



ENSP

ÉCOLE NATIONALE DE
LA SANTÉ PUBLIQUE

RENNES

INFIRMIER GÉNÉRAL

Date du Jury : 25 et 26 octobre 2001

Entre Psychiatrie et Prison

Réprimer ou soigner ?

Robert CABALLERO

Sommaire

| | |
|---|----|
| <u>Sommaire</u> | a |
| <u>Avant-propos</u> | e |
| <u>Introduction</u> | 1 |
| <u>Première partie : Le contexte, données théoriques et dispositifs</u> | 5 |
| <u>I) La violence</u> | 5 |
| <u>1.1) Représentation sociale</u> | 5 |
| <u>1.2) Point de vue d'un philosophe du XVII^{ème} siècle</u> | 6 |
| <u>1.3) D'un économiste du XIX^{ème} siècle</u> | 6 |
| <u>1.4) Organisation de la société</u> | 7 |
| <u>1.5) Point de vue de la psychanalyse</u> | 7 |
| <u>1.5.1) L'équilibre</u> | 7 |
| <u>1.5.2) Le "ça"</u> | 8 |
| <u>1.5.3) Le "moi"</u> | 8 |
| <u>1.5.4) Le "surmoi"</u> | 8 |
| <u>1.5.5) Survenue de la violence</u> | 9 |
| <u>1.6) Ainsi donc</u> | 9 |
| <u>II) Le psychopathe</u> | 10 |
| <u>2.1) Pourquoi ce choix ?</u> | 10 |
| <u>2.2) Violence et institution</u> | 11 |
| <u>2.3) Diagnostics</u> | 11 |
| <u>2.4) Approche clinique</u> | 12 |
| <u>2.4.1) L'instabilité</u> | 12 |
| <u>2.4.2) L'impulsivité</u> | 12 |
| <u>2.4.3) Le contact</u> | 13 |
| <u>2.4.4) L'affectivité</u> | 13 |
| <u>2.4.5) La sexualité</u> | 13 |
| <u>2.4.6) Les facultés intellectuelles</u> | 13 |
| <u>2.5) Réponses sociales</u> | 14 |
| <u>2.6) Le "court-circuit" du passage à l'acte</u> | 14 |
| <u>III) L'enfermement</u> | 16 |
| <u>3.1) Forme commune de réponse sociale</u> | 16 |
| <u>3.2) l'enfermement et la loi</u> | 16 |
| <u>3.3) Objectifs affichés de l'enfermement</u> | 17 |

| | |
|--|-----------|
| <u>3.4) Justice et soins</u> | 18 |
| <u>3.5) Réinsertion et responsabilité</u> | 19 |
| <u>3.6) Sens de l'enfermement</u> | 19 |
| <u>3.7) Comprendre l'enfermement ?</u> | 20 |
| | |
| <u>IV) Cadre réglementaire</u> | 22 |
| <u>4.1) Loi de 1838 et l'article 64 du code pénal</u> | 22 |
| <u>4.2) Evolution et débat</u> | 23 |
| <u>4.3) L'article D 398 du code de procédure pénale</u> | 25 |
| <u>4.3.1) Les codes</u> | 25 |
| <u>4.3.2) Les termes de l'article</u> | 25 |
| <u>4.3.3) Les problèmes qu'il soulève</u> | 26 |
| | |
| <u>V) Dispositifs spécifiques</u> | 27 |
| <u>5.1) Le SMPR</u> | 27 |
| <u>5.1.1) Ce qui a conduit à leur création</u> | 27 |
| <u>5.1.2) Fonctionnement et discussion</u> | 28 |
| <u>5.2) L'UMD</u> | 29 |
| <u>5.2.1) D'où viennent-elles ?</u> | 29 |
| <u>5.2.2) Caractéristiques</u> | 30 |
| | |
| <u>Seconde partie : La recherche, méthodologie et enquête</u> | 32 |
| | |
| <u>I) Principes et organisation</u> | 32 |
| <u>1.1) L'idée de départ</u> | 32 |
| <u>1.2) Les terrains de la recherche</u> | 33 |
| <u>1.3) Quel outil ?</u> | 33 |
| <u>1.4) Une limite</u> | 34 |
| <u>1.5) Quels acteurs ?</u> | 35 |
| <u>1.6) Un point délicat</u> | 35 |
| | |
| <u>II) Les entretiens</u> | 37 |
| <u>2.1) Avec les acteurs "objets" de notre recherche</u> | 37 |
| <u>2.1.1) Selon quels principes ?</u> | 37 |
| <u>2.1.2) Quatre thèmes</u> | 37 |
| <u>2.2) Avec les autres opérateurs</u> | 39 |
| <u>2.3) Un cas particulier</u> | 40 |

| | |
|---|-----------|
| <u>III) Analyse de contenu</u> | 41 |
| <u>3.1) Qu'entendons-nous dans le discours pénitentiaire ?</u> | 42 |
| <u>3.1.1) Surveiller/ "veiller-sur"</u> | 42 |
| <u>3.1.2) Etre en relation</u> | 43 |
| <u>3.1.3) L'évaluation</u> | 45 |
| <u>3.1.4) Les situations délicates</u> | 46 |
| <u>3.1.5) Les psychopathes ?</u> | 48 |
| <u>3.1.6) Place du SMPR</u> | 49 |
| <u>3.2) Le discours des soignants hospitaliers</u> | 52 |
| <u>3.2.1) La souffrance</u> | 52 |
| <u>3.2.2) L'écoute</u> | 53 |
| <u>3.2.3) Le travail en unité d'hospitalisation</u> | 54 |
| <u>3.2.4) L'arrivée des patients/ détenus</u> | 55 |
| <u>3.2.5) Leurs conditions d'hospitalisation</u> | 56 |
| <u>3.2.6) Soin et détention</u> | 60 |
| <u>3.3) Analyse "croisée"</u> | 63 |
| <u>3.3.1) Les missions</u> | 63 |
| <u>3.3.2) Déstabilisation des opérateurs</u> | 64 |
| <u>3.3.3) Un phénomène de "boule de neige" ?</u> | 68 |
| | |
| <u>Troisième partie : Principes et propositions</u> | 72 |
| | |
| <u>I) Principes</u> | 73 |
| <u>1.1) Sur la prison</u> | 73 |
| <u>1.2) Sur le soin psychiatrique en prison</u> | 74 |
| <u>1.3) Sur la loi</u> | 75 |
| <u>1.4) L'ensemble du dispositif</u> | 77 |
| <u>1.5) Violence et pathologie</u> | 78 |
| <u>1.5.1) La violence du "psychotique"</u> | 78 |
| <u>1.5.2) La violence du psychopathe</u> | 78 |
| | |
| <u>II) Propositions</u> | 80 |
| <u>2.1) Le SMPR</u> | 80 |
| <u>2.1.1) La prise en compte du contexte</u> | 80 |
| <u>2.1.2) Questions concrètes</u> | 81 |
| <u>2.1.3) Des points d'appuis</u> | 83 |
| <u>2.1.4) Favoriser les liens</u> | 83 |

| | |
|---|-----------|
| <u>2.2) les unités d'hospitalisation</u> | 85 |
| <u>2.2.1) Travail institutionnel préalable</u> | 85 |
| <u>2.2.2) Au niveau de l'unité</u> | 86 |
| <u>2.2.3) Du rapport à la règle</u> | 86 |
| <u>2.2.4) la chambre d'isolement</u> | 88 |
| <u>2.2.5) Le rapport de force</u> | 90 |
| <u>Conclusion</u> | 92 |
| <u>Sigles</u> | 95 |
| <u>Références bibliographiques</u> | 96 |
| <u>Annexe</u> | 97 |

Avant-propos

Un des points de départ : une situation "de terrain"

Dans le quartier se côtoient différentes populations particulières. Une partie d'entre elles, à l'implantation la plus ancienne, est plutôt vieillissante. Le quartier constitue depuis plusieurs années une zone traditionnelle de travail pour des populations d'origine étrangère. Le travail clandestin y est devenu un phénomène récurrent. Tandis que la prostitution, la consommation et le trafic de drogue s'y développaient, c'est devenu un lieu d'attrait important pour une population errante et/ou en grande précarité.

Eric¹, un jeune homme de 24 ans, non connu du quartier, sans domicile fixe, se présente spontanément au commissariat. Il souffre. La police représente pour lui à la fois, un lieu et des personnes liées à la coercition, à la prison qu'il abhorre et qu'il a déjà connu, mais aussi un endroit et des rapports humains qu'il connaît. C'est précisément là qu'il choisit de venir tenir des propos agressifs et violents.

Renseignements pris, il s'avère qu'à deux reprises il a commis un viol. Le premier de ces crimes l'a conduit en prison pour plus de trois ans, le second, de nouveau en prison, et de là en psychiatrie dans une unité pour malades difficiles². Il en était sorti pour être transféré dans le service de psychiatrie correspondant à l'adresse où il avait un moment habité dans une commune de périphérie de cette ville d'importance. Plusieurs mois après sa sortie de l'hôpital, avec un traitement qu'il n'avait pas suivi, il avait commis un cambriolage qu'il avait amené de nouveau en prison pour plusieurs mois. A la suite d'une tentative de suicide particulièrement spectaculaire pendant cette détention, Eric est de nouveau transféré dans le service de psychiatrie "classique" qui l'avait précédemment suivi, d'où il était sorti plusieurs mois après.

Après cette intrusion spectaculaire dans le commissariat du quartier, il est accompagné aux urgences de l'hôpital local. Sur la base de l'avis du psychiatre de permanence, il est adressé en hospitalisation d'office³ dans le service de psychiatrie correspondant au secteur. Eric y arrive donc pour la première fois. Les structures d'hospitalisation complète de ce service

¹ Pour une confidentialité maximum le prénom de cette personne, dont le cas est réel, a été modifié.

² UMD, nous donnerons plus loin, au chapitre 5.2. de cette première partie, p. 29, des précisions sur ces unités.

³ Hospitalisation d'Office, HO, loi du 27 juin 1990. Sera évoquée à plusieurs reprises dans ce travail, et en particulier dans la partie traitant du cadre réglementaire, paragraphe 4.1.de cette première partie, p. 22.

sont implantées dans un établissement psychiatrique, situé à trois quarts d'heure de transport du quartier, secteur géographique de référence.

La règle en pareil cas veut que l'établissement où se situe le service qui l'avait accueilli la première fois soit de nouveau le lieu de prise en charge. Un transfert est à organiser. Le service et l'établissement "d'origine" ont des souvenirs douloureux du dernier passage d'Eric, du fait d'un comportement souvent violent. Ils refusent de le reprendre. Il restera donc dans ce nouveau service d'accueil, où la règle habituelle de fonctionnement, même avec des patients hospitalisés sous contrainte, est l'ouverture. La fermeture se veut être l'exception. Face à sa violence, la chambre d'isolement, seul lieu réellement contenant pour lui, sera à plusieurs reprises utilisée. Après cette première hospitalisation dans ce service, s'ensuivront d'autres, la plupart du temps sous contrainte, mais pas toujours, et le plus souvent à la suite de violence sur la voie publique.

A l'égard d'Eric, les soignants sont plutôt divisés. Il est manipulateur, insultant, ne semble comprendre que les rapports de force. Seuls les représentants de la loi institutionnelle que sont le médecin-chef, le cadre supérieur infirmier, et le cadre de l'unité où il est pris en charge, trouvent grâce à ses yeux, et ce dans cet ordre décroissant. En fait, plus ceux qui sont face à lui ont un pouvoir important dans l'institution et plus facilement Eric obtempère. Il a souvent une attitude insupportable avec les femmes du service, surtout si elles sont jeunes. C'est le cas de la majorité des infirmières de l'unité. Les responsables évoqués plus haut sont des hommes.

Eric présente des comportements pervers, étant capable de racketter tel ou tel patient qu'il juge, la plupart du temps avec pertinence, en situation de fragilité. Il profite de toutes les failles de l'institution pour s'adonner à divers trafics, alcool, drogue, au sein même de l'établissement. Certains des séjours suivants se dérouleront à sa demande, en hospitalisation libre¹, alors qu'il présente une souffrance psychique manifeste. Pour limiter, dans ces cas là les bénéfices secondaires potentiels liés à ses trafics possibles, le contrat sera strict, chambre d'isolement fermée "librement consentie", ou sortie.

Il présente par moment des manifestations d'angoisse qui ne sont pas toujours le fait de refus éventuels. Par ailleurs, la moindre des frustrations peut mettre Eric dans un état de violence qu'il donne le sentiment de ne pas dominer. A d'autres moments il est plongé dans un état de tristesse à priori authentique, qui peut provoquer tout à la fois compassion et

¹ Hospitalisation Libre, HL, loi du 27 juin 1990. *Idem* note 2 page précédente

méfiance. Les hospitalisations, plus ou moins longues, sont émaillées d'insultes, de coups, rares mais spectaculaires, de bris de matériels divers, de menaces, de vols.

Il provoque chez les soignants, à la fois crainte pour certains, exaspération pour d'autres, intérêt mêlé souvent de désillusion pour d'autres encore. Eric semble fermé à toute culpabilité. Son attitude méprisante teintée de peur avec les femmes est d'autant plus difficile à supporter, particulièrement pour les infirmières, qu'il entretient avec les viols qu'il a commis une attitude ambiguë. Il en parle relativement facilement, faisant mine par moment d'en éprouver quelques remords qui ressemblent fort, à d'autres, à de la fierté machiste. C'est dans ces moments là qu'un point de vue soignant pensant que sa place en prison serait plus cohérente est le plus fortement exprimé. Surtout qu'il serait sous le coup d'une autre condamnation qu'il devrait purger à un moment ou à un autre.

De fait, depuis son dernier séjour en prison, trois ans auparavant, et malgré ses nombreux actes délictueux, toutes les comparutions devant la justice ont été par l'enchaînement des événements ou systématiquement écartées, ou les condamnations non effectuées. Dans ses moments de forfanterie théâtralisée, il ne manque pas de le faire remarquer, mais jamais devant quelqu'un présentant un pouvoir institutionnel quelconque.

Au décours de la troisième hospitalisation, Eric semble pour la première fois prendre en compte la gravité du dernier viol qu'il a commis. Ce changement psychologique suscite quelques espoirs chez les soignants plus spécifiquement référents. Il déclare, en fait, avoir acquis la certitude qu'il est sans doute père. Il dit vouloir retrouver sa victime (qu'il ne nomme pas ainsi) dans l'espoir qu'elle pourrait vivre avec lui. Cet épisode confortera les soignants dans leur attitude à son égard, un rejet encore plus fort pour les uns, une désillusion supplémentaire pour les autres. Son parcours thérapeutique dans le service est chaotique. Les tentatives de mise en place d'un suivi ambulatoire sont plus ou moins opérantes. Les hospitalisations semblent toutefois, à la longue, moins conflictuelles.

Quelques mois après l'une d'entre elles, il se présente un soir au Centre d'Accueil et de Crise du service, installé sur le quartier. Eric connaît cette structure, mais elle n'a jamais été utilisée comme dispositif dans sa prise en charge, étant jugée inadaptée pour lui. Il présente un état de nervosité et d'angoisse important. Au cours de l'entretien infirmier d'accueil, il finit par relater le délit multiple qu'il vient de commettre : agression d'un automobiliste, vol de son véhicule, tentative de suicide en percutant une autre voiture, délit de fuite, à pied, devant des témoins stupéfaits, abandonnant l'autre automobiliste sans savoir si ce dernier n'est pas blessé, voire pire.

Son premier réflexe est donc de se présenter sur un lieu interface qui n'est ni le squat dans lequel il vit actuellement (et où il aurait pu se réfugier alors qu'il n'est connu par aucun des témoins de "l'accident") ni au commissariat de police où il serait directement confronté aux foudres de la loi. Après évaluation, par l'équipe infirmière accueillante, et avec le médecin-chef et le cadre supérieur infirmier par téléphone, il est décidé de le garder pour la nuit. Le problème éthique qui se pose à l'équipe soignante est le suivant : La survenue de ce délit multiple sur lequel personne ne porte le moindre doute ne peut rester sans signalement à la justice. Toutefois, sa démarche volontaire vers une unité du service, liée donc aux hospitalisations sous contrainte qu'il y a connues, est perçue comme un mouvement pouvant marquer une rupture significative dans son rapport à la loi. Il semble nécessaire de préserver la singularité de cette modification potentielle et de ne pas lier les soignants d'accueil avec une nouvelle première démarche vers la justice. Enfin, le risque toujours possible d'un retour hétéro agressif, quelques temps plus tard, vers un de ces soignants isolés sur le territoire du secteur est toujours à craindre. Le lendemain Il est donc conduit à accepter son accompagnement par le cadre supérieur infirmier auprès du commissaire du quartier, qui préalablement prévenu par téléphone, attend les deux hommes.

Ce commissaire, après vérification des faits qui s'avéreront rigoureusement exacts, engage cette fois-ci, après discussion avec le cadre infirmier et Eric, la procédure de façon à ce que ce dernier puisse être déféré devant un juge.

Quelques jours plus tard, il est de retour en hospitalisation d'office dans le service. La procédure n'est pas allée jusqu'à son terme. Mais l'espoir que ce retour à une confrontation avec la justice ait pu faire sens pour lui, n'est peut-être pas pour les soignants, et en l'occurrence également pour Eric, infondé.

Introduction

Genèse du questionnement

Il n'est pas toujours facile de bien comprendre ce qui fait la vraie motivation à choisir de traiter tel ou tel sujet. En tous cas, outre les nécessités de la commande pédagogique, la rencontre que constitue la situation présentée en début de ce travail a joué un rôle dans notre désir d'approfondissement d'un des délicats problèmes qui lient la santé mentale et la justice.

L'épisode présenté survient dans une histoire institutionnelle déjà longue, faite de plusieurs hospitalisations, entre-coupées de sorties et de séjours en prison. Cette personne présente des comportements violents, hors institutions, et dans l'(les) institution(s) qui la "prend (prennent) en charge".

Ce cas soulève des questions liées au soin. Il illustre un phénomène qui serait de plus en plus prégnant en psychiatrie, induisant une violence particulière.

Contexte

Cette forme de violence, d'après notre vécu professionnel en psychiatrie, ne provoquerait pas nécessairement une recrudescence importante de coups, d'agressions physiques, d'accidents de travail ou de drames spectaculaires. Mais les conditions spécifiques de son émergence, le profil des personnes qui en sont les vecteurs, provoqueraient une tension moins bien acceptée par les équipes de terrain. Cette violence mettrait ces équipes en plus grande difficulté que celle des psychotiques, dont la souffrance délirante rend leur agressivité potentielle (*parfois beaucoup plus dévastatrice*), sinon plus "acceptable", en tous cas plus compréhensible par les soignants.

Le comportement de ces personnes, durant leur hospitalisation, serait globalement de deux ordres. D'une part, pas ou peu de phénomènes délirants, une souffrance psychique qui semble plutôt réactionnelle à l'hospitalisation, une relation à l'environnement relativement donc normalisée, si ce n'est ces moments de violence itératifs.

Ce premier aspect rendant parfois discutable, aux yeux des équipes soignantes, la justification thérapeutique de l'hospitalisation.

D'autre part, une affectivité globalement pauvre, en lien avec un sentiment de culpabilité par rapport aux actes délictueux et souvent criminels perpétrés quasi-inexistant, et une difficulté

Introduction

évidente à supporter la frustration. Ce qui rend certaines conditions de la contrainte de l'hospitalisation, encore plus difficiles pour eux, générant une violence réactionnelle.

Au total, ces deux ensembles d'éléments descriptifs accréditent chez les soignants l'idée que la prison serait un lieu plus adapté pour ces personnes.

Or, concomitamment, ces derniers mois, dans la presse, dans des ouvrages de témoignage, *tel que celui du Dr Véronique Vasseur¹ par exemple* ou dans les rapports des commissions parlementaires² sur le sujet, il apparaîtrait de plus en plus souvent qu'en prison, des détenus présenteraient des troubles manifestes de souffrance psychique importante. Face à cette situation se développerait l'idée, entre autre au sein de l'institution pénitentiaire, que ces détenus auraient au contraire beaucoup plus leur place en psychiatrie.

Problématique

N'y aurait-il pas de façon correspondante, "à front renversé", chez les professionnels de chacune de ces institutions, un discours sur l'autre institution "*partenaire*", attestant l'idée que celle-ci serait mieux armée qu'elle-même, et sa mission plus en adéquation avec la prise en charge de ces individus ?

Il semblerait bien qu'un certain nombre de ces patients/ détenus soient fréquemment, comme dans le cas présenté, les mêmes, "renvoyés" d'une institution à l'autre.

Ce qui caractériserait ces individus, non pas du point de vue de leur profil mais quant à leur rapport à ces deux institutions, c'est qu'ils mettraient en danger leur bon fonctionnement, provoquant chez les deux groupes de professionnels, malaise, angoisse, et un niveau abaissé d'acceptation de leur violence.

Des deux côtés ces personnes seraient inclassables. Elles remettraient en cause ces deux institutions, car leurs comportements feraient que les opérateurs sociaux, que sont les agents de la pénitentiaire ou ceux du soin, de la psychiatrie, ne leur trouveraient de places acceptables ni d'un côté, ni de l'autre. Et chacune serait, avec ces personnes, face à son propre échec à mettre en acte sa mission, que ce soit le soin pour l'une ou la contention et la régulation et/ou la réinsertion pour l'autre.

¹ Véronique Vasseur, *Médecin-chef à la prison de la santé*, Le cherche midi éditeur, Paris 2000

² Assemblée Nationale : *La France face à ses prisons*, commission d'enquête Président et Rapporteur Ms Mermaz et Floch, juin 2000. Sénat : *Prisons, une humiliation pour la république*, commission d'enquête Président et Rapporteur Ms Hyst et Cabanel, juillet 2000. Éditeur des deux rapports : La documentation française, Paris

Introduction

Chacune de ces institutions échoue à donner un sens aux comportements de ces personnes. L'une échoue à leur faire établir, un tant soit peu, un lien entre l'acte délictueux qu'elles ont commis et la détention, l'autre échoue à contribuer à ce qu'elles soient actrices de la thérapie, à leur faire s'approprier, à minima, les nécessités du soin.

Hypothèses

En filant cet aspect du problème nous pensons pouvoir faire l'hypothèse que ce qui déstabilise ces opérateurs sociaux, de la psychiatrie et de la pénitentiaire, c'est que ces patients/ détenus remettent, de fait, en cause les fondements même de leur action professionnelle respective.

Phénomène qui serait à relier, dans un processus de "boule de neige", à la conviction des professionnels que le patient/ détenu n'aurait rien à faire dans l'institution où il est "pris en charge", sentiment générateur d'une mise à distance, voire d'une forme d'exclusion de l'individu, elle-même induisant un renforcement des phénomènes de violence.

La question

La psychiatrie a comme mission générique de prendre en charge toutes les populations en souffrance psychique quelle qu'elles soient, où qu'elles vivent sur le territoire de compétence concerné, qu'elles s'adressent spontanément à elle ou qu'elles lui soient, dans le cadre prévu par les textes, adressées de façon contrainte.

La question centrale que nous nous proposons d'étudier est la suivante :

Dans le cadre des prises en charge de ces patients dont la mise à l'écart de la société est prescrite par la loi, par l'hospitalisation sous contrainte à l'hôpital ou par la détention en prison, qu'est-ce qu'un Infirmier Général, Directeur de Service de Soins d'un établissement psychiatrique, peut contribuer à mettre en place s'il désire...

- aider et soutenir les équipes de soins de son établissement confrontées à ce type de situation, et ...
- après avoir analysé ce que devrait éventuellement être la nature d'un renforcement de la collaboration entre les deux institutions, pénitentiaire et hospitalière, en déduire des propositions concrètes d'action en matière d'organisation des soins.

Pour aborder cette question...

Et tenter de la confronter avec les hypothèses que nous formulons, nous tenterons tout d'abord d'approfondir les données qui constituent le contexte de cette recherche.

Ainsi dans une première partie "***contexte, données théoriques et dispositifs***", nous aborderons la question de cette violence qui est au cœur de notre champ de travail. Ce qui nous amènera à réfléchir sur un des profils de personnalité le plus souvent vecteur de cette violence, le psychopathe, et sur ce qui constitue les conditions spécifiques de sa présence contrainte en institution, l'enfermement. Il sera alors nécessaire de faire une rapide présentation des dispositifs qui constituent la légalité et l'organisation de cet *enfermement* à l'intersection de la prison et de la psychiatrie, de la répression et des soins.

Dans une seconde partie, "***la recherche, méthodologie et enquête***", nous présenterons notre recherche proprement dite, la méthode d'investigation que nous avons choisie, et l'analyse que nous pouvons en tirer.

Enfin dans la dernière partie, "***principes et propositions***", nous présenterons dans un premier temps les principes que nous comptons défendre à la suite des enseignements issus tout particulièrement de ce travail. Dans un second temps nous tenterons sur la base de ces positions de proposer un certain nombre de dispositifs en rapport avec cette question si complexe, propositions que nous serions susceptibles d'initier dans le futur exercice professionnel qui va être le nôtre, dans les limites de la réalité à laquelle nous serons confronté.

Mais au préalable, donc, quelques interrogations qu'il convient de travailler et qui constituent le contexte de notre recherche...

Première partie : *Le contexte, données théoriques et dispositifs.*

Les hypothèses énoncées en introduction de ce travail soulèvent effectivement un certain nombre de questions théoriques qu'il convient de tenter d'approfondir au préalable avant toute recherche sur le terrain. De plus le contexte même de cette problématique, aux limites partagées du soin et de la loi, justifie une clarification préalable du cadre réglementaire, ces textes renvoyant eux-même à des débats théoriques et techniques délicats, pour et par lesquels un dispositif particulier a été mis en place.

Cela constituera le déroulé de cette première partie : trois axes de réflexion au cœur de notre étude, la violence, le psychopathe, et l'enfermement ; puis un point sur le cadre réglementaire et les dispositifs spécifiques.

Une donnée sociale particulière est en effet le point de départ et le centre de cette réflexion. Elle interroge quasiment toutes les institutions au service de la population¹.

Elle concerne effectivement tout particulièrement l'hôpital et la prison. C'est ...

1) La violence

1.1) Représentation sociale

La première notion que nous mobilisons donc pour ce travail est celle de la **violence**.

Dans le langage commun un tel mot provoque en chacun de nous une représentation immédiate. Cette représentation individuelle d'un phénomène que nous pouvons pourtant associer au social, au collectif, est influencée, construite, à partir entre autres de nos liens sociaux, en particulier professionnels.

Lorsque les milieux professionnels dans lesquels nous évoluons sont de surcroît eux-mêmes marqués d'une forte représentation sociale, que le vécu de ses opérateurs est par ailleurs teinté de coercition, de contrainte, de résistance, de tension, voire d'agressivité, d'insultes, de menaces, de passage à l'acte auto et/ou hétéro-agressif, cette représentation individuelle et professionnelle de ce concept est de nature très singulière. C'est le cas pour l'hôpital psychiatrique et la prison. Cette notion se doit donc d'être un minimum cernée.

¹ *Même si parfois, ce "service" rendu à la population, comme pour la pénitentiaire, lui est pour partie d'entre elle contraint.*

Des approches tirées des sciences humaines, de la philosophie, de la psychanalyse, peuvent apporter un regard singulier sur la violence. L'idée étant de trouver un éclairage qui permette une forme de compréhension sociologique du phénomène adaptée à notre recherche. Tant il est vrai qu'il pose une question urgente au social et à ses institutions.

1.2) Point de vue d'un philosophe du XVII^{ème} siècle

Thomas Hobbes, philosophe anglais du 17^{ème} siècle, dans une tentative explicative encore prégnante aujourd'hui, lie la violence à un phénomène naturel, une donnée intrinsèque à la nature de l'homme. Auteur de la célèbre formule "*L'homme est un loup pour l'homme*", il construit un mode de description du comportement humain sous une forme mécaniste et naturaliste. L'homme serait violent par le simple fait qu'il serait naturellement en concurrence avec ses congénères pour des besoins et des désirs communs à tous, la soif, le manger, le désir, la possession, la sécurité... Par ailleurs cette violence serait inéluctable car ces besoins sont permanents, jamais satisfaits de façon définitive, fonctionnant comme des stimuli répétitifs. Seule l'organisation sociale peut rendre quand ses finalités régulatrices fonctionnent, la violence non inéluctable.

Cette définition trouve rapidement ses limites explicatives, en tous cas pour ce qui nous occupe. Outre qu'elle apparaît moins pertinente aujourd'hui, cette approche ne peut aider à comprendre le phénomène lorsque justement deux instruments de régulations sociales, que sont de fait les hôpitaux psychiatriques et les prisons, commencent eux-mêmes à se sentir démunis devant cette violence.

1.3) D'un économiste du XIX^{ème} siècle

Au contraire, plus près de nous au 19^{ème} siècle, le célèbre philosophe et économiste allemand Karl Marx, lie le phénomène de la violence à précisément l'organisation sociale fondée par le système économique qui se constitue dans des rapports de classes antagonistes. Ces classes, en schématisant son propos, seraient principalement au nombre de deux. La classe des dominants qui possèdent et celle des dominés qui ne pourraient s'émanciper qu'en devenant propriétaires des moyens de production. C'est cette organisation sociale basée essentiellement sur les rapports de force qui est pour lui en soi une violence.

Si cette lecture matérialiste de l'histoire est un angle de lecture fécond des rapports sociaux, elle n'apporte pas un éclairage opérationnel satisfaisant pour comprendre le phénomène qui nous occupe. La violence en question concerne des individualités. Elle n'est pas liée à un quelconque phénomène de groupes. Certes, ce sont des classes sociales défavorisées dont est issue la plus grande partie des détenus et des hospitalisés sous contrainte en

psychiatrie. Si cette constatation peut aller dans le sens de l'importance des facteurs sociaux économiques dans l'émergence du phénomène, elle n'en déduit pas une piste identifiable de réponse institutionnelle.

Par ailleurs, le sort commun d'enfermement ne constitue pas une cohérence collective. Enfin, la violence des individus concernés est corollairement en lien avec une vraie difficulté, une vraie souffrance, qu'ils expriment précisément dans leur relation aux autres, au groupe.

Dans ces deux définitions, l'une dans laquelle la violence trouverait une essence intrinsèque dans la nature de l'individu, l'autre où elle serait là encore inhérente mais cette fois-ci à l'organisation collective, sociale, il manque l'articulation qui relie l'une à l'autre, l'individu au social.

1.4) Organisation de la société

Outre que cette articulation, individu/ social, semble nécessaire pour éclairer ce phénomène dans ce contexte particulier, son absence laisse peu de place pour l'action, la cure, l'espoir.

Si ce n'est que ces deux philosophes, dont les travaux font partie de la genèse de la sociologie, ont tous deux poursuivi leur logique jusqu'au bout en proposant chacun un modèle d'organisation sociale où le pouvoir serait centralisé, pour contrecarrer entre autre une forme de violence que chacun dépeignait comme inhérente, pour l'un à l'homme, pour l'autre à la société. Hobbes militait pour la prééminence royale, Marx pour celle de la dictature du prolétariat.

1.5) Point de vue de la psychanalyse

1.5.1) L'équilibre

Un troisième mode d'approche de ce qu'est la violence peut être tirée des théories psychanalytiques initiées par Sigmund Freud. Comme nous le savons il est passé par l'étude de la pathologie et la cure pour comprendre et expliquer ce que serait la normalité. Cela nous semble une lecture plus opérationnelle du phénomène. Et ce d'autant que c'est justement par le biais de la souffrance psychique que la question est posée.

Avec les découvertes de la psychanalyse intervient une tentative de rationalisation du développement de l'individu dans sa relation avec le monde qui l'entoure et en premier lieu au sein de la cellule familiale ou de ce qui en fait office, à la prime enfance. Ainsi toute personnalité serait une construction dynamique entre plusieurs instances psychiques. La cohérence entre ces instances étant synonyme d'équilibre psychique.

1.5.2) Le "ça"

Le "ça" est l'instance des pulsions archaïques. Dans un fonctionnement non pathologique elles sont cristallisées en fantasmes par le mécanisme d'intellectualisation, de symbolisation, de ces pulsions. *Nous verrons plus loin les difficultés spécifiques que peut poser l'absence de capacité à fantasmer.* C'est l'instance de la libido, des pulsions sexuelles, mais également de l'agressivité. Dans "*L'abrégé de psychanalyse*" Freud fait état de deux types de pulsions constitutives du ça : L'Eros pulsion de la sexualité, de la vie, visant à la liaison et Thanatos la pulsion de déliaison, de destruction, de mort, visant au contraire à détruire, à briser les rapports aux autres¹.

D'autres auteurs dans la lignée de ces travaux ont affiné ces postulats en constatant que les deux pulsions étaient parfois interdépendantes. Un comportement pourrait donc parfois ne pas être spécifiquement rattaché à l'une ou l'autre de ces deux pulsions. Ce pourrait être ainsi le cas dans la sexualité, voire dans la violence. Ainsi en 1988 Claude Balier dans "*Psychanalyse des comportements violents*" tout en partant de cet axiome psychanalytique de ces deux pulsions "*opposées*", le nuance en constatant dans son étude auprès de jeunes hommes incarcérés que leur violence pouvait se lire également comme une tentative de construction interne, donc pas nécessairement comme une pulsion strictement destructrice même si malheureusement elle peut s'établir au détriment d'autrui.

1.5.3) Le "moi"

Le "moi" instance interface permet de gérer l'espace pulsionnel. Il est l'instance de la vie sociale, de l'image de soi, du narcissisme, du lien aux autres. Il est le domaine des fonctions de la pensée, de la perception, de l'adaptation à la réalité sociale. C'est cette instance qui permet à l'individu de différer la satisfaction des pulsions émises par le "ça". Pour résister à ces pulsions socialement inacceptables, il peut développer des mécanismes de défense, comme *le refoulement* dans l'inconscient, *la projection* sur d'autres de ses propres désirs ignorés ou encore *la réaction* dispositif comportemental propre à s'opposer au besoin inconscient pressant.

1.5.4) Le "surmoi"

La troisième instance psychique décrite par Freud est le "surmoi". C'est l'instance de contrôle du "moi". C'est le lieu cadrant des normes intériorisées imposées par les figures parentales ou ceux qui en font office. C'est en particulier cette instance qui serait défaillante dans les processus de violence destructrice. Jean Bergeret dans "*La violence*

¹ D'après Balier Claude, *Psychanalyse des comportements violents*, Ed Puf, Paris 1988, p.9.

fondamentale"¹ évoque sa conception d'un instinct de survie pouvant se résumer par "moi ou l'autre", voire "moi ou elle" (*en particulier dans la psychopathie où cela touche souvent à la réminiscence du rapport mère-fils*).

1.5.5) Survenue de la violence

La violence, l'agressivité passée en acte, serait le fruit d'une pulsion issue du "ça" dont la fonction dans l'économie psychique de l'individu viserait à retrouver une tension interne nulle. Ce serait donc le fruit d'une souffrance qui faute d'un "surmoi" construit et/ ou opérant trouve dans le réel un contenant qu'il ne trouve pas, en interne, dans l'équilibre psychique. *"La décharge de l'agressivité libre trouve au niveau de la réalité externe, matérielle, un contenant, une contention qui rétablit une liaison et empêche la désorganisation de l'appareil psychique"*²

Certaines violences pourraient donc s'entendre comme un mécanisme visant à empêcher leur auteur de devenir fou.

Cet angle de vue serait en contradiction avec une approche réactionnelle de la violence, partagée parfois par les opérateurs institutionnels vivant au plus près ces situations difficiles. Ainsi la violence ne serait pas de façon mécanique le signe de la folie, mais l'expression d'une défense vitale pour ne pas devenir fou, réalité à replacer par ailleurs dans le contexte de la vie contrainte des institutions concernées.

1.6) Ainsi donc

Ces deux facettes de la question, l'auteur de violence et le contexte institutionnel au sein de laquelle, pour ce qui nous occupe, elle pose problème, nous conduisent donc à travailler deux autres notions théoriques avant de débiter notre recherche sur le terrain, celle du profil des individus concernés, et celle de la situation de cette contrainte en institution.

Pour ce qui est des individus violents dont la prise en charge se situe dans un lien particulier entre psychiatrie et prison, le cas présenté en début de cet écrit en est une parfaite illustration. **Le psychopathe** est incontestablement le "profil pathologique" le plus fréquent et le plus représentatif de ce lien inter-institutionnel.

¹ Bergeret Jean, *La violence fondamentale*, Ed Dunod, Paris, 1984, citation de "seconde main".

² Claude Balier, Op. Cit. *Cette explication n'est pas sans donner un certain éclairage aux pratiques soignantes de contention dont l'interrogation par ailleurs légitime conduit parfois à des condamnations morales un peu hâtives.*

Ensuite, après l'individu, nous aborderons les institutions elles-mêmes, l'autre question incidente qu'il convient de creuser et qui est historiquement en lien avec les missions de celles qui nous intéressent, l'enfermement. Commençons donc par ...

II) Le psychopathe

2.1) Pourquoi ce choix ?

Outre qu'il est conforme au profil du cas présenté en début de cet écrit, point de départ de ce travail de recherche, pourquoi se focaliser plutôt sur le psychopathe ? L'une des réponses (*simplistes ?*) à cette question serait tout naturellement de vouloir restreindre le champ de notre travail pour le rendre plus compatible avec les conditions dans lesquelles nous l'effectuons.

Toutefois, il y a une autre raison sans doute un peu plus pertinente. Le psychopathe est la plupart du temps un homme, jeune, souvent à l'interface des deux institutions auxquelles nous nous intéressons ici. Il devient facilement un enjeu entre la psychiatrie d'un côté, et la prison de l'autre. *"Ils sont souvent victimes d'un « ping-pong » qui les fait dire délinquants à l'hôpital, et malades dans le cabinet du magistrat ou à la prison"*¹. Choisir ce type de personnalité pour travailler sur la relation entre ces deux institutions nous semble alors une bonne approche.

Par ailleurs, la définition même de la psychopathie prend en compte ce que vivent ces institutions quand elles doivent la prendre en charge. C'est en soi un ensemble de données en creux, de critère par négation, par opposition. De fait, est souvent caractérisée de psychopathique toute personnalité dont l'expression de la violence permet difficilement de la rattacher à un autre modèle déterminé, et surtout à tout autre schéma relationnel qui *-par exemple comme pour les pathologies psychotiques ou névrotiques "avérées"-* permet aux services soignants de les prendre en charge dans le cadre des dispositifs humains et organisationnels classiques.

Une des questions incidentes de ce travail pourrait être également d'observer si ce mécanisme n'est pas également à l'œuvre en prison. A savoir, tenter de cerner si une des stigmatisations du psychopathe dans cette institution, ne serait pas le fait de sa faculté à en bousculer, là aussi, le fonctionnement bien huilé.

¹ Jean-Louis Senon, *Psychiatrie de liaison en milieu pénitentiaire*, Puf, Paris, 1998, p.24

2.2) Violence et institution

Enfin, dernière raison de s'arrêter sur ce type de personnalité, c'est le rapport singulier qu'il entretient avec la violence, porte d'entrée de notre problématique. Ce qui semble caractériser le plus *facilement* et le plus souvent le psychopathe dans les écrits mais également dans les propos des professionnels en tous cas de psychiatrie, outre sa jeunesse c'est effectivement le passage à l'acte¹. Autrement dit, c'est un trait de comportement, en l'occurrence violent, qui sert sinon de définition proprement dite, en tous cas de racine récurrente à sa caractérisation.

C'est par, et au nom, des difficultés à le contenir, des difficultés sociales de façon générale, ou plus particulièrement de celles qu'il pose aux institutions lorsqu'il est sous la responsabilité de l'une d'entre elle (*centre pour adolescent, prison ou psychiatrie pour ce qui nous occupe,...*), qu'il est donc le plus souvent défini. L'approche descriptive de ses frasques est la plus identifiante, discriminante, pour les acteurs sociaux, comme si le psychopathe semblait se réduire à un catalogue de comportements transgressifs répétitifs.

2.3) Diagnostics

Or de fait les définitions officielles, soit de l'OMS dans la classification internationale des maladies (*CIM*) ou celle anglo-saxonne du DSM², constituent effectivement pour l'essentiel un "catalogue" descriptif.

| Classification ³ | CIM (10^{ème} version) | DSM (4^{ème} version) |
|------------------------------------|---|---|
| <i>Personnalité</i> | Dyssociale | Antisociale |
| <i>Caractéristiques</i> | <ul style="list-style-type: none">▪ Ecart entre comportement et norme sociale,▪ Absence de culpabilité,▪ Attitude irresponsable,▪ Incapacité à maintenir durablement les relations,▪ Faible tolérance à la frustration,▪ Indifférence froide | <ul style="list-style-type: none">▪ Incapacité à se conformer à la loi,▪ Absence de remords,▪ Irresponsabilité,▪ Instabilité des relations interpersonnelles,▪ Besoin de tromper par profit,▪ Impulsivité, irritabilité, agressivité |

Il y a dans les subtiles différences entre ces deux listes l'émergence d'un débat qui n'est pas anodin. Il peut être relié à l'approche différente que les institutions, voire globalement le

¹ Ses passages à l'acte semblant s'espacer peu à peu avec l'âge.

² "Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders", à l'origine de laquelle nous trouvons l'American Psychiatric Association

³ D'après le tableau *Psychopathie dans la CIM 10 et le DSM IV*, Jean-Louis Senon, Op. Cit., p.26

corps social, peuvent avoir de la façon d'appréhender la psychopathie, et donc de la "traiter" socialement. Cette question n'est probablement pas sans rapport avec ce que vivent et ressentent les opérateurs sur le terrain.

2.4) Approche clinique

2.4.1) L'instabilité

Au-delà du débat dont ce rapide tableau est une des représentations et sur lequel nous reviendrons un peu plus loin, il semble y avoir accord sur un des aspects les plus récurrents de la personnalité du psychopathe, l'instabilité.

Elle est souvent sociale, professionnelle et sentimentale. Il peut à l'occasion d'une rencontre partir à l'autre bout du pays alors que tel ne semblait pas être son projet ne serait-ce que quelques heures auparavant. Il semble ainsi être en incapacité de mener une décision à son terme, changeant d'avis, voire de projet de vie à la suite d'un événement apparemment anodin. Et pourtant il semble parfois d'une naïveté confondante. Faisant les projets les plus conventionnels, paradoxalement espérant en un mode de vie des plus classiques. Pour autant le psychopathe n'est pas débordant d'activité comme le serait un individu en phase maniaque. Il est plutôt passif, très dépendant des autres et des circonstances, guidé en tous cas par le plaisir qu'il croit pouvoir éprouver et dont il ne peut attendre la réalisation, et encore moins en supporter la frustration.

2.4.2) L'impulsivité

Ainsi, *"supportant mal la contrainte, la frustration et l'adversité, le psychopathe est facilement agressif et impulsif"*¹. C'est avec une même impulsivité qu'il peut attenter à ses jours sur un mode volontiers infantile et théâtral. Toutefois à l'inverse des attitudes dites hystériques (*auxquelles le théâtralisme peut faire penser*) où la mise en scène est aussi importante, sinon plus que les actes, le psychopathe, lui, peut agir sur des registres qui peuvent être particulièrement dévastateurs et dont l'aspect "hors du commun" l'attire. Car tout en souhaitant parfois s'arrêter et mener une vie traditionnelle, il éprouve pour ce type de choix conventionnel dont il se sent exclus une certaine attirance, et à la fois une forme de mépris. Ce mépris le conduit à des attitudes perverses envers les autres et singulièrement avec ses partenaires sexuels.

¹ Quentin Debray, *Le psychopathe*, Puf, Paris, 1984, p.17

2.4.3) Le contact

En contraste avec ces éléments, le psychopathe a le contact facile. Il sait se montrer sympathique et séducteur. Il veut croire, et croit même parfois, à la force de toute nouvelle relation qu'il peut contribuer à créer facilement. *"Parmi les interlocuteurs qu'il rencontre se trouvent éventuellement l'assistante sociale, le psychiatre..., (l'infirmier psychiatrique, le surveillant de prison)... Il écoute l'autre avec sagesse, ... il paraît comprendre, promet, et ... demande (une faveur) un secours, un coup de téléphone à quelqu'un de bien placé, ... "*¹

Sa facilité à séduire peut l'amener à construire des projets complètement traditionnels ou au contraire complètement irréels et mégalomaniques, auxquels il croit peu à peu.

2.4.4) L'affectivité

Sur le plan de l'affectivité, là non plus, le psychopathe n'est pas libre. Il est encore très dépendant des circonstances. Il est le plus souvent sous l'emprise de ses passions, emportement, coup de foudre, haine, rupture. Mais tout est superficiel. Il est dans l'incapacité de vivre ces sentiments de façon authentique. Il en éprouve pourtant le besoin. Il a un besoin inextinguible de l'autre, de façon infantile, et égoïste. Il faut que l'autre s'occupe sans arrêt de lui, sinon il *"... fait une crise..."*².

2.4.5) La sexualité

Sa sexualité est marquée par l'insatisfaction permanente qui le conduit à l'excès et aux conduites perverses. Elle est marquée par la recherche d'un plaisir supérieur qui semble en permanence hors d'atteinte, qui tourne à la lutte contre l'ennui et à l'agressivité. Cela le conduit souvent à l'avilissement de l'autre et de lui-même. Il semble prendre tout autant plaisir à mépriser son partenaire qu'à se laisser dominer dans une relation passive pour échapper à toute responsabilité. C'est dans cette même perspective de recherche permanente d'un plaisir haineux et avilissant qu'il peut user et abuser de drogues diverses.

2.4.6) Les facultés intellectuelles

Enfin, ses facultés intellectuelles sont normales mais il présente une difficulté manifeste à l'imaginaire. S'il utilise facilement le mensonge, il est en fait peu capable d'invention. Il n'arrive pas à fantasmer. Il préfère une forme brutale de la réalité. Tout en étant capable, grâce à ses aventures diverses de réutiliser des techniques simples qu'il a appris comme de bonnes méthodes opérationnelles réapplicables à l'envie.

¹ Quentin Debray Op. Cit.

² Dixit un des patients rencontrés durant l'enquête.

2.5) Réponses sociales

Les relatives différences entre les deux approches diagnostiques, celle de l'OMS (*le CIM*), et celle plus spécifiquement anglo-saxonne (*le DSM*), sont probablement en lien avec d'un côté le souci d'une définition universaliste, tandis que le DSM est beaucoup plus en rapport avec la vision culturelle comportementaliste et moraliste américaine. Toutefois, dans les deux cas, hors mis donc ces écarts sémantiques et probablement culturels, c'est bien les difficultés qui se posent au corps social qui sont mises en avant pour identifier le psychopathe.

C'est une raison supplémentaire de choisir de se pencher plus particulièrement, dans le cadre de l'articulation entre la psychiatrie et la prison, sur le cas des psychopathes. Dans ces différentes approches sont inscrites, en même temps que le souci de classification des personnalités comme pour toutes les autres pathologies, les difficultés sociales qu'ils provoquent.

Cette question est à relier avec ce qu'écrit Quentin Debray : *"Les psychopathes sont des malades sans que l'on puisse dire qu'ils ont une maladie"*¹.

Les difficultés que provoque le psychopathe sont telles qu'il n'est jamais aisé de savoir ce que l'on peut mettre en avant : sa conduite déviante ou sa souffrance ? De qui relève-il, du sanitaire (*le soin*) ou du traitement social (*en l'occurrence, très souvent celui de la prison*) ?

2.6) Le "court-circuit" du passage à l'acte

C'est bien le passage à l'acte, la violence, aspect par lequel nous avons tenté de rentrer dans cet ensemble de questions théoriques posées par ce travail de recherche, qui "court-circuite" le travail des spécialistes.

Il empêche les opérateurs sociaux de la prison et ceux de la psychiatrie de pouvoir probablement fonctionner comme ils le feraient avec leur "population cible" classique respective. (*C'est entre autre ce que nous tenterons de discerner avec la recherche sur le terrain*).

Il empêche les scientifiques, qui pour des raisons d'identification voire à terme de planification tente de classier les pathologies, d'effectuer cette classification sur des critères principalement basés sur l'individu et sa souffrance, comme c'est le cas de la plupart des affections connues.

¹ Op. Cit.

Il empêche même les analystes de pouvoir exercer leur art dans le cadre habituel de leur pratique. Ce pour deux raisons essentielles.

La première tient à l'inscription même de ce passage à l'acte violent dans l'économie intrapsychique du psychopathe. Comme nous l'avons vu plus haut dans la partie consacrée à l'approche psychanalytique de la violence, le "ça" instance des pulsions, trouverait son dépassement par l'activité symbolique permettant de muter ces pulsions en fantasmes. Or le passage à l'acte du psychopathe, forme manifeste de sa violence, serait justement le fruit de son impossibilité à avoir accès à la fonction symbolique, son incapacité à fantasmer.

"Si le psychopathe passe à l'acte ce n'est pas pour exprimer ses fantasmes, mais c'est faute de fantasme"¹.

La cure psychanalytique, voire psychothérapeutique, s'appuie effectivement sur cette activité symbolique qui grâce à l'extrapolation, l'interprétation, par le sujet grâce à la cure de ses propres inscriptions symboliques de son passé dans son présent, peut lui donner accès à une forme de compréhension de ses difficultés, de sa souffrance.

Le passage à l'acte du psychopathe ne s'appuyant pas sur une activité symbolique à laquelle il n'aurait pas accès, rend la pratique du psychanalyste très difficile.

L'autre raison tient au rapport qu'entretient le psychopathe avec les institutions. A savoir que pour les deux institutions concernées par cette étude, lorsque le psychopathe s'y trouve c'est la plupart du temps par la contrainte de la loi. D'une certaine façon sa propre loi intrapsychique, celle de son "surmoi", étant inopérante, la société se substitue à elle pour lui imposer la sienne. Le psychanalyste se trouve alors pris, malgré lui, dans le tissu de l'institution et sera assimilé à la loi qui y maintient le psychopathe. Longtemps les analystes se sont trouvés en difficulté face à cette impossibilité de pouvoir opérer en situation neutre qui serait une des conditions pour une réussite minimum de leur entreprise.

C'est d'ailleurs une contradiction que doivent également gérer les psychiatres à l'hôpital psychiatrique et au SMPR (*Service Médico-Psychologique Régional*), service de psychiatrie au sein de la prison.

Cela nous renvoie à la seconde notion à approfondir à la suite de notre réflexion sur la violence, à savoir après la question de l'individu, le psychopathe, celle d'une des missions sociales symboliquement ou réellement dévolues à ces deux institutions, l'enfermement.

¹ Quentin Debray, Op. Cit., p. 55

III) L'enfermement

3.1) Forme commune de réponse sociale

Il est effectivement notable de constater que ces deux institutions ne sont pas seulement reliées entre elles par leur confrontation autour de la prise en charge parfois d'une même population dont le psychopathe est des éléments les plus marquants. Elles ont également en commun d'être une forme de réponse sociale à deux sortes *d'humanité défailante (comme l'écrit Marcel Jaeger dans "L'articulation du sanitaire et du social"¹)*.

Cette forme commune de réponse sociale c'est ***l'enfermement***.

Si nous faisons un rapide et modeste raccourci sur l'histoire de cette notion, nous constatons que ces deux institutions, *et avec elles, dans une moindre mesure il est vrai, les deux populations dont chacune d'elles a la responsabilité*, ont connu un sort parallèle, voire entremêlé.

3.2) l'enfermement et la loi

Ainsi, en France jusqu'au XVII^{ème} siècle, ceux qui contreviennent à la loi du seigneur, du roi ou de l'église, sont enfermés dans l'objectif principal de s'assurer du corps du prévenu. Ne serait-ce que parce qu'il pourra faire l'objet d'un supplice en place publique.

Les fous quant à eux au nom de l'expression divine dont ils sont le reflet, bénéficient aux yeux de la population d'une certaine protection.

Le XVII^{ème} siècle constitue alors un tournant. C'est l'époque du "*Grand renfermement*"². Les fous ne sont plus peu à peu vraiment regardés comme le symbole de l'œil de dieu, mais comme des déviants au comportement contraire aux bonnes mœurs. Avec eux les vagabonds, les chômeurs, les mendiants, sont enfermés (*à Paris cela représentera jusqu'à 1% de sa population*).

La pauvreté perd son caractère sacré (*image du Christ*), et renvoie à une nécessité de contrôle social. Elle devient un problème d'ordre public.

Dans le même temps, la création des premiers Hôtels Dieu, constitue les prémises d'une organisation hospitalière. L'internement du fou n'est pas encore le signe d'une médicalisation de la folie. Le fou n'est pas encore considéré comme *malade*. Toutefois, son enfermement est une décision de justice sur l'avis du médecin, seul habilité à juger de l'état de folie d'un individu.

¹ Marcel Jaeger, *L'articulation du sanitaire et du social*, Dunod, Paris, 2000

² Concept de Michel Foucault, *Histoire de la folie à l'âge classique*, Plon, 1961, Rééd. Gallimard 1972, Paris

Le XVIII^{ème}, le siècle des lumières, de la révolution, voit naître un mouvement de remise en cause des punitions et tortures au service desquelles l'enfermement était utilisé. La prison, la privation de liberté, tend à devenir alors en elle-même une sanction et commence à apparaître comme une alternative à l'archaïsme de la justice arbitraire à la violence donnée en spectacle. C'est donc un souci humaniste qui procure dès lors à l'enfermement une place de plus en plus grandissante dans le dispositif judiciaire¹.

Dans le même temps commence à apparaître la nécessité de séparer dans ces lieux d'enfermement les fous des criminels, fous qu'on commence alors à appeler "aliénés" (*ils apparaissent peu à peu dans la pensée révolutionnaire plus comme des victimes que comme des coupables*). Ils deviennent objet de savoir, acquièrent le statut de malades. On envisage un lieu qui les protégeraient. Ce seront les asiles qui se généraliseront au XIX^{ème} siècle.

3.3) Objectifs affichés de l'enfermement

Tandis que l'on espère dans les asiles pouvoir agir sur les aliénés et les soulager, voire les soigner, dans les prisons dans la foulée de l'évolution légale de l'enfermement, on entend agir sur les détenus moins à présent pour punir le corps que pour *corriger* l'âme.

Dans cette perspective de correction des comportements les précurseurs modernistes de cette légalisation de la prison soulevaient, dans le même temps, deux sortes d'objections liées à la réalité du monde de l'incarcération en construction :

D'une part le risque de *contagion* en rapport avec les conditions difficiles de vie en détention et les phénomènes *d'imprégnation* de fait aux pratiques délictueuses entre détenus. Questions qui restent encore vivaces aujourd'hui.

D'autre part une raison de principe qui aujourd'hui a perdu de sa force, quoiqu'en n'étant pas complètement absente du débat public, à savoir la nécessité du caractère public de la peine, ce, à des fins d'exemplarité.

L'objectif de "correction" de l'âme, dans le cadre de la peine d'enfermement, entraîne la nécessité d'un contrôle permanent des détenus. Ainsi la conception architecturale des

¹ *C'est dans ce même mouvement de recherche d'atténuation des souffrances que le Dr Guillotin invente sa machine pour exécuter de façon "plus humaine" les condamnés à mort.*

premiers grands centres pénitentiaires, circulaire ou en rayon, vise à optimiser au maximum la police des comportements. C'est ce que Foucault appelait le "panoptisme"¹.

Il n'est pas anodin de constater que différents projets architecturaux pour les *établissements d'hospitalité*, qui ne sont pas encore des établissements de soins, furent établis à l'époque sur les mêmes principes.

3.4) Justice et soins

Au XIX^{ème} siècle les voies juridiques qui conduisent à l'enfermement des deux populations se spécifient, tout en étant toujours liées entre elles. C'est le juge qui prononce l'incarcération d'un délinquant, c'est le médecin qui de fait par son avis engage la procédure d'enfermement d'un malade mental que la loi cautionne.

Outre la loi de 1838 qui donne aux aliénistes le moyen de soigner contre son gré le malade mental ayant perdu son libre arbitre et refusant les soins, tout particulièrement en l'enfermant, une autre articulation entre pénalistes et aliénistes, entre soins et justice, signera par l'ancien article 64 du code pénal un nouveau compromis. *"Il n'y a ni crime ni délit quand le sujet est en état de démence au moment des faits"*.

Nous ferons plus loin un rapide point sur l'environnement réglementaire de notre recherche. Nous verrons que ce débat entre les pénalistes et les aliénistes, sur l'enfermement, se traduira dans les textes et les articulations entre justice et psychiatrie.

Lorsque la loi de 1838 traitant des *"aliénés"* est enfin modifiée en juin 1990, réglementant la prise en charge des *"personnes atteintes de troubles mentaux"*, la notion d'obligation d'**enfermement** disparaît, pour faire place à la notion d'**hospitalisation** sous contrainte. Ce qui n'est d'ailleurs pas sans poser un problème de cohérence lorsque la psychiatrie doit prendre en charge un détenu qui lui, étant sous la responsabilité de la justice en l'occurrence sous celle particulière des autorités pénitentiaires, doit légalement continuer d'être incarcéré, c'est à dire enfermé.

Ce glissement sémantique de l'enfermement vers l'hospitalisation, cette dernière étant de la responsabilité de l'hôpital (*des médecins pour la partie prescriptions des soins, des médecins et de la direction, via l'infirmier(e) général(e), pour leur organisation concrète*), place l'établissement hospitalier devant des enjeux délicats, et donc devant des choix. *Nous verrons au cours de l'enquête qu'ils peuvent être, ici ou là, différents.*

¹ Michel Foucault, *Surveiller et Punir*, Puf, Paris, 1975.

3.5) Réinsertion et responsabilité

De fait au cours du XX^{ème} siècle le principe même de l'enfermement est maintes fois questionné. Pour ce qui est de la psychiatrie, la deuxième guerre mondiale provoque un bouleversement important.

Durant la débâcle, lorsque ici ou là les autorités administratives devant l'avancée de l'occupant décident l'ouverture des asiles pour sauver les malades, nombres d'entre eux s'avèreront à posteriori, dans le cadre de ces évènements dramatiques, complètement réinsérables. Dans nombre d'établissements où un autre choix a été fait, un niveau de mortalité dramatique touche les *internés* dont beaucoup meurent de faim et d'abandon¹.

Enfin, des rescapés, certains d'entre eux psychiatres, ayant connu l'enfer des camps de concentration, établissent le parallèle entre ce qu'ils y vécurent et le fonctionnement des grands asiles. Ce, tant en ce qui concerne les règles qui objectivent les internés (*leur niant leur statut de sujet*), que pour ce qui est des fonctionnements défensifs que peuvent développer les individus pour résister même confrontés à des situations extrêmes. Ils jettent les bases de la *thérapie institutionnelle* tentant à vouloir transformer le fonctionnement interne des institutions, mais également à modifier le vécu social sur la capacité à la responsabilisation, et donc à la réinsertion, des patients.

Pour ce qui est de la prison, la question de la voir devenir un lieu et un moyen de transformation de l'intériorité du détenu fait l'objet de larges débats controversés. Exemple de choix difficiles illustrant cette question : on retrouve dans l'ancien code pénal, procédure maintenue dans le nouveau, la possibilité d'une peine pour les pervers sexuels de réclusion criminelle, *de punition donc*, à laquelle s'ajoute une seconde phase de détention, "*une peine thérapeutique*".

Soigner ou punir, voire soigner **et** punir, la question ressurgit là encore de ce premier travail d'approfondissement des données théoriques, préalable à notre recherche.

3.6) Sens de l'enfermement

Sur ce débat central, notons deux contributions théoriques singulières.

Michel Foucault, dont une synthèse des travaux a inspiré pour partie ce rapide parcours historique, est un des fondateurs en 1971 du GIP (*Groupe d'Intervention Prison*). C'est un

¹ Cette période soulève à bien des égards la question de la responsabilité globale de ces institutions.

groupe de militants, philosophes, sociologues, journalistes, qui se proposaient de faire vivre un débat permanent sur la prison et sa nécessaire évolution, ce en donnant entre autre la parole aux détenus. Aujourd'hui l'OIP (*Observatoire International des Prisons*), organisation non gouvernementale qui a une mission consultative auprès de l'ONU, s'inscrit, particulièrement sa section française, dans la continuité des travaux de ce groupe.

Dans "*Surveiller et punir*" Michel Foucault pose l'enfermement pénitentiaire comme modèle explicatif de l'organisation sociale visant à "*la disciplinarisation des corps et des esprits*" (*école, armée,...*)¹. Si le lien d'un développement des méthodes d'enfermement en psychiatrie et en prison peut sur le plan de sa portée symbolique et sociale se lire sous cet angle, cela ne dit rien des fonctionnements internes de ces deux institutions. De fait les tenants de la thérapie institutionnelle tout en s'inscrivant dans la continuité de cette réflexion sur l'enfermement en général et en psychiatrie en particulier, croyaient dans un projet de transformation des pratiques quotidiennes² de prise en charge, avec l'espoir qu'une sorte d'enfermement soignant qu'ils voulaient modifier pouvait alors s'articuler avec réhabilitation.

Par ailleurs, sur cet univers de l'hôpital psychiatrique le sociologue canadien, Erving Goffman, en 1961, (*la même année où Foucault écrivait son "histoire de la folie à l'âge classique"*), en écrivant "*Asiles*"³, cherche à décrire par le menu le phénomène de totalisation de la prise en charge de l'individu malade mental interné (*les parallèles avec l'univers carcéral sont limpides*). Il développe l'idée, à propos de cette organisation totalisante, d'un processus *totalitaire* qu'est celui de l'enfermement. Ce faisant lui aussi décrit également les processus par lesquels les reclus mettent malgré tout en place des dispositifs leur permettant de lutter contre l'objectivation de l'institution totalitaire.

3.7) Comprendre l'enfermement ?

Ce que nous pouvons comprendre de ces deux contributions, au regard de l'expérience qui est la nôtre, c'est qu'il y aurait une (*ou des*) fonction(s) de l'enfermement, qui constituerai(en)t à la fois explication commune à la prison et à la psychiatrie, tout en faisant partie de ce qui lie ces deux institutions. Ce pourrait être, en premier lieu, ce que Philippe Combessie appelle *la logique de neutralisation* de l'enfermement⁴.

¹ Analyse de Philippe Combessie, *Sociologie de la prison*, Editions la découverte, Paris, 2001, p. 7

² Voir à ce sujet les propos de François Tosquelles dans *Pratique de l'institutionnel et politique*, Ed Matrice, Vigneux (91), 1985, p. 122 à 123

³ Erving Goffman, *Asiles*, Les éditions de minuit, Traduction, Paris, 1968.

⁴ Op. Cit.

Les patients au centre de notre étude qui semblent parfois être un enjeu entre la psychiatrie et la prison, et dont le psychopathe est un des individus les plus difficiles à prendre en charge, se verraient effectivement enfermés en tout premier lieu, tout autant sinon plus, pour les autres, le corps social, que pour eux-même. Dans une société où le droit à l'intégrité et à la sécurité est un droit fondamental, que le corps social cherche à se prémunir n'est pas sans légitimité.

Or ce droit à la protection de son intégrité qui justifie l'enfermement de ceux qui par leur comportement peuvent le remettre en cause, n'est pas seule comme exigence sociale fondamentale. L'article 3 de la déclaration universelle des droits de l'homme de 1948 stipule que *"tout individu a droit à la vie, à la liberté et à la sûreté de sa personne"*. Dans un même article la sûreté et la liberté sont associées.

Cela nous renvoie donc à une autre fonction de l'enfermement qui serait à visée de *"différenciation"*. Elle viserait ainsi à *"procurer aux reclus une formation ou une compétence (à les rendre différents donc, également dans leur comportement) propre à leur assurer (à posteriori) une meilleure place dans la société"*¹. Autrement dit, cela leur permettrait de pouvoir espérer recouvrer leur liberté. Cette seconde fonction de l'enfermement articulée à la première, celle de neutralisation, pourrait faire coïncider protection du corps social et tentative de réhabilitation du reclus. C'est un enjeu qui traverse à n'en pas douter les deux institutions, même si pour chacune d'entre elle réhabiliter par le vecteur de l'enfermement qui lui-même parfois invalide, est une gageure d'importance.

N'est-ce pas là que se trouve toute la problématique de notre sujet ? Partagé entre punir et soigner, entre neutraliser et vouloir rendre différent, l'enfermement psychiatrique et pénitentiaire sont pris dans un double objectif contre lequel l'imperméabilité entre les deux institutions constitue un frein puissant.

Devant cette exigence d'articulation un certain nombre de dispositifs réglementaires ont été mis en place pour établir des coopérations entre ces deux institutions et ces deux objectifs que notre société cherche à faire cohabiter.

Quelle influence ont ces dispositifs réglementaires et à quelles questions renvoient-ils au regard de la notion d'enfermement et de celle de la violence, dont en particulier les psychopathes sont les vecteurs ?

¹ Philippe Combessie, Op. Cit., p. 15

IV) Cadre réglementaire

Bien des textes ont effectivement un rapport avec la situation complexe sur laquelle nous souhaitons travailler. Soit parce qu'ils sont le reflet des débats historiques qui fondent l'approche du législateur aujourd'hui en France. Soit encore parce qu'ils ont, pour la prise en charge commune de ces patients/ détenus, des conséquences concrètes sur les rapports entre prison et hôpital.

4.1) Loi de 1838 et l'article 64 du code pénal

Comme nous l'avons vu dans la partie traitant de l'enfermement, les relations entre les nécessités du soin aux malades souffrant de pathologie mentale et le monde de la prison, ont toujours connu un vif débat qui s'est concrétisé au tout début du 19^{ème} siècle par deux lois particulières. L'article 64 de l'ancien code pénal¹ (1810), traitait de la question de la responsabilité pour les crimes commis par des individus en "état de démence". La loi de 1838 portait quant à elle sur la prise en charge et la protection des aliénés².

Les aliénistes considèrent que la folie exclut la punition et donc l'emprisonnement (*même s'ils mettent eux-même en place un arsenal thérapeutique où l'enfermement, qui à leurs yeux a pour but de protéger les malades, tient une place centrale*). Ils se refusent à intervenir en prison, sauf à titre d'experts. Comme nous l'avons vu, l'article 64 du code pénal, établissait une différence nette entre ce qui relève de la peine, et ce qui relève du soin. L'un excluant l'autre. "*Il n'y a ni crime ni délit quand le sujet est en état de démence au moment des faits*". Deux facettes des phénomènes de violence pouvant donner ensemble un éclairage singulier sur l'acte délictueux, celui de la transgression à la loi, et celui de la souffrance psychique (*pour ne pas dire psychotique, ou psychopathique*), sont complètement séparées, l'une pouvant (*devant ?*) nier l'existence de l'autre.

Ces deux textes ont été récemment revus.

La loi de 1838 est enfin modifiée par celle de juin 1990. Elle modifie et intègre le code de la santé publique³. Le législateur a cherché dans cette modification à resserrer le dispositif dans le but multiple de concilier entre eux plusieurs objectifs potentiellement contradictoires : pouvoir soigner ceux qui en avaient besoin, s'il y avait lieu en les protégeant contre leur gré voire contre eux-mêmes, protéger en même temps le corps social de troubles du comportement hétéro-agressif et à la fois rendre impossible les internements arbitraires. Elle

¹ dit "code Napoléon". Voir Annexe "Quelques textes" en fin de document.

² Dans la progression historique de ce débat, il faut par ailleurs citer l'année intermédiaire de 1832, date à laquelle apparaît la notion de "circonstances atténuantes".

³ Articles L.326 à L.355 du Code de la Santé Publique

a multiplié les contraintes pour faciliter les contrôles et renforcer la responsabilisation des acteurs de santé, singulièrement celle des directeurs et des médecins psychiatres.

Cette loi a promu le droit des malades. Toutefois, elle confirme l'existence juridique de l'hospitalisation sans consentement, même si comme nous l'avons souligné plus haut elle ne fait pas spécifiquement référence à l'enfermement. L'organisation concrète de l'hospitalisation reste en effet un élément du dispositif de soin, faisant partie à ce titre de l'ensemble des moyens mis en œuvre "en interne" déterminés par les choix thérapeutiques effectués dans les services.

L'article 64, quant à lui est remplacé dans le nouveau code pénal par les articles 122-1 et 122-2 : "*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*". Mais elle "*demeure punissable*" si son "*discernement*" a seulement été "*altéré*" ou le "*contrôle de ses actes*" "*entravé*"¹.

4.2) Evolution et débat

Il y a un glissement sémantique très net entre l'ancien article 64 et les 122-1 et 2 du nouveau code pénal. Ce dernier ne dit plus que le crime n'existe pas parce que la personne l'ayant commis était en incapacité de contrôle de ses actes. Il traite de la responsabilité sans plus nier l'acte. Il introduit par ailleurs un *distinguo* entre la responsabilité pénale et la responsabilité civile qui elle reste entière. Ce qui ouvre droit à réparations pour les victimes, droit qui s'éteignait en même temps que la responsabilité de l'auteur du crime sous le coup de l'article 64. Il introduit enfin une sorte de progression dans la l'analyse possible du niveau de responsabilité entre *abolition* ou *altération* du discernement².

Mais fondamentalement un état particulier de l'auteur du crime *au moment des faits* continue de le déclarer potentiellement "*non punissable*". Et surtout, ce que ne dit pas explicitement le texte mais qui est inscrit dans les procédures du droit français, cela arrête de fait la procédure, celle-ci aboutissant à un non-lieu.

Ce terme de "*non-lieu*" est parfois ressenti par le public comme un signe de la négation du crime par la justice. Or pénalement il signifie qu'il n'y a pas *lieu* de poursuivre, en l'occurrence ni la procédure ni, de fait, l'auteur du crime. Cette difficulté potentielle liée au

¹ Voir Annexe "Quelques textes" en fin de document.

² L'évolution de ce texte est à relier avec une autre évolution, celle de l'expertise psychiatrique. Certains psychiatres experts laissant entendre, en forçant le trait, que seul le coma ou la mort sont en mesure d'abolir, (complètement donc), le discernement.

sens des mots est la même pour toute situation où la justice doit intervenir et qu'un non-lieu est prononcé. Mais lorsque l'auteur des faits est un individu ayant justement du mal à repérer le sens de ses actes, et/ ou les limites de sa propre existence, cela devient une difficulté supplémentaire.

Le débat reste vif, y compris au sein de la communauté soignante, entre les tenants du maintien de cette possibilité du "*non-lieu psychiatrique*" et ses opposants. Il y a ceux qui déplorent que la justice ne passe pas, considérant qu'elle peut et doit donner du sens, qu'elle constitue alors une opportunité irremplaçable de symboliser, représenter dans le réel, l'acte commis. Or nous avons vu que pour ce qui concerne les psychopathes en particulier, l'accès au "symbolique" reste un enjeu important entre autre pour leur éventuel parcours thérapeutique. C'est l'accès à une représentation dans le réel social, comme tout justiciable, que réclament avant tout les opposants à ce texte, avant même et bien plus que la sanction en elle-même.

Les autres leur rétorquent, qu'il n'y a pas de justice sans sanction, de justice sans procès. Et que dire d'une justice, d'un procès et d'une sanction, pour une personne qui n'est pas en capacité d'entendre, de comprendre, de voir, d'assimiler, ni l'un ni l'autre. Que dire¹ aux familles des victimes quand elles se retrouvent face à un auteur de crime qui pourra parfois parler de son acte avec une telle apparence de détachement et de froideur, que ces familles ne pourront, avec la souffrance qui est la leur, que l'interpréter comme une provocation supplémentaire. Ou encore, que dire de la "présence" en prétoire d'un accusé tellement "neuroleptisé", *seule solution parfois pour qu'il puisse avoir un comportement conforme au déroulement protocolaire d'un procès*, qui ne donne au débat que l'illusion d'un simulacre de justice. Ce qui là encore, au-delà de la nécessaire équité envers l'accusé, frustre également les victimes dans leurs droits.

L'autre risque avec l'ancien article 64, toujours d'actualité avec l'actuel 122-1, c'est que le "non-lieu psychiatrique", qui fait éviter à l'auteur des faits le procès, ne lui écarte pas l'hospitalisation sous contrainte et pour une durée qui elle n'est pas limitée par la sanction d'un procès quelconque, ni donc garantie par la loi. Si ce n'est, il est vrai, que les contrôles mis en place par la loi du 27 juin 1990, remplaçant celle de 1838, donnent un peu plus de garanties à ce sujet.

¹ Nous signale l'expert auprès des tribunaux que nous avons rencontré pour cette recherche.

Concomitamment à la question de la responsabilité d'un individu atteint de troubles psychiques, se pose celle de sa "prise en charge" concrète par la prison et/ ou l'hôpital psychiatrique.

4.3) L'article D 398 du code de procédure pénale

4.3.1) Les codes

Outre le code de la santé publique (CSP) ensemble de lois qui porte organisation de la prise en charge médicale de l'ensemble de la population, dont la loi du 27 juin 90 concernant les "personnes atteintes de troubles mentaux" est une partie, il y a l'ensemble des lois concernant les fautes et leurs sanctions. C'est un corpus juridique cohérent. C'est le code pénal (CP), revu comme nous l'avons vu en 1992.

Il y a, par ailleurs, l'ensemble des lois concernant les procédures concrètes d'applications de ces décisions prises dans le cadre du code pénal, c'est le code de procédure pénale (CPP). C'est selon ce code de procédure pénale que sont organisées la plupart des procédures en place dans les établissements pénitentiaires.

C'est donc, de fait, un ensemble de contraintes légales qui participent, pour ce qui concerne les personnes prises en charge par les deux institutions, de la complexité des rapports entre l'administration pénitentiaire et l'hôpital.

4.3.2) Les termes de l'article¹

L'article D 398 du code de procédure pénale stipule qu'un détenu (*qu'il soit en détention préventive ou condamné*) ne peut être traité sans son consentement pour des soins de nature psychiatrique que dans le cadre du droit commun applicable à l'ensemble de la population. Autrement dit, s'il y a besoin de soins sous contrainte, ils sont donnés, par décision du préfet du département où se trouve le centre de détention, dans le cadre classique de l'hôpital psychiatrique. Ce, au sein de l'établissement de rattachement géographique de l'établissement pénitentiaire ou d'un autre établissement dès l'instant que ce dernier est lui aussi habilité à recevoir les patients en hospitalisation sous contrainte, et que, s'il y a lieu, le préfet du nouveau département concerné prend lui aussi les mêmes dispositions.

Par ailleurs, il est également stipulé dans ce même article que ces patients ne sont pas concernés par l'application d'un autre article du code de procédure pénale, le D 394². A

¹ et ² Voir Annexe "Quelques textes" en fin de document.

savoir qu'il n'est pas adjoint dans ces cas là de force de police pour surveiller le détenu durant son hospitalisation, contrairement à ce qui est le cas pour des soins somatiques en hôpital général.

4.3.3) Les problèmes qu'il soulève

Le débat entre aliénistes et pénalistes initié comme nous l'avons vu à la fin du 18^{ème} siècle est encore prégnant aujourd'hui. Comment ne pas voir ces dispositions comme une résurgence de ce débat jamais vraiment clos ?

Il est important pour une séparation éthique entre la peine et le soin que les forces de police ne pénètrent pas dans l'enceinte de l'hôpital. N'est-ce pas là également une forme symbolique de l'ancienne fonction d'asile des établissements psychiatriques¹ ?

Par ailleurs, comment ne pas voir dans la philosophie générale de ce texte, également la marque de ce que le corps social percevait, et peut sans doute encore percevoir, de ce qu'étaient jusqu'à ces dernières années les grandes institutions psychiatriques ? Si ces établissements étaient des lieux d'enfermement, organisés et prévus pour cela, pourquoi leur adjoindre des forces spécifiques pour une fonction qu'ils assuraient eux-même très bien ?

Seulement voilà, ces institutions ont changé. Elles se sont réorganisées, ouvertes humanisées et ... par la même fragilisées. Par ailleurs, elles se sont largement féminisées. Ce qui n'est pas sans avoir considérablement modifié les contraintes de l'organisation lorsqu'il s'agit de prendre en charge des patients aux comportements violents.

Autre question soulevée par cet article D 398 : le patient ainsi hospitalisé est, et reste, un détenu. Autrement dit il est sous la double compétence juridique du directeur de l'établissement de soin et sous celle de l'établissement pénitentiaire. Il en résulte une implication plus ou moins directe du pénitentiaire dans l'organisation même du lieu de soin, transformant de fait celui-ci en lieu de détention.

L'hospitalisation sous contrainte par décision préfectorale, l'hospitalisation d'office, prévue par la loi du 27 juin 1990 (*ancien placement d'office de la loi de 1838*), pose dans le cadre de l'humanisation, de la légitime importance croissante des droits des patients, un problème spécifique de droit et d'éthique, lorsqu'elle est assurée dans des lieux de soins communs avec des patients en hospitalisation dite "libre". Mais en l'occurrence l'option de l'enfermement n'est pas imposée par les textes. Le cas d'un patient/ détenu incarcéré/

¹ Au sens premier du terme, du grec *a-sulon*, puis du latin *asilum*, "sans poursuite".

hospitalisé dans ces mêmes structures, complexifie encore plus cette question organisationnelle et surtout éthique.

Les clivages entre ces deux institutions qui prennent en charge chacune une partie de la population, avec évidemment toutes deux des missions bien spécifiques et par bien des aspects potentiellement contradictoires entre elles, ces clivages deviennent, lorsqu'il y a nécessité de soin, de plus en plus complexes à gérer.

Il existe toutefois, au sein de l'institution pénitentiaire, ainsi qu'au sein de l'organisation hospitalière des dispositifs particuliers, qui d'une certaine façon sont le reflet d'une tentative du législateur (et de l'histoire) de vouloir gérer ces clivages et ces contradictions.

V) Dispositifs spécifiques

5.1) Le SMPR

5.1.1) Ce qui a conduit à leur création

L'obligation d'avoir à prendre en charge des détenus qui manifestement souffraient de troubles psychiatriques patents ne s'est heureusement pas révélée récemment. Dès 1946 des dispositifs de dépistage étaient mis en place dans les établissements pénitentiaires. Comme l'intervention directe du sanitaire au sein des établissements pénitentiaires n'était toujours pas d'actualité, cette institution se dote alors de son propre personnel médical. Ce qui ne fût pas sans provoquer de vifs débats au sein des professions soignantes et en premier lieu celle des psychiatres. *Le débat entre aliénistes et pénalistes se poursuivait.*

En 1977, suite entre autre à l'évolution de ce débat au sein du secteur professionnel, le personnel de ces Centres Médico-Psychologiques (CMPR) qui sont installés dans chaque région pénitentiaire obtiennent leur indépendance vis à vis cette institution¹. Ils sont dès lors nommés par le ministère de la santé. En 1985, la nouvelle organisation psychiatrique est mise en place, *dans la continuité de l'esprit de la circulaire sur le secteur datant, elle, de 1960.* Elle trouve en 1986 sa déclinaison dans l'organisation pénitentiaire. A côté du secteur psychiatrique infanto-juvénile et du secteur de psychiatrie générale (*adulte*) dont les dispositifs d'accueil sont implantés dans le tissu hospitalier, est créé le secteur de psychiatrie en milieu pénitentiaire dont la structure de base est le Service Médico-Psychologique

¹ *Ce choix d'indépendance, lors de la mise en place de la loi 94-43 du 18 janvier 1994, réforme très importante sur l'organisation des soins et la protection sociale en milieu pénitentiaire, sera également appliqué à l'organisation des soins somatiques dispensés aux détenus. Les UCSA (Unités de Consultations et de Soins Ambulatoires) sont alors créées au sein des centres de détention sur le même mode que les SMPR en étant placées sous responsabilité hospitalière.*

Régional, le SMPR. Il est installé au sein des prisons à raison d'un SMPR par région pénitentiaire, soit 26 SMPR pour tout le territoire. Les SMPR remplacent alors les CMPR.

5.1.2) Fonctionnement et discussion

Ce service, et son personnel dévolu au soin, médecins psychiatres (*dont un chef de service*), psychologues, secrétaires, infirmier(e)s, dépendent de l'hôpital psychiatrique de rattachement. Y sont adjoints du personnel spécifique de l'administration pénitentiaire qui assure la surveillance des détenus, tandis que le personnel soignant hospitalier assure les soins. Le service est implanté au sein de la prison, dans un quartier spécifique dévolu à cet effet. Les détenus/ patients y sont donc hospitalisés¹ sous la forme juridique, conforme au code de la santé publique modifié par la loi de juin 1990, du "*service libre*", ce qui peut apparaître quelque peu "décalé".

En effet comme nous l'avons vu à propos de l'article D 398 du CPP la prise en charge au sein du SMPR se doit d'être volontaire. Elle doit faire l'objet d'une demande explicite et individuelle du détenu. Une des idées qui sous-entend le choix d'une telle procédure, c'est de ne pas rajouter à la peine d'emprisonnement une peine de soin obligatoire. Ce que la profession appelle parfois "la double peine".

Or en prison, peut-être même beaucoup plus que dans la société en général, s'adresser à la psychiatrie est particulièrement stigmatisant. Cette demande de soin est alors d'autant moins facile à faire éclore, même si dans certaines situations pour les soignants et les surveillants elle est de toute évidence nécessaire.

Inversement, un détenu dont les troubles du comportement sont très importants et/ ou inquiétants pour les personnels de la pénitentiaire, même en SMPR, pourra se voir appliquer une décision d'hospitalisation d'office donc un transfert en hôpital psychiatrique, alors même que sa demande explicite ne fait guère de doute. Et ce, ne serait-ce que parce que le SMPR n'apparaît pas adapté à la situation particulière de tel ou tel détenu. Qu'est-ce qui prime alors, la demande de soin ou les nécessités institutionnelles, certes par ailleurs compréhensibles, de l'établissement pénitentiaire ?

Autre question, si manifestement les troubles sont en rapport direct avec la détention, quel est alors l'objectif réel du soin, aider le patient à dépasser, et vivre avec, sa "pathologie",

¹ 5 sur 26 de ces SMPR n'ont pas de lits d'hospitalisation (du moins en 2000). "La France face à ses prisons" Rapport d'enquête de l'ass. nationale. Louis Mermaz et Jacques Floch, président et rapporteur, 28 juin 2000

comme c'est un des buts inhérents au soin psychiatrique en général, ou n'est-ce pas, de fait, contribuer à adapter le détenu à sa peine ? Questions éthiques qui traversent la pratique du soin en prison.

Mais lorsque la prison ne peut rien contre un dérèglement aux conséquences violentes extrêmes, il existe un autre dispositif, également à la disposition des services de psychiatrie générale. C'est l'Unité pour Malades Difficiles.

5.2) L'UMD

5.2.1) D'où viennent-elles ?

L'idée de créer des lieux d'accueils pour les "criminels fous" était, elle aussi, au cœur des débats entre pénalistes et aliénistes. Au préalable, la question des crimes les plus violents était abordée avec un souci de rationalisation séparatrice *"entre malade mental irresponsable, secouru et soigné, et criminel, responsable et puni"*¹

La réalité s'impose. Il y a des criminels violents qui par ailleurs, quel que soit le rapport entre leur état psychique et leur crime, sont également ce que l'on appelle plus communément à l'époque, des "fous". La nécessité de soin ne peut plus longtemps être écartée. Les aliénistes voulant libéraliser les hôpitaux ne voulaient pas prendre en charge ces patients/ criminels en même temps que les autres patients, dans la mesure où ils constituaient un frein à cette libéralisation.

Cette idée d'un lieu d'accueil spécifique fait émerger une première demande explicite des aliénistes en 1828². Demande dont la mise en place concrète dans le cadre de la psychiatrie, ne s'effectuera que près d'un siècle plus tard, en 1910, par la création de ces services dès le début appelés "Unités pour Malades Difficiles".

Elles sont aujourd'hui au nombre de quatre en France, *totalisant environ 400 lits*³. Un des derniers textes qui les régit, outre le cadre du droit commun de la loi de 1990, est un arrêté de 1986⁴ relatif au règlement intérieur de ces unités. Ce texte définit le profil des patients qui y sont accueillis. *"Les patients doivent présenter pour autrui un danger tel qu'ils*

¹ Jean Louis Senon, Op. Cit.

² Cette demande est à replacer dans le cadre historique des autres éléments réglementaires déjà évoqués ici : 1810 code Napoléon et article 64 sur le non-lieu en cas de démence, 1828 cette demande d'un lieu spécifique pour les grands "criminels fous", 1832 apparition de la notion juridique de circonstances atténuantes, 1838 loi sur la prise en charge et protection des aliénés.

³ Eric Piel et Jean-Luc Roelandt, *De la Psychiatrie vers la Santé Mentale*, Rapport de Mission ministérielle, Paris, Juillet 2001

⁴ Arrêté du 14 octobre 1986, BO MASE n° 86-44, texte n°8529

nécessitent des protocoles thérapeutiques intensifs adaptés et des mesures de sûreté particulières".

5.2.2) Caractéristiques

Première d'entre elles issue de la question de la dangerosité ainsi spécifiquement repérée : tous ces patients relèvent de la contrainte légale de la loi de 1990, et plus particulièrement de l'hospitalisation d'office. Leur admission est donc pour tous le fait de l'intervention de la loi, et plus particulièrement de l'état, par son représentant légal, le préfet.

Par ailleurs, il y a deux statuts possibles réglementant leur présence en UMD :

1) Ils ont à la fois un statut de détenus (*dépendant toujours à ce titre de l'administration pénitentiaire*) et d'hospitalisés en HO¹, adressés à l'hôpital psychiatrique dans le cadre de l'article D398 du CPP pour y recevoir des soins durant leur incarcération. *10 à 15 % des files actives des UMD sont ainsi constituées de détenus*²

2) Ou ils ne sont "qu'en" hospitalisation d'office sans être par ailleurs sous le coup d'une incarcération. Ils dépendent alors uniquement de l'institution psychiatrique et donc du seul cadre de la loi de juin 1990. Dans ce cas,

- soit ils ont "bénéficié", après avoir commis un fait plus ou moins grave, de l'article 122-1, les déclarant pénalement irresponsables du fait de leur pathologie. Ils peuvent alors arriver de prison d'où leur levée d'écrou a été prononcée. Ils ne sont donc plus sous la responsabilité de l'administration pénitentiaire.
- soit leur arrivée ne s'inscrit pas dans un parcours de justice. Ils viennent des services classiques d'hospitalisation psychiatriques pour des questions de dangerosité révélées avant ou pendant leur hospitalisation.

Ces deux statuts possibles pour ces patients par ailleurs soumis au même règlement régi par le texte de 1986 dans ces services au fonctionnement fortement inspiré des règles carcérales, fait de ces lieux de soin des unités où l'hospitalisation peut prendre la forme symbolique de la sanction.

Dans le débat récurrent initié entre aliénistes et pénalistes, dont nous avons rencontré dans cette première partie de nombreux aspects encore prégnants aujourd'hui, les UMD sont un

¹ Hospitalisé d'Office *Par décision préfectorale, loi du 27 juin 1990.*

² Eric Piel et Jean-Luc Roelandt, Op. Cit.

exemple symbolique. Ces unités sont effectivement le lieu par excellence de la mise en forme de toutes les contradictions potentielles entre la mission sociale de punir et celle de soigner. Il n'est pas anodin de constater que parmi les passionnés des deux "camps", peu, voire aucun d'entre eux, ne remet en cause l'existence d'un tel lieu¹.

Il convient à présent de passer à la phase suivante.

Conclusion partielle

Nous avons tenté dans cette première partie, **Contexte, données théoriques et dispositifs**, d'aborder les aspects tant conceptuels que réglementaires et pratiques qui constituent l'environnement des professionnels de ces deux institutions lorsqu'elles sont amenées, soit à travailler ensemble, soit plus "simplement" lorsqu'elles doivent prendre en charge des "patients/ détenus". Et plus largement, lorsque les difficultés de l'une face à un type de comportement qui lui pose beaucoup de problèmes l'amène à penser qu'elle est au cœur des missions de l'autre.

A présent, après avoir cherché à identifier et sérier les éléments de ce contexte, il va s'agir de s'aventurer sur *le terrain* de notre recherche.

¹ *Les commissions d'enquête parlementaires de l'assemblée nationale et du sénat de l'été 2000 sur les prisons françaises ont toutes deux stigmatisé la question des capacités d'accueil de ces unités. Quant au rapport de mission sur la santé mentale (Eric Piel et Jean-Luc Roelandt) remis à M. le secrétaire d'état chargé de la santé en juillet 2001, bien que certaines de ses propositions soient vécues dans le milieu professionnel comme provocatrices, il reste sur ce sujet d'une sage circonspection.*

Seconde partie : La recherche, méthodologie et enquête.

Pour présenter les résultats de cette recherche, il est nécessaire d'en présenter au préalable les principes selon lesquels elle a été conduite.

I) Principes et organisation

Il y a une règle initiale que nous nous sommes d'emblée donnée et qui a conditionné la construction même de l'organisation de notre enquête. Elle a pour origine la façon dont nous avons construit notre problématique.

1.1) L'idée de départ

En effet notre problématique ainsi construite nous conduisait à penser que ce que vivent ceux que nous nommons les opérateