministère de la Justice ne croit plus à l'efficacité de la prison : 70 % des détenus récidivent. Et la baisse du recours à l'incarcération n'a pas entraîné de hausse de la criminalité, loin de là. Nulle horde sauvage mettant à feu le pays. N'est-ce pas là la preuve que la prison n'est pas l'arme ultime de la dissuasion ? Les Hollandais sont forts en preuve a contrario. Leur génie est de réaliser des expérimentations à l'échelle d'un pays. On se souvient de l'initiative de l'aéroport d'Amsterdam en 2004 : pendant quelques mois, les passeurs interpellés avec moins de trois kilos de cocaïne avaient cessé d'être poursuivis. La marchandise leur était

simplement confisquée, et leur nom mis sur une liste noire pour qu'ils ne puissent plus voyager sur une compagnie néerlandaise ou transiter par les Pays-Bas. Seuls ceux qui avaient un casier étaient poursuivis. Tout cela parce que fin 2003, la mise en place d'une fouille systématique des passagers provenant des Antilles néerlandaises et du Surinam avait fait faire un bond de 40 % aux interpellations. Score intenable : « Si à chaque contrôle on arrêta tous les passeurs, au bout d'un mois les prisons seraient pleines », expliquait alors le ministère de la Justice. La France avait jugé la chose « intolérable » ; mais la Haye s'en était étonnée. Parce que tout simplement, ça marche ! De dix personnes interpellées par vol vérifié, la moyenne était tombée à moins d'une. Pourquoi s'en priver ? La question n'est pas d'humanisme. L'État néerlandais est surtout pragmatique. L'« humanisme » qu'il avance ne l'a pas empêché d'imaginer héberger des détenus belges condamnés à de courtes peines, qui en raison du manque de cellules dans leur propre pays, ne peuvent purger leur peine. Et on peut s'interroger sur l'humanité de bracelets électroniques qui vous tracent jour et nuit et font peser sur vous la menace du stigmatisme. La Haye cherche avant tout à faire des économies. Mais aussi à trouver les moyens de casser la spirale pénitentiaire. Cet été la Californie, prise dans la tourmente de la crise, s'interrogeait à son tour sur le poids de sa politique carcérale. On parlait d'y libérer 27 000 prisonniers : l'opération permettrait d'économiser 1,2 milliard de dollars. Là-bas aussi le débat fait rage. L'un de ses enjeux tient à la dépénalisation de l'usage de drogues : « Il y a des gens dans les prisons californiennes qui n'ont rien à y faire », disent les anti-prohibitionnistes. « Notamment les délinquants emprisonnés pour possession de drogues, qui sont 24 000 dans les prisons d'État réservées aux criminels. » ■

§Prison, §Drogue,
§Politique, §Justice

Cet article est paru dans la revue *AlterEGO* du mois de novembre 2009, revue de L'Association Espoir Goutte d'Or.

Espoir Goutte d'Or (EGO) est une association régie par la loi de 1901, créée en 1987 à partir d'une démarche de santé communautaire. Aujourd'hui, elle gère deux établissements médico-sociaux : un CAARUD (Centre d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des Risques pour Usagers de Drogues) avec deux antennes (Le Centre d'Accueil et le Programme d'Echange de Seringues) et un CSST (Centre Spécialisé de Soins aux Toxicomanes). www.ego.asso.fr

L'acte de la création

L'artiste intervenant en milieu carcéral nie de façon provisoire tout enfermement mental, professionnel, esthétique, économique... il nie la détention, et c'est cela qui permet l'œuvre.

■ **Nicolas Frize**, musicien

L'enfermement génère structurellement des réflexes de négation de « l'extérieur » (lieu du malheur, de l'existence des autres à jamais inaccessibles, lieu de visibilité de l'exclusion, lieu du manque, lieu du jugement...), qui s'accompagne d'un repli sur soi, d'une recherche de totalité et de suffisance à l'intérieur, d'une quête d'autarcie positive. Cette situation fait que les détenus longuement condamnés ont du mal à répondre à une proposition d'arrachement, susceptible de rappeler l'existence de l'extérieur, comme l'est celle d'une œuvre d'un artiste, proposant l'interprétation de sa partition : ici, il y aura donc violence.

En revanche, la « création » personnelle sera le lieu privilégié du repli : on voit bien qu'il ne s'agit nullement de création alors, mais d'une recherche sublimée d'enfermement, d'un souci de visibilité de sa condition, pour s'en arranger mais, malheureusement, à long terme s'y repaître, la faire fructifier, la faire reconnaître par les autres (qui ne demandent qu'à en jouir souvent, appelant de tous leurs vœux ces productions issues de souffrances si superbement enterrées, noyées dans une lucidité tragique de l'enfermement mental et du manque physique). Ces productions artistiques, fruits de l'intérieur, impudiques manifestations pathologiques d'une douleur créatrice ou d'un narcissisme suicidaire, appelant au voyeurisme comme forme de reconnaissance ultime, sont très loin d'être des œuvres, produits d'une écriture, ayant pour sujet un projet d'explicitation universel (même intime). Spontanées ou travaillées, elles n'ont pas de direction, et n'ont de finalité que leur existence, tournée vers leur propre justification et motivation. En ce sens, produites par l'enfermement, elles sont bien sûr enfermées, condamnées à ne pas parler, mais simplement à dire.

Le rôle de l'artiste intervenant en milieu carcéral est dans ce sens déterminant : il peut amener l'extérieur, non pas en tant que lui-même, mais dans la dynamique d'une tension entre les espaces, les idées, les actions, les

enjeux (et garantir que ce n'est pas lui qui détient ni représente « l'extérieur » – ou l'extériorité/extériorisation). En ce cas, il entreprend de rétablir une circulation entre le corps et le corps social, entre l'intime et l'extime, entre l'acte et la pensée, entre la forme et le fond... niant de façon provisoire et opérationnelle tout enfermement mental, professionnel, esthétique, économique, etc. Il nie la détention, et c'est cela qui permet l'œuvre – et non pas l'exprime ou la porte.

Il ne serait pas inutile de regarder de plus près ce qui se cache dans ce terme d'enfermement : mot symbolique et/ou mot concret. Être enfermé par les autres : mentalement ou physiquement ? Comment et à partir d'où cela se rejoint-il, se disjoint-il ?

Qu'en est-il ensuite des situations où l'on s'enferme, soi-même... de quelconque façon – ce qui est une voie méthodologique courante chez les artistes ! Parler alors d'acte artistique dans ce contexte change du tout au tout : l'artiste qui « s'enferme » pour créer, s'isoler de lui-même en s'isolant de son rapport aux autres, met en scène une extraction (volontariste et douloureuse), une action (vivante, c'est-à-dire sans cesse renouvelée), un engagement physique à l'intérieur d'un espace clos, choisi, délimité comme étant plus petit que le monde possible (d'où le monde ne peut le voir – plutôt d'ailleurs que n'y entre pas), « protégé ». Dans cet enfermement, il y a du collectif (en retrait positif) et du mouvement, de l'aléatoire, du « militantisme » possible, de la déstabilisation sociale expérimentale... Nous ne sommes plus dans la contrainte civile, la violence institutionnelle, la dépendance du manque...

La recherche de l'enfermement dans la création semble être une obsession, nous connaissons des œuvres qui s'y emploient : rien ne nous gêne si les hommes qui vivent ces œuvres, en auteurs ou en interprètes, sont protégés réellement, dans l'acte de la création, de tout supplément de prison, de toute normalisation ou banalisation carcérale, de toute jubilation héroïco-sadique pour la souffrance sociale. ■

La recherche de l'enfermement dans la création semble être une obsession.

Visite à ma mère

Pour protéger les personnes âgées, on les enferme dans des maisons de retraite qu'elles vivent parfois comme une captivité.

§ Personne âgée,
§ Dépendance,
§ Surveillance,
§ Logement

■ **Sylvie Cognard**, médecin généraliste

Arrivée au portail, je compose le code d'accès pour entrer dans le parc : R 1789... Les lourds battants s'ouvrent lentement et je découvre Berthe qui s'empresse de se faufiler par l'entrebâillement des portes pour marcher d'un pas vif et décidé sur la petite route de campagne qui mène à la grande où la circulation à cette heure est intense. Je baisse en hâte la fenêtre côté passager et lui dit le plus gentiment possible qu'il vaut mieux qu'elle prenne la direction inverse pour aller se promener dans la campagne. La réponse à mon conseil protecteur se solde par un « Allez vous faire foutre ! » cinglant. Hésitant entre la lecture de la recommandation inscrite sous le digicode « Veuillez à ne pas laisser sortir de résidents » et à me dépêcher d'aller prévenir l'accueil que Berthe a pris la poudre d'escampette. Les portes qui s'étaient ouvertes toutes grandes commencent à se refermer lentement. Je retape le code : R1789 en voyant Berthe furibarde s'éloigner. Quand le portail s'ouvre à nouveau, je vois arriver le directeur en personne qui court, passe en petites foulées dans ses souliers vernis contournant ma voiture pour rattraper Berthe. J'observe de loin la scène : ils discutent un moment et font demi-tour pour une balade bras dessus, bras dessous sur la route de campagne. Les portes se sont bien sûr une fois de plus refermées et je retape une troisième fois le code. Ça y est, je suis enfin dans le parc, je gare la voiture et me dirige vers l'accueil. « Bonjour, je suis désolée pour Berthe, mais elle était encore cachée derrière le buisson près du portail, je n'ai pas réussi à la convaincre de faire demi-tour... » « Ce n'est pas grave, je la surveillais sur l'écran et avais prévenu le directeur et les soignants ». Bon je m'en ferai moins la prochaine fois, le portail est équipé d'une caméra, on n'arrête pas le progrès...

Je monte les escaliers quatre à quatre, suivie de la chienne de ma mère qui désormais est devenue

la mienne. Elle n'a pas le droit d'habiter avec elle, mais nous avons négocié âprement l'autorisation qu'elle lui rende visite. Il fait beau, nous sortons donc dans le parc, Maman, la chienne et moi. Nous descendons par l'ascenseur qui permet d'accéder au parc directement par une porte située au rez-de-chaussée. Porte également munie d'un digicode. Au moment de sortir, une dame que je ne connais pas, en fauteuil roulant me dit : « Il fait beau, je ferais bien un petit tour avec vous, il est mignon votre chien... » Pas de problème, je laisse donc passer la dame en fauteuil. Aussitôt sortie, elle fait rouler son fauteuil à toute allure vers la descente qui mène au parking bordé d'un majestueux séquoia et d'une rangée de peupliers. Je réalise que cette dame, qui me semblait avoir toute sa tête, ne sait peut-être pas piloter son fauteuil roulant mécanique non équipé de frein moteur dans les descentes. Je plante là ma mère et me mets à courir suivie de la chienne ravie de l'aventure. Je rattrape juste à temps la dame et le fauteuil avant qu'ils n'entament la pente plus que raide. La dame n'est pas contente du tout quand je la ramène à l'accueil en m'excusant de mon impardonnable impéritie.

Je retourne rejoindre ma mère qui est restée plantée avec son déambulateur, contente d'avoir vu courir sa chienne. « Elle aime bien ce parc, moi aussi, heureusement que tu viens me sortir ! Qu'est-ce que je ferais sans toi ? » Me reviennent alors en mémoire les injures dont elle m'avait agonié le jour où je l'avais menée à la maison de retraite, elle avait si peur que je l'abandonne dans une prison dorée, sans son animal de compagnie...

Au loin, j'aperçois Berthe et le directeur qui reviennent de leur balade sur la route de campagne, elle finira bien par s'habituer Berthe... ■

“ Le portail est équipé d'une caméra, on n'arrête pas le progrès. ”

Le panépigistémon

Les collectes d'informations sur les enfants à l'école associées aux projet de repérage des troubles du comportement font craindre une généralisation de la surveillance depuis le plus jeune âge.

■ **Philippe Bernier**, chercheur en sciences de l'éducation

Un vent managérial souffle sur l'école depuis plusieurs années, représenté par divers dispositifs pédagogiques, informatiques et rhétoriques. Ainsi, les livrets évaluant les compétences et le comportement des élèves, les fichiers à visée gestionnaire (Base-élève), ou les récents rapports de l'INSERM et du député Bénisti figurent autant de dispositifs gestionnaires accumulant de l'information, susceptibles de produire une nouvelle forme d'enfermement, un « panépigistémon ».

À la différence du dispositif panoptique théorisé par Bentham, évoqué par Michel Foucault dans *Surveiller et punir*, qui évoquait une architecture carcérale transparente aux regards des surveillants, le panépigistémon vise bien plutôt à tout savoir des individus. La centration sur l'élève instaurée par la loi de 1989 ne peut faire oublier ce risque panépigistémique et normatif. Des évaluations de plus en plus nombreuses, de la maternelle à l'élémentaire sont effectuées dans une logique tout à fait inspirée des process managériaux. *A priori* pour le bien de l'élève et la réussite de son parcours scolaire, un objectif de gestion et d'optimisation des parcours écoliers, économiquement horizonné, s'y profile.

“ Pour être formative et vécue positivement par l'élève, l'évaluation ne doit pas être vécue comme une punition.

Rappelons les trois dimensions évaluées à l'école : savoir, savoir-faire et savoir-être. Outre la fétichisation des savoirs dont relève cette typologie (nonobstant le raffinement en pouvoir, vouloir et devoir), il apparaît que l'évaluation du savoir-être soulève d'intéressants problèmes éthiques.

Pour être formatrice et vécue positivement par l'élève, l'évaluation ne doit pas être vécue comme une punition. Il existe un consensus sur cette question depuis des dizaines d'années, pour exemple

Daniel Hameline a montré qu'il n'est pas d'objectivité possible concernant l'évaluation des comportements socio-affectifs.

Le débat s'est posé dès le projet de livret du socle commun puisque les « attitudes » figuraient au rang des compétences à évaluer, au côté des « connaissances » et des « capacités ». Il y avait obligation de les considérer comme des objectifs formatifs non notés dans les situations d'apprentissage.

Or, il semble qu'une logique autre que pédagogique préside à l'instauration de ces évaluations comme Christian Laval, de l'Institut de recherche du syndicat FSU, l'expliquait en septembre 2006. Il rappelait que l'Union Européenne poussait les États membres à faire entrer l'esprit d'entreprise dans les écoles. Nous rappelons ses propos : « La Commission (européenne) et les autres organes de l'Europe, associés dans la définition de cette politique éducative, ont ainsi fait de « l'esprit d'entreprise » l'une des huit « compétences clés » à faire acquérir aux jeunes Européens dans le cadre de leur scolarité. Cette « compétence » est l'un des principaux axes de transformation des systèmes éducatifs européens, que l'on retrouve dans toutes les réformes ou propositions de réformes de ces trois ou quatre dernières années ». Dans son ouvrage de 2003, Christian Laval montrait déjà comment les recommandations l'OCDE, de la Banque mondiale, de l'OMC et de l'Union européenne se traduisent par une réorganisation managériale des établissements scolaires, qui sont mis en concurrence entre eux au profit des « consommateurs d'école ». Cette évolution s'accompagne de la mise en place d'un système à base d'indicateurs, de tableaux de bord et autres évaluations permettant de comparer les systèmes éducatifs des États membres, mais aussi les établissements nationaux entre eux. L'obligation de résultats, et la rétribution au mérite des enseignants (en projet), s'appuieront sur ces informations, dont le dispositif de sélection n'est absolument pas éprouvé par la critique.

