

RHIZOME n.m. (gr. rhyza)
Tige souterraine vivante,
souvent horizontale, émettant
chaque année des racines
et des tiges aériennes.



#56

Avril 2015

Prison, santé mentale et soin

Fotiz Ontas

Nicolas Chambon | Christian Laval

Édito

Soigner et punir? Soigner ou punir? Depuis l'instauration de l'irresponsabilité pénale pour état de démence à partir de 1810, cette double alternative, sans cesse revisitée depuis, a été traitée diversement à travers l'histoire. Si la question politique du fondement même de la nécessité d'enfermer ne doit pas être éludée – nous vous renvoyons sur ce point au dernier numéro (n° 124) de *Vie Sociale et Traitement* « *Comment supporter la prison?* » – nous vous invitons plus particulièrement ici à interroger les questions de santé mentale dans les prisons françaises.

La prison et l'asile ont une histoire confondante jusqu'au mouvement dit de désinstitutionalisation lorsque les psychiatres ont développé l'idée que le soin était incompatible avec l'enfermement. Aujourd'hui alors que le nombre de lits dans les hôpitaux psychiatriques continue de diminuer et que le nombre de personnes sous écrous augmente, soigner en prison est devenu un enjeu de santé publique. Corinne Rostaing se demande même si « la prison en panne de projet est en passe de se transmuier ... »

Sommaire

- 3 > 4 *Entretien avec Didier Fassin*
Didier Fassin
- 5 > 6 *Des détenus perturbés qui perturbent la prison*
Corinne Rostaing
- 7 > 8 *Condition carcérale et souffrance psychique*
Gérard Laurencin
- Quels dispositifs et modalités de prévention ?*
Jean-Louis Terra
- 9 *Qui veut aller en prison ?*
Nicolas Velut
- 10 *La prison mineure*
Marianne Constanzo
- 11 > 12 *La responsabilisation des malades mentaux criminels en France : origines et conséquences*
Caroline Protais
- 13 *Bilan et perspectives des UHSA*
Betty Brahmy
- 14 *Entretien avec Eve Bécache, Psychiatre à l'UHSA*
Eve Bécache
- 15 > 16 *De l'impasse de la guérison à la possibilité du rétablissement*
Thomas Bosetti
- 17 > 18 *Une expérimentation pour réduire les incarcérations des personnes en grande précarité présentant des troubles psychotiques sévères*
Claude-Olivier Doron
- 19 *Des dispositifs après la prison*
- 20 *Actualités*

... en institution soignante ». Tel n'est pourtant pas le cas. Si le soin s'invite en prison, il semble faire écho à des vulnérabilités psychiques réactionnelles notamment liées aux conditions d'enfermement, autant, sinon plus, qu'à des pathologies psychiatriques avérées. Dès lors, la problématique du soin s'y décline alors en interrogations pratiques, cliniques, mais avant tout dispositionnelles. Comment soigner dans un lieu qui conjugue punition et bannissement ?

Une première réflexion porte justement sur les possibles du soin. En situation d'incarcération, il s'agit de soigner *malgré* ou *avec* la contrainte. Ainsi les Services Médico-Psychologiques Régionaux (SMPR) et plus récemment les Unités Hospitalières Spécialement Aménagées (UHSA) où les soignants, mis en vis-à-vis de personnes « détenues », cherchent, à tout prix, à faire prévaloir la cause du « patient ». La condition du soin c'est sa décence. Si la « case » prison inscrit les personnes indissociablement dans des parcours de vie et dans des parcours de soin, elle peut, pour certains, être psychiquement contenante tout en participant pour tous à un cumul de précarité sociale vulnérabilisant. Cela est d'autant plus vrai en maison d'arrêt où les conditions d'enfermement sont mauvaises, notamment avec une surpopulation carcérale où l'accès aux soins est difficile. C'est « l'absurdité du système carcéral » pointée par Didier Fassin.

Seconde réflexion : Qui met-on au « ban de la société » ? Des contributeurs font valoir la surreprésentation de personnes dont la situation de précarité préexiste à l'incarcération. Dans un contexte sécuritaire exacerbé, la prison protège la société d'un délinquant à punir mais aussi à soigner. Différentes contributions nous invitent à questionner le sens de la peine (qu'est-ce que contraindre ?), mais aussi ses effets et ses liens consubstantiels avec des questions de santé mentale (quel est le sens d'une obligation de soin ?).

Dans cet univers carcéral, existe-t-il des lignes de fuite ? Des lignes de soins alternatives ? Tandis qu'Olivier Doron plaide pour expérimenter des alternatives à l'incarcération pour les personnes déjà inscrites dans des trajectoires conjuguant psychiatrie et grande précarité, Thomas Bosetti soutient que pour soigner en prison une approche par le rétablissement est une voie prometteuse. Ces voix contributives au débat s'inscrivent ainsi dans une longue tradition critique et pragmatique de transformation d'une institution totale. Combien de temps cette institution résistera-t-elle dans sa forme régressive aux mouvements qui la traversent ? À suivre de près !

Un Rhizome à lire pour *s'inviter* en prison, soutenir les regards et les mots qui en ont fait l'expérience, rendre visible, entrouvrir les portes, bref, inlassablement, en faire un problème public incontournable.

Bonne lecture...

Nous remercions les personnes suivantes pour les illustrations de ce numéro :

- Le blogueur **Bruno des Baumettes** pour son aide sur la recherche d'illustrations : <http://brunodesbaumettes.overblog.com/> : « Journal d'un détenu au quartier des isolés »
- L'artiste **Jacques Reynald** qui a mis les œuvres des pages 9, 13 et 14 à notre disposition et qui a reçu en 2012 le « Coup de cœur » du jury au concours « Transmuraillés » du festival de BD d'Angoulême.
- L'artiste **Laurent Jacqua** pour la mise à disposition de son œuvre « La diagonale du fou », page 7, réalisée en prison il y a quelques années. Auteur de « La guillotine carcérale » et de « J'ai mis le feu à la prison », il a écrit le premier blog « pirate » de prisonnier en 2006 depuis sa cellule. Désormais il poursuit son blog depuis sa sortie de prison et garde un œil acerbe et critique sur l'univers carcéral et judiciaire. <http://laurent-jacqua.blogs.nouvelobs.com/>
- L'artiste grec **Fotiz Ontas**, pour l'illustration de couverture et celle de la page 3. <http://fotizontas.deviantart.com/gallery/>
- L'artiste **Judith Lesur** pour les images des pages 5 et 15 extraites du court-métrage d'animation « À une condition », réalisé dans le cadre d'un projet artistique en prison, soutenu par la Région & la DRAC Rhône-Alpes, le SPIP & la Ville de Roanne. L'évasion dans l'imaginaire, textuelle, visuelle et sonore, s'est inspirée des collections du musée Déchelette, et a également fait l'objet d'un documentaire. <http://cie.cadavres.exquis.over-blog.com>
- Les illustrations des pages 10, 13 et 17 ont été publiées dans l'ouvrage *Carnet d'Escapes* - elles sont issues d'un projet développé au **Centre Pénitentiaire de Maubeuge** par « L'Âme des Mots » dans le cadre du dispositif culture justice Nord Pas de Calais porté par LA DRAC Nord Pas de Calais et la DISP Nord Pas de Calais, Picardie, Haute Normandie et animé par Hors Cadre.

Didier Fassin

Anthropologue, sociologue et médecin
 Professeur de sciences sociales à l'Institute for Advanced Study, Princeton
 Directeur d'études à l'École des hautes études en sciences sociales, Paris

Entretien avec Didier Fassin



Fotiz Ontas

Didier Fassin nous livre, avec *L'Ombre du monde. Une anthropologie de la condition carcérale*, paru à l'édition Seuil (2015), une description saisissante des prisons françaises et un panorama assez complet de la vie en prison, extrêmement bien documenté. À partir d'une ethnographie d'une maison d'arrêt française, qui aura duré cinq ans, il invite ainsi le lecteur à se plonger dans le quotidien des prisonniers et des professionnels qui sont à leurs côtés. À la lecture de cet ouvrage, on est saisi par l'ambiance, l'état des relations et des tensions entre les différents acteurs qui composent la prison. En tant que bulletin « santé mentale et précarité », on ne saurait trop vous recommander la lecture de cet ouvrage, où le prisonnier apparaît être la figure contemporaine de l'exclu et la prison une institution de vulnérabilisation des personnes détenues. Didier Fassin nous invite alors à interroger le projet moral de la prison aujourd'hui et « notre » manière de gérer les inégalités, à l'ombre, de manière invisible.

Rhizome : *On ressort éprouvé suite à la lecture de votre ouvrage. Quels sont vos impressions et vos sentiments après cette ethnographie ?*

Didier Fassin : L'épreuve, c'est bien sûr avant tout celle que traversent les personnes qui sont incarcérées, notamment lorsqu'il s'agit d'une première fois : épreuve de la sanction, de la séparation, de l'enfermement vingt-deux heures sur vingt-quatre, de la cohabitation avec une autre personne pendant ces longues journées, de l'absence de liberté non pas seulement au sens de ne pas pouvoir circuler à sa guise mais plus profondément au sens de ne pratiquement plus rien pouvoir choisir et décider pour sa propre existence. Mais celles et ceux qui travaillent en prison, surveillants, officiers, directeurs, soignants, conseillers d'insertion et de probation, sont eux aussi mis à l'épreuve par des métiers peu valorisés socialement, parfois difficiles, éventuellement dangereux, dans lesquels certains mettent pourtant beaucoup d'engagement. Si donc j'ai réussi à « éprouver » le lecteur en décrivant, racontant, analysant ce monde, j'ai atteint en partie le but que je m'étais fixé. Quant à moi, j'ai vécu cette longue expérience de recherche de manière très intense, à travers l'oppression de la réclusion, la richesse des rencontres, le sentiment souvent d'injustice, l'impuissance devant certaines souffrances. Il est évident que si les députés et les magistrats savaient un peu mieux ce qu'est la prison, les premiers ne passeraient pas leur temps à voter des lois de plus en plus répressives comme ils le font depuis des décennies et les seconds ne se sentiraient pas si autorisés à sanctionner toujours plus lourdement ainsi que les études le montrent.

R : *Comment expliquer « que les individus présumés innocents soient beaucoup moins bien traités que les coupables avérés » et qu'il en soit de même « des petits délinquants par rapport aux criminels » (p. 176) ?*

DF : C'est en effet un constat étonnant qui montre toute l'absurdité du système carcéral. Elle se manifeste à deux niveaux. D'abord, il existe deux types de prison : les maisons d'arrêt pour les prévenus, donc présumés innocents, et les condamnés à moins de deux ans en principe, donc des délits souvent mineurs ; et les établissements pour peine pour les longs emprisonnements, correspondant à des actes plus graves. Alors que dans les seconds, les détenus bénéficient d'un encellulement individuel, d'une activité professionnelle ou scolaire, souvent d'une certaine liberté de déplacement au sein de la prison, dans les premiers au contraire, la surpopulation oblige à mettre deux voire trois détenus par cellule, il y a en moyenne un emploi pour six ou sept détenus, l'enfermement quasi-permanent est la règle. Ensuite, au sein de ces maisons d'arrêt, déjà lourdement pénalisées, les condamnés à des peines de plus de six mois sont placés dans des ailes plus calmes, ont accès aux rares emplois et stages, peuvent bénéficier d'un suivi en vue d'un aménagement de peine, tandis que les prévenus qui attendent leur procès ou les condamnés à des courtes peines sont dans les bâtiments les plus difficiles et, en raison de leur situation indéfinie ou de leur

séjour trop bref, ne peuvent pas travailler ni préparer leur sortie. Il ne s'agit pas là d'un projet cynique de l'administration pénitentiaire mais la conséquence logique d'un système punitif qui s'est emballé et, si l'on ose dire, ne s'est pas donné les moyens de sa sévérité. Il faut avoir présent à l'esprit que la population carcérale a été multipliée par trois en un demi-siècle, que le nombre de personnes écrouées s'est accru de 50 % entre 2002 et 2012 et qu'au cours de cette période, les emprisonnements ont été triplés pour le simple usage de stupéfiants et quintuplés pour les conduites après retrait des pertes de points sur le permis.

R : *Vous mentionnez (p. 176 et 326) un délai de 6 mois pour un rendez-vous avec un psychologue. Comment les détenus font-ils face en attendant ? Qu'attendent-ils de ces soignants ?*

DF : La loi du 18 janvier 1994 a fait sortir le dispositif de soins carcéral de la situation d'exception qui prévalait jusqu'alors. Depuis cette date, l'accès à une protection sociale est en principe identique à ce qu'il est pour toute personne vivant sur le territoire français et les personnels appartiennent au système de soins de droit commun. Psychiatres et psychologues relèvent du secteur de santé mentale. On sait les difficultés que connaît le secteur à l'extérieur et les délais souvent importants des consultations. Ces difficultés sont encore amplifiées en milieu carcéral pour deux raisons : l'insuffisance de personnel et la fréquence élevée des troubles psychiques des détenus. Hormis les grandes urgences psychiatriques, qui sont vues rapidement, les autres troubles de nature anxieuse ou dépressive, très fréquents, sont très peu pris en charge. Les détenus parlent de leurs insomnies, de leurs angoisses, de leur souffrance, expliquant qu'ils ont sollicité à plusieurs reprises une consultation qu'ils n'ont jamais eu. Les délais sont bien supérieurs à six mois, ce qui signifie concrètement que dans la grande majorité des cas il n'y aura pas de consultation. Les tentatives de suicide de détenus qui mettent le feu à leur matelas ou s'automutilent, servent parfois d'ultime appel au secours. En fait, la principale prise en charge des détenus présentant des troubles psychologiques est de nature sécuritaire. Le plan national de prévention du suicide inclut un dépistage des personnes estimées à risque et une vérification par un passage toutes les deux heures, même la nuit, pour vérifier que le détenu est toujours en vie.

R : *Quel est le public de l'aile des « protégés » ? Quel rapport les surveillants et l'administration entretiennent-ils avec ces « vulnérables » ?*

DF : Les « protégés » sont souvent des hommes incarcérés pour ce qu'on appelle des « affaires de mœurs », c'est-à-dire de violences sexuelles sur des adultes ou des mineurs. Ce sont aussi parfois des personnes présentant des troubles psychiatriques ou des handicaps moteurs. Ils diffèrent du reste de la détention par leur âge, leur origine sociale, leur couleur de peau : ce sont souvent des hommes blancs dans la maturité appartenant aux classes moyennes. Ils sont fréquemment, surtout pour le premier groupe, victimes d'agressions de la part de

certaines autres détenus. C'est la raison pour laquelle ils sont placés dans une aile à part. Ils sont souvent bien vus des surveillants en raison de leur comportement sans problème. Il est en revanche deux types de vulnérabilité qui retiennent moins l'attention des personnels. Il s'agit d'abord de la vulnérabilité sociale qui n'est pas simplement économique, pour laquelle l'administration développe des actions d'assistance, mais qui est surtout relationnelle, se manifestant par une dépendance à l'égard d'autres détenus qui traduit toujours une violence ou la menace d'une violence. Ces vulnérables-là sont chargés d'aller récupérer les colis lancés par-dessus le mur de l'établissement ou de cacher dans leur cellule les objets interdits appartenant à d'autres, avec un risque élevé de se faire prendre et condamner au quartier disciplinaire. Il y a ensuite la vulnérabilité psychologique qui peut correspondre à des troubles psychiatriques parfois graves, voire à des conduites suicidaires, mais qui relève le plus souvent de personnalités dites antisociales ou dyssociales. Ces derniers sont ceux qui ont le plus de difficulté à se plier aux nombreuses normes et à faire face aux multiples frustrations liées à la prison, à ses personnels et aux autres détenus. Ils passent facilement à l'acte ou commettent des fautes, ce qui les conduit souvent en cellule disciplinaire. Cette double vulnérabilité, sociale et psychologique, conduit à des chaînes de sanction qui incluent aussi la perte des réductions de peine et des retards à l'aménagement de la peine, avec au bout du compte des séjours plus longs et plus durs. C'est parmi ces détenus, souvent incarcérés pour des délits mineurs, que les suicides sont particulièrement fréquents, la France ayant le taux de suicide en prison le plus élevé des pays européens.

R : *On ressent une charge critique dans votre ouvrage. Pensez-vous que la peine d'enfermement puisse avoir un sens aujourd'hui ?*

DF : Le travail des sciences sociales engage toujours une réflexion critique, qui, du reste, s'appuie en partie sur la réflexion critique des personnes auprès desquelles l'enquête est conduite. Mon propos n'est pas de dire s'il faut ou non des prisons. Il vise à susciter une double réflexion. Qui y met-on, et dans quel but ? Et que fait-on de ce temps de l'incarcération ? À la première question, on peut répondre qu'on n'y met pas seulement de plus en plus de monde, mais pour des actes de moins en moins graves et pour des durées de plus en plus longues. L'exemple de la toxicomanie est révélateur : la loi de 1970 visait à réprimer le trafic, principalement d'héroïne ; aujourd'hui, au titre de l'infraction à la législation sur les stupéfiants, on enferme essentiellement des usagers et des petits revendeurs de cannabis. Or, il est établi que les risques de récidive sont plus élevés lorsqu'il y a peine de prison ferme que lorsque des peines alternatives sont proposées. L'extrême rigueur punitive protège donc de moins en moins bien notre société. À la seconde question, on doit répondre que pour la majorité des détenus, souvent emprisonnés pour des délits mineurs, la prison entraîne une désinsertion professionnelle, familiale et sociale. Elle ne peut leur proposer de travail ou une formation. Elle n'a pas les moyens d'aménager leur peine en vue d'une transition progressive vers l'extérieur. Près de sept sorties sur huit sont « sèches », sans préparation. Dans ces conditions, la prison telle qu'elle existe aujourd'hui n'a, dans la plupart des cas, guère de sens ni pour les détenus ni pour la société. Elle reste pourtant la peine de référence.

i

Pour aller plus loin...

Nous vous invitons à lire l'article détaillé : Fassin, D., « L'asile et la prison », *Esprit*, Aux bords de la folie, mars-avril 2015.

Corinne Rostaing

Sociologue
Centre Max Weber

Des détenus perturbés qui perturbent la prison



« À une condition », Judith Lesur

1 Tous les prénoms sont anonymisés.

2 Les personnes rencontrées en entretien sont soit rencontrées directement lors d'observations, soit sollicitées par des personnels qui connaissent leur intérêt pour le sujet étudié, soit viennent de leur propre initiative, intéressées par le sujet de la recherche, soit ont été tirées au sort sur la liste de l'ensemble des détenus (un détenu sur cinq par exemple dans telle prison).

3 L'intérêt des psychiatres pour les criminels et les soins psychiatriques apportés aux détenus datent de la fin du XIX^e siècle mais l'entrée plus institutionnalisée des psychiatres en prison s'est réalisée lors de la réforme Amor de 1945 avec la création de centres médico-psychologiques, celle du Centre National d'Observation de Fresnes et des centres d'observation pour les détenus psychopathes de Château-Thierry et d'Haguenau.

4 Le nombre de lits en HP est passé de 83000 à 40000 entre 1987 et 2000 et la durée moyenne de séjour dans un centre hospitalier spécialisé s'est réduite à moins d'un mois en 2000.

5 Dans les années 1970, après « l'âge d'or de l'aliénisme » qui a conduit à l'internement de 130000 malades à la veille de la seconde guerre mondiale, les psychiatres dénoncent les lieux concentrationnaires et décident de promouvoir des soins psychiatriques ambulatoires en fermant les hôpitaux-asiles. Voir Castel R., « L'institution psychiatrique en question », *Revue française de sociologie*, 1971, 12-1 : p. 57-92.

Je rencontre, au fil de mes recherches sociologiques menées depuis plus d'une vingtaine d'années sur le monde carcéral, de plus en plus de personnes incarcérées qui tiennent des propos incohérents ou racontent des délires mystiques, notamment lors de ma dernière recherche qui portait sur la religion en prison. Certains détenus affichent leur pathologie comme Dan¹ : « Je suis bipolaire et bouddhiste ». Christian, protestant, me parle de sa peur du diable, qui rode autour de lui. Ismaëlle, musulmane, dit prier jour et nuit pour repousser « le Chaytan » qui lui a fait commettre son crime ou encore Manuel entend Dieu en personne lui parler. Plusieurs, sous l'effet de traitements lourds, ont eu du mal à ne pas s'endormir en entretien ; un homme se masturbait tranquillement en me parlant ; un autre, surexcité, parlait fort en faisant les cent pas. Mener des entretiens en prison, c'est parfois écouter des discours flous, peu cohérents, des récits biographiques dans lesquels le locuteur a du mal à recoller les morceaux de vie². C'est aussi assister à des scènes de violence, entendre parler d'automutilations et de suicides, être vigilante au milieu de personnes au comportement imprévisible.

Toujours plus de détenus perturbés

La prison est devenue le lieu d'enfermement pour des personnes vulnérables, en particulier les personnes présentant des troubles psychiatriques. Prison et psychiatrie ont établi des liens depuis longtemps³. Trois groupes de facteurs expliquent l'importance de la population concernée par des soins psychiatriques en prison.

Il s'agit d'abord de la prise en charge judiciaire (et non plus médicale) d'une partie des personnes qui autrefois auraient été suivies par l'hôpital psychiatrique⁴, et qui ne le sont plus depuis la désinstitutionnalisation de l'asile⁵ mais aussi du fait d'un moindre recours au motif de non-responsabilité pénale.

« La prison est devenue le lieu d'enfermement pour des personnes vulnérables, en particulier les personnes présentant des troubles psychiatriques. »

C'est aussi la prise en charge psychiatrique d'une partie grandissante de détenus, notamment au sein des Services Médico-Psychiatriques Régionaux (SMPR)⁶. Cette place croissante des psychiatres et psychologues s'explique par la transformation des caractéristiques sociodémographiques de la population incarcérée, du fait de la vulnérabilité sociale et économique de ces personnes, de leur délit ou crime (crimes sexuels, violences, tortures, etc.), d'une tentative de suicide ou une automutilation, de leurs conduites addictives répandues⁷ mais aussi d'un nombre important d'entrants ayant des antécédents psychiatriques. Le développement de plusieurs dispositifs a aussi eu pour effet de renforcer le dépistage systématique des troubles psychiques au moyen d'un entretien d'accueil avec les entrants et de développer les soins médico-psychologiques courants à l'intention des détenus essentiellement en maison d'arrêt (entretiens individuels, ateliers thérapeutiques, traitements psychiatriques, etc.). Se rajoutent à ces dispositifs la mise en place de protocoles pour le suivi des détenus suicidaires, la mission de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies, le suivi par un psychologue dans le cadre du Projet d'Exécution des Peines mis en place depuis 2000 ou encore le suivi socio-judiciaire avec injonction de soins pour les auteurs d'infractions sexuelles.

C'est enfin la prise en charge des effets pathogènes de l'enfermement. Car l'incarcération et les conditions de détention peuvent détériorer la santé mentale des détenus.

L'incarcération, source de perturbations

L'incarcération augmente certains risques : des tensions liées à la promiscuité avec des gens que l'on n'a pas choisis, la peur, l'inactivité, le sentiment de déréalité, la consommation de médicaments anxiolytiques et le suicide, surtout les premières semaines. Elle induit des perturbations psychologiques dues à l'isolement, aux ruptures familiales, affectives ou professionnelles. Elle produit une perte d'estime de soi, une identité blessée et de la stigmatisation. La « surveillance constante » dont les détenus sont l'objet, le fait que celle-ci

s'effectue largement à leur insu (rondes, caméras), l'opacité et le secret coextensifs au dispositif sécuritaire contribuent largement à l'émergence d'une forme de paranoïa sociale ordinaire⁸ qui peut prendre la forme d'une exagération banale, d'un grossissement de faits destinés à faire entendre un point de vue ou une revendication. Lors d'une recherche menée sur la violence en prison⁹, la question de la présence ou non de « caméras cachées » a été un thème de discussion récurrent entre détenus dans plusieurs établissements étudiés, certains affirmant qu'elles étaient cachées derrière leur armoire dans leur cellule. Quelques-uns ne voient plus dans la prison et la justice que machinations et guet-apens. La « tendance à la paranoïa » qui amène l'individu à interpréter l'ensemble de ses rapports sociaux sous un angle persécuteur, conduit à réduire leurs échanges avec autrui.

La fragilité du cadre carcéral a pour corollaire la fragilité des relations qui s'y déploient, entre les détenus en premier lieu. Dépourvues d'objet, elles sont aussi dépourvues de consistance et de stabilité. Les relations entre détenus apparaissent paradoxales : les détenus disent à la fois établir avec leurs codétenus de bonnes relations, les considérer comme un soutien et en même temps, ils désignent leurs codétenus comme la source principale de tensions et d'énervement. Dans l'univers de suspicion de la prison, ils ont du mal à bien connaître leurs codétenus, à leur faire confiance du fait de faux-semblants et de trahisons. Et la non fréquentation de certains détenus comme les « fous », les « pointeurs », les « toxicos », les « zombis », la « racaille » fait partie intégrante des modes d'évitement des situations dangereuses, elle figure comme le premier mode de protection passive mise en avant par près de la moitié des détenus. Domine aussi l'impression d'être entouré de « fous », de « gens pas nets », aux réactions inadéquates et bizarres ce qui renforce le sentiment d'insécurité.

Cette recherche a montré l'importance des effets de l'enfermement sur la violence ou sur des formes de violence institutionnelle liée à l'organisation structurelle de la prison alors que cette question de la violence tend à être individualisée, expliquée par l'augmentation du nombre de détenus considérés comme psychologiquement perturbés.

Une psychiatisation excessive ?

Des psychiatres eux-mêmes, tout en reconnaissant qu'il y a une augmentation du nombre des psychotiques en prison ou des troubles graves du comportement, mentionnent la tendance à tout *psychiatriser*.

« On nous donne de plus en plus d'importance même si on n'a pas plus de pouvoir. Ici tout est psychiatrisé, tout problème d'agression est une question psychiatrique, or c'est souvent un problème entre le surveillant qui a du mal à gérer et le détenu qui ne supporte pas un refus », dit un psychiatre du centre de détention.

Les personnels pénitentiaires eux-mêmes ont tendance à trop *psychologiser* les problèmes du fait de la mise en place de protocoles de prévention du suicide, des formations à la relation d'aide et de l'instauration de « psychologues des coursives »¹⁰ : ils adoptent un vocabulaire à dimension psy et qualifient les détenus de *psychotiques*, de *psychopathes*, de *paranos* ou de détenu à *tendance suicidaire*.

L'analyse de plusieurs situations semble révélatrice de cette psychiatisation de la prison, une forme d'évidence qu'il semble nécessaire de réinterroger. Lors de notre recherche dans une maison centrale, nous apprenons ainsi qu'un

détenu, Saïd, 31 ans, venait de se sectionner le sexe, une automutilation plutôt rare. Virginie, l'infirmière, est très choquée par la scène :

« En fait, c'est un détenu très perturbé. Il a déjà fait des séjours à Château-Thierry, Montfavet... Il n'avait pas sa place en détention. Il ne prenait plus son traitement. On a retrouvé 100 cachets en cellule. On ne peut pas vérifier la prise de médicaments. Le détenu est maintenant en HP. »

La situation semble claire : ce détenu n'avait pas sa place en détention. Il n'a pas suivi son traitement¹¹ et il en est venu à commettre ce geste terrible. D'autres témoignages comme celui de Rachid, un codétenu, donnent à voir le processus de dégradation :

« J'ai connu Saïd il y a dix ans en maison d'arrêt. J'ai vu le système qui l'a détruit. Il s'est retrouvé en maison centrale sécuritaire alors qu'il avait un profil de centre de détention. Il était habitué à la violence de la maison d'arrêt et il est rentré dans ce rapport de force. Il a agressé un gradé et il a été mis au QI de Fresnes pendant dix mois. Saïd était intelligent, instruit mais isolé du point de vue familial. Son état s'est dégradé avec les médicaments. Les médicaments, ça fait des dégâts. Puis il a été à Château-Thierry : huit mois en hôpital psy et il a atterri ici. Il avait peur de la sortie. Il me disait : « qu'est-ce que je vais faire quand je serais dehors ? » Sa famille n'en voulait pas. Il était désespéré. Depuis 15 mois, il faisait la navette entre le SMPR, Montfavet et la centrale. Il s'est tranché le sexe. C'était quelqu'un de violent mais pas méchant. C'est une réaction de désespoir. »

Saïd était, selon cet ami, un jeune « intelligent et instruit » mais violent. Son comportement rebelle l'a conduit à de nombreuses sanctions et à de longues périodes d'isolement, alors qu'il était déjà rejeté par sa famille. La prise de médicaments ainsi que plusieurs séjours en hôpital psychiatrique et UMD sont présentés ici comme ayant contribué à la perte de repères. Peut-on en conclure que « le système l'a détruit » comme le dit Rachid ou que des signes de fragilité étaient déjà apparents dans son comportement ? Les situations sont souvent complexes au croisement de tensions familiales, de vulnérabilités économiques, d'activités illégales, de violences (contre soi et contre autrui), d'addictions, voire d'antécédents psychiatriques.

« On peut alors se demander si la prison en panne de projet est en passe de se transmuier en institution "soignante" »

La présence fréquente de détenus *perturbés* et souvent perturbateurs interroge quant à la mission de la prison, mettant à jour les contradictions entre le système judiciaire qui considère les personnes comme responsables de leurs actes et l'institution carcérale qui s'avère dans l'incapacité de les « soigner et/ou punir »¹². On peut alors se demander avec Odile Dormoy¹³ si la prison en panne de projet est en passe de se transmuier en institution « soignante », devenant par là même le reflet d'une société malade de ses failles, de ses carences, de ses exclusions et qui veut se donner bonne conscience. La prison ne saurait en aucun cas être confondue avec une institution de soins, son cadre contraignant peut au contraire renforcer certaines pathologies. L'enfermement agit comme un révélateur de ces vulnérabilités et accélère le processus. Il produit une réaction, peut-être une réaction normale à une situation anormale.

⁶ Pour plus de détails, lire l'article de Senon J.-L., « Réglementation et structure de l'intervention psychiatrique dans la prison depuis la mise en place de la loi du 18 janvier 1994 », *Revue de Sciences criminelles et de Droit pénal comparé*, 1994, 3 : p. 509-521

⁷ Coldefy M., « La prise en charge de la santé mentale en 2003 », *Études et Résultats* n° 427, sept 2005 : p. 5

⁸ Furtos J., « La paranoïa sociale ordinaire et excessive », *Rhizome*, 2010 : p. 2-3

⁹ Chauvenet A., Rostaing C. & Orlic F., *La violence carcérale en question*, PUF, 2008. Chapitre II

¹⁰ Pour plus de détails, voir Rostaing C., « À chacun son psy. La diffusion des pratiques psychologiques en prison », *Sociologies pratiques*, 2008 : p. 81-94

¹¹ Le personnel médical ne vérifie plus la prise des « fioles », le traitement hebdomadaire ou mensuel est remis à chaque patient de façon à développer la responsabilisation du détenu.

¹² Dormoy O., « Soigner et/ou punir », *L'harmattan*, 1995 : p. 11-17

¹³ Dormoy O., *op. cit.*, p. 12

Gérard Laurencin

Psychiatre des hôpitaux
Pôle Psychiatrie et conduites addictives en milieu pénitentiaire
Centre hospitalier Gérard Marchant, Toulouse

Condition carcérale et souffrance psychique



« La diagonale du fou », Laurent Jacqua

Malgré certaines limites méthodologiques, de nombreuses études soulignent de longue date la fréquence élevée des pathologies psychiatriques en milieu pénitentiaire. Un grand nombre de troubles mentaux rencontrés en prison ne sont ni consécutifs à la privation de liberté, ni même simplement intercurrents à la détention. Des historiens discutent l'augmentation du nombre de personnes détenues présentant des troubles mentaux de même que le lien qui en est fait avec le mouvement de désinstitutionnalisation de la psychiatrie et la fermeture de nombreux lits, indiquant que de tout temps celui-ci a été important.

La population sous écrou reste à haut risque suicidaire. En dépit d'une tendance à la diminution du taux de suicides au cours de ces 20 dernières années, ce taux (17 pour 10 000 en 2011) reste un des plus élevés de l'Union européenne, à l'instar du taux de mortalité toutes causes confondues (40,5 pour 10 000). Il est possible, avec précaution, d'adjoindre à ces statistiques les tentatives de suicide ainsi que les comportements auto-agressifs (automutilations, etc.). À noter l'absence de travaux en France sur le suicide en détention et ses rapports avec les troubles mentaux.

Souffrance psychique, une maladie ?

Il est généralement admis que l'entrée en détention fait partie des événements de vie susceptibles d'induire une souffrance psychique. Cependant, peu d'études concernent la santé mentale ordinaire des personnes détenues ordinaires, alors que la souffrance psychique en milieu pénitentiaire est attestée ne serait-ce que par les observations quotidiennes des personnels soignants exerçant en milieu carcéral. Cette souffrance psychique se traduit souvent par de l'insomnie, un sentiment de tristesse, d'angoisse ; elle a un retentissement sur les liens sociaux et sur la santé physique des personnes.

En prison, se retrouvent généralement des personnes dans des situations complexes de vulnérabilité aggravées par l'incarcération. La population détenue est caractérisée par une surreprésentation des catégories sociales en grande précarité, sans travail, sans abris ou au logement précaire, sans soutien de l'entourage compte tenu de la dissolution ou de l'absence de liens familiaux, au niveau éducatif peu élevé, avec un faible recours au système sanitaire avant l'incarcération bien que présentant de nombreuses difficultés en matière d'addiction ou de santé mentale. La précarité socio-économique caractérise l'immense majorité des personnes détenues.

L'écrou, l'enfermement et le quotidien de la vie carcérale représentent des événements stressants, parfois constitutifs de véritables traumatismes psychoaffectifs. Les deux caractéristiques principales de l'incarcération sont la contention spatiale et la durée de cette mise à l'écart. La rupture d'un « certain » équilibre de vie, la perte des repères affectifs, familiaux, professionnels, environnementaux (interruption de la vie sociale habituelle et manque de contact avec la famille et les amis) entre en résonance avec la souffrance psychique de l'entourage. L'isolement avec l'extérieur de la prison est paradoxalement étroitement lié aux conditions de détention dans leur dimension humaine (promiscuité, manque d'intimité, surveillance) mais aussi matérielle (surpopulation, confinement, insalubrité...).

« L'incarcération est une rupture dans le cours du temps »

L'incarcération est une rupture dans le cours du temps. Le temps judiciaire est incertain. Le temps en milieu carcéral ne s'écoule pas de la même manière qu'à l'extérieur. La gestion du temps de détention n'appartient pas à la personne détenue. L'activité est rythmée par les contraintes du milieu (horaires d'ouverture de cellules, des repas, des promenades...) et de l'environnement (parloirs, extractions, jugements, activités,

visites diverses). Le manque d'activités majeure la sensation d'ennui et de vide. Le corps est malmené : manque d'activités physiques, mauvaise alimentation, abus de tabac et autres substances psychoactives licites ou non, confinement dans des espaces réduits, modifications du vécu sensoriel (restriction du champ de vision et développement de l'acuité auditive). Un contact physique peut être imposé (fouille à corps).

Les relations entre personnes détenues sont souvent basées sur des rapports de force, provoquant souvent un sentiment d'insécurité personnelle intense. Elles sont marquées par une sorte de hiérarchisation selon le délit ou le crime commis, selon l'origine géographique, voire ethnique. Elles renforcent la peur de la perte d'intégrité physique et psychique fréquemment rencontrée. La personne détenue est maintenue dans un état de dépendance et d'impuissance entraînant des effets déstructurants et infantilisans, pouvant majorer tension et violence internes et interférer avec sa capacité à mobiliser des ressources personnelles.

1 Article revue éthique, Lécu A., « De l'épreuve existentielle », M1, 2006 : p. 3

Souffrance psychique, quel soin ?

Une étude de la DREES en 2003 indique que si huit entrants en prison sur dix ont été jugés en bon état de santé général, un sur dix se voit prescrire une consultation spécialisée en psychiatrie. Le recours à la psychiatrie est dix fois plus important en milieu pénitentiaire qu'en milieu libre. Les symptômes alors constatés renvoient le plus souvent aux difficultés manifestes vécues et témoignent d'une souffrance psychique sans pour autant qu'une maladie mentale soit identifiable. Souffrance qu'Anne Lécu a qualifié de « souffrance existentielle secondaire à l'incarcération, à ses causes et à ses conséquences »¹.

La souffrance psychique et son expression peut ouvrir sur des soins au sens de prendre soin, montrer de l'intérêt. Force est de constater qu'en milieu pénitentiaire, le soin se résume très souvent au soin dispensé dans les structures sanitaires, au soin sanitaire. Certes, ce soin est rendu possible avec la compétence des personnels soignants, d'autant qu'ils acceptent de rejoindre la personne là où elle exprime sa souffrance et non uniquement au travers du filtre de ses référentiels professionnels. Ce soin est aussi rendu possible s'il s'inscrit dans le cadre sanitaire aux contraintes déontologiques respectées, ne serait-ce que le secret médical et l'indépendance des médecins, et aux exigences éthiques fortes. Contraintes et exigences loin d'être universellement partagées au sein d'un établissement pénitentiaire. Cadre spécifique qui permet une rencontre singulière avec certes un personnel de santé mais « venant de l'extérieur », cette qualité l'emportant parfois sur la compétence professionnelle.

« L'apaisement de la souffrance psychique ne se limite pas à une seule approche sanitaire de la personne, mais concerne l'ensemble des acteurs de son environnement. »

Ainsi, la médicalisation de fait de la souffrance psychique, voire sa psychologisation, conduit à tirer cette souffrance psychique du côté de la singularité individuelle au regard d'éléments de contexte que la personne détenue « n'assume pas ». Le risque est grand à ce qu'elle ne revienne à disqualifier le poids de ces éléments de contexte et à ne pas en prendre toute la mesure dans l'architecture, l'organisation et le fonctionnement d'un établissement pénitentiaire. Ce risque est un enjeu éthique fort pour les personnels de santé. En effet, l'apaisement de la souffrance psychique ne se limite pas à une seule approche sanitaire de la personne, mais concerne l'ensemble des acteurs de son environnement.

Pour conclure, nous reprendrons ce que l'on peut lire dans le Rapport de mission du Professeur Terra « Prévention du suicide des personnes détenues » publié en décembre 2003 : « Pour avoir une atmosphère propice à la prévention, le stress et l'anxiété des personnes détenues sont à réduire au maximum en particulier grâce à de bonnes relations entre les détenus et le personnel pénitentiaire, à des conditions de vie décentes, à l'assurance de ne pas être brutalisé, au maintien des liens familiaux ainsi qu'à des activités constructives et valorisantes ».



Pour aller plus loin...

Jean-Louis Terra

Professeur - Psychiatre
Responsable du service du SHU (Centre de Prévention du Suicide / Psymobile)
du Centre Hospitalier le Vinatier, Bron

Quels dispositifs et modalités de prévention ?

En France, les suicides en prison représentent 1% de l'ensemble qui survient chaque année. La dénonciation de ces chiffres par les médias est un excellent incitatif à la prévention, défi humain alliant des contraintes fortes et des opportunités.

La fabrique de la prévention doit faire face aux souffrances induites par les nombreux facteurs de risque des personnes détenues. À ceux-ci antérieurs à l'incarcération, se surajoutent, ceux qui sont liés au délit ou crime, ainsi que les événements de la vie carcérale, judiciaire et pénale. Mais souvent le fardeau de trop est constitué par les événements négatifs de la vie extérieure dont ils sont en partie exclus et auxquels ils assistent impuissants.

Malgré un contexte où le cloisonnement organisationnel est à la fois source de confidentialité et de danger, par le morcellement de l'information pertinente, de nombreux pays s'engagent avec des objectifs explicites et quantifiés pour réduire le nombre de décès par suicide.

La France en fait partie avec deux plans en 2003 et 2009. Le premier a permis une réduction de 20% en 2006 et 2007. Le second plan élaboré après une dégradation en 2008, a donné des résultats favorables jusqu'en 2014.

Parmi un cortège de nombreuses actions, la formation généralisée des personnels à l'intervention de crise suicidaire a été l'action la plus considérable complétée depuis 4 ans par la formation de codétenus de soutien dans une dizaine de prisons. Malgré des réserves légitimes, le milieu carcéral est certainement celui qui a la politique explicite de prévention la plus réelle et évaluée à ce jour en France.

Référence : Terra J-L., « Prévention du suicide des personnes détenues, évaluation des actions mises en place et propositions pour développer un programme complet de prévention », Rapport de mission à la demande du garde des Sceaux, ministre de la Justice et du ministre de la Santé, de la Famille et des Personnes Handicapées, décembre 2003, 222 p.

Nicolas VelutPsychiatre
Unité de la Souffrance Psycho-Sociale, CHU Toulouse

Qui veut aller en prison ?



Jacques Reynald

Cette question provocatrice semble appeler une réponse univoque, ferme et définitive, tant l'institution carcérale est pour le « commun des mortels » synonyme de culpabilité, de punition, d'opprobre moral et social, de honte et d'infamie. Il s'agit d'y être détenu, mis « au secret » et au rebut, enfermé entre de hauts murs qui sont censés ne laisser passer que le murmure du monde, croupir à l'ombre des barreaux pour méditer sur notre condition et purger pendant ce temps notre « dette à la société »...

Mais il semble que parfois aussi, ce lieu de relégation par excellence qu'est la prison soit aussi l'endroit où l'errance puisse trouver à s'ancrer, à s'apaiser, et nous connaissons certains suivis accidentés et tourmentés, déboussolés, qui semblent en définitive comme orientés par la recherche de ces murs solides, comme seul cadre à même d'apaiser l'angoisse qui sinon déborde. Il peut s'agir de pulsions masochistes qui trouvent là un débouché extrême, ou bien parfois au contraire de la recherche d'une structure tellement rigide et dure qu'elle pourrait seule faire barrage à des motions surmoïques encore plus tyranniques et dévastatrices. Ces trajectoires de vie ressemblent à des fuites en avant que rien n'arrête, chutes perpétuelles dans le vide comme pour échapper à un effondrement sur soi, mélancolique, qui continuellement guette, et que favorise le cadre social et urbain contemporain, successions de lieux de passages où n'existe aucun espace de vie où se signifier, quand on n'a pas de « chez-soi »... C'est comme si l'épaisseur des murs était pour certains la seule garantie d'un cadre qui tienne et dans lequel une parole puisse être proférée, supportée et entendue, générant éventuellement du lien et de l'étayage dans un monde qui serait alors tout à coup comme « remis à zéro », à nouveau orienté par des coordonnées imaginaires et pris dans la relation à l'autre, suffisamment solide et étayante pour qu'elle puisse produire des effets de subjectivation. Dans ce cas, c'est l'entrée en prison, et non la sortie, qui serait un nouveau départ : il s'agirait d'une nouvelle conception, non une renaissance !

« Parfois donc, la prison joue le rôle asilaire d'un lieu structurant et contenant, pouvant avoir dans des cas extrêmes de dé-structuration psychique des effets de remaniement des défenses, envers ceux pour qui la parole reste insuffisante à faire cadre. »

Parfois donc, la prison joue le rôle asilaire d'un lieu structurant et contenant, pouvant avoir dans des cas extrêmes de dé-structuration psychique des effets de remaniement des défenses, envers ceux pour qui la parole reste insuffisante à faire cadre. ... C'est ce qui semble avoir été le cas avec James¹, l'une des « figures de la rue » qui a longtemps été l'objet des préoccupations de l'EMSS². Cet homme croisé depuis très longtemps sans rien en savoir, se cachait derrière la violence : celle de la « rue », des groupes et des squats au milieu desquels il apparaissait sans se laisser approcher, et sa violence propre, émanant d'un état très dégradé, très « imprégné », d'un physique inquiétant d'ancien boxeur cassé, alcoolisé et multi-

consommateur, très abîmé tant au plan physique que cognitif, d'un comportement menaçant, jamais loin du coup de poing. C'est comme si James avait porté sur lui un message d'alerte « attention danger : ne pas s'approcher ! ». Tout en restant très visible à la rue (comme un signe imaginaire de sa présence), il semblait organiser son insaisissabilité ! Ce boxeur de la rue écorché vif, a néanmoins pu laisser tomber ses attributs répulsifs et son armure de gladiateur avec l'EMSS, à l'occasion d'une incarcération (la dernière d'une longue série), où l'équipe a pu, avec son accord préalable par courriers échangés, organiser quatre rencontres en un an. À l'intérieur de la prison, une fois franchis tous les barrages et répondu à tous les protocoles de sécurité, un contraste a été perceptible par l'équipe, entre le sentiment d'oppression ressenti émanant du cadre carcéral et la détente apparente d'un James radieux, plaisantant avec les gardiens, semblant se sentir « comme à la maison ». Progressivement, entre les visites et les courriers relativement fréquents, un échange et un véritable dialogue ont semblé possible et James est progressivement sorti de ses positions défensives jusque-là complètement bloquées, comme si les verrous carcéraux le protégeaient suffisamment pour qu'il se laisse aller à la rencontre, comme si l'omniprésence d'une institution aussi intrusive et pesante lui permettait de redéfinir les frontières, très troubles pour lui, entre intérieur et extérieur. L'accès effectif à cet espace de visite, n'étant plus vécu par lui comme une intrusion, libérait du même coup un espace psychique où l'introspection potentielle devenait possible et supportable, en miroir de la rencontre avec l'équipe ! Dans son courrier notamment, James se laisse aller jusqu'à employer des mots forts, montrant que l'EMSS est devenu un interlocuteur de confiance, comme une « famille » qu'il semble tout à coup capable de réinvestir, de créditer d'une confiance qui ne risque pas la trahison, dans le cadre d'une relation dont il semble capable d'accepter aussi les limites et les règles, faisant par là même exister ce cadre de parole hors les murs de la prison dont il est maintenant sorti (... non sans en avoir profité jusqu'à la dernière minute, car il a refusé la libération anticipée pour bonne conduite, et que son refus a été accepté par une administration qui n'a pourtant pas la réputation de disposer de beaucoup de place !). Aujourd'hui, ce lien semble tenir, suffisamment pour qu'il ait pu être « transmis » de l'EMSS à d'autres structures, ce qui a permis à James d'être actuellement logé en « appartement tremplin », mais aussi, sortant de ce jeu d'apparences terribles derrière lesquelles il se cachait, de vivre dans un cadre social suffisamment étayant pour qu'il puisse se projeter, choisir de se soigner (il a été orienté vers des soins d'addictologie), et même accepter des mesures de protection. Cette rencontre, un peu inouïe pour l'équipe a eu des effets pour James le boxeur : il a pu baisser la garde. Il n'est plus enfermé dehors...

L'histoire de James illustre ainsi comment le cadre, qui n'est jamais présumé à la rencontre, peut se créer en même temps que celle-ci, comme support d'un lien intersubjectif dont les effets, a priori insoupçonnés, n'en sont pas moins étonnants, dans des situations parfois désespérées et dans des lieux de désespoir qui ne sont pas moins inouïs !

¹ L'histoire de James a fait l'objet d'une communication d'Anthony Greiner à paraître en juin 2015 dans le N° 98 de la revue EMPAN, « À la frontière du soin, psychiatrie et précarité », Éditions Éres, Toulouse.

² L'Équipe Mobile Sociale et de Santé est l'un des services de la Veille Sociale du CCAS toulousain et intervient à la rue auprès d'un public très précaire.

Marianne Constanzo*Médiatrice de santé**Chargée d'étude Orspere-Samdarra sur la participation des usagers**à la gouvernance du Conseil d'Orientation en Santé Mentale de Marseille*

La prison mineure



Gregory Z.
Carnets d'Escales,
Centre Pénitentiaire
de Maubeuge

J'ai fêté pour mon malheur mes 14 ans en prison. J'ai commencé par la vieille prison familiale de Perpignan ensuite, Toulon, Marseille, Nîmes, Toulouse, Fleury-Mérogis, Fresnes et Rennes. Ma première détention était folklorique dans le 66. Tout d'abord, il n'y avait que deux cellules de six détenues. Les femmes s'accrochaient entre elles, sur les motifs de ma présence avec elles. Elles se battaient, certaines avaient le droit de m'approcher d'autres pas selon leurs critères de sélection.

Les femmes, des braqueuses voleuses, ainsi que les escrocs, m'ont transmis leurs expériences, les criminelles leur assurance et attitudes, toute la panoplie de la parfaite délinquante. Comment s'exprimer devant toute autorité, éviter de répondre aux questions, comment s'enfuir sans courir, etc... ? J'ai appris à prendre de l'assurance, et j'ai appris la violence, je l'ai subie également. Il y a des fois où j'étais paralysée par la peur. J'ai appris par force à la gérer avec entre autres l'isolement car je n'avais ni visites, ni courrier, je vivais avec un sentiment d'injustice qui m'apportait une colère et rage en permanence.

J'étais également une privilégiée, car aux yeux de mon jeune âge, j'avais droit à des denrées alimentaires, à du supplément, les surveillantes évitaient au maximum de me tenir enfermée, j'étais souvent en mouvement. Par l'organisme du G.R.E.T.A, jusqu'en 1987, j'ai passé des tas de diplômes, C.A.P et B.E.P de comptabilité et coiffure, le BAC C, licence et maîtrise de droit et langues étrangères (anglais, italien), beaucoup de sport et culture générale.

J'ai accouché à Fresnes d'une prématurée de sept mois, cela était violent car j'ai accouché dans ma cellule sur mon lit. J'ai été libérée 12 jours après. Comment s'intégrer dans un foyer auprès de « petites-filles » quand vous venez d'avoir un tel parcours, comment changer ses automatismes de survie (Comme s'asseoir toujours dos au mur face au monde, ne jamais prendre le même chemin quand on rentre à la maison, etc.) ? Comment avoir du discernement affectif ? Comment vivre la relation avec une société qui n'a fait que vous stigmatiser ? Comment se rétablir affectivement quand on se retrouve seul avec que des inconnus quel que soit l'entourage ? Moi je n'ai pas su !!! Cela m'a coûté beaucoup, j'ai commencé à michetonner, puis très vite, j'ai compris ma valeur et me suis mise à travailler, puis à boire quand les méandres de la société m'ont rattrapé.

J'ai eu du mal à m'équilibrer avec la dose de souffrance que je contenais, le rejet de la société et sa complexité m'avaient conduit à prendre la vie comme l'heure. J'allais dans le sens inverse des aiguilles d'une montre, ce qui même si vous remontez bien ne peut vous amener qu'à des marginalisations à conséquences périlleuses dans la société. J'ai toujours été un bon élément, même dans le revers de la médaille, j'ai toujours donné le meilleur de moi-même.

Caroline Protais

Sociologue post-doctorante
CERMES 3 et Centre Maurice Halbwachs¹

La responsabilisation des malades mentaux criminels en France : origines et conséquences

Depuis la fin des années 1990, les experts psychiatres français sont fortement critiqués. Un rapport ministériel dirigé par Pierre Pradier en 1999 affirme que les non-lieux pour cause de trouble mental auraient été divisés par dix depuis les années 1980. Il impute ce phénomène aux experts psychiatres chargés d'évaluer la responsabilité des personnes en lien avec un trouble mental. En 2004, l'étude épidémiologique de Bruno Falissard et Frédéric Rouillon estime que le nombre de personnes présentant des troubles « psychotiques » représente 24 % de la population carcérale. Un certain nombre de psychiatres, journalistes et magistrats dénoncent la déontologie de ces experts « responsabilisants » qui cautionneraient le dépérissement des fous en prison. Si nous allons montrer et tenter d'expliquer que la tendance actuelle est effectivement à « responsabiliser » la majorité des malades mentaux criminels, il serait toutefois abusif d'imputer le nombre de personnes présentant des troubles psychotiques en milieu carcéral aux seuls experts.

La responsabilisation, un état de fait

Les statistiques officielles du ministère de la justice témoignent en effet d'une chute réelle des décisions d'irresponsabilité pour cause de trouble mental (par recours à l'article 122-1 alinéa 1²) depuis 1984 – même s'ils ne confirment pas la division par dix annoncée par le rapport Pradier.

Plus encore, un travail d'archives mené sur 270 expertises³ montre une restriction du champ de l'irresponsabilité depuis les années 1950. À cette époque, toutes les personnes présentant une psychose, quelles que soit ses manifestations symptomatiques et l'étape dans laquelle elle se trouvait (décompensée ou stabilisée), étaient estimées irresponsables par les experts. Les désaccords entre certains professionnels préconisant l'application de l'article 64 et d'autres ne l'envisageant pas concernaient essentiellement des individus présentant des troubles du comportement. À l'inverse, dans les années 2000, seuls les individus présentant des troubles psychotiques clairement décompensés peuvent candidater à l'article 122-1 alinéa 1. Et encore : ce sont ces mêmes cas qui divisent aujourd'hui les experts, certains s'opposant même idéologiquement au principe d'irresponsabilité pour cause de trouble mental.

Une solution qui mêle des intérêts contradictoires

Comment expliquer cette tendance responsabilisante ? Dans un premier temps, elle est sous-tendue par un discours mêlant des arguments humanistes, thérapeutiques, mais également plus sécuritaires où se croisent les intérêts du malade, ceux de sa victime et de la société. Ses bases ont été posées par les psychiatres « désaliénistes »⁴ des années 1950, mais il émerge véritablement dans les années 1970, porté par des professionnels inspirés des théories critiques de la psychiatrie.

« La tendance actuelle est à « responsabiliser » la majorité des malades mentaux criminels. »

Ce discours s'oppose à l'article 64 à plusieurs égards. D'une part, la solution de l'irresponsabilité pour cause de trouble mental excluait le malade du parcours pénal. Elle conduirait également à un internement de long court, alors que l'hôpital psychiatrique est conçu par cette génération de professionnels comme un outil de rejet social et de chronicisation du sujet⁵. À l'inverse, la reconnaissance de responsabilité via le procès permettrait d'humaniser le malade en le reconnaissant comme un sujet de droit - et donc comme faisant partie de la société -, de ne pas l'exposer à une longue hospitalisation jugée aliénante, et de l'inscrire dans la psychothérapie⁶. Ce type de discours valorise effectivement une dimension thérapeutique de la sanction qui serait perçue comme dissuasive et rééducative, mais également – pour certains experts interprétant les théories lacaniennes très en vogue à l'époque – comme permettant de favoriser l'accès au symbolique que le malade abolit dans la psychose. Enfin, l'article 64 ne permettrait pas une prise en compte des intérêts de la victime et de la société, et notamment de leur droit à être protégées de la dangerosité de certains malades et d'être réparées du crime subi⁷.

¹ Cet article est issu du travail de thèse de l'auteur soutenue à l'EHESS en 2011 intitulée : « Sous l'emprise de la folie : la restriction du champ de l'irresponsabilité psychiatrique en France (1950-2007) ».

² « 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 ». Cet article, adopté en 1992 et entré en application en 1994, vient remplacer l'article 64 du code pénal de 1810 : « Il n'y a ni crime ni délit, lorsque le prévenu était en état de démence au temps de l'action, ou lorsqu'il a été contraint par une force à laquelle il n'a pu résister ».

³ Nombre de personnes sur lesquelles les experts ont posé un diagnostic psychiatrique.

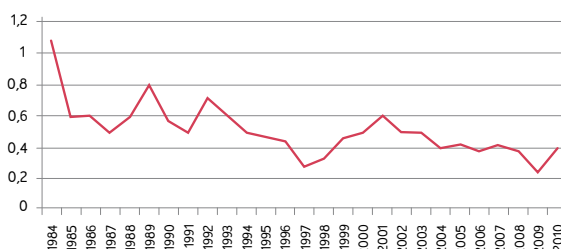
⁴ Terme utilisé et défini pour la première fois par Lucien Bonnafé en 1946 au congrès des médecins aliénistes de langue française.

⁵ Voir par exemple sur ce point : Angelergues R., Diatkine R. & Paumelle R. « La situation et les fonctions des médecins dans un organisme psychiatrique de secteur », *L'Information psy*, vol. 48, n° 10 : pp. 997-1002; Bonnafé L. & Guillaud L. « Essai d'interprétation du fait psychiatrique selon la méthode historique de K. MARX et F. ENGELS », *L'évolution psychiatrique*, 1948, vol.13, n° 4 : p. 75-105

⁶ L'article de Jacquot J.-P. « Démence au moment des faits, démence lors du jugement », *Psychiatrie française*, 1978, vol 9, n° 4 : p. 64-68, est un bel exemple de ce type de conceptions.

⁷ Pour illustrer ce point voir l'ensemble des articles de Philippe Rappard.

Évolution des décisions d'irresponsabilité pour cause de trouble mental (1984-2010)





Pascol G

Carnets d'Escales,
Centre Pénitentiaire
de Maubeuge

Un phénomène pluri-factoriel

Cette mouvance s'enracine dans des éléments ayant trait à l'évolution de la psychiatrie et à son positionnement dans l'espace social.

Le mouvement de responsabilisation des malades mentaux repose d'abord sur un processus de banalisation de la psychose et de la personne qui en est atteinte à l'œuvre durant toute la seconde partie du XX^e siècle. Sans entrer dans des considérations théoriques trop longues, nous signalerons simplement que l'approche phénoménologique diffusée en psychiatrie à partir des années 1950, la mode psychanalytique des années 1960-70-80, et à présent les nouvelles classifications internationales, contribuent à réduire la distance ontologique séparant l'individu atteint des troubles mentaux des autres membres de la société. L'évolution des expertises en témoigne : le malade mental criminel n'est plus considéré comme un être déterminé par sa pathologie comme dans les années 1950. Dans les années 1970, il devient quelqu'un dont la folie est compréhensible et explicable au reste de la société. À partir des années 1990, il dispose d'un nombre toujours plus important de capacités préservées malgré ses troubles mentaux. Si la personne présentant des troubles psychotiques se rapproche progressivement de la catégorie du « même », pourquoi devrait-elle donc continuer à être considérée comme irresponsable et donc différente ?

Le deuxième élément intervenant dans la tendance responsabilisante est l'ouverture des structures psychiatriques et la réduction toujours plus importante du nombre de lits d'hospitalisation à partir des années 1980. Ce phénomène rend les experts plus précautionneux dans l'examen des possibilités de prise en charge des malades mentaux présentant des conduites antisociales.

Le troisième élément intervenant dans cette évolution est le rapport que la psychiatrie entretient à la critique sociale. Dans les années 1950, les désaliénistes étaient dépositaires d'une critique de l'institution les conduisant à rejeter toutes les techniques et méthodes thérapeutiques pouvant être associées à des activités aliénant le malade. La déresponsabilisation (sur un plan pénal) était perçue dans ce contexte comme l'une d'elles.

Dans les années 1970, les critiques sociales de la discipline et de la profession deviennent plus radicales. Les psychiatres y participent encore en la partageant avec des penseurs prove-

nus des sciences humaines. L'asile et le savoir psychiatrique font l'objet d'une critique acerbe, ce qui laisse comme seul recours la psychanalyse (*a fortiori* lacanienne) et une pratique de secteur ouverte sur la cité. C'est dans ce contexte que la solution de l'hospitalisation à laquelle aboutit un non-lieu psychiatrique peut être rejetée et la dimension thérapeutique de la sanction pénale promue.

À partir de la fin de cette décennie, la contestation prend un aspect contradictoire qui échappe progressivement à la profession. D'un côté, les usages politiques de la psychiatrie sont fortement critiqués avec la médiatisation de son utilisation en ex-URSS : elle pouvait effectivement servir à contrôler des individus dans un pouvoir autoritaire. De l'autre, le psychiatre est de plus en plus accusé dans la prévention de crimes commis par des malades mentaux⁸ : on lui demande donc paradoxalement d'exercer ce contrôle. Ceci contribue à l'installer dans une posture défensive consistant à limiter les mandats sociaux qui lui sont attribués pour se protéger de la critique. Se prémunir de la prise en charge des malades criminels en ne préconisant plus l'application de l'article 64, devient un moyen : de rejeter un rôle ayant servi en ex-URSS à neutraliser les dissidents du régime⁹, tout en se déchargeant du problème de la récidive.

Dans les années 1990, la sensibilisation du psychiatre à la dangerosité de certains patients ainsi qu'à la cause de leurs victimes va croissante avec la médiatisation d'une série d'affaires. Celle de Romain Dupuy qui a tué deux infirmières à Pau en 2004 est emblématique : elle vient réinterroger les conditions de prise en charge des malades mentaux dans une France sidérée par l'horreur d'actes que les victimes ne veulent pas voir aboutir à une irresponsabilité pénale.

« L'approche phénoménologique diffusée en psychiatrie à partir des années 1950, la mode psychanalytique des années 1960-70-80, et à présent les nouvelles classifications internationales, contribuent à réduire la distance ontologique séparant l'individu atteint des troubles mentaux des autres membres de la société. »

Au fur et à mesure que la critique passe du camp des psychiatres à celui de la société, la responsabilisation change de visage : si dans les années 1970, elle mobilisait l'humanisme et la thérapeutique, elle est davantage justifiée depuis les années 1990 par un discours banalisant l'individu atteint de psychose et questionnant les possibilités de traitement des malades mentaux criminels en France.

Épilogue

Toutefois rendre les experts entièrement responsables de la présence des malades mentaux en prison relève du raccourci, tant une somme de facteurs diversifiés interviennent également dans cet état de fait. Un tiers des détenus relèvent de la détention provisoire, ils n'ont donc pas encore fait l'objet d'une décision judiciaire suite à une expertise psychiatrique. 74 % des détenus sont jugés en correctionnel où ce type d'expertise n'est pas obligatoire, *a fortiori* en comparution immédiate. Si la responsabilisation des criminels présentant des troubles mentaux est un phénomène notable dans la seconde moitié du XX^e siècle, on estime que l'avis d'un expert psychiatre ne joue pas dans plus de 40 % des cas présents en prison.

⁸ En témoin par exemple l'affaire Tasaroff aux États-Unis, médiatisée en France, où il est reproché à un psychiatre de ne pas avoir signalé un patient ayant des intentions meurtrières à l'égard de sa petite amie (qu'il a tuée par la suite).

⁹ Léonid Plioutch, mathématicien ukrainien dissident au régime soviétique a par exemple été jugé et déclaré irresponsable par deux experts psychiatres et interné dans un hôpital psychiatrique durant quatre ans. Il est libéré sous la pression de la communauté internationale le 8 janvier 1976.

Betty BrahmyPsychiatre, praticien hospitalier
Contrôleur au contrôle général des lieux de privation de liberté

Bilan et perspectives des UHSA



Jacques Reynald

Historique

La loi n° 2002-1138 du 9 septembre 2002 d'orientation et de programmation pour la justice a prévu dans son article 48 : « l'hospitalisation avec ou sans son consentement d'une personne détenue atteinte de troubles mentaux est réalisée dans un établissement de santé, au sein d'une unité spécialement aménagée ».

La décision de construire un dispositif spécifique pour les personnes détenues présentant des troubles psychiatriques a été prise parce que la majorité des psychiatres exerçant dans les secteurs de psychiatrie adulte avaient à maintes reprises signalé leur souhait de ne plus accueillir de détenus dans le cadre de l'article D 398 du code de procédure pénale¹. Par ailleurs, les conditions de prise en charge des détenus dans ce cadre dans les services de psychiatrie n'étaient pas satisfaisantes : séjour du patient-détenu dans une chambre d'isolement durant tout son séjour, absence de mise en œuvre des droits fondamentaux des personnes détenues (accès au téléphone, visites, etc.).

Le programme de construction envisageait la construction de 705 places. L'arrêté du 20 juillet 2010 fixe la liste des neuf Unités Hospitalières Spécialement Aménagées (UHSA) de la première tranche (soit 440 places) avec leur établissement de santé de rattachement et leur compétence. La première UHSA a ouvert en mai 2010 à Lyon, dans l'enceinte de l'hôpital du Vinatier. D'autres UHSA ont vu le jour à Orléans, Villejuif, Rennes et Seclin portant le nombre de places actuelles à 380. Deux autres UHSA sont prévues : l'une à Cadillac en Gironde et la seconde à Marseille. Une deuxième tranche de neuf unités correspondant à 265 places est envisagée. Leur implantation et leur capacité sont encore à l'étude.

Mise en place et fonctionnement

Les travaux préparatoires et comités de pilotage ont abouti à la rédaction d'un cahier des charges relatif aux UHSA sous la forme d'une circulaire DHOS du 16 juillet 2007 puis de l'arrêté du 11 février 2011 (paru au Journal Officiel du 10 mars 2011).

La conception architecturale des UHSA prend en compte les contraintes de leur utilisation tout en créant un environnement favorable aux soins. Certaines ont fait appel à des architectes renommés afin de créer un espace de conception nouvelle (Nancy, Orléans, Toulouse...).

Il est possible d'admettre à l'UHSA un patient aussi bien en soins libres que sur décision du représentant de l'État. Cette possibilité élargit considérablement les possibilités de soins². Par ailleurs, les UHSA reçoivent des patients hommes, femmes et mineurs. Les admissions peuvent se faire en urgence, ce qui allège la situation des personnels (soignants et pénitentiaires) dans l'établissement d'origine. La loi du 5 juillet 2011 relative au contrôle systématique des mesures d'admission sans consentement par le juge des libertés et de la détention s'applique dans les UHSA.

Cependant, dans l'attente de la finalisation des deux tranches du programme UHSA, les hospitalisations au sein des établissements de santé restent possibles dans le cadre de l'article D398 du CPP, ce qui crée une inégalité de prise en charge sur l'ensemble du territoire.

Les UHSA offrent des soins de qualité dans un environnement adapté à la population accueillie. Elles permettent aux patients-détenus de séjourner le temps nécessaire à leur état clinique dans un lieu de soins offrant un confort d'hébergement et l'accès à leurs droits fondamentaux : téléphone, visites, promenade, tabac... De plus, le projet de soins individualisé offre dans chaque UHSA une large palette d'activités thérapeutiques.

Quelle évaluation ?

Au moment de la mise en place, la première critique du dispositif a été émise par les psychiatres de secteur adulte, pourtant à son origine. Elle concerne son coût qui aurait détourné de leurs services selon les psychiatres l'argent public dans ces périodes d'économies budgétaires. Certains ont abordé les questions sécuritaires que poserait la présence de personnes détenues au sein d'un établissement hospitalier. Il faut également évoquer la distance entre le lieu d'incarcération d'origine – où vivent les familles et les proches – et l'UHSA qui crée des difficultés pour les parloirs et donc le maintien des liens familiaux.

Une critique argumentée a été faite par l'association des secteurs de psychiatrie en milieu pénitentiaire (ASPMP) dans un communiqué daté du 29 mars 2003. Elle rappelle le coût des UHSA, le fait que « les UHSA vont à l'encontre des tendances politiques actuelles (conférence de consensus sur la prévention de la récidive) », énonce le « risque d'une filière ségrégative et d'une incitation à l'incarcération des malades mentaux du fait d'un dispositif complet de soins en prison ». Elle demande, comme cela avait été prévu dans la circulaire de mars 2011, une évaluation financière et organisationnelle de la première tranche avant de s'engager dans la seconde.

En conclusion, la mise en œuvre des UHSA a été difficile du fait des difficultés à installer un nouveau dispositif. Malgré tout, suite aux visites effectuées par le Contrôleur général des lieux de privation de liberté, il apparaît que les UHSA améliorent considérablement la prise en charge des personnes détenues présentant des troubles psychiatriques.

Cependant, il est justifié de procéder à une évaluation du dispositif avant de commencer la construction de la seconde tranche. Toutefois, celle-ci s'avère nécessaire afin que l'ensemble de la population pénale puisse bénéficier des avancées offertes par les UHSA.

¹ Celui-ci dispose : « les détenus atteints de troubles mentaux visés à l'article L 3214-3 du code de la santé publique (CSP) ne peuvent être maintenus dans un établissement pénitentiaire. Au vu d'un certificat médical circonstancié et conformément à la législation en vigueur, il appartient à l'autorité préfectorale de faire procéder, dans les meilleurs délais, à leur hospitalisation d'office dans un établissement de santé habilité au titre de l'article L 3214-1 du CSP. Il n'est pas fait application à leur égard de la règle posée au second alinéa de l'article D 394 concernant leur garde par un personnel de police ou de gendarmerie pendant leur hospitalisation ».

² Le premier groupe de travail avait envisagé également des admissions à la demande d'un tiers, ce qui n'a plus été retenu par la suite.

Eve Bécache

Psychiatre, praticien hospitalier
 Responsable de l'UHSA Simone Veil
 Pôle santé mentale des détenus et psychiatrie légale, Centre Hospitalier le Vinatier, Bron

Entretien avec Eve Bécache, Psychiatre à l'UHSA



Jacques Reynald

Rhizome : *Pouvez-vous nous situer le contexte de l'ouverture de l'UHSA ?*

Eve Bécache : Nous avons ouvert en mai 2010. Le postulat des Unités Hospitalières Spécialement Aménagées (UHSA), c'est de permettre une hospitalisation librement consentie aux personnes détenues, ne pas limiter la durée d'hospitalisation pour des raisons sécuritaires, et surtout, leur proposer des conditions d'hospitalisation dignes. Avant 1994, les médecins intervenant en prison étaient nommés par le Ministère de la Justice. Depuis, nous dépendons du Ministère de la Santé. L'UHSA vise à être un service hospitalier standard, ou en tout cas le plus standard possible, qui se cale sur le fonctionnement de l'hôpital ordinaire, avec des murs pénitentiaires, ce qui évite la présence des surveillants dans les services de soins. Nous faisons de la médecine, avec un projet médical qui nous appartient. Patient détenu ne signifie pas patient dangereux. Le postulat de base de l'UHSA, c'est l'égalité face aux soins. Notre durée moyenne d'hospitalisation est d'environ 70 jours, comme le reste de l'hôpital. Nous ne sommes pas limités, parce que les murs suffisent pour la sécurité.

R : *Avez-vous de bons rapports avec l'administration pénitentiaire ?*

EB : Nous sommes soignants. On a toujours une référence médicale. Notre référence administrative n'est pas l'administration pénitentiaire mais la santé. C'est une structure à double tutelle (justice à 15 %, santé à 85 %), mais chacun a sa place. Il ne faut pas se confondre. Quand nous soignons en prison, nous sommes prestataires de service à l'intérieur, tandis que là, nous sommes chez nous. Ca change tout.

R : *Au niveau du soin en lui-même, est-ce que cela change ?*

EB : Non, c'est un service de psychiatrie le plus ordinaire possible. Cependant, nous n'avons pas la même clinique. Nous sommes un service qui offre des soins ordinaires à des gens qui ont comme dénominateur commun d'être condamné ou prévenu d'un passage à l'acte. Nous, accueillons plus de 80 % de schizophrènes mais également des états limites et des troubles bipolaires. Nous n'avons pas beaucoup de névrosés.

R : *Quel est le profil des personnes que vous soignez ici ?*

EB : Il y a des gens extrêmement démunis. Par exemple, plus d'un tiers de nos patients touchent l'indigence. Il y a une surreprésentation de personnes en situation de grande précarité, qui cumulent la maladie mentale, l'isolement social, la délinquance, et souvent la toxicomanie... Dans les condamnés, on constate une surreprésentation des comparutions immédiates, qui sont malades mentaux et qui sont passés à travers les mailles de l'expertise. 39 % de nos patients ont commis des actes criminels avec une surreprésentation d'agression aux personnes. Certains d'entre eux encourent une irresponsabilité pénale car du fait de leur maladie mentale, ils ont commis des actes gravissimes sur le plan médico légal.

R : *Dans votre clinique, vous vous appuyez là-dessus ?*

EB : On ne peut pas passer à côté. Ça fait partie de l'histoire du sujet s'il a tué quelqu'un. Autant un somaticien peut écouter les bruits du cœur sans savoir ce qui a conduit en prison, autant nous, on ne peut pas. Sinon on passe à côté de cet événement de vie, et de l'individu. On travaille donc à partir des actes, et ça un impact sur les soignants, sur la vie institutionnelle.

R : *Les détenus sont-ils isolés ?*

EB : Cela dépend. Déjà pour nous, ce sont des patients, pas des détenus. On a trois unités, avec trois fonctionnements différents. Dans l'unité d'accueil et d'observation, qui est une unité de crise, les chambres sont fermées et ils vont en promenade, accompagnés. Dans l'unité de vie collective, qui est la préparation à la sortie, toutes les portes sont ouvertes, ils vivent ensemble, on est dans un service ordinaire. Et la troisième unité, c'est l'unité de soin individualisé, où les portes des chambres sont à certains moments de la journée ouvertes. Il y a des hommes, des femmes, des mineurs, donc des temps d'ouverture spécifiques. Les activités mixtes se passent en présence de soignants. Ce sont des gens plus déprimés, ce ne sont pas des patients qui sont en proie à des hallucinations massives, qui sont très agités ou qui ont besoin d'un cadre très contenant.

R : *Les patients sont bien ici alors ?!*

EB : Les patients sont bien... Mais ils veulent retourner en prison ! On imaginait qu'ils ne voudraient pas repartir. Mais paradoxalement la prison, c'est un peu la maison, parce que chez nous, on ne peut pas fumer. C'est l'hôpital, donc on ne fume pas dans la chambre. En prison, ils fument dans leur cellule et le plus souvent peuvent se faire à manger. Chez nous ils mangent le plateau de l'hôpital...

R : *Les personnes qui sont ici ont-elles leur place en prison ?*

EB : La question de leur place en prison est une question judiciaire et de société. On ne peut pas répondre à cette question de façon univoque. Il y a quand même eu une dérive sécuritaire depuis quelques années. Mais nous, les gens que l'on soigne sont des personnes détenues qui relèvent de l'hôpital psychiatrique à un moment ou un autre de leur incarcération. On essaie d'être un service de psychiatrie ordinaire. Ceci étant, nous accueillons des gens malades, qui peuvent avoir commis des actes très graves, et cela a un impact sur les soignants. On a des gens qui sont dans la déliaison sociale, psychique, dans une clinique du paradoxe... Cela impacte les équipes. Il y a une violence qui n'est pas agie dans le service mais qui a été agie. Et nous en sommes quand même atteints. Nous faisons du soin de réanimation psychique face à cette clinique très mortifère. Il faut rester vivant pour rester thérapeutique et porteur de projet. Il ne faut pas oublier qu'un jour, nos patients seront libres.

Thomas Bosetti

Psychiatre, Assistance Publique Hôpitaux de Marseille - SMPR de la maison d'arrêt de Marseille
 Association Habitat Alternatif et Social sur le programme de « recherche action Un chez soi d'abord »

De l'impasse de la guérison à la possibilité du rétablissement



« À une condition », Judith Lesur

1 Le lancement du programme de recherche national « Un chez soi d'abord » à Marseille constitue une incarnation de cette mise en réseau par la naissance d'une équipe pluridisciplinaire sanitaire et sociale et constituée des travailleurs pairs. Le dispositif permet un accès direct au logement via le dispositif d'intermédiation locale, l'équipe accompagne les dynamiques du rétablissement sans condition préalable de réduction des consommations ou de prise de traitements médicamenteux. Cette équipe accompagne 100 personnes parmi les « patates chaudes » des institutions de soins psychiatriques et d'accompagnement médico-social de la ville.

2 Le prénom, les dates et les données biographiques ont été modifiés.

3 Les plans de rétablissement et plans d'intervention ont été mis en place par les équipes d'Assertive Community treatment (traitement communautaire dynamique pour les francophones). Ils permettent de mener une discussion avec la personne accompagnée de manière à repérer les buts qu'elle souhaite atteindre, de faire le bilan de ses forces et des ses barrages pour planifier des étapes intermédiaires en vue de les réaliser et de pouvoir mesurer les progrès réalisés à chaque étape.

4 Conseiller d'insertion et de probation qui accompagne l'exécution de la peine et prépare la sortie.

Cet article propose de porter un regard croisé sur l'accompagnement des personnes atteintes de troubles psychiatriques sévères au sein de deux institutions de soins que sont le service médico psychologique régional (SMPR) de la maison d'arrêt des Baumettes et le programme « Un chez soi d'abord » à Marseille¹. Le SMPR s'inscrit dans une filiation historique du secteur ce qui a permis de faire entrer le soin et la société civile instituée dans la maison d'arrêt depuis 1994. Le programme de recherche « Un chez soi d'abord » est un dispositif de santé mentale qui propose des soins orientés vers le rétablissement. Cette technique d'accompagnement trouve son origine dans la rencontre des mouvements des usagers et de certaines équipes ambulatoires issue de la période désinstitutionnalisation en Amérique du Nord. Ces équipes fonctionnent selon une organisation horizontale, intègrent des travailleurs pairs, et promeuvent la création de groupes d'auto-soutiens. Les professionnels œuvrent dans la cité et tentent de construire avec les personnes accompagnées un plan de rétablissement en vue de reprendre le pouvoir sur leur vie dans l'ensemble des domaines qu'elles jugent pertinent. Les savoirs expérientiels des personnes accompagnées sont valorisés dans la relation d'aide afin d'élaborer des stratégies pour faire face aux difficultés dans la réalisation de leur désir.

Bien que l'équipe du SMPR ne se situe pas dans le champ du rétablissement, la pratique à la maison d'arrêt est contaminée par cette clinique particulière. La situation qui suit va tenter de l'illustrer.

D'une représentation désespérée de la situation d'un patient...

Pendant sa dernière incarcération Frantz² a été hospitalisé au SMPR puis suivi sur le dispositif du CATT (Centre d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel) qu'il investit de manière adhésive. Sa situation a été évoquée à plusieurs réunions d'équipe. Ces synthèses attaquent jusqu'au lien dans l'équipe

tant le patient incarne la figure du psychotique caractériel qui se chronicise dans l'institution. Les perspectives de vie hors la détention paraissent insurmontables. Il est bientôt libérable, n'a pas de papier, pas de ressource. Bien que stabilisé, la piste de l'hospitalisation à la sortie est envisagée. Au cours de sa dernière hospitalisation dans son secteur il a frappé une infirmière, aussi, l'hôpital qui doit l'accueillir envisage de décider par tirage au sort le secteur qui le prendra en charge. L'équipe du SMPR discute alors une hospitalisation sous contrainte pour forcer l'hôpital à accepter le patient.

La situation n'est pas abordée avec le patient qui asphyxie les soignants de demandes très pragmatiques : vérifier son pécule, établir une liste des cantines, le dépanner de benzo-diazépine, qu'on l'hospitalise. La clinique de la situation nous permet de formuler l'hypothèse que les demandes très carcérales de Frantz sont un leurre qui a pour fonction de nous protéger de notre impuissance à organiser quelque chose pour lui à sa sortie. Nous tombons d'accord pour nous attaquer à ce problème avec lui dans le mois qui reste avant sa sortie.

... à l'ouverture du champ des possibles pour une personne

Ainsi, nous lui faisons part de notre inquiétude pour sa sortie proche et l'invitons à écrire ensemble un *plan de rétablissement*³.

Nous évoquons au cours de l'entretien le SIAO (Service d'Information d'Accueil et d'Orientation) qui coordonne un projet d'accès et de maintien dans le logement pour les personnes incarcérées qui cumulent le plus de vulnérabilités psychosociales.

Nous évoquons aussi l'EMPP-MARSS (Équipe Mobile Psychiatrie Précarité - Mouvement et Action pour le Rétablissement Sanitaire et Social) qui est à l'initiation du programme « Un chez soi d'abord et tente » de promouvoir les soins orientés vers le rétablissement sur le territoire.

À l'issue de la rencontre nous proposons de résumer la situation aux différents acteurs de la prise en charge qu'on repère pendant l'entretien. Frantz participe à l'écriture et est d'accord pour qu'on envoie ce mail (Cf. encadré) aux médecins et infirmiers référents des soins ambulatoires et du temps plein et à l'assistante sociale du service, à son CIP⁴, à la coordinatrice du SIAO et à l'EMPP-MARSS.

Par la suite, Frantz rencontre en détention un psychiatre de l'EMPP. Notre confrère le trouve trop sédaté et lui demande de baisser ses traitements afin de pouvoir entamer ses démarches à l'extérieur. Le lien est fait et ils conviennent ensemble d'un suivi avec mise à l'abri à l'hôtel. À ce jour Frantz est toujours en lien avec cette équipe. Sa mère est venue de la Guadeloupe l'aider dans ses démarches.



Bonjour

Nous connaissons Frantz depuis juin 2008, jeune homme de 25 ans incarcéré à quatre reprises depuis cette date.

Ce Monsieur cumule plusieurs vulnérabilités psychosociales :

- Sans domicile: sa mère, son beau-père et ses frères sont en Guadeloupe depuis cette année.
- Sans papiers: il n'a pu à ce jour renouveler son titre de séjour. À noter que la filiation à un père français n'a pas été reconnue à ce jour. La CIMADE est sur le coup.
- Pathologie psychiatrique sévère: 16 hospitalisations au SMPR, suivi intensif en ambulatoire.

Nous avons une bonne qualité de relation avec ce patient qui prend part activement au soin. Cependant, nous mesurons à ce jour les limites de nos interventions thérapeutiques, notamment de notre difficulté à construire un projet cohérent pour le patient en relais de l'incarcération. L'hypothèse d'une hospitalisation libre dans son secteur est avancée bien que jugée non satisfaisante par le patient et l'équipe du SMPR. Il semble qu'un suivi de type «Un chez soi d'abord» serait le plus adapté. Malheureusement les inclusions dans ce dispositif sont au point mort. Le projet d'accompagnement des sortants de prisons coordonné par le SIAO est dédié aux personnes placées sous main de justice en aménagement de peine, ce qui n'est pas le cas de Frantz.

J'ai évoqué la situation de Frantz auprès de l'EMPP (Équipe Mobile Psychiatrie Précarité) qui serait d'accord sur le principe d'un accompagnement. Un hébergement provisoire à même été envisagé, mais sa disponibilité est incertaine. De plus l'équipe a besoin d'être soutenue sur le plan de l'accompagnement social. Mme Z. Cip à la maison d'arrêt se propose d'organiser le tuilage de sa prise en charge à l'extérieur. L'équipe du SMPR serait d'accord pour participer activement au relais.

Du côté des forces de Frantz (discutées ce jour):

- Il veut une adresse et souhaite participer activement à un projet de sortie.
- Il est en bonne santé.
- Bien qu'à distance, sa famille l'aide financièrement et soutient un projet d'accompagnement en ambulatoire.
- Il est prêt à participer financièrement à sa mise à l'abri en hôtel si nécessaire.
- Il peut consentir à une hospitalisation libre le temps qu'un autre projet se mette en place.

À l'avenir il souhaiterait:

- Pouvoir rendre visite à sa famille, voire s'installer en Guadeloupe.
- Faire un voyage au Sénégal pour rendre visite à sa famille.

[...]

Frantz est d'accord pour qu'une rencontre puisse avoir lieu avant sa libération avec les différents professionnels qui le souhaiteraient.

Dans cette situation clinique tant qu'on ne s'était pas enrichi des rêves de la personne et qu'on n'avait pas considéré le réseau de santé mentale dans sa globalité nous ne proposons qu'un double rejet d'exclusion et d'enfermement qui avait des conséquences directes sur notre relation avec le patient. Celui-ci s'enfermait dans les stéréotypes propres à notre service de soin. L'ouverture du champ des possibles a radicalement changé sa présentation et le regard porté sur lui par les professionnels. Cela a entraîné une modification de la clinique en formulant une hypothèse de travail décentré des problématiques carcérales mais ouverte à celles de la cité. Par ce geste, les conflits ne sont pas essentialisés par les symptômes ou la maladie mais sont discutés dans le contexte des alliances possibles. Les réunions d'équipe du CATTP ont finalement permis de s'approcher d'une organisation en multi-référence⁵ telle que nous l'exerçons dans l'équipe du « *Un chez soi* » et de pouvoir repérer avec le patient une inquiétude là où on ne percevait que de l'angoisse.

Ce court article a tenté de montrer à travers une situation que l'incarnation de la santé mentale dans le concept de

rétablissement invite à un engagement particulier auprès des personnes qu'on accompagne qui cumulent le plus de vulnérabilités. Cet engagement redéfinit jusqu'à la nature transférentielle des relations entre professionnels et patients. Il nous invite à travailler la création d'un lien fraternel de justice sociale ouvert sur la cité plutôt qu'un lien d'amour de réparation du manque circonscrit à l'intimité de la relation duelle. Bien que l'équipe du SMPR ne soit pas une équipe de soin orienté vers le rétablissement, il y aurait une certaine proximité du fait d'exercer en détention par l'élaboration d'une clinique du contexte particulière à ce lieu. Cependant, l'impossibilité à agir sur le contexte carcéral avec nos clients nous entraîne vers une double essentialisation de la folie et de l'enfermement. Dans le documentaire « Être là »⁶ les soignants du SMPR répètent à plusieurs reprises: « vous n'êtes pas que ça » sous-entendu: des fous, toxicomanes, pauvres, dangereux et emprisonnés. L'accompagnement par le rétablissement serait, dans la perspective qui est développée ici, une possibilité de sortir des silences gênés qui suivent cette assertion.

⁵ Les locataires du « Un chez soi d'abord » ne sont pas répartis à des référents qui auraient en charge le suivi et l'aboutissement des démarches. Chaque locataire est amené à rencontrer l'ensemble de l'équipe au grès des besoins repérés. Chaque visite au domicile est construite en lien avec la précédente et prépare la suivante. La réunion d'équipe quotidienne du matin permet de construire cette continuité en partageant les informations et en répartissant la charge de travail entre professionnels.

⁶ « Être là » de Sauder R. est un documentaire qui décrit les soins psychiatriques au sein du SMPR de la maison d'arrêt des Baumettes qui a été tourné en 2012. <https://www.youtube.com/watch?v=My0sNd4X0o>

Claude-Olivier Doron

Chercheur en histoire et philosophie des sciences, Université Paris Diderot
Ancien chargé de mission exploratoire Médecins du Monde

Une expérimentation pour réduire les incarcérations des personnes en grande précarité présentant des troubles psychotiques sévères



Carnets d'Escales,
Centre Pénitentiaire
de Maubeuge

En 2011, Médecins du Monde, à l'initiative du Dr V. Girard, a engagé une recherche-action pour élaborer un dispositif réduisant les incarcérations de personnes en grande précarité, ne disposant pas de logement stable et présentant des troubles psychotiques graves, notamment schizophrènes. Il s'agissait, en prenant pour terrain la région marseillaise, d'identifier les facteurs institutionnels expliquant une potentielle sur-incarcération de ces personnes, et le moyen d'y remédier.

Si le croisement incarcération/sans-abrisme/troubles psychiatriques est bien établi au niveau international, les données dont on dispose en France sont plus maigres. On sait que les troubles psychiatriques sévères sont surreprésentés en prison (Falissard, 2004), chez les sans-abri (Laporte & Chauvin, 2010), et que le public des prisons est massivement composé de personnes en très grande précarité (Guillonnet, 2001). Mais on s'est peu intéressé jusqu'ici au croisement de ces variables¹, même si le ressenti des praticiens, les entretiens avec les sujets concernés et des études de parcours semblent l'établir. Ce manque s'explique par le fait qu'on a préféré, en France, se concentrer sur la prétendue radicale raréfaction des non-lieux psychiatriques en matière criminelle ou sur des facteurs incantatoires comme la baisse des lits d'hospitalisation ou le rôle du néo-libéralisme et de l'État pénal, pour expliquer la prévalence des troubles psy-

chiatriques en prison. Nous manquons en particulier d'études précises sur ce qui semble pourtant être l'une des voies royales d'entrée de ces malades en prison, notamment pour les publics précaires et de petits délits : la voie garde à vue (GAV) => comparution immédiate (CI). Voie qui conduit, le plus souvent *sans expertise psychiatrique*, soit à une peine de prison, soit à une détention provisoire. Les rares études dont on dispose (LDH-Toulouse, 2012; Conseil Lyonnais Respect des droits, 2009) laissent nettement pressentir qu'à ce niveau, *deux variables jouent comme facteurs d'augmentation du risque d'incarcération* : ne pas disposer d'un logement stable et paraître « bizarre » ou « fou » à l'audience. Notre intérêt s'est donc porté sur cette voie, afin d'identifier les facteurs institutionnels sur lesquels il était possible d'intervenir tout en restant *dans le droit commun*. Il ne s'agissait surtout pas, en effet, de se substituer à la justice qui, si elle a des défauts indéniables, joue un rôle de filtre et de protection, en particulier au moment du jugement. L'objectif n'était donc pas de se substituer au jugement mais d'organiser un jugement plus *équitable*, qui estompe les facteurs de fait et de droit qui jouent sur ces populations comme *facteurs discriminatoires*.

« On a préféré, en France, se concentrer sur la prétendue radicale raréfaction des non-lieux psychiatriques en matière criminelle ou sur des facteurs incantatoires comme la baisse des lits d'hospitalisation ou le rôle du néo-libéralisme et de l'État pénal, pour expliquer la prévalence des troubles psychiatriques en prison. »

Nous avons identifié *deux principaux points d'achoppement*. D'une part, du moment où la personne est gardée à vue à son déferrement au Parquet, elle doit faire l'objet d'un examen médical pour vérifier que son état est compatible avec une GAV (art. 63 du Code de procédure pénale). Cet examen, mené à Marseille par des médecins de l'Unité de Médecine Légale (UML)², se fait généralement en une quinzaine de minutes et n'a rien de spécifiquement psychiatrique. Lorsque le cas leur semble relever de la psychiatrie, ces médecins peuvent saisir une cellule « psychiatrie-justice » qui fera un examen psychiatrique approfondi. Or on relève un différentiel considérable

¹ À l'exception d'une étude (DREES, 2002) qui montre que sur 2300 personnes suivies en SMPR, 12% étaient sans-abri.

² La situation varie fortement selon les villes et il serait souhaitable de mener une étude comparative multi-sites pour voir quelle organisation est la plus efficace.

entre le nombre d'examens menés par l'UML (env. 14 000/an) et ceux menés par la cellule (env. 80, dont la moitié conduisent à une hospitalisation sous contrainte (HSC). Même s'il existe d'autres voies de recours à un examen psychiatrique en GAV, ce différentiel s'explique d'abord par le fait que les médecins légistes ne disposent pas des instruments cliniques pour identifier un trouble psychiatrique sévère, et surtout parce qu'ils font une application restreinte de l'article 63 : la compatibilité avec la GAV signifie être dangereux pour soi-même ou pour autrui à l'instant T. Comme, en outre, il n'existe qu'une possibilité : ou bien l'hospitalisation sous contrainte, ou bien la continuation du processus judiciaire, ils ne voient guère l'utilité d'un repérage minimal des troubles psychiatriques indépendamment de ceux qui justifieraient une HSC. Le résultat est simple : un grand nombre de personnes atteintes de troubles psychiatriques graves sont ainsi non identifiées et, lorsque vient le moment de leur comparution, cela joue nettement en leur défaveur. Nous recommandons donc d'améliorer le dispositif de repérage des troubles psychiatriques sévères en GAV, en étendant le sens de l'art. 63 du CPP, c'est-à-dire en signalant à minima *l'existence d'un trouble psychotique grave* et en interrogeant la compatibilité non avec la seule GAV, mais avec la comparution et la possibilité de se défendre équitablement. Notons qu'il existe, en outre, la possibilité de se coordonner ici avec les enquêtes menées par les travailleurs sociaux après le déferrement. L'objectif est de *mieux connaître la situation sociale et médicale du sujet*, afin que la réponse judiciaire soit adaptée, en accord avec les principes inscrits dans la loi du 15 août 2014. Il doit devenir possible de signaler les cas difficiles (socialement et médicalement) et suspendre alors le temps, sans cesse plus accéléré, de la machine judiciaire afin, non pas du tout de les soustraire au droit commun, mais de leur permettre d'être jugés *équitablement* selon ce droit commun. Et cette suspension *ne doit pas se faire en détention provisoire, comme c'est systématiquement le cas*.

« Si vous êtes, notamment, sans abri et/ou présentez des troubles psychiatriques, vous avez une bien plus grande probabilité d'être incarcérés. »

C'est ici, en effet, que loge un second point d'achoppement. La plupart de ces prévenus se retrouvent en CI, procédure de jugement accélérée au nom de la simplicité juridique des cas (flagrants délits, etc.); mais cette simplicité juridique masque mal la profonde complexité sociale et sanitaire des situations. S'il existe une justice qui pèse, plus que toute autre, sur les classes sociales défavorisées, les personnes discriminées sur leur couleur ou leur apparence, c'est la comparution immédiate. À cette première inégalité s'en ajoute une autre : si vous êtes, notamment, sans abri et/ou présentez des troubles psychiatriques, vous avez une *bien plus grande probabilité d'être incarcérés* (détention provisoire et/ou peine de prison). Cette inégalité trouve d'ailleurs un fondement dans le droit puisque l'article 144 du CPP exige des garanties de représentation (en particulier un logement stable) pour bénéficier d'un aménagement en milieu ouvert et justifie la détention provisoire au nom de risque de réitération de l'infraction (quand une personne est jugée « bizarre », par exemple).

De plus, le juge estime souvent, en l'absence de solution alternative, que la détention sera le meilleur lieu pour l'évaluation et/ou le soin de la personne. Il dispose donc de nombreux arguments pour motiver la détention et son attitude est tout à fait compréhensible en l'absence de solution alternative fiable. Il est probable que l'adoption de la contrainte pénale n'y changera rien : si on ne permet pas au juge de disposer de solutions rassurantes, efficaces, rapidement mobilisables, qui lui démontrent qu'un suivi en milieu ouvert est possible et souhaitable pour ce type de public précaire et atteint de troubles psychiatriques sévères, il aura toutes les raisons de continuer à les diriger vers la détention provisoire puis/ou vers la détention tout court.

D'où notre seconde préconisation : faire jouer le délai de droit de quatre mois (renouvelable une fois), renforcé par l'art. 132-70-1 de la loi du 15 août 2014, pour expérimenter un *dispositif pluridisciplinaire* en milieu ouvert, en alternative à la *détention provisoire*, qui articule un logement individuel (sur le modèle « Un chez-soi d'abord »), une prise en charge individualisée (notamment avec un effort de réinsertion sociale) et médicale (dans la mesure où la personne concernée doit être diagnostiquée comme souffrant d'un trouble psychotique grave – schizophrénie ou psychose paranoïaque). Ce dispositif vise à réduire les facteurs qui jouent comme autant de discriminations au moment de l'audience, de montrer qu'une exécution des peines en milieu ouvert est possible dans le cas où la personne serait condamnée, et d'éviter ainsi le recours à la prison par défaut. Il ne s'agit pas, répétons-le, de se substituer au procès mais de *permettre un procès plus équitable*. Si le juge décide ensuite, malgré tout, de condamner la personne à une peine de prison, ce sera en connaissance de cause et il devra motiver sérieusement sa décision. Si la personne n'a pas commis d'infraction, inversement, elle sortira libre de toute obligation mais aura évité la détention provisoire, initié un premier travail de suivi et de réinsertion, et pourra intégrer, *si elle le souhaite*, d'autres programmes existants.

Soyons néanmoins clairs : cette expérimentation comporte des dangers considérables, qui sont d'ailleurs en germe dans la contrainte pénale, et en particulier le risque que parquet et juges voient dans ce dispositif un moyen de contrôler une population désinsérée et précarisée, en recourant au soin psychiatrique comme technique principale, et en arguant de petites infractions qui, sinon, seraient restées d'ordre infractionnel. L'expérimentation doit donc être *contrôlée*, ses objectifs évalués, et la population à laquelle elle s'applique clairement délimitée (au point de vue du diagnostic en particulier). Elle doit s'accompagner en outre d'un véritable plafonnement du taux d'incarcération et de mécanismes d'incitation/contrainte pour les juges, sans quoi ces « alternatives » aux incarcérations contribueront simplement à la croissance de la population sous-main de justice, sans réduire les incarcérations.

Des dispositifs après la prison

▶ La consultation extra-carcérale du Service Médico-Psychologique Régional du Centre Hospitalier Sainte-Anne (Paris)

> Qu'est ce que la consultation extra-carcérale ?

C'est un dispositif de soins au sein du Centre hospitalier Sainte-Anne à Paris, qui participe à :

- la continuité des soins psychologiques et psychiatriques aux personnes sortant de prison,
- l'égalité des chances d'obtenir un aménagement de peine ou une mesure alternative à l'incarcération pour les personnes placées sous main de justice, (PPSMJ) et désirant un accompagnement psychologique ou psychiatrique.

> L'équipe

Des professionnels de la psychiatrie, totalement indépendants de la justice, issus du SMPR de la maison d'arrêt de Paris-la Santé : personnels médicaux et paramédicaux, sociaux et administratifs, ayant une connaissance du contexte carcéral et du fonctionnement judiciaire. L'ensemble des professionnels de l'équipe est tenu au strict respect du secret professionnel.

> Pourquoi une telle consultation ?

La sortie d'incarcération représente un moment de vulnérabilité psychique qui trouve difficilement une réponse adéquate dans le système de soins en santé mentale tel qu'il existe actuellement. La libération correspond souvent à la rupture d'un parcours de soins initié en détention, ce qui entraîne une instabilité tant sur le plan sanitaire que sur le plan social ou judiciaire. Cette instabilité a un impact négatif sur la santé mentale, elle favorise également l'exclusion sociale et majore ainsi le risque d'une nouvelle incarcération.

> Quel est le public concerné ?

Des hommes et des femmes, mineurs ou majeurs se déclarant vivre en région parisienne, sortant de prison ou placés sous main de justice.

> Que propose la consultation extra-carcérale ?

- L'accueil des personnes qui en font la demande.
- L'élaboration et la mise en place des prises en charge variées adaptées aux besoins du patient.
- L'organisation du relais de soins avec les structures de droit commun dans les meilleures conditions possibles.
- Le suivi des personnes libérées nécessitant un accompagnement dans la période post-carcérale.
- L'évaluation et l'orientation des personnes soumises à injonction et obligation de soins.
- Un engagement à apporter des réponses rapidement.
- La prise en charge est nécessairement limitée dans le temps (quelques mois) dans le souci de ne pas créer de filière ségrégative.

L'association Companio : pour une vraie liberté

L'association Companio a été créée à Lyon dans le but de permettre aux personnes sortant de prison de trouver du travail. Son constat : le désœuvrement, la désocialisation, l'absence de ressources constituant autant d'incitations à la récidive. Il faut aider ces personnes à trouver un emploi le plus vite possible.

Mais, si trouver un travail est une préoccupation essentielle, ce n'est hélas pas la seule et le public rencontré est souvent confronté à d'autres difficultés : trouver un logement, suivre des soins, refaire des papiers, ouvrir un compte bancaire, réactualiser sa situation vis-à-vis de la Sécurité Sociale ou de l'Assurance Maladie, rédiger un curriculum vitae ou une lettre de motivation, s'inscrire ou se réinscrire au Pôle Emploi afin d'activer ou réactiver ses droits (Allocation Chômage, Allocation Temporaire d'Attente, Revenu de Solidarité Active), pour les jeunes reprendre contact avec la Mission Locale, entreprendre une formation, etc.

En proposant un accompagnement susceptible de résoudre les problèmes rencontrés, l'équipe des bénévoles de Companio apporte son soutien à celles et ceux qui souhaitent entreprendre un parcours de réinsertion. Cet accompagnement personnalisé est sans limitation de durée mais il ne prend jamais une forme d'assistantat. Suivre un tel parcours n'est ni simple ni facile ; il nécessite une réelle motivation et une implication personnelle dans toutes les démarches préconisées par l'association.

Les difficultés rencontrées pour trouver du travail sont accrues par l'absence de diplômes, par le manque de qualifications ou d'expérience mais aussi par la crainte de traîner derrière soi le passé carcéral. Pour les plus jeunes, il est difficile de les convaincre de s'orienter vers les structures pouvant leur permettre de reprendre des études ou d'entreprendre une formation qualifiante surtout si elle n'est pas rémunérée. Pour certains, parler de formation c'est rappeler une scolarité synonyme d'échec. Or aujourd'hui, dans tous les domaines, même ceux du nettoyage, des espaces verts ou du bâtiment, les entreprises ont bien sûr tendance à embaucher du personnel ayant un minimum de qualification ou d'expérience et ce, quel que soit le degré de motivation du candidat.

Il faut rajouter à cela que certaines personnes sont restées éloignées du monde du travail pendant de longues périodes de chômage ou d'incarcération et qu'il est nécessaire de préconiser un retour progressif vers l'emploi par le passage dans des structures d'insertion partenaires proposant des contrats à temps partiel.

L'action de Companio s'inscrit dans un cadre de prévention de la récidive et trouve son réel accomplissement quand elle a permis d'atteindre le but recherché, c'est-à-dire l'autonomie, clé de la vraie liberté.

Contact :

Companio
3 rue Sala - 69002 LYON / 04 72 77 58 49
contact@companio.fr



Pour aller plus loin...

Nous vous invitons à lire l'article détaillé disponible sur le site de <http://www.orspere.fr> : RAYNAL, E., & ZACKS, E., « La consultation extra - carcérale : retour d'expérience », 2015.

Directeur de publication :
Christian LAVAL

Assistante de rédaction :
Mathilde GALLAT

Comité de rédaction :

- Guy ARDIET, psychiatre (St-Cyr-au-Mont-d'Or)
- Nicolas CHAMBON, sociologue (Lyon)
- François CHOBEAUX, sociologue (Paris)
- Philippe DAVEZIES, enseignant-chercheur en médecine du travail (Univ. Lyon 1)
- Bernard EL GHOZI, médecin (Réseau Créteil)
- Laurent EL GHOZI, président ESPT (Nanterre)
- Pascale ESTECAHANDY, médecin, DIHAL (Paris)
- Benoît EYRAUD, sociologue (Lyon)
- Carole FAVRE, infirmière (Le Cannet)
- Jean FURTOS, psychiatre (Lyon)
- Carole GERBAUD, responsable associatif (Bourg en Bresse)
- Alain GOUFFÈS, psychiatre (Rouen)
- Antoine LAZARUS, prof. santé publique (Bobigny)
- Édouard LEAUNE, psychiatre (Lyon)
- Philippe LE FERRAND, psychiatre (Rennes)
- Gwen LE GOFF, directrice adjointe Orspere-Samdarra (Lyon)
- Jean-Michel LE MARCHAND, psychiatre (Marseille)
- Jean-Pierre MARTIN, psychiatre (St Anne Paris)
- Alain MERCUEL, psychiatre (St Anne Paris)
- Éric MESSENS, directeur de la LBFSM (Bruxelles)
- Pierre MORCELLET, psychiatre (Marseille)
- Christian MULLER, psychiatre (Lille)
- Éric PIEL, psychiatre (Paris)
- Bertrand RAVON, sociologue (Lyon)
- Alain REGNIER, préfet
- Pauline RHENTER, politologue (Lille)
- Rose Marie ROYER, USH (Paris)
- Églantine SIMONET (Aubenas)
- Aurélie TINLAND, médecin de santé publique et psychiatre (Marseille)
- Nicolas VELLUT, psychiatre (Toulouse)
- Benjamin WEIL, psychiatre (Lille)
- Halima ZEROUG-VIAL, psychiatre (Lyon)

Contact rédaction :

Orspere-Samdarra
CH Le Vinatier
95 bvd Pinel
69678 BRON CEDEX
Tel : 04 37 91 53 90
orspere-samdarra@ch-le-vinatier.fr

Création & réalisation : Médiacité

Dépôt légal : 2302
ISSN : 1622 2032
N° CPPAP : 0910B05589
Tirage : 8500 exemplaires

Appel à contribution synthétique pour le numéro 59 des Cahiers de Rhizome

**Jeunes vulnérables, en errance, difficiles, en danger, isolés, précaires...
Quels dispositifs ? Quels embarras ? Quelles cliniques ?**

Qu'ils soient jeunes vulnérables, en errance, adolescents difficiles, en dangers, isolés, précaires, les adolescents se trouvent catégorisés de façon diverse. Pour ce numéro 59, nous faisons le choix de ne pas choisir une catégorie mais de laisser le loisir aux contributeurs d'interroger celles mobilisées dans leur champ d'action. D'autant plus que ces différentes problématiques n'entrent pas forcément dans les schémas de quadrillage disciplinaire et institutionnel : ces publics se trouvent souvent à l'interface du psychiatrique, du judiciaire et du socio-éducatif.

Dans la tradition de la revue, les contributions peuvent émaner de chercheurs (des sciences humaines et sociales, de médecine...), mais aussi de professionnels (travailleurs sociaux, cliniciens...) et pourront porter sur l'un des trois axes (ou être transversales).

Un premier axe porte sur l'aspect clinique. Ces publics mettent souvent à mal les services de protection de l'enfance et de pédopsychiatrie mais aussi des éducateurs par l'intensité et la répétition de leur comportement dérangeant, pouvant mettre en échec leur projet de vie. Que peut la clinique ? Quelle place pour la pédopsychiatrie ? La catégorie d'adolescent est-elle une catégorie clinique ?

Sur un deuxième axe, nous invitons les contributeurs à documenter les manières de faire face aux épreuves professionnelles qu'ils traversent au contact de ces « publics ». C'est ainsi que des professionnels de différents champs recourent de plus en plus à des temps d'analyse de la pratique. Comment être soutenant auprès des professionnels ? Quelle efficacité des dispositifs de reprise de l'action ?

Enfin, la problématique de la prise en charge de ces publics peut être interrogée au niveau des politiques publiques, notamment en documentant la multiplication des dispositifs d'accompagnements. Les champs d'intervention apparaissent « archipélisés ». Peut-on alors parler de changement de paradigme ?

Pour répondre à cet appel à contribution :

Envoyez un résumé de l'article proposé par mail à :
gwen.legoff@ch-le-vinatier.fr,
lavalchristian2@gmail.com,
natacha.carbonel@ch-le-vinatier.fr,
nicolas.chambon@ch-le-vinatier.fr

- 2000 caractères maximum, un titre
- Préciser votre Prénom, Nom, statut

Avant le 29 juin 2015

- Réponse du comité de lecture avant le 10 juillet 2015
- Puis date limite de proposition de l'article finalisé (25 000 signes) : 16 novembre 2015

Information du DIU

Le Diplôme Inter Universitaire « **Santé, Société et Migration** » porté par l'Orspere-Samdarra à Lyon et l'équipe d'Interface Saint-Étienne fera sa quatrième rentrée à l'automne. La formation a lieu deux jours par mois sur l'année universitaire. Vous pouvez soumettre votre candidature en envoyant un CV et une lettre de motivation jusqu'au 10 juillet (première session) ou avant le 7 septembre (seconde session). Pour toute demande de précisions, vous pouvez contacter nathalie.breure@ch-le-vinatier.fr. Le détail de cette formation est disponible sur le site de l'Orspere-Samdarra.



Agenda

Journée d'étude Orspere-Samdarra : Les Mineurs Isolés Étrangers, quels accompagnements, quelle adolescence ?

Date et lieu : 11 juin 2015, Université Lumière Lyon 2 - Lyon

Inscription gratuite : <http://goo.gl/forms/V8E4qEZr7W>

Actualités

Nous vous annonçons le remplacement de Mathilde Gallat, assistante de rédaction, par Natacha Carbonel, natacha.carbonel@ch-le-vinatier.fr

Info

Thématique du prochain bulletin Rhizome :
« Territoires fragmentés et santé mentale »