Un autre dispositif de collecte d'informations a soulevé une vague de protestation au sein du milieu éducatif : la première tentative d'installation du fichier Base-élèves 1^{er} degré. Il est apparu que les données entrées dans Base-élèves, lors de la (ré)inscription annuelle de chaque élève, entraient également dans un autre fichier dénommé « Base Nationale des Identifiants Elèves » (BNIE). Ce fichier attribue à tout nouvel élève un « identifiant national élève » (INE), à partir des données entrées dans Base-élèves ; et met à jour, dans la BNIE, les données relatives à cet élève. Cette Base Nationale a été déclarée sur un formulaire de la Commission nationale informatique et libertés (CNIL) puis complétée, le 8 février 2007, par des annexes, où l'on apprend que « les utilisateurs habilités autorisés à accéder à l'application seront approximativement 400 », et que les données nominatives pourront être conservées jusqu'à trente-cinq ans dans cette BNIE. Sans que les parents d'élèves ou les enseignants n'aient jamais été informés que les informations qu'ils saisissent alimentent cette base de données. Que dire de la confidentialité avec autant d'accédants possibles, et de statuts aussi divers, au fichier ?

Le projet de repérage d'enfants ayant des « troubles du comportement », dès la maternelle a entretenu l'amalgame entre ces troubles et la délinquance.

La compilation d'informations concernant les élèves n'est donc pas une simple opération administrative, elle recèle une idéologie qui organise « le repérage, le dépistage, le suivi voire le contrôle des populations à risques » comme on peut le lire dans le rapport d'octobre 2008 de Défense des Enfants International – France. La généralisation du fichier « Base-élèves » prévue par le ministère de l'Éducation nationale pour la rentrée 2009 a soulevé de nombreuses inquiétudes et protestations. Cette application sur les trois niveaux de l'école, au plan académique et au plan national, concernait des opérations aussi hétérogènes que l'inscription scolaire, le suivi de l'obligation scolaire, le suivi des effectifs, le suivi des parcours sco-

laire de la maternelle à l'entrée en 6^e et les statistiques académiques et nationales. Mais il était initialement prévu d'y collecter des données tant sur la situation familiale (nationalité, date d'arrivée en France, langue parlée à la maison, adresse de l'employeur des parents, catégorie socioprofessionnelle...) que sur l'absentéisme ou les besoins éducatifs particuliers de l'élève et même le suivi médical (psychologique, psychiatrique). Ces données sensibles ont fort heureusement été supprimées.

Le projet de repérage d'enfants ayant des « troubles du comportement », dès la maternelle selon une suggestion d'un rapport de l'INSERM, puis le rapport du député Bénisti¹, ont entretenu l'amalgame entre les troubles et la délinquance. L'instrumentalisation politique de ces discours déterministes, sur fond de peur de nouvelles classes dangereuses, lors des dernières élections présidentielles constitue un phénomène inquiétant. Nous y adjoindrons la promulgation de lois au gré de faits divers, comme la criminalisation des patients psychiatriques, qui prend place dans un mouvement actuel de redéfinition des fonda-

mentaux de notre démocratie : indépendance de la justice, séparation des pouvoirs, liberté d'expression. Cependant, ce mouvement qui éprouve en profondeur le socle républicain suscite de fortes mobilisations. Le mouvement « Pas de zéro de conduite ! » a recueilli plus de

180 000 signatures pour protester contre le projet de mise en œuvre d'un dépistage très précoce de possibles déviances sociales. Il est ironique d'observer que l'outil informatique, de panépigmon, peut devenir un formidable moyen de mobilisation et de diffusion d'informations afin de lutter contre son usage disciplinaire. Prisons, asiles et écoles figurent toujours au rang des institutions-témoins de l'état démocratique d'une société, dont la frappe panépigmonique rejoint à présent certaines œuvres littéraires d'anticipation. ■

■ 1. Voir l'article de Bruno Percebois « Résister ensemble contre la loi de prévention de la délinquance », *Pratiques* n° 40, p. 59.

Enfermé dehors, l'homme invisible

§Mort, §Exclusion,
§Immigration,
§Politique

« L'hébergement au square Villemin » de réfugiés afghans, après la mort du jeune Zadran, est devenu gênant pour le gouvernement. Il a fallu mettre en place un dispositif humanitaire. Aujourd'hui, les réfugiés ne dorment plus dans le square, mais autour.

■ Denis Lemasson, médecin et écrivain

« Je suis un homme qu'on ne voit pas. Non, rien de commun avec ces fantômes qui hantaient Edgar Allan Poe ; rien à voir, non plus, avec les ectoplasmes de vos productions hollywoodiennes. Je suis un homme réel, de chair et d'os, de fibres et de liquides – on pourrait même dire que je possède un esprit. Je suis invisible, comprenez-moi bien, simplement parce que les gens refusent de me voir. »

Ralph Ellison, L'homme invisible

Le 5 avril 2009, c'est un dimanche matin à Paris, je me rends au square Villemin avec ma fille pour faire du toboggan, et l'idée d'être témoin d'un meurtre m'est aussi lointaine que l'élevage d'autruches, l'évolution de l'indice Nikkei ou la guerre au Waziristan. Un rendez-vous avec un ami nous a amené là, entre la gare de l'Est et le canal Saint-Martin, près de l'hôtel du Nord, juste en face de l'écluse où Arletty et Jovet voulaient déjà changer d'« atmosphère ». Le jardin public grouille de monde. Une foule difficilement pénétrable. On parvient jusqu'aux jeux pour enfants et j'abrège rapidement les glissades dans un tohu-bohu devenu étouffant. Tous les « bobos » avec enfants en bas âge ont dû se donner rendez-vous au même endroit, ça crie de tous côtés. On sort donc en se cramponnant la main, tandis que naît obscurément une sensation : celle d'être dans un camp de réfugiés. C'est comme si mes expériences passées au Libéria ou au Darfour étaient soudain convoquées. Alerté, je regarde autour de moi. Je suis

bien dans une foule, mais une foule composée de deux communautés qui glissent l'une contre l'autre. La seule préoccupation commune semble que leurs corps ne se touchent pas. Je regarde plus attentivement encore et je vois des dizaines de bobos qui se baladent en flânant dans un camp de réfugiés afghans. En plein Paris, quand on va faire du toboggan, c'est surprenant. La vie s'organise comme dans tous les camps regroupant des hommes jeunes : commerces, groupes de discussion, lieux de repos, football. Mon ami remarque la présence d'un corps allongé dans l'herbe, les bras en croix et les yeux levés vers le ciel, ce qui ne nous paraît pas être un signe de bonne santé. Tous deux médecins, nous allons vers lui, sûrs de notre expérience d'urgentistes ; nous ne sommes pas venus pour rien. Curieusement, l'espace se vide autour du corps, personne ne s'en approche ni ne le regarde. Un espace vide, une absence. Seul un adolescent tente d'enlever le couteau de la main du gisant. Nous sommes les premiers à le voir et nous arrivons trop tard. Notre compétence médicale nous permet juste de ne pas appeler le SAMU : le jeune homme, les pupilles dilatées, est mort suite

à cinq coups de couteaux reçus dans l'abdomen et dans le thorax. De toute évidence, le cadavre est un réfugié afghan.

Les heures à être interrogé par la police et l'émotion passées, le temps des questions : de quel réel ce cauchemar est-il sorti ?

Le cadavre, par son immobilité et la violence de l'acte qu'il suppose, avait forcé mon regard à le consi-

Alerté, je regarde autour de moi, je suis bien dans une foule, mais une foule composée de deux communautés qui glissent l'une contre l'autre.

dérer, mes mains à le toucher. Ainsi, j'avais transgressé un dispositif politique (à la fois conscient et inconscient) qui rend invisibles (aux autres comme à eux-mêmes) les réfugiés afghans. Ce dispositif est une version très moderne de l'enfermement, où l'exclusion de l'espace social passe par la cécité des membres qui le constituent. Mais cette stratégie de la disparition ne prévoyait pas d'assassinat au milieu des jeux d'enfants. Le meurtre avait rendu visible le jeune réfugié afghan.

L'histoire du lieu du crime est étonnante. Le jardin Villemin fut tour à tour couvent, caserne militaire, hospice pour incurables, puis hôpital militaire. Autant d'espaces de discipline et d'enfermement. En 1972, les anciens jardins sont affectés à la réalisation du centre hospitalo-universitaire Saint Louis-Lariboisière et d'un jardin public, le square Villemin. La proximité de la gare du Nord et de celle de l'Est fit jouer un rôle important à l'hôpital Villemin dans la prise en charge des blessés durant les deux guerres mondiales. C'est cette même proximité qui attira plus tard les Afghans désireux d'aller dans le Nord de l'Europe. À la fermeture du centre d'accueil de la Croix Rouge à Sangatte en 2002, beaucoup d'Afghans refluèrent dans Paris et se posèrent à proximité de la gare de l'Est : sous les ponts, dans les anfractuosités des bâtiments, et dans le jardin. Progressivement, le square Vuillemin devint une étape obligatoire sur la route de Calais et de l'Angleterre, et une base arrière où se reposer quand la pression policière était trop forte dans le Nord. Et plus encore, le square devint un lieu de vie.

Car, si j'avais perçu le square comme un camp de réfugiés, c'est que c'en était un. Aiguillonnées par les plaintes des riverains, qui ne supportaient plus la présence de réfugiés sous leurs fenêtres, la mairie et la préfecture de police se firent les complices bienveillants de l'organisation du camp. La logistique (distribution de repas et de produits de première nécessité) étant fournie par des associations. Le regroupement des Afghans dans le parc servait alors tous les intérêts : soustraire les Afghans du regard des Parisiens, offrir sans aucun frais une possibilité de couchage. Les Afghans eux-mêmes se sentaient plus en sécurité dans le square qu'en dehors où leur nuit était à la merci des passants. Après une dernière ronde, les policiers fermaient chaque soir les grilles derrière eux, enfermant les réfugiés à la belle étoile. Le square Villemin brouille nos perceptions des notions d'extériorité et d'intériorité. On dit les protéger en les enfermant dans le parc. « C'est très angoissant pour eux, les grilles leur font du bien en les séparant le soir du reste du monde. Ils restent ainsi entre eux, et ils ont besoin de recréer des conditions sociales rassurantes », m'a expliqué un psychiatre qui les soignait. En ce sens, les réfugiés avaient un discours de solidarité, mais ils confiaient aussi que cette solidarité est de façade.

Le parc, comme l'extérieur, était un espace incertain, où tout pouvait arriver, y compris la mort.

Le jeune réfugié fut assassiné dans le « parc pour Afghans » par un autre Afghan de sa communauté. Le square devenait le miroir interne d'une réalité externe lointaine et sale : celle de la guerre en Afghanistan. Quelques mois plus tard, le meurtre était instrumentalisé. Celui qui avait vécu le square comme ultime refuge devenait l'argument de son évacuation. Le 19 juillet 2009, les exilés étaient chassés du jardin par les forces de l'ordre, sur décision conjointe de la mairie et de la préfecture de police, qui décidèrent la fermeture nocturne du jardin. Pour la mairie, le meurtre était la preuve de la dangerosité d'une situation qui ne pouvait plus durer, ajouté au fait que « le nettoyage approfondi des lieux s'avère de plus en plus difficile et délicat, compte tenu du nombre croissant des occupants la nuit et de la multiplication des comportements agressifs, au sein des exilés, mais aussi récemment vis-à-vis d'agents municipaux ». Le maire de Paris s'en remit donc aux pouvoirs de l'État, en la personne du Premier ministre, pour mettre en place un « un dispositif de prise en charge humanitaire à la hauteur de la crise ». Des politiques exhortaient d'autres politiques à conduire un projet humanitaire... Pour justifier une action contraire à celle menée les années précédentes...

Encore une fois, on ne pouvait concevoir les motivations du pouvoir politique qu'en comprenant sa nécessité à rejeter dans l'invisible ceux qui venaient d'en sortir.

Encore une fois, on ne pouvait concevoir les motivations du pouvoir politique qu'en comprenant sa nécessité à rejeter dans l'invisible ceux qui venaient d'en sortir. La situation avait changé. Le nombre de réfugiés avait augmenté dans le square et leur regroupement devenait gênant. De plus, la destruction programmée de la « jungle » à Calais faisait craindre un afflux d'Afghans plus important encore. Le lieu d'enfermement lui-même devenait menaçant.

Aucune solution concrète n'a été proposée aux réfugiés, sinon la surveillance du parc par des agents de sécurité. Depuis l'évacuation, ils patrouillent chaque nuit, accompagnés de chiens, pour dissuader les retours. Les places en centres d'hébergement ne sont toujours pas assez nombreuses, des dizaines (parfois des centaines) d'Afghans dorment donc maintenant autour du square, dans les coins cachés de la ville.

Le réfugié qui est mort dans le square s'appelait Zadran. Il était Afghan, Pachtoun, âgé de 26 ans, marié et père de quatre enfants. Il avait fui son pays où il

.../...

.../... était menacé. Plusieurs membres de sa famille avaient été assassinés, dont son père. Zadran présentait des troubles psychologiques, et fut suivi pendant cinq mois par un psychiatre de Médecins Sans Frontières. Zadran voulut faire une demande d'asile. Il s'est alors présenté à la préfecture, où il fut arrêté par la police. D'après la loi européenne, il ne devait pas rester en France, il devait retourner en Grèce pour faire sa demande, parce qu'il était entré en Europe par ce pays-là. Les seules nuits hors du parc, il les passa derrière les murs d'un centre de rétention. Ne sachant que faire, les autorités relâchent les réfugiés après quelques jours. À sa sortie, les institutions françaises considéraient toujours que Zadran devait quitter le territoire, tandis que les associations humanitaires lui expliquaient toujours qu'elles ne pouvaient pas l'aider à se loger. En effet, prolongeant la politique étatique, ces dernières considèrent en transit ceux qui n'ont pas de récépissé. Aucune solution d'hébergement n'a pu être trouvée en dehors des solutions d'urgence, où chaque soir, il aurait fallu se battre pour passer avant les autres, le nombre de lits étant insuffisant par rapport à la demande. Des proches relatent que Zadran avait peur plusieurs semaines avant sa mort. Après de nombreuses procédures, il tenta une deuxième demande d'asile auprès de l'OFPPA (Office Fran-

çais de Protection des Réfugiés et Apatrides). La demande fut rejetée : les preuves étaient insuffisantes « pour justifier de craintes de persécutions dans son pays ». Ses déclarations furent jugées « peu vraisemblables et parfois peu compréhensibles ». C'était neuf jours avant sa mort.

Zadran a vécu dans le square Villemin depuis son arrivée en France jusqu'à son décès. Cinq mois au total. D'après son médecin, « les Afghans qui vivent dans le square et ses alentours ont le sentiment intense d'être transparents, de n'être pas visibles pour ceux qui vivent autour. Cela les plonge dans un sentiment de paranoïa. » Le réfugié est condamné à n'être rien d'autre qu'un corps en errance dans de nouveaux espaces d'extraterritorialité, où la reconnaissance d'une identité n'a pas cours. La stratégie politique, par ses injonctions paradoxales, fabrique de la psychose : enfermement puis relâche, renvoi d'un pays à l'autre, organisation puis destruction de lieux de regroupement. Avec la même volonté d'écarter, de confiner à la marge. Aucune solution proposée, aucun statut administratif accordé. Autant de faits condamnant à une anomie dépersonnalisante, nous rappelant que le symptôme est toujours accroché au réel. « Je suis enfermé dehors » a dit un jour Zadran à son psychiatre, « la France m'a rendu fou ». ■

La mort de S. à Fleury-Mérogis

Didier Ménard, médecin généraliste

Je suis en consultation comme d'ordinaire. J'entends un bruit important, inhabituel, dans le bureau de Fatima la secrétaire. Quand je sors du cabinet pour la consultation suivante, je trouve une troupe de personnes en pleurs. À ma vue, les cris se mêlent aux larmes qui redoublent d'abondance et dans la plainte qui s'exprime, je comprends que quelqu'un est mort. Je fais entrer les personnes dans mon cabinet. Une jeune femme prend sur elle pour m'expliquer que le jeune S. est mort cette nuit dans sa prison de Fleury-Mérogis. Il se serait suicidé, d'après ce que dit la direction de cette prison. Immédiatement, la colère se mélange à la sidération devant cette mort. La révolte se fixe sur ce suicide impossible pour tous celles et ceux qui le connaissaient, moi le premier. Ils sont venus me prévenir car S. était un jeune de la cité qui fréquentait le cabinet médical. Ils sont aussi venus car sa mère, qui est aussi accompagnée par l'Association Communautaire Santé Bien-Être (ACSBE)¹ à la quelle je participe, leur a dit que nous savions, nous les docteurs, ce qu'il fallait faire pour connaître la vérité. Je suis pris au dépourvu, l'émotion est en moi, car j'ai-

le monde dans lequel nous vivons, mais comment les aider ? Je connais un peu l'Observatoire International des Prisons. Je retrouve le téléphone et j'appelle. Je trouve une personne à qui j'explique la situation, le coordinateur de la région Ile-de-France est absent, il va me rappeler.

Les minutes sont longues avant que le téléphone ne sonne. Le coordinateur de l'OIP est déjà informé de ce suicide. Il m'explique ce qu'il convient de dire à cette famille et ce qu'il faut faire. Je constate avec angoisse que la multiplication des suicides en prison a conduit à un savoir-faire face à un décès en milieu carcéral... triste constat.

Nous allons, dans les jours suivants, au cabinet médical et avec l'ACSBE, aider cette famille dans son deuil. Une manifestation rassemblant plusieurs centaines de personnes se déroulera pour dénoncer les conditions de l'incarcération et la violence due à l'enfermement qui s'ajoute à celle subie dans la cité. ■

1. Réseau précarité regroupant professionnels, acteurs d'associations, institutions locales et habitants (Francs-Moisins, Saint-Denis).



magazine

Que sont les migrants devenus ?

Martine Devries, médecin généraliste

§Accès aux soins, immigration ; §Sans papiers

À Calais, la très médiatique destruction de la « jungle » le 22 septembre dernier n'a pas été la seule : dès juillet, « le plan Besson » est mis en œuvre, et encore maintenant, en novembre, aucun campement ou squat ne persiste plus de quelques jours : la police vient le détruire.

Que sont devenus les migrants ?

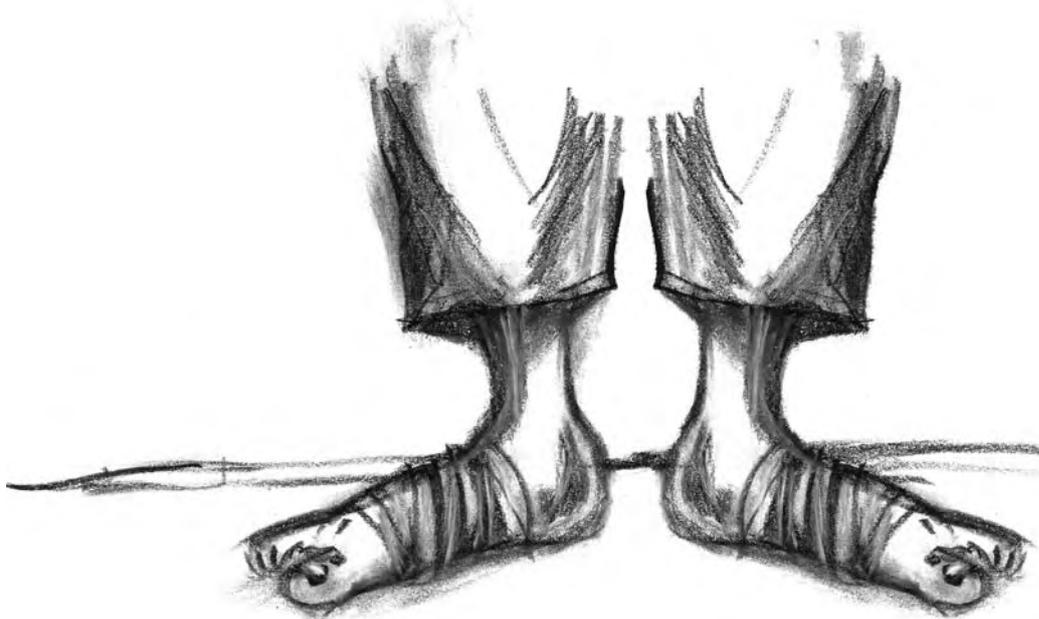
Ils sont revenus ! Les cent vingt-cinq personnes adultes arrêtées ce jour-là, ont toutes, TOUTES, été remises en liberté par mesure de justice, en différents points du territoire où elles avaient été transférées. Il y a certes moins de migrants en ville que cet été : entre deux cent cinquante et quatre cents personnes, soit trois à quatre fois moins. Sans toit, sans abri, sans rien. Non seulement elles n'ont rien, mais la police leur prend « tout » : papiers, couvertures, vêtements, chaussures, sont abandonnés ou détruits lors des « rafles » : comment appeler ça autrement ? Les arrestations se font « au faciès », et c'est un harcèlement permanent. Pour exemple, dans un refuge immonde, à l'intérieur d'un bunker, il est courant que les migrants soient contrôlés plusieurs fois par nuit, alors qu'ils ne bougent pas !

On peut dire ce qu'on veut sur la loi de la République, mais si elle était appliquée, cela n'irait déjà pas si mal... Le problème, c'est que, actuellement, à Calais, la loi de la République ne s'applique pas : les mineurs sont laissés à la rue, les familles avec

enfants sont enfermées dans un centre de rétention, les personnes dont le dossier de demande d'asile a été reçu ne sont pas hébergées, n'ont aucun subside ni couverture sociale comme cela est prévu par la convention de Genève, acceptée par la France. De même, les personnes sous le coup de la circulaire Dublin 2¹ doivent être hébergées, aux termes de la loi. Elles ne le sont pas.

Moins violent, mais grave tout de même, pour la liberté de réunion : lorsque Médecins du Monde veut faire une réunion interne à l'association, il est demandé, par la responsable de la structure d'accueil : « Est-ce que toutes les personnes présentes ont des papiers ? », et nous sommes bien heureux que cette structure accepte de recevoir la réunion. En juin, lors de la venue à Calais d'activistes soutenant la liberté de circulation dans le monde, cela a été impossible. De même, la plupart des hôteliers exigent des papiers pour recevoir des clients « douteux ». Insidieusement, la forteresse Europe avance ses pions, et nous sommes tous complices, par passivité, indifférence ou méconnaissance ? ■

■
1. Ce sont les personnes qui doivent attendre que le premier pays d'Europe qu'elles ont foulé donne une réponse avant que leur demande d'asile ne soit prise en considération en France.



Supprimer pour faire taire

Marie Kayser, médecin généraliste

§Surveillance, contrôle, fichage

C'est le but du gouvernement en créant, sans concertation, une nouvelle institution, le Défenseur des droits, qui regroupera les missions du Médiateur de la République, du Défenseur des enfants et de la Commission Nationale de la Déontologie de la Sécurité (CNDS).

En septembre, l'annonce de la suppression prochaine du Défenseur des enfants a suscité un tollé et entraîné un mouvement de résistance ¹. Autorité indépendante créée en 2000, les Défenseurs des enfants, ont tenu leur rôle : « défendre et promouvoir les droits de l'enfant », quitte à indisposer le gouvernement par leurs prises de position, en particulier contre la mise en centre de rétention de mineurs étrangers.

En novembre, c'est la CNDS qui dresse son bilan et s'élève contre sa dissolution ². Institution plurielle et indépendante, créée en 2000, elle est chargée de veiller au respect de la déontologie des personnes exerçant des activités de sécurité : police, gendarmerie, administration pénitentiaire, douanes, ser-

vices de sécurité privée... Dans 60 % des dossiers traités, il y a eu manquement à la déontologie, mais ses demandes de sanction face aux fonctionnaires n'ont jamais été suivies d'effet. Par contre, ses avis d'ordre général, telles que les mises en garde sur les conditions de garde à vue, ont fait l'objet d'instructions...

La CNDS s'élève contre une réforme qui « comporte des dangers sérieux pour la protection des libertés et un risque de recul des garanties démocratiques » : perte de la garantie d'indépendance avec transfert de toute son activité à une seule personne, le Défenseur des droits, nommé en conseil des ministres, possibilité pour le défenseur de rejeter toute requête sans avoir à motiver sa décision, restrictions aux enquêtes menées sur les lieux mêmes... —

■

1. forum.defenseurdesenfants.fr/soutiens.php
2. www.cnds.fr/pages/Communique_presse_21_09_2009.pdf

Une nouvelle loi d'élimination

Marie Kayser, médecin généraliste

§Droits de l'homme, discrimination ; §Psychiatrie, santé mentale

Le Collectif « refus de la politique de la peur » s'élève contre le projet de loi de récidive des délinquants sexuels ¹.

« La naturalisation d'un délit qui renvoie au criminel-né est une aberration scientifique qui dénie le statut du psychisme comme subjectivité, le sujet délinquant n'étant pas un monstre hors de notre humanité. Ce projet de loi ignore cette humanité et ne protège donc pas vraiment les victimes, mais se centre sur une réponse médicamenteuse, sous contrôle judiciaire, dont les résultats thérapeutiques sont loin d'être systématiques... »

En outre, ce projet de loi ne donne pas les moyens financiers à la mise en place de véritables suivis psychothérapeutiques dès la prison, ni des suivis socio-judiciaires, des suivis individualisés...

Aussi nous continuons à refuser la « perpétuité sur ordonnance », les traitements « inhumains et dégradants » et l'insécurité sociale. Nous appelons les parlementaires et sénateurs à refuser cette logique en votant contre ce projet de loi. » —



■

1. Voir le texte complet avec appel à signatures sur le site du collectif : <http://refus-peur.fr/>

Distilbène® : une avancée pour les victimes

■ Marie Kayser, médecin généraliste

SMédicaments, firmes pharmaceutiques

La Cour de cassation a donné raison le 24 septembre dernier à une jeune femme atteinte de cancer suite à une exposition in utero au diéthylstilboestrol (DES) (cf. encadré). La Cour d'appel de Paris lui avait refusé l'indemnisation pour le préjudice subi, au motif qu'elle ne pouvait fournir les documents sources (ordonnances) permettant de prouver quel laboratoire avait fourni la molécule... La Cour de cassation a estimé qu'une fois le lien établi par les experts entre

la pathologie présentée et l'exposition au DES, c'était au laboratoire de prouver que son produit n'était pas à l'origine du dommage. L'affaire est renvoyée devant la Cour d'appel de Paris, qui devra à nouveau statuer sur le fond du dossier. Le parcours judiciaire de cette jeune femme n'est donc pas terminé. Toutefois, l'arrêt d'aujourd'hui fera jurisprudence, en ce sens qu'il inverse la charge de la preuve. ■

L'histoire du DES est exemplaire de la co-responsabilité des firmes pharmaceutiques, des gouvernements et de la communauté médicale dans un scandale sanitaire.

Le DES a été commercialisé dans les années 40 par UCB Pharma sous le nom de Distilbène® et par Borne (Novartis aujourd'hui) sous celui de Stilboestrol® avec pour indication la prévention des fausses couches. Dès 1953, une étude menée aux États-Unis avait montré qu'il ne diminuait pas les fausses couches, mais semblait de plus favoriser les accouchements prématurés. En 1971, il a été interdit aux États-Unis suite

à des études montrant un lien possible entre l'exposition in utero et l'apparition alarmante de cancers particuliers du vagin et du col chez les jeunes filles. En France, où il n'a été contre-indiqué chez la femme enceinte qu'en 1977, plus de 200 000 bébés ont été exposés avec pour les filles le risque de cancers et de graves malformations des voies génitales empêchant souvent de mener à bien des grossesses et pour les garçons des anomalies génitales¹. ■

■
1. Voir le site www.des-france.org/distilbene/historique.php#

L'Équateur défie l'industrie pharmaceutique¹

■ Marie Kayser, médecin généraliste

SMédicaments, firmes pharmaceutiques ; SMondialisation, OMC

L'Équateur vient de décider de produire ou d'importer plus de deux mille médicaments, en utilisant la procédure de « licences obligatoires ». Celle-ci, prévue par l'Organisation Mondiale du Commerce, autorise un État à produire ou à importer sur son territoire des versions génériques d'un produit breveté sans l'accord du détenteur du brevet auquel l'État doit cependant verser une compensation financière. Ce recours aux licences obligatoires est contesté par l'industrie pharmaceutique au motif qu'il n'y a pas situation d'urgence, mais selon les accords de Doha, chaque État a la liberté de déterminer les motifs pour lesquelles de telles licences sont accordées, il peut déterminer ce qui constitue une situation d'urgence et n'est pas tenu de décréter une urgence sanitaire pour déclarer une licence obligatoire.

Cette procédure qui permet une nette baisse du prix des médicaments est particulièrement importante pour permettre l'accès aux soins en Équateur, où près de la moitié des habitants vivent sous le seuil de pauvreté. Elle concernerait entre autres le traitement du cancer, du Sida, du diabète, de l'HTA...

Cette décision est une bonne nouvelle et pourrait être suivie par d'autres pays d'Amérique latine comme la Bolivie et la Colombie qui envisagent d'agir de même. ■

■
1. *Le Monde*, 30 octobre, voir le dossier complet www.lemonde.fr/planete/article/2009/10/29/l-equateur-defie-l-industrie-pharmaceutique_1260194_3244.html

Deux décrets ressuscitent Edvige ¹

Marie Kayser, médecin généraliste

En novembre 2008, la mobilisation citoyenne avait abouti au retrait des décrets créant le fichier Edvige. Deux décrets viennent de le ressusciter sous une forme un peu modifiée : abandon du fichage de la vie sexuelle et de l'état de santé, traçabilité de l'accès aux données et effacement de celles-ci mieux garanties.

Mais de nombreuses dispositions perdurent : fichage des mineurs dès 13 ans sur la base de la présomption d'atteinte à la sécurité publique et dès 16 ans pour les enquêtes administratives liées à la sécurité publique ; recueil de données sensibles comme les « activités publiques » ou les « motivations politiques, religieuses, philosophiques ou syndicales », considérées comme pouvant être

incompatibles avec l'exercice de certaines fonctions ou missions, sans que soient mieux précisées ces « motivations » ; ou encore « l'origine géographique » qui pourrait conduire à stigmatiser des populations au regard de leur origine ethnique, mais aussi de leur résidence dans certains quartiers.

Les organisations membres du Collectif « Non à Edvige » appellent donc à poursuivre la mobilisation et réclament qu'un large débat démocratique s'instaure sur la question du fichage. ■

1. Voir le dossier et la nouvelle pétition à signer sur le site du collectif : Non à Edvige <http://www.nonaedvige.ras.eu.org/>

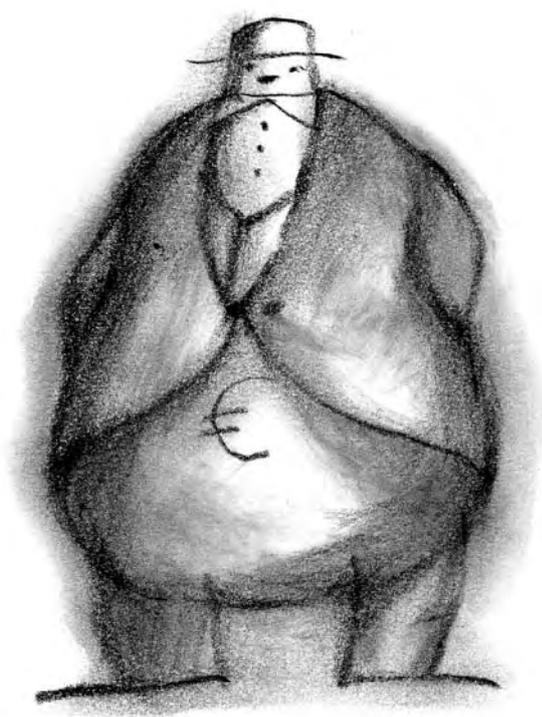
Prévention de l'obésité sous tutelle

Marie Kayser, médecin généraliste

SAimentation, troubles de l'alimentation, obésité ; SPrévention

L'UFC-Que choisir dénonce ¹ l'instauration, dans le projet de loi de Modernisation agricole, d'une co-tutelle du ministère de l'Agriculture et de l'Alimentation sur l'Institut National de Prévention et d'Éducation pour la Santé. L'INPES, acteur de santé publique chargé de mettre en œuvre les politiques de prévention et d'éducation pour la santé, dépend actuellement du ministère de la Santé. « Ce rattachement contre nature fera que les communications de l'INPES devront être validées par le Conseil National de l'Alimentation, donnant ainsi à l'industrie un fort droit de regard institutionnel sur les campagnes de prévention officielles. » ■

1. CP du 9 novembre 2009 www.quechoisir.org/communiqués/L-UFC-Que-Choisir-denonce-le-demantelement-de-la-politique-de-prevention-de-l-obesite



La politique du salami ¹

■ **Marie Kayser**, médecin généraliste

§ Accès aux soins, § Assurance maladie

De 1995 à 2008, la part du financement des dépenses de santé par l'Assurance maladie s'est réduite, passant de 77,1 % à 75,5 %, la CMU complémentaire et l'AME ont augmenté de 1,1 % à 1,3 %. La part à charge des ménages a donc augmenté de 21,8 % à 23,2 % soit directement, soit par le biais du financement par les complémentaires dont les tarifs augmentent.

Cette baisse de prise en charge est liée à une série de mesures récentes (franchises, forfaits, baisses de remboursements...) et à une augmentation des dépassements d'honoraires ².

Le coût de la santé pour les Français, calculé en additionnant leurs cotisations d'assurances complémentaires et les restes à charge de l'Assurance maladie, pèse de plus en plus lourd dans leur budget avec une augmentation « de 40 à 50 % en moyenne » ³. Il représente 5,4 % du budget disponible avec de grandes différences selon l'âge, le type d'assurance complémentaires (individuelles ou collectives), mais aussi le revenu puisque les cotisations aux complémentaires pèsent plus lourds sur les faibles revenus.

Cette baisse globale de la part financée cache une autre évolution : si les soins hospitaliers et en ALD

(Affections Longue Durée) restent assez correctement remboursés (entre 90 et 100 %), il y a une très forte diminution du taux de remboursement des dépenses dites de soins courants avec un taux non publié, mais de l'ordre de 55 % ².

Didier Tabuteau parle de la « politique du salami » : on coupe des parts très fines de la Sécu pour que ce soit plus facile à avaler », il souligne que cette évolution n'est pas inéluctable et qu'elle est le reflet de choix politiques qui visent à transférer progressivement sur les complémentaires une part croissante des soins sans qu'aucun débat démocratique de fond n'ait eu lieu sur des choix aussi fondamentaux ³. ■

-
- 1. Didier Tabuteau, entretien au *Quotidien du médecin* le 1^{er} décembre 2009.
- 2. Drees, Études et résultats : les comptes nationaux de la santé en 2008.
www.sante.gouv.fr/drees/etude-resultat/er-pdf/er701.pdf
- 3. Livre blanc publié par Jalma – cabinet de consultant sur la protection sociale et l'assurance qui a pour clients des assureurs, de grosses mutuelles, des organismes financiers... et qui ce prône une réduction de la prise en charge par l'Assurance maladie.

À Paris, l'hôpital public étranglé

■ **Marie Kayser**, médecin généraliste

§ Accès aux soins ; § Hôpital, réforme hospitalière, gestion hospitalière

Il y a un an, les présidents des Comités Consultatifs Médicaux de l'Assistance Publique des Hôpitaux de Paris (AP-HP) dénonçaient l'étranglement financier délibéré de leurs établisse-



ments. Aujourd'hui ¹, plus de 700 responsables médicaux se sont engagés à démissionner collectivement de leurs fonctions médico-administratives ou à ne pas remplacer les démissionnaires, en cas de maintien du plan 2010 qui prévoit la suppression de cent cinquante emplois médecins et mille emplois de soignants non-médecins, après les sept cents suppressions déjà réalisées en 2009.

Ils dénoncent « une politique inacceptable qui entraîne une dégradation de l'accès aux soins et de la qualité des soins, contrairement à ce que prétendent le ministère de la Santé et la direction générale de l'AP-HP. » ■

-
- 1. Communiqué de presse du 27 novembre 2009 du Mouvement de Défense de l'Hôpital Public (MDHP).

Les créances irrécouvrables du travail

§Aménagement de poste ; §Arrêt de travail ; §Ecoute, empathie, Relation soignant soigné ; §Médecine du travail

■ Noëlle Lasne, médecin du travail

Mettre en place délibérément une organisation qui permet de laisser les non assurés sociaux à la porte de l'hôpital et les personnes malades à la marge du monde du travail est une forme de barbarie.

Il y a une quinzaine d'années, je participais à un débat entre des responsables de l'Assistance publique des hôpitaux de Marseille et des associations s'occupant de populations exclues du système de soins. Le directeur d'un des plus gros hôpitaux de la ville expliquait pourquoi il était impossible de recevoir des populations n'ayant pas leurs droits ouverts à la Sécurité sociale. Les soins donnés gratuitement à ces populations, chaque fois qu'il fallait les recevoir en urgence, génèrent des créances irrécouvrables en grand nombre, créances responsables d'un trou abyssal dans les comptes de l'hôpital public. Pourquoi irrécouvrables ? Précisément parce que ces personnes étaient insolubles. Lorsqu'on leur envoyait la facture, elles ne pouvaient pas la régler. Pour éviter la faille comptable il aurait fallu – nous expliquait ce directeur – licencier du personnel...

À la même époque, une revue économique faisait paraître un article sur les créances irrécouvrables des hôpitaux publics, qui démontrait que dans plus de 90 % des cas, ces dossiers relevaient d'une demande d'aide médicale hospitalière qui n'avait pas été faite par le service social de l'hôpital. L'auteur relevait également qu'aucune entreprise privée n'aurait laissé une telle situation en l'état. En constituant et en instruisant des dossiers d'aide médicale hospitalière, l'hôpital pouvait rentrer dans ses frais, et la question des créances non recouvrées devenait marginale. Je suggérai alors au directeur d'embaucher une assistante sociale, même à temps partiel, pour lui confier la gestion de ces demandes et leur suivi. Ne pensait-il pas qu'ainsi il résoudrait le problème de ses créances irrécouvrables et que cela serait intéressant pour lui ? « Pas sûr ! » me répondit-il, presque du tac au tac, comme si cette réponse lui avait échappé. Puis il s'expliqua : si on prenait le problème de cette façon, les populations insolubles se presseraient aux portes de son hôpital. Il serait rapidement débordé. Conserver ce trou financier dans les caisses permettait de confirmer qu'il était légitime

de refuser les non assurés sociaux. C'est ainsi que j'appris que les bons comptes ne font pas les bons amis. Ouvrir des droits à une population en marge, c'était aussi lui ouvrir la porte, et en quelque sorte, adapter l'organisation de l'hôpital à ce type de patients.

J'observe aujourd'hui, en tant que médecin du travail, comment se fait la gestion du handicap en entreprise. Tous les jours, je reçois des personnes dont le corps, usé sur une seule corde, toujours la même, ne peut plus refaire le geste reproduit des milliers de fois. Je vois des lésions que je n'aurais pas imaginées, des perforations du tendon du coude, des mains qui ne peuvent plus prendre un seau, des doigts qui ne peuvent plus se refermer sur un balai. Bien sûr, je parviens à faire reconnaître ces pathologies en maladies professionnelles, les personnes sont mises au repos, soignées, indemnisées, leurs séquelles sont évaluées. Je présente leur cas, je raconte leur histoire, je demande que leur état de santé soit pris en compte et quelquefois, j'y parviens. Je me réjouis de revoir une ancienne femme de ménage de 45 ans qui est désormais agent d'accueil, suit des formations et n'a presque plus mal aux deux épaules qui ont été opérées et rééduquées. Son nouveau poste lui plaît, elle aime voir du monde et s'entend bien avec ses collègues. Je m'en réjouis avec elle jusqu'au jour où j'apprends qu'elle ne passera pas à l'échelon supérieur puisqu'elle a quitté son poste de femme de ménage et qu'elle a eu « la chance » d'être reclassée. Cet avancement de grade lui est pourtant dû, en regard de ses vingt deux ans de travail en école maternelle, ces mêmes années qui ont fait se rompre les tendons des épaules. Un avancement qui correspond à une augmentation de cent soixante dix euros par mois. .../...

C'est ainsi que j'appris que les bons comptes ne font pas les bons amis.

.../... Ce qui représente deux mille euros par an, soit trente mille euros sur les quinze ans qui lui restent à travailler si elle prend sa retraite à 60 ans, ce qui devient très rare. Elle repart donc au premier échelon comme agent administratif. Elle est sous le choc et me dit : « Vous vous rendez compte ! On me donne cinquante euros par mois pour une épaule qui me fait encore mal et on me refuse l'augmentation en rapport avec l'ancienneté qui m'a rendue malade ! »

En entreprise, c'est un assureur qui garantit « le risque accident » et paye les soins médicaux.

Cette salariée était jusqu'ici pour l'employeur une créance irrécouvrable : il a fallu payer tous ses soins médicaux et la payer à plein salaire pendant ses absences, qui ont duré dix-huit mois pour deux interventions sur les épaules. Il a fallu la remplacer dans son travail. Puis, lorsqu'elle a été reclassée, la remplacer définitivement.

Toutefois, si l'on y regarde de plus près, plusieurs dispositifs sont déjà en place pour réduire le coût de la créance : l'employeur ne paye pas directement les soins. Il a passé le relais à un assureur qui lui garantit « le risque accident » et paye les soins médicaux. Il n'est pas certain que le salarié malade ait été remplacé : on peut aussi laisser son équipe travailler en sous effectif. Comme l'employeur a

« La loi de 2005 sur le handicap est malgré les apparences une loi essentiellement comptable : il y a une plus value pour l'entreprise, mais une dévaluation pour le salarié.

reclassé le salarié, il peut le déclarer comme « bénéficiaire de l'obligation d'emploi », ce qui permet automatiquement qu'il intègre le pourcentage de travailleurs handicapés travaillant dans l'entreprise. On sait que désormais si ce pourcentage de 6 % n'est pas atteint, les amendes sont très élevées. Certes, l'entreprise s'est momentanément adaptée à la situation. Mais ce salarié reclassé commence à rapporter. De surcroît, l'employeur vient d'économiser trente mille euros en ne reprenant pas son ancienneté. L'employeur peut ainsi en quelque sorte effectuer un recyclage interne : on casse, on répare, on recycle pour pas cher et on paye une amende en moins.

Toutefois, cette solution reste coûteuse, dès qu'elle devient collective. Il arrive que le salarié ne puisse plus travailler à plein temps. Qu'il s'absente plus souvent. Qu'il rechute. Il faut trouver un poste et réorganiser ses tâches, adapter l'organisation du travail. De surcroît, le reclassement oblige à recevoir les salariés individuellement, à

analyser leur compétences, à négocier l'acceptation des chefs de service, à les suivre, voire à les accompagner. Sans compter qu'à terme, tout cela semble signifier qu'il suffirait d'être malade pour avoir des droits.

Pour cette raison, les « cellules reclassement » sont encore rares en entreprise. Quant aux collectivités publiques, peu conscientes de fabriquer tous les jours du handicap, elles se contentent de tolérer ce qu'elle appellent « les bras cassés », de les marginaliser ou de les oublier. Les cellules reclassement, lorsqu'elles voient le jour, sont vues comme des contrepouvoirs face aux services des ressources humaines. Très vite, la direction de l'entreprise craint l'emballement de la machine : qui va payer pour former de très jeunes femmes dont le bras est immobilisé par un manchon de contention après une opération de cancer du sein, alors qu'elles ont commencé à travailler à 14 ans, qu'elles n'ont aucun diplôme, et qu'on peut difficilement prétendre qu'elles ne peuvent plus travailler au prétexte qu'elles ne peuvent plus tenir un balai ? Comment faire s'il faut alphabétiser tous les agents de nettoyage ? Qui va payer pour un salarié de plus de 55 ans, qui a besoin de travailler encore au moins dix ans et qui n'a jamais fait qu'un seul métier ? Comment investir pour lui en sachant qu'ils seront bientôt des milliers dans son cas ? Comment faire pour que l'addition tombe juste ?

La loi de février 2005 sur le handicap est venue au secours des créances irrécouvrées

généérées par la casse au travail ou par la maladie grave. En obligeant le service public à payer des amendes dissuasives en cas de quota inférieur à 6 % de travailleurs handicapés, la loi a poussé les employeurs à embaucher « en masse » des travailleurs handicapés. Là où le handicap était une porte de sortie de l'entreprise, il devient une porte d'entrée. La fonction publique s'est tournée vers des associations prenant en charge des personnes handicapées, ou connectée directement sur les « Maisons du handicap » chargées de leur adresser des candidats. Afin que ces handicapés travaillent dans de bonnes conditions, un fonds de financement a été créé, qui finance, selon le même principe qu'un assureur, les fauteuils ergonomiques, prothèses auditives, agrandisseurs de lecture et logiciels pour malvoyants. Ainsi retrouve-t-on aujourd'hui, dans le même service, des personnes handicapées nouvellement recrutées qui trônent dans un fauteuil ergonomique avec appuie-tête et repose-pied, alors que tous les autres salariés sont assis sur des chaises en plastique, et que des secrétaires dont les deux poignets ont été opérés et qui souffrent des coudes et des épaules n'ont jamais pu obtenir de simples accou-

doirs. Le recrutement d'un handicapé « tout neuf » permet de recouvrer des créances tout en continuant à ignorer les conditions de travail du plus grand nombre. Tandis que l'on finance les prothèses auditives d'une nouvelle recrue, on passe sous silence les surdités professionnelles en augmentation exponentielle, dont la prévention ne peut pas se résumer à un casque antibruit. On

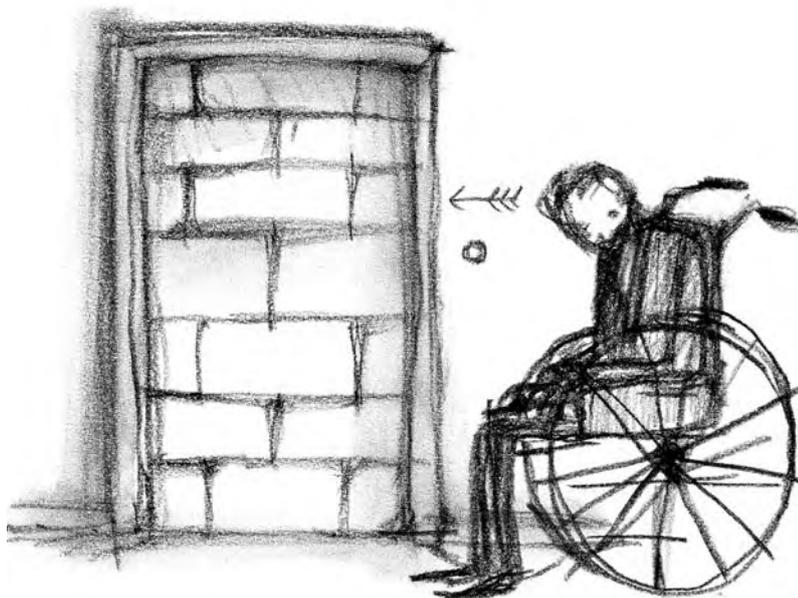
Certains salariés accueillant du public racontent que lorsqu'ils ont deux jours de congé, ils s'enferment chez eux et ne veulent plus parler à personne.

feint d'ignorer qu'il suffit d'une climatisation bruyante dans un service qui accueille du public ou d'un micro en panne pour que chacun se mette à crier pour se faire entendre, ce qui génère des réactions de fatigue, voire des agressions. Certains salariés accueillant du public racontent que lorsqu'ils ont deux jours de congé, ils s'enferment chez eux et ne veulent plus parler à personne, ou qu'ils parlent tout seuls. Pour eux, la fabrication du handicap est en route, mais elle est invisible. Il est bien sûr souhaitable qu'une loi sanctionne réellement le refus des entreprises de recruter des personnes handicapées et restaure ainsi un peu d'égalité devant le droit au travail. Il est également positif que toute personne reclassée par

l'entreprise puisse intégrer le quota des personnes handicapées, car pour la première fois les entreprises ont un intérêt réel à mener jusqu'à son terme une procédure officielle de reclassement plutôt qu'à mettre en place un arrangement aléatoire.

Mais si l'on y regarde de plus près, il s'avère que le recrutement d'un travailleur handicapé comme stagiaire, ou en contrat aidé a la même valeur « économique » qu'un poste en contrat à durée indéterminée. Et que l'on peut reclasser des travailleurs manuels accidentés du travail sur des postes totalement déqualifiés, sans tenir compte de leur ancienneté dans l'entreprise. Dans les deux cas, il y a une plus value pour l'entreprise, mais une dévaluation pour le salarié. La loi de 2005 sur le handicap est malgré les apparences une loi essentiellement comptable : les handicapés recrutés rapportent sans coûter un sou. Ils se recrutent au cas par cas. L'entreprise n'est pas responsable de leur état de santé. Elle n'est donc pas tenue d'améliorer la protection collective. Et surtout, les handicapés recrutés par cette voie ont une dette éternelle vis-à-vis de leur entreprise : malgré leur handicap, elle leur a donné du travail. Ces handicapés-là sont redevables, ils ont une dette vis-à-vis de leur employeur. Une créance. Ainsi se recouvrent les créances irrécouvrables du travail. ■

La loi 2005/102 du 11/02/2005 « pour l'égalité des droits et des chances, la participation des personnes handicapées » apporte des évolutions fondamentales pour répondre aux attentes des personnes handicapées. La loi définit le handicap dans toute sa diversité : « constitue un handicap toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subie dans son environnement par une personne en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques, d'un polyhandicap ou trouble de santé invalidant. »



I Santé mentale ou psychiatrie ?

I **Eric Bogaert**, psychiatre membre de l'Union Syndicale de la Psychiatrie (USP)

§Psychanalyse, §Neurosciences

Le comité de rédaction de la revue *Pratiques* a proposé au conseil national de l'Union Syndicale de la Psychiatrie de tenir une rubrique sur la santé mentale dans la revue (articles), et sur son site Internet (brèves d'actualité, fiches de lecture, articles longs, débats interactifs). Psychiatre membre du conseil national de l'USP, j'ai été co-opté « éditeur » de la rubrique.

Cette notion de « santé mentale » est floue, complexe, fuyante, et source de polémiques. Mais elle est utilisée, et finalement on pourrait en dire de même de la notion de santé tout court.

Alors, avec l'idée qu'il y a là un concept, que l'on ne peut envisager d'atteindre que de façon asymptotique, pourquoi pas une rubrique sur la santé mentale.

Pour illustrer la question, montrer qu'elle ne peut être éludée, et en poser quelques termes, voilà deux incises.

Ici, le centre hospitalier PSPH (Participant au Service Public Hospitalier) où je travaille a regroupé, sans que j'en connaisse de raison précise, plusieurs unités de soin ambulatoire et d'hospitalisation à temps partiel du secteur de psychiatrie générale et de l'intersecteur de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, desservant la population de la préfecture de ce département, sise à 75 kilomètres dudit centre hospitalier, dans un bâtiment appelé « centre de santé mentale ». Voilà, on y est, au centre de la santé mentale. Et ce bâtiment a été inauguré, voilà quelques jours. Le lendemain, dans la presse régionale, un article en parlait, intitulé « Soigner les maux de l'âme », dont j'extrais ce passage : « L'autre moitié du bâtiment est dédiée à la population adulte et handicapée. Là encore, les motifs de consultation sont variables. C.H., infirmier général : "Cela va du simple mal-être, de la dépression à la conduite addictive, alcool, drogue en passant par l'obligation de soins." » Bien entendu, il ne s'agit pas de jeter la pierre à ce brave C.H., qui paraît-il était furieux à la lecture de cet article qu'on ait ainsi réduit son propos, mais tout de même, d'une part il n'a pas su faire passer le message, et d'autre part le journaliste n'a pas entendu (ou a retiré volontairement) l'essentiel : c'est un endroit où travaillent des gens dont le métier est de soigner les fous ! Bien entendu, il n'est pas question d'éconduire les personnes qui s'y adressent pour un « simple mal-être », ou une dépression, les personnes présentant une addiction y sont reçues, pour être orientées vers nos

collègues spécialistes du traitement des addictions subventionnés à cet effet par les pouvoirs publics, et les obligés sont aussi reçus, qu'ils aient effectivement besoin de soins, que souvent ils ne demandent pas, ou que le juge veuille qu'ils soient soignés, même s'ils n'en ont pas besoin ; mais où sont passés les fous, où peuvent-ils trouver à se soigner ? Pas dans le centre de santé mentale, semble-t-il !

Ce même centre hospitalier, PSPH (et, évolution due à la loi Hôpital Santé Patient Territoire, futur ESPIC : Établissement de Santé Privé d'Intérêt Collectif ; amusant, non, à défaut d'être prémonitoire ?) a reçu il y a quelques semaines monsieur Édouard Couty, ancien directeur de l'hospitalisation au ministère de la Santé, et rédacteur d'un rapport destiné à poser les fondations d'une « grande loi pour la santé mentale », venu présenter et discuter son rapport et plus largement, fort de son expérience, ses vues sur l'évolution de la question. Voilà ce qu'on trouve, au fondement du développement de ce rapport, en page 17 :

« ... De la psychiatrie à la santé mentale

Le concept de santé est défini par l'Organisation Mondiale de la Santé comme un état de complet bien-être physique, mental et social. La santé n'est pas seulement l'absence de maladie.

Cette vision positive de la santé comme la résultante d'un état d'équilibre entre un individu, une communauté et son environnement, personnel et/ou collectif, se retrouve dans l'approche que la commission propose concernant la psychiatrie et la santé mentale.

La santé mentale représente l'état d'équilibre psychique d'une personne à un moment donné sous l'influence de facteurs biologiques, psychologiques et environnementaux qui agissent sur la personne elle-même et la communauté.

Les situations de déséquilibre peuvent faire apparaître des troubles mentaux dont la prise en charge comme état pathologique relève alors de la psychiatrie. En ce sens, la psychiatrie est considérée comme une spécialité médicale aux côtés des autres spécialités.

La psychiatrie participe, avec d'autres acteurs des secteurs médico-social et social, de la bonne mise en œuvre d'une politique de santé mentale... »

Alors, qu'est-ce que l'« état de complet bien-être physique », « (l'état de complet bien-être) mental », et plus encore « (l'état de complet bien-être)

social ». Est-ce le directeur, le chef de service, l'évaluateur, l'accréditeur, le député, le policier, le juge, le médecin... qui détermine l'état de complet bien-être ?

« La psychiatrie doit être faite par tous » disaient Lucien Bonnafé dans *Désaliéner ? : folie(s) et société(s)*¹, et Roger Gentis (m'est venu même à l'esprit, association libre, en premier : « La psychiatrie doit être faite/défaite par tous »). Qu'il en soit ainsi pour la santé mentale aussi.

Un titre proustien convient à une telle aventure. Il s'agit de nos madeleines à chacun, et à tous, de tenter de les attraper, dans nos moments perdus, à temps perdu, parce qu'il est assez peu probable qu'aboutisse cette illusoire quête de fantômes et que vienne le jour où nous saurons ce qu'est la santé mentale, et plus encore que nous

vivions dans la meilleure des santés mentales possibles.

Alors,

À la recherche de la santé mentale.

Sorte de journal où se mêleraient questions, réactions, réflexions, à partir de l'actualité physique, psychique, sociale, ni revue de psychiatrie ni tribune syndicale, mais témoignages des praxis, à l'intersection de la pratique et de la théorie, médicales, psychiatriques et politiques, donc (puisque la santé est aussi un état de bien-être social). —

■ 1. Lucien Bonnafé, *Désaliéner : folie(s) et société(s)*, Presses universitaires du Mirail, coll. « Chemins cliniques », Toulouse, 1992, p. 286.



Grippe H1N1 : le syndrome de Pierre et le Loup

www.formindep.org

Philippe Foucras, médecin généraliste, président du Formindep

§Médicament, firmes pharmaceutiques ; §Gouvernement, politique, démocratie ; §Information médicale ; §Vaccin

Chacun se souvient de ce conte qui a bercé notre enfance. Celui de ce jeune berger, Pierre qui, pour se rendre intéressant, appelle régulièrement au loup les gens du village. Et à chaque fois, c'est « pour rire ». Puis un jour le loup arrive. Vraiment. Pierre crie au loup, crie au loup, mais personne ne vient. À force de mentir, quand ça devient vrai, on n'y croit plus.

Comment ne pas faire le lien entre ce conte et la communication actuelle sur la grippe A H1N1 ? À force de nous raconter des histoires, tous ces « experts » sous influences qui prétendent nous informer, la réaction normale est de ne plus écouter, ni croire. Le jour où nous aurons vraiment besoin d'informations fiables, nous ne les écouterons plus.

Tout cela procède d'un profond mépris du peuple et de la démocratie, qui s'inscrit dans cette logique récurrente de ceux qui nous gouvernent de nous « responsabiliser », étant bien entendu que nous sommes irresponsables, incompetents, incapables de faire la part des choses, de décider au mieux de nos intérêts en toute connaissance de cause. Face à une population d'irresponsables et d'incapables, une attitude prévaut : ne pas informer, mais ordonner, ne pas laisser le choix, mais procéder par injonction, dans une démarche paternaliste et infantiliste : c'est comme ça parce que Roselyne l'a dit. « C'est un devoir », assène l'Ordre aux médecins.

Par leurs mensonges et leur opacité, les autorités sanitaires, les experts médicaux et les médias ont porté un coup fatal à la confiance.

Des vaccinations et des informations personnalisées et adaptées, respectueuses du secret médical, dans des cabinets médicaux, dans une relation interpersonnelle ?

Ce serait trop beau.

Au lieu de cela, des vaccinations de masse dans des hangars, sans avoir le choix du vaccin, une logistique paramilitaire, des professionnels anonymes et réquisitionnés.

Une information transparente, à défaut d'être indépendante, de la part d'experts qui expriment

leurs incertitudes et leurs questionnements, respectent la loi sur la transparence de l'information médicale en révélant leurs liens avec les firmes et les intérêts marchands ?

Il ne faut pas rêver.

Au lieu de cela, des injonctions et des mensonges des leaders d'opinions, vierges outragées lorsqu'on leur demande de respecter la loi en déclarant leurs liens d'intérêts avec l'industrie pharmaceutique, formalité à laquelle ils se plient pourtant sans barguigner quand il s'agit de la promotion de leur carrière internationale.

Un exemple ? Celui du professeur Delfraissy, expert grippal de ce mois de novembre 2009 (il faut bien varier un peu les experts), qui se présente comme « indépendant » dans l'hebdomadaire *l'Express* du 12 novembre 2009, qui s'exprime dans l'émission matinale de France Inter du 19 novembre sous la direction du journaliste Demorand.

Qui rappelle que le professeur Delfraissy est membre du conseil d'administration de la fondation Roche, qui commercialise le Tamiflu®, alias oseltamivir¹ ?

Qui informe qu'il est membre du conseil scientifique de la fondation de la firme GSK qui commercialise un des vaccins antigrippe A² ?

Pas lui, bien sûr, au mépris de la loi et des citoyens. Pas davantage les journalistes, complaisants avec leur déontologie et les dealers d'opinions pharmaceutiques.

Alors, lorsqu'un auditeur demande si l'on peut choisir son vaccin dans les centres de vaccination, et en particulier celui commercialisé par Sanofi, la journaliste Cardin, spécialiste des questions de santé à France Inter ment en disant que oui, et le Professeur répond que ce vaccin est moins efficace que les autres puisque sans adjuvant. Comment faut-il entendre sa réponse, à la lumière de son lien illégalement dissimulé avec la firme GSK qui commercialise le vaccin concurrent ? Selon la revue *Prescrire*, c'est au contraire le vaccin Sanofi qu'il convient de préférer, compte tenu des incertitudes qui planent sur les effets indésirables liés aux adjuvants. Et lorsque l'animateur Demorand pose la question de l'indépendance des experts, parce qu'il faut bien la poser la question, l'autre invité de cette émission, membre d'un comité d'éthique, répond : « Faites-nous

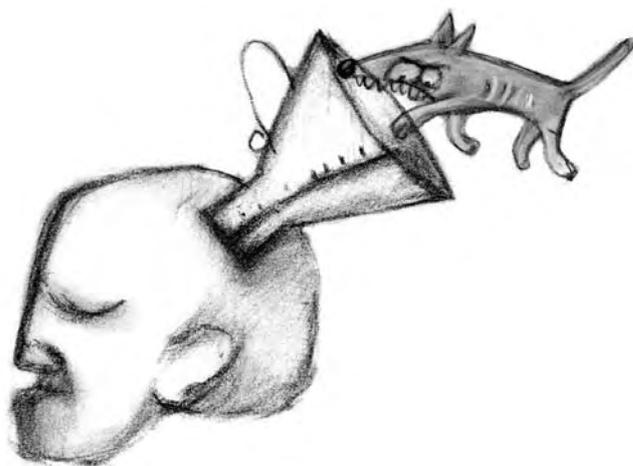
confiance, les précautions sont prises », au mépris de la littérature scientifique internationale qui démontre depuis longtemps les influences des firmes sur les experts et leurs conséquences néfastes sur la santé publique. Mais il est vrai que pour les éthiciens français, la question des conflits d'intérêts en médecine n'est un problème « ni sérieux, ni véritable³. »

La confiance, ça se mérite ! Nous faisons nôtre la formule de Richard Smith, ancien rédacteur en chef du *British Medical Journal* : « En matière de santé, ce qui n'est pas transparent doit être considéré comme corrompu, biaisé et incompétent jusqu'à preuve du contraire. » Or, dans cette période de crise sanitaire et médiatique que représente l'épidémie actuelle, rien dans la communication institutionnelle et médicale, rien dans la gestion sanitaire et politique de cette crise ne permet à des citoyens responsables, soignants ou soignés, de penser que ce qui est fait et dit n'est pas corrompu, biaisé et incompétent. Alors qu'on ne s'étonne pas que la réaction logique, qui relève du simple principe de précaution, soit la méfiance, la défiance, la fuite. Par leurs

mensonges et leur opacité, les autorités sanitaires, les experts médicaux et les médias ont porté un coup fatal à la confiance, élément fondamental et constitutif du soin.

Pour cette épidémie sans gravité, les conséquences sanitaires seront minimales. Mais le jour où surviendra une maladie vraiment grave, une épidémie avec une forte mortalité, la confiance détruite par cette campagne délirante sera la vraie cause du désastre qui se profile. Ces responsables menteurs, dissimulateurs et désinformateurs seront alors comptables des décès et de la souffrance des familles. Le jour où ce sera vraiment vrai, comme Pierre avec le loup, les autorités sanitaires et ceux qui les servent ont pris le risque de ne plus être crus. C'est gravissime. —

-
- 1. www.fondationroche.org/portal/eipf/france/fondation/fondation/organisation)
- 2. www.gsk.fr/fondation_gsk/propos_fondation/organisation_fonctionnement.htm)
- 3. formindep.org/La-proximologie-l-Espace-Ethique



ERRATUM – *Pratiques*, numéro 47, p. 54.

L'article d'Isabelle Lagny intitulé : « Inaptitude : pour quoi faire ? » comporte une erreur dans le sous-titre : « L'inaptitude à toutes fonctions est un moyen de faire cesser la souffrance du salarié en garantissant ses droits » doit être remplacé par la formulation plus adéquate « La déclaration d'inaptitude à tous les postes de l'entreprise par le médecin du travail est un moyen de faire cesser la souffrance du salarié en garantissant ses droits. »

L'auteur souligne que ce n'est pas la constatation d'un état d'incapacité fondamentale du salarié, une sorte de polyhandicap qui serait nommée dans cet article. Il s'agit d'une décision médico-administrative [inaptitude à tous les postes de l'entreprise] rendue par un médecin du travail pour un salarié, décision motivée par l'existence d'une situation pathogène particulière à l'entreprise qui emploie ce salarié. Cette décision permet au salarié en détresse d'obtenir la rupture du contrat de travail sous la forme d'un licenciement pour inaptitude médicale ce qui lui ouvre des droits – indemnités de licenciement et assedics – et contribue en plus à son rétablissement. —

Quand le système de santé est grippé

Alain Quesney, Dominique Le Houezec, Jean-Pierre Lellouche, pédiatres

§Gouvernement, politique, démocratie ; §Santé publique ; §Pandémie ; §Vaccin

Illustration du déferlement d'informations médiatiques à propos de l'actuelle épidémie grippale : cinq professeurs de médecine du CHU de Caen s'engagent résolument dans le quotidien régional Ouest-France, dans un article paru début décembre 2009, en faveur d'une vaccination généralisée de la population contre le virus A (H1N1).

Leurs arguments : la maladie est grave, le vaccin est très efficace et sans danger. Ils reprennent les avis officiels gouvernementaux qui centralisent l'avis d'experts dont l'indépendance par rapport à l'industrie pharmaceutique n'est pas précisée¹. Parmi les éléments épidémiologiques mis en avant pour justifier cette campagne vaccinale massive, le taux d'attaque du virus grippal estimé entre 15 % et 30 %, voire plus, n'est pourtant qu'une hypothèse de travail, non une certitude. Le chiffre exact ne sera connu que dans quelques mois, lorsque le pic épidémique se sera éteint. Parallèlement à l'opinion de médecins hospitaliers confrontés par essence aux formes les plus graves des maladies infectieuses, interrogeons les médecins de terrain (médecins généralistes et pédiatres libéraux).

Il est par exemple instructif de prendre connaissance des réflexions sérieuses et contrastées du Dr Dominique Dupagne² ou du Dr Christian Lehmann³ sur leurs sites Internet respectifs.

Ils insistent sur trois aspects importants passés sous silence par nos collègues hospitaliers et les experts officiels :

1. L'histoire naturelle de la grippe et celle de la vaccination anti-grippale. Le fait de proposer d'emblée une vaccination généralisée à toute la population pourrait empêcher de facto toute immunité naturelle de se mettre en place chez celle-ci. Il en découle que l'on s'engage de façon quasi inéluctable, et ceci tous les ans, vers une vaccination généralisée de cette même population. Le « cru vaccinal 2010 » inclura donc tout naturellement une souche du virus « mexicain », comme dans le passé les dérivés de la souche espagnole et du virus de Hong-Kong, dans ce qu'il est convenu d'appeler le vaccin de la « grippe saisonnière ». Pourquoi pas ? Mais cet implicite et cette absence de réel débat de la communauté médicale conduisent à des décisions subjectives et précipitées.

2. La décision des autorités sanitaires françaises,

sous la férule de Roselyne Bachelot, a été prise hâtivement en juin dernier. Il fallait élaborer un vaccin « pandémique » selon une procédure d'urgence. Cette technique avait été mise au point précédemment pour contrer le virus aviaire A (H5N1), peu contagieux il est vrai, mais beaucoup plus redoutable puisque pouvant aboutir à des taux de décès importants (jusqu'à 60 %). Dans ce cas de figure, l'adjonction de conservateurs jusque-là abandonnés (thiomersal) ou d'adjuvants de l'immunité à propos desquels des doutes avaient été soulevés (scalène) était secondaire et acceptable si le besoin d'une vaccination à large échelle s'était fait sentir.

Cela n'est heureusement pas le cas du virus grippal A (H1N1), très contagieux, mais infiniment moins redoutable à l'examen des chiffres de mortalité observés au sein des pays de l'hémisphère Sud où le pic épidémique est passé. En juin dernier, on peut accorder à notre ministre l'excuse que les données cliniques n'étaient pas encore claires pour le virus mexicain. Elle aurait pu se hâter lentement, mais l'activisme et l'excitation sont décidément contagieux dans les hautes sphères de l'État.

3. Ce qui est par contre incompréhensible, c'est l'organisation militaro-administrative de la campagne vaccinale anti-grippale en cours et les questionnements multiples qu'elle soulève :

– Pourquoi disposer du « meilleur système de santé du monde », des praticiens libéraux rompus à vacciner des générations de patients, si c'est pour leur opposer une méprisante fin de non collaboration ou les réquisitionner tels de vulgaires officiers de santé ?

– Pourquoi avoir ainsi court-circuité l'accès direct à des praticiens qui connaissent parfaitement leurs patients et auraient pu ainsi décider ensemble, de façon sereine et éclairée, qui parmi eux devait être protégé en priorité ?

– Pourquoi prendre un prétexte aussi stupide que le risque de rupture de la chaîne du froid dans la conservation des vaccins chez les médecins de ville pour préférer concentrer toutes les injections vaccinales dans les gymnases et des salles communales ?

– Pourquoi, devant le mécontentement du corps médical, annonce-t-on que le relais de la

campagne vaccinale ne sera assuré par les praticiens libéraux qu'au printemps prochain, c'est-à-dire après la bataille, lorsque tous les virus grippaux auront gagné d'autres lieux ?

- Pourquoi avoir cédé aux exigences des laboratoires producteurs des vaccins qui ont décidé, par mesure de facilité et d'économie, de livrer des conditionnements en flacons multi-doses ?
- Pourquoi ces mêmes industriels ont-ils demandé contractuellement à être libérés de leur responsabilité en cas de problème, si les adjuvants et conservateurs sont vraiment considérés comme sûrs par nos autorités sanitaires ?
- Pourquoi recommander une vaccination avec des vaccins sans adjuvants chez les jeunes enfants, les femmes enceintes et les personnes atteintes d'une maladie auto-immune si cet adjuvant à base de scalène ne présente vraiment aucun risque ? Pourquoi les autorités américaines de santé ont-elles choisi de n'utiliser que des vaccins sans adjuvants ?

Le pouvoir gouverne par et avec les médias. La politique de santé se fait par conférences de presse. Notre ministre de la Santé se croit obligée de se faire piquer le bras devant les caméras pour montrer l'exemple. En l'an de grâce 2009, l'infectiologie et l'épidémiologie se font désormais sur TF1 ou France Info.

Les esprits sont bien sûr frappés par les annonces de décès, notamment d'enfants, médiatisées en temps réel. Le fait que ces décès ne soient pas plus nombreux que ceux attendus pour une épidémie de grippe saisonnière ne paraît pas évident pour le grand public qui réagit, dans l'émotion, plus au choc des photos qu'au poids des mots. Comment expliquer que le nombre de décès actuellement attribués à ce virus « pandémie » (111 morts au 4 décembre 2009 pour 3 824 000 cas estimés ⁴, 0,3 pour 10 000) soit inférieur au taux observé lors de la grippe saisonnière (estimé pour l'hiver 2004-2005 à 1 pour 10 000 ⁵) ? Comment rappeler que nous sommes heureusement encore très loin des hypothèses pessimistes des experts du HCSP (Haut conseil de santé publique) qui nous prédisaient de 6400 à 96 000 décès attendus pour cette grippe ⁶, synonyme de film catastrophe ? Le choix de commander 94 millions de doses avait d'ailleurs été programmé à une époque où la plupart des experts imaginaient des morts par milliers.

Pour le médecin, le décès, surtout d'un enfant, est un drame que nous redoutons au plus haut point. On reste cependant stupéfait des méthodes d'incitation vaccinale de notre ministre de la Santé qui vise plus à terroriser qu'à informer la population. Interrogée sur les réticences des collégiens à bénéficier de l'immunisation, elle déclare qu'elle aimerait leur montrer, dans des services de réanimation intensive, des jeunes de leur âge avec des poumons définitivement détruits...

La dramatisation monte en puissance au fil des jours. Nous recevons de nombreux appels téléphoniques de parents complètement désemparés, placés devant un dilemme. Nombre d'entre eux ne souhaitaient pas faire vacciner leur enfant, mais une fois le « bon de vaccination » reçu, se sentent coupables de ne pas s'exécuter. Ils comptent sur le médecin de leur enfant pour les aider à se déterminer. Le facteur émotionnel est majeur et nos explications en tiennent compte en évitant raccourcis et slogans simplificateurs. Nous ne sommes pas contre le principe de cette vaccination. Nous en déplorons simplement les modalités actuelles et l'utilisation systématique et irraisonnée, en guise de moteurs, de la peur et la culpabilisation.

Ce climat artificiel de pseudo-guerre bactériologique n'est pas justifié et risque de nous « distraire » (au sens Pascalien du terme) de l'essentiel. Le pédiatre praticien pourrait négliger sa mission de prise en charge des problèmes multiples de la petite enfance. Ce contexte d'urgence et de drame quotidien risque de faire oublier au médecin son rôle citoyen à une période où l'on défait le lien social et supprime la Défense des Enfants. Non, une épidémie de grippe n'est pas synonyme de fin du monde. Peut-être ne s'agit-il, après tout, que d'une simple affaire d'audimat, d'un « kriegspiel » inédit, d'un mauvais jeu vidéo, où chaque joueur achèterait pour détruire l'autre et survivre des stocks de masques chirurgicaux, des caisses de vaccins et des jéroboam de solutés hydro-alcooliques ? ■

- 1. www.pratiques.fr/La-grippe-et-le-loup.html
- 2. www.atoute.org/n/article134.html
- 3. www.enattendanth5n1.20minutes-blogs.fr/archive/2009/11/26/index.html
- 4. www.grog.org/cgi-files/db.cgi?action=bulletin_grog
- 5. www.invs.sante.fr/publications/2005/grippe_2004_2005/grippe2004_2005.pdf
- 6. www.hcsp.fr/docspdf/avisrapports/hcspa20091002_H1N1.pdf

L'enfermement des filles

De la maternité heureuse à la féminité libérée ?

■ Espace Vie Adolescence (EVA)

§Adolescent, Jeune ; §Droits des patients, information ; §Femme, Condition féminine

Les années de libération

Les années 70 voient se développer un mouvement d'éducation populaire et de lutte des femmes pour (re)trouver la libre disposition de leur vie, de leur corps. Cela provoque une remise en cause des lois, des institutions, des rapports sociaux avec des effets dans le domaine privé.

La contraception (loi Neuwirth 1967), l'avortement (loi Veil 1975) puis les lois sur le divorce et l'autorité parentale introduisent une certaine libération des femmes, mais pas pour toutes. Les plus privilégiées ont l'illusion d'une libération et d'une victoire, mais les plus pauvres restent à la marge. Pour elles, l'oppression économique, sociale, affective et sexuelle est toujours d'actualité.

À l'Éducation Surveillée, à l'époque de l'apparition de ces nouveaux droits, les équipes éducatives sont confrontées à plusieurs changements (mixité des équipes et des jeunes accueillis, « démasculinisation » de la prise en charge éducative) qui ont introduit une contestation des rapports de domination et de pouvoir.

Du côté des jeunes existent encore viols collectifs, chantage aux relations sexuelles, prostitution, IVG répétées, grossesses précoces, conduites à risques... à propos desquels se posent toujours les questions du consentement, de la passivité, voire de la provocation, sans assez s'interroger sur la vie affective et sexuelle, la quête de tendresse et d'amour dans une éducation où les mots sexe et tendresse riment rarement.

Le décalage est grand entre un discours éducatif normalisé sur une sexualité adulte responsable et la vie des jeunes dominées par carences, traumatismes et échecs répétés.

Le travail éducatif se révèle souvent impuissant à infléchir pour les filles la fatale alternative « mère ou putain ».

Il se réduit souvent à une distribution de conseils techniques, comme la prescription de contraceptifs non suivie qui ne tient pas compte de la réalité des jeunes tant sur leur vécu que sur cette période particulière qu'est l'adolescence : changements dans le corps, reviviscence des interdits de l'en-

fance en même temps que la possibilité de l'accès à la sexualité génitale.

Pour les adolescents, le pourquoi étant plus important que le comment dans la relation amoureuse.

La création d'Espace Vie Adolescence dans les années 80

De ces constats est née l'idée d'un espace de parole sur ces problèmes spécifiques pour favoriser la sortie de l'enfermement. Le choix du travail porte sur le corps, la sexualité, la souffrance, la violence du vécu, réalités ne pouvant être circonscrites par les codes.

Ce lieu a été pensé ouvert et en réseau, avec des associations spécialisées dans le droit des femmes. Il s'agit de prendre en compte l'histoire personnelle de chacune, l'histoire collective qui les lie aux autres et leur devenir dans la société. Ce temps de réflexion et d'élaboration est nécessaire pour éviter deux écueils, tomber dans l'urgence éducative et refermer les portes du ghetto.

Les objectifs du projet de service sont de reprendre l'histoire de vie de l'adolescente en vue d'une prise de conscience de soi-même, de lui apprendre à dire « je », en devenant sujet, en s'occupant de son corps, de sa santé, devenir une femme dans notre société, trouver un métier, sortir de la dépendance. L'Éducation Surveillée, devenue Protection Judiciaire de la Jeunesse en 1990, s'est dotée d'un espace original en complémentarité avec ses autres structures, dans le cadre d'une politique départementale d'innovation et de diversification des outils pédagogiques et avec une volonté d'ouverture au partenariat.

EVA est, depuis 25 ans, un service éducatif de la Protection Judiciaire de la Jeunesse (PJJ) en partenariat avec le Mouvement Français pour le Planning Familial (MFPF) et le Centre d'Information sur les Droits des Femmes et des Familles (CIDFF). Le Conseil Général de la Seine-Saint-Denis l'a agréé centre de planification.

Les moyens du service : les professionnelles d'EVA proposent à toutes les jeunes filles accueil, écoute, accompagnement sur les questions de santé globale, toutes les questions que l'adolescence amène à se poser ; changements pubertaires, contraception, IST, grossesse, traumatismes, agressions, accès aux soins, hébergement, déprime, liens affectifs et amoureux...

EVA, 9 rue Dezobry, 93200 Saint-Denis. Lieu du planning familial 93 pour les filles de 13 à 21 ans ; permanence d'accueil, d'écoute et d'accompagnement ; consultations sur la sexualité, la contraception, l'IVG, la prévention des maladies sexuellement transmissibles, le sida ; permanences juridiques.

L'accueil respecte les principes de volontariat, de confidentialité et de gratuité. Les jeunes ne sont pas confiées à EVA, elles se confient toutes seules.

Elles bénéficient d'un soutien ou d'un suivi par une équipe pluridisciplinaire (éducatrices, infirmière, psychologue, secrétaire), d'une permanence de planification avec le MFPP et d'une permanence d'une juriste du CIDFF.

Un important travail en réseau s'est développé depuis l'ouverture sur un territoire mobilisé dans la lutte contre la précarité, l'exclusion, les violences envers les femmes.

Ce travail transversal et partenarial a permis de développer des outils pédagogiques (théâtre forum, quiz, émission de radio, film...) avec les adolescents filles et garçons sur les relations affectives et sexuelles, sur la prévention du sexisme, sur les conduites à risques et tous les comportements fragilisant leur santé et d'utiliser ces supports lors d'animations auprès de groupes mixtes.

Le retour de l'enfermement

Aujourd'hui, nous constatons avec tristesse que nous vivons plus que jamais dans l'illusion de liberté et d'égalité des femmes. Les préjugés sont inscrits au plus profond des représentations de chaque individu.

Plus que jamais, elles nous racontent quotidiennement leur exil, les guerres, les séparations précoces, la mort de leurs proches, les mutilations, les violences sexuelles, les mariages forcés, les fugues, les mises à la rue, les hébergements précaires, la prostitution, les IVG à répétition, les grossesses adolescentes, les discriminations, les échecs scolaires et professionnels, les tentatives de suicide, les conduites addictives, l'absence de papiers d'identité, l'accès difficile aux soins...

Alors même que la précarité, les inégalités, les vio-

lences touchent particulièrement les jeunes filles et les besoins d'aide sont croissants (plus de 1500 accueils en 2009), jeunes et professionnels risquent d'être privés de ce lieu ressource pour penser la mixité.

En effet, la direction de la PJJ décide la fermeture de services et la transformation des missions pour

“ Nous favorisons une démarche de convergence de la liberté et de la vérité.

mettre en œuvre des réformes qui imposent l'exclusivité de la prise en charge au pénal, d'où la baisse constante des filles suivies à la PJJ. La non mixité comme la mixité servent de cache sexe pour l'institution.

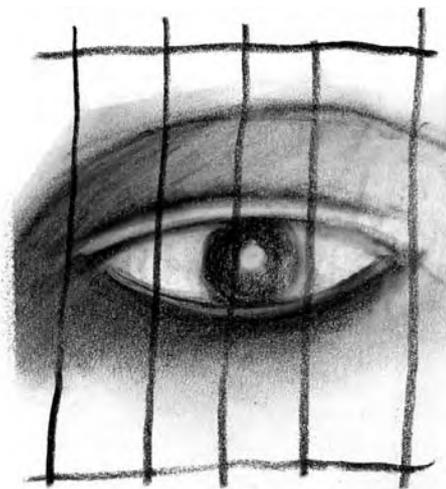
Dans un contexte de retour à l'enfermement et à la contrainte, faut-

il adapter l'individu à son milieu si ce milieu est asservi à un mensonge et soumis à une oppression ? La normalité et la maturité qu'on suggère aux jeunes filles et jeunes hommes doit-elle être résignation, renoncement et docilité ?

Le projet de notre service laisse ouvertes les portes de l'espérance. Nous favorisons une démarche de convergence de la liberté et de la vérité. Nous encourageons les jeunes femmes à se délivrer des images auxquelles elles sont contraintes de s'identifier, à inventer leur féminité, à réaliser ce qu'elles sont vraiment.

Puisque 2010 voit la violence faite aux femmes déclarée cause nationale, EVA persiste dans la défense de son projet et de sa mission de proposer aux jeunes filles un espace particulier où rechercher leur propre liberté, où découvrir leurs propres ressources et formuler les questions que la vie amène à se poser. Un lieu différent où peut naître leur désir de soigner et d'aimer leur corps, d'en apprendre plus sur elles-mêmes.

Structure unique, symbole fort, Espace Vie Adolescence est indispensable à la PJJ pour garder vivante la question du rôle primordial de la sexualité et de l'identité sexuelle à l'adolescence. —



Vers des maisons de santé des femmes ?

■ **Martine Lalande** et **Christian Bonnaud**, médecins généralistes travaillant dans des centres d'IVG et de contraception

§Avortement, IVG ; §Accueil, ouverture, disponibilité

L'objectif que tous les hôpitaux publics offrent la possibilité aux femmes d'avorter était-il une illusion ? Les gynéco-obstétriciens français préfèrent d'autres activités (comme la procréation médicale...), on n'est pas en Belgique ou en Hollande, où tout gynéco qui se respecte fait des IVG (interruptions volontaires de grossesse). Ici, seuls les centres autonomes proposent des avortements sous anesthésie locale ou médicamenteuse avec un accueil et un personnel formé. Et il en existe de moins en moins. Le regroupement des hôpitaux en pôles et l'intégration systématique des centres d'IVG dans les maternités lamine ces services, sauf quelques résistants. On ne remplace pas les médecins ni les infirmières qui partent à la retraite, on délocalise pour regrouper en réduisant les moyens, et des centres comme celui de Broussais (mille cinq cents IVG par an) vont déménager plusieurs fois, sans garantie de maintien de ses moyens. En Seine-Saint-Denis, le service de Bobigny doit rejoindre celui de Bondy, au risque de diminuer l'activité des deux. Les IVG, dont le prix a peu augmenté en trente ans, ne sont pas rentables,

et le secteur privé ne s'y intéresse que pour dépasser très largement les tarifs. Les IVG médicamenteuses peuvent se faire en ville (en fait seulement 7 % des IVG), pourquoi donner des moyens aux centres ? L'Association Nationale des Centres d'Interruption de Grossesse et de Contraception (ANCIC) faisait elle aussi ce triste bilan, les 20 et 21 novembre à Paris, en fêtant son 30^e anniversaire. Mais sans perdre espoir : les réactions des associations et des femmes ont permis de ralentir la fermeture du service de Tenon, et les jeunes des syndicats et mutuelles étudiants sont conscients de l'importance du combat, rejoints par les jeunes féministes. Au congrès de l'ANCIC, l'équipe du centre des Bluets présentait son projet Maison de la Santé des Femmes, hors de l'hôpital, qui ferait des avortements sous anesthésie locale et de la contraception, et d'autres activités de la santé des femmes (de la stérilisation au traitement de la stérilité...). Mais il faut sortir de la loi, qui impose que les IVG soient faites à l'hôpital. Ou elles risquent bien de disparaître... ■

■ Non, ma fille tu n'iras plus avorter à l'hôpital public ¹

■ **Marie Kayser**, médecin généraliste

§Avortement, §Hôpital, §Réforme hospitalière

Cette tribune est parue à l'occasion des 30 ans de la loi Veil Pelletier imposant « l'obligation hospitalière » : chaque hôpital public doit créer une structure pour pratiquer les interruptions volontaires de grossesse (la loi de 1975 dite loi Veil n'ayant été votée que pour cinq ans, à l'essai.)

Les signataires rappellent qu'aujourd'hui la principale menace contre le droit à l'avortement vient du démantèlement de l'hôpital public.

En Ile-de-France, les délais d'attente pour avorter sont de trois semaines, plus de la moitié des IVG sont réalisées en secteur privé, qui ne respecte pas toujours les tarifs réglementaires et refuse parfois de prendre en charge les mineures ou les étrangères sans papier. Depuis mai 2009, l'Assistance publique des hôpitaux de Paris (AP-HP) a fermé trois structures IVG (Jean Rostand, Tenon et Broussais) et l'hôpital Avicenne devrait fermer bientôt. L'AP-HP assure que cette activité (deux mille huit cents IVG sur les douze mille pratiquées chaque année par l'AP-HP en Ile-de-France) sera transférée dans d'autres hôpitaux. Ces restructurations, dont le but est de diminuer des postes, vont à l'encontre d'un service de proximité en supprimant les centres

d'IVG autonomes et en les noyant dans les services de gynéco-obstétriques dont l'IVG est parfois la dernière préoccupation. Par ailleurs, le privé se désengage progressivement de la pratique des IVG jugée peu rentable.

Cette politique de restructuration concerne l'ensemble du système hospitalier public : depuis 1987, la moitié des maternités françaises ont été fermées et avec elles leur activité IVG.

Les différences de ratio entre Neuilly-sur-Seine qui a conservé trois maternités pour 70 000 habitants et l'ouest du Val-de-Marne qui n'a plus que deux maternités pour 400 000 habitants et quatorze agglomérations montrent que les arguments de sécurité invoqués pour fermer ces maternités sont un mensonge et que cette politique creuse les inégalités sanitaires.

Les signataires de cette tribune lancent un appel à mobilisation pour que le droit à l'avortement soit un droit réel pour toutes. ■

1. Article publié le 16 octobre 2009 dans *Le Monde* Par Maud Gelly, Béatrice Fougeyrollas, Emmanuelle Lhomme, Maya Surduts, Nora Tenenbaum.

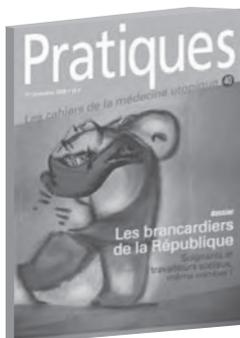
Numéros disponibles

Numéros à 12,20 € (sauf le numéro double 14/15) + 1,50 € de frais de traitement

- | | | |
|--|--|--|
| N° 1 : La société du gène | N° 11 : Choisir sa vie, choisir sa mort | N° 19 : La vieillesse, une maladie ?
(épuisé) |
| N° 2 : La souffrance psychique
(épuisé) | N° 12 : L'information et le patient | N° 20 : La santé des femmes |
| N° 3 : Penser la violence | N° 13 : La médecine et l'argent | N° 21 : Le médicament, une marchandise
pas comme les autres |
| N° 4 : Santé et environnement | N° 14/15 : Profession infirmière
(prix 16,80 €) | N° 22 : La santé, un enjeu public |
| N° 5 : La santé au travail | N° 16 : Les émotions dans le soin
(épuisé) | N° 23 : Ils vont tuer la Sécu ! |
| N° 6 : Sexe et médecine | N° 17 : Des remèdes pour la Sécu
(épuisé) | N° 24 : Le métier de médecin généraliste |
| N° 7 : La responsabilité du médecin | N° 18 : Quels savoirs pour soigner ? | N° 25 : Hold-up sur nos assiettes |
| N° 8 : La santé n'est pas à vendre | | N° 26 : L'exil et l'accueil en médecine |
| N° 9 : L'hôpital en crise | | N° 27 : Faire autrement pour soigner (épuisé) |
| N° 10 : Folle psychiatrie | | |

Numéros à 14 €, 16 € et à partir du numéro 43 : 16,50 € + 1,50 € de frais de traitement

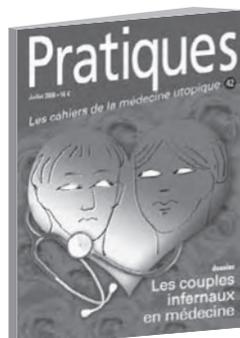
- | | | |
|--|--|---|
| N° 28 : Les pouvoirs en médecine | N° 34 : Autour de la mort,
des rites à penser | N° 37/38 : Des normes
pour quoi faire ? (épuisé) |
| N° 29 : Réforme de la Sécu : guide pratique de la résistance | N° 35 : Espaces, mouvements
et territoire du soin | No 39 : Comment payer
ceux qui nous soignent ? |
| N° 30 : Les sens au cœur du soin | N° 36 : La place de sciences humaines
dans le soin (épuisé) | |
| N° 31 : Justice et médecine | | |
| N° 32 : Le temps de la parole | | |
| N° 33 : L'envie de guérir | | |



N° 40 : Les brancardiers de la République
16 €



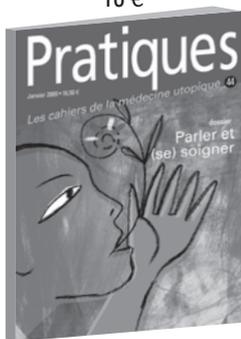
N° 41 : Redonner le goût du collectif
16 €



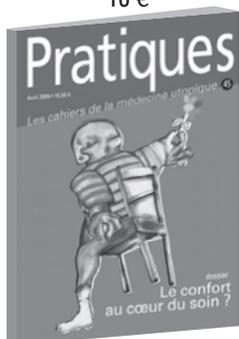
N° 42 : Les couples infernaux en médecine
16 €



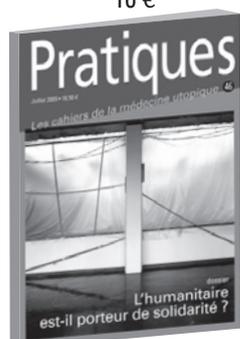
N° 43 : Réécrire le soin, un pari toujours actuel
16,50 €



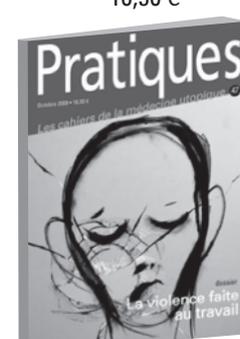
N° 44 : Parler et (se) soigner
16,50 €



N° 45 : Le confort au cœur du soin ?
16,50 €



N° 46 : L'humanitaire est-il porteur de solidarité ?
16,50 €



N° 47 : La violence faite au travail
16,50 €

Il est possible d'acheter les numéros 2, 16, 17, 19, 27, 36 et 37-38 épuisés sous forme de fichier .pdf, il vous suffit pour cela de télécharger le bon de commande sur notre site à l'adresse : www.pratiques.fr/bulletin-de-commande-des-numeros.html et de nous le renvoyer avec votre règlement.

Nom Prénom

Profession

Adresse

Code postal Ville

Tél. Fax

E-mail

Bulletin d'abonnement ou de parrainage

Coordonnées de la personne qui s'abonne elle-même ou qui parraine :

Nom Prénom

Profession

Adresse

Code postal Ville

Tél. : Fax :

E-mail :

Pour mon numéro offert, je choisis parmi ceux listés en page 95 :

Coordonnées de la personne parrainée :

Nom Prénom

Profession

Adresse

Code postal Ville

Tél. : Fax :

E-mail :

Je choisis la formule suivante : > l'abonnement **classique** d'un an, soit 4 numéros (papier seul **OU** papier et pdf) :

- PAPIER : **57 €** au lieu de 72 €, soit plus de **20 % de réduction** par rapport à l'achat au numéro
- PAPIER et PDF : 57 € + 15 € = **72 €**

> l'abonnement à **tarif réduit** d'un an, soit 4 numéros (papier seul **OU** papier et pdf) pour étudiant, jeune installé de moins de 3 ans, demandeur d'emploi :

- PAPIER : **37,20 €** PAPIER et PDF : 37 € + 15 € = **52,20 €**

> l'abonnement de **soutien** d'un an, soit 4 numéros : **114 €**

Je peux payer :

par prélèvement automatique annuel, *reconduit automatiquement sauf résiliation de ma part par simple demande.*

Je joins mon autorisation de prélèvement et un RIB ou un RIP.

par chèque

En cas de nécessité, un étalement trimestriel des paiements est envisageable : consultez le secrétariat.

J'ai bien noté qu'un reçu me sera adressé à réception de mon règlement.

Autorisation de prélèvements

<p>J'autorise l'établissement teneur de mon compte à effectuer sur ce dernier les prélèvements pour mon abonnement à la revue <i>Pratiques</i>.</p> <p>Je pourrai suspendre à tout moment mon service à la revue <i>Pratiques</i>.</p> <p>Date :</p> <p>Signature :</p> <p>IMPORTANT : merci de joindre un relevé d'identité bancaire (RIB) ou postale (RIP) à votre autorisation.</p>	<p>Revue <i>Pratiques</i> 52 rue Gallieni 92240 Malakoff</p>	<p>Numéro national d'émetteur N° 523734</p>									
	Titulaire du compte à débiter										
	<p>Nom, Prénom</p> <p>Adresse</p> <p>.....</p>										
	Nom et adresse de votre agence bancaire										
<p>Nom, Prénom</p> <p>Adresse</p> <p>.....</p>											
Désignation du compte à débiter											
<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th colspan="2" style="text-align: center;">Codes</th> <th style="text-align: right;">Clé</th> </tr> <tr> <th style="text-align: center;">Établissement</th> <th style="text-align: center;">Guichet</th> <th style="text-align: right;">RIB</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="text-align: center;"> </td> <td style="text-align: center;"> </td> <td style="text-align: right;"> </td> </tr> </tbody> </table>			Codes		Clé	Établissement	Guichet	RIB			
Codes		Clé									
Établissement	Guichet	RIB									



Chère abonnée, cher abonné,

Vous disposez ici de la version électronique de votre abonnement à Pratiques.

Deux conseils, pour vous en faciliter l'usage.

1) Dans cette version, les articles sont indexés par thème.

Vous trouverez à la page suivante un sommaire-index des mots-clés utilisés, indiquant, pour chacun de ces mots-clés, les N° de page des articles dont ce mot-clé caractérise un des thèmes principaux.

Pour vous rendre facilement à cette page, il vous suffit de cliquer sur le N° de page.

Pour revenir au sommaire-index, tapez 98 dans le marque pages de la barre des tâches. Vous pouvez aussi cliquer sur l'icône « Signet », située juste au-dessous de l'icône « Page », à gauche, en haut, sous la barre des tâches : elle vous conduira à la mention : « Index page 98 », qui vous y dirigera immédiatement.

En laissant continuellement affiché ce signet sur la partie gauche de votre écran, vous pouvez commodément passer du sommaire-index à l'article désiré, et réciproquement.

Alternativement, tapez dans le moteur de recherche de votre lecteur de pdf le début du mot clé figurant au sommaire index page 98, précédé de la marque de paragraphe §. D'occurrence en occurrence, vous vous déplacerez ainsi d'un article au suivant, pour ce même mot clé.

2) Vous souhaitez extraire un article pour l'envoyer à un correspondant : téléchargez un logiciel gratuit de fractionnement de votre revue pdf. Ces logiciels vous fournissent sur le champ une copie de votre fichier fragmentée en autant de fichiers séparés que de pages. Vous n'avez plus qu'à choisir celle(s) que vous souhaitez joindre à votre envoi.

Un bon logiciel pour cet usage est "Split and Merge" dont il existe une version en français. Il vous permet aussi bien de fractionner à votre guise votre fichier que d'en fusionner les pages que vous désignerez.

Consultez le tutoriel <http://www.pdfsam.org/uploads/pdfsam-tuto-fr.pdf>

Vous y trouverez les liens de téléchargement page 4. Une fois le logiciel installé et ouvert, à Réglages, choisissez la langue (french).

Pour extraire un article :

- Choisir le Module Fusion
- Cliquer sur Ajouter, et choisir le fichier pdf dont vous souhaitez extraire un article.
- Choisir « Sélection de pages » parmi les onglets du menu, en haut, à droite.
- Double-cliquer dans la case du dessous et indiquer les N° de page du début et de fin de l'article, séparés par un tiret.
- Fichier à créer : Choisir un dossier et nommer votre fichier à extraire.
- Décocher Remplacer le fichier existant
- Cliquer sur Exécuter et retrouvez le fichier extrait dans le dossier que vous aurez choisi.

Bonne lecture !

Sommaire index des mots clés du N° 48

Mot Clé	Page						
		§Enfermement	54	§Inégalités, exclusion sociale	74	Psychiatrie, santé mentale, psychiatrie de secteur	15
			66				18
§Accès aux soins	4	§Entourage	25	§Information médicale	72		20
	78	§Femme, Condition féminine	92		88		25
	82	§Fiction, imaginaire	34	§Isolement	49		26
	82			§Justice	46		30
§Accueil, ouverture, disponibilité	94	§Formation initiale, Formation continue	62		50		32
§Adolescent, Jeune	92	§Gouvernement, politique, démocratie	30		58		34
		§Gouvernement, politique, démocratie, Etat	38	§Langage	20		41
§Alimentation, troubles de l'alimentation, obésité	81		46	§Logement, Banlieue, Politique urbaine	38		44
			69		71		49
§Aménagement de poste	83		74	§Maltraitance	32		50
			88		58		56
§Aménagement du territoire , Décentralisation, Soignants/territoires	18	§Handicap	18	§Médecine du travail	83		58
			20	§Médicament, firmes pharmaceutiques	80		64
§Arrêt de travail	83	§Hiérarchie, Rapports médecins infirmières	20		80	§Racisme, discrimination raciale	22
§Art	70				88		44
§Asile	15	§Hôpital, réforme hospitalière, gestion hospitalière	20	§Mondialisation, OMC	80	§Répression	25
§Assurance maladie	82		26	§Mort, décès	74	§Réseau de soins	41
§Avortement, IVG	94		34	§Neurosciences	86	§Santé publique	90
	94		56	§Pandémie	90		30
§Classification	46		82	§Pauvreté, minima sociaux, RMI, Revenu minimal	12	§Secret professionnel, secret médical	34
§Collectif	62		94		15	§Sécurité	54
§Contention	49	§Hospitalisation, Hospitalisation à domicile, HAD	25	§Peine de mort	44	§Solidarité	12
§Dépendance, APA	71			§Personnes âgées, vieillissement	71	§Souffrance psychique, psychose	28
§Drogue	69	§Hospitalisation, hospitalisation d'office/irresponsabilité pénale	41	§Pratique médicale	50		64
			49		64		66
§Droits de L'Homme, discriminations	56		32	§Prévention	81	§Subjectivité	62
	79	§Idéologie sécuritaire	32	§Prison	12		70
§Droits des patients, information	30		4		15	§Surveillance, contrôle, fichage	54
		§Immigration, Sans papiers	4		22		56
	50		74		38		71
	64		78		46		72
§Ecole, éducation	72	§	66		62		79
§Ecoute, empathie, Relation soignant soigné	83	§Inconscient	66		69		88
§Enfant, Périnatalité	26	§Inégalités, Exclusion sociale,	18		70	§Vaccin	90
			28	§Psychanalyse	86		26
	72		38			§Violence	28
§Enfermement	32		58	§Psychiatrie, santé mentale, psychiatrie de secteur	12		70
	44						

Pratiques

Pratiques 48

Janvier 2010 • 16,50 €

Les cahiers de la médecine utopique 48

L'enfermement est l'une des plaies entretenues par notre société sécuritaire. Surfant sur la peur, banalisé, il se présente comme la seule réponse à toutes les infractions aux règles instituées sans pour autant répondre aux problèmes réels du vivre ensemble.

Dans une société tournée vers la performance, et organisée pour les plus riches, tous ceux qui ne peuvent s'adapter deviennent potentiellement dangereux pour l'équilibre du système.

Pour autant, la pathogénie de l'enfermement montre qu'il ne saurait constituer en soi une solution, pas plus pour celui qui est soustrait à sa liberté et sa responsabilité de citoyen que pour la société elle-même.

À partir de témoignages d'anciens détenus, d'intervenants et d'observateurs en prison, de soignants en psychiatrie et de chercheurs, ce dossier met en évidence que la pathogénie de l'enfermement compromet la réinsertion des personnes incarcérées ou hospitalisées durant de longues périodes.

Le magazine fait le point sur l'actualité, analyse la gabegie vaccinale pour une grippe bénigne, s'inquiète de la castration chimique, dénonce le mépris par les employeurs des dégâts irréversibles commis par le travail sur la santé. La politique des soins poursuit sa désagrégation, la fermeture des centres d'IVG, comme d'autres structures de proximité, accentue les difficultés pour la population d'accéder aux soins dont elle a besoin.

Prochain dossier : La place de la personne dans le système de santé

L'enfermement

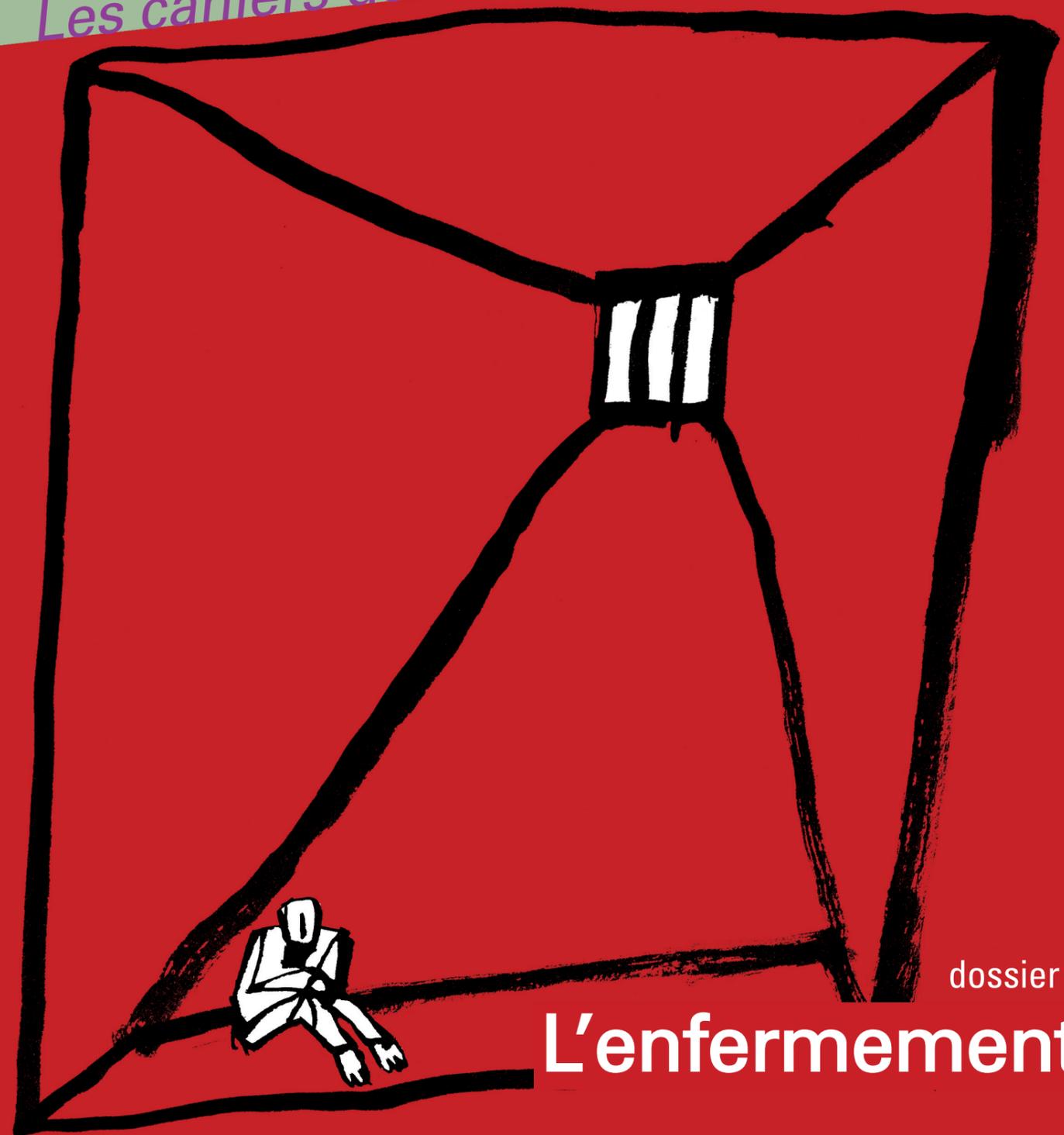


9 782952 883870

Prix : 16,50 €

ISBN 978-9528838-7-0

ISSN 1161-3726



dossier

L'enfermement

Pratiques

Les cahiers de la médecine utopique

Une revue pour comprendre et agir

Les lieux de soins sont parmi les rares espaces où les individus peuvent encore, aujourd'hui, porter plainte et tisser des liens. Ce sont aussi des lieux où notre société se met à nu et révèle l'ampleur de ses dysfonctionnements.

Depuis ses débuts en 1976, *Pratiques* essaie de repérer, décrypter, analyser les différentes dynamiques à l'œuvre dans le soin et la santé.

Jamais la médecine et son objet – la maladie – n'ont été autant au carrefour du social, du politique, de la philosophie, de l'anthropologie et même de l'art. Les colonnes de *Pratiques* sont ouvertes aux acteurs de la santé, aux professionnels des sciences humaines, aux associations d'usagers, les invitant à partager avec nos lecteurs des points de vue inédits, toujours fructueux. Cette dynamique permet à *Pratiques* d'occuper une place particulière dans le paysage des revues. Elle propose une réflexion à partir d'expériences croisées. Et l'objet de ces réflexions, le soin et la santé, concerne tous les citoyens de ce pays.

Certaines avancées techniques fulgurantes bouleversent le soin sans même avoir été pensées ou réfléchies par les soignants et les soignés qui les utilisent. *Pratiques* interroge cette médecine des organes et invite à une médecine du sujet.

Pratiques commente les décisions politiques en matière de soin et soutient celles qui allient le débat contradictoire public, l'indépendance d'expression et le souci de l'intérêt général.

Pratiques analyse les mécanismes qui conduisent aujourd'hui à des dysfonctionnements, montée du scientisme, de la bureaucratisation, de l'augmentation des inégalités sociales de santé.

Pratiques s'intéresse aussi aux industries pharmaceutiques et biomédicales qui trop souvent imposent leurs produits et machines selon la seule logique mercantile.

Alors que depuis 2007 s'est ouvert un nouveau cycle pour la revue, nous pensons plus que jamais que :

- L'espace du soin est l'un des derniers lieux possibles de liberté et de subversion ;
- La fonction de soignant consiste d'abord à se poster en sentinelle à l'écoute du sujet et de la société souffrants ;
- Mieux comprendre ce que nous faisons ensemble, soignants et soignés permet de mieux agir sur le plan humain comme sur le plan scientifique.

Forte de ces convictions, la revue *Pratiques, les cahiers de la médecine utopique* mène une réflexion critique ambitieuse, indépendante et constructive. ■

Pratiques n° 47 – Octobre 2009

La violence faite au travail

Pratiques, les cahiers de la médecine utopique est édité par Les éditions des cahiers de la médecine utopique, dont la présidente est Anne Perraut Soliveres.

Directrice de la publication : **Elisabeth Maurel-Arrighi**

Directrice de la rédaction : **Anne Perraut Soliveres**

DOSSIER

Rédacteurs en chef : **Martine Lalande, Philippe Lorrain**

Rédaction : **Sylvie Cognard, Chandra Covindassamy,**

Sylvie Simon

Pôle philo et sciences humaines : **Christiane Voltaire**

MAGAZINE

Rubrique *Actu* : **Marie Kayser**

Comité de lecture : **Geneviève Barbier ; Christian Bonnaud ;**

Jean-Luc Boussard ; Mireille Brouillet ; Bernard Coadou ;

Martine Devries ; Patrick Dubreil ; Françoise Ducos ;

Monique Fontaine ; Yveline Frilay ; Jean-Louis Gross ;

Christian Jouanolou ; Sylvie Lagabrielle ; Guillaume

Lecarpentier ; Evelyne Malaterre ; Didier Ménard ; Magali

Portier ; Jacques Richaud ; Yolande Rousseau ; Cécile

Supiot ; Pierre Volovitch

Responsable du site : **Lucien Farhi**

Conception graphique : **Safia Ounouh, Eloi Valat**

Dessins : **Eloi Valat**

Secrétaires de rédaction : **Marie-Odile Herter**

Secrétariat, relations presse, diffusion : **Marie-Odile Herter,**

Lola Martel

Gestion : **Jean-Louis Gross, Lucien Farhi, Jean Hauchecorne**

Imprimerie : **Imprimerie Chirat**

744, rue Saint-Colombe, 42540 Saint-Just La Pendue

tél. 04 77 63 25 44 – e-mail : pao@imp-chirat.fr

Revue trimestrielle

Rédaction et abonnements :

tél. 01 46 57 85 85 – fax 01 46 57 08 60

e-mail : revuepratiques@free.fr

www.pratiques.fr

52, rue Gallieni, 92240 Malakoff – France

Dépôt légal : 1^{er} trimestre 2010

Commission paritaire n° 1010G83786

ISSN 1161-3726 – ISBN 978-2-9528838-7-0

Toute reproduction ou représentation, intégrale ou partielle, par quelque procédé que ce soit, de la présente publication, faite sans l'autorisation de l'éditeur est illicite (article L 122-4 du Code de la propriété intellectuelle) et constitue une contrefaçon.

L'autorisation de reproduire, dans une autre publication (livre ou périodique) un article paru dans la présente publication doit être obtenue après de l'éditeur (Les Editions des cahiers de la médecine utopique, adresse ci-dessus).

L'autorisation d'effectuer des reproductions par reprographie doit être obtenue auprès du Centre Français d'exploitation du droit de Copie (CFC) – 20 rue des Grands Augustins – 75006 Paris – Tél. 01 44 07 47 70 – Fax 01 46 34 67 19.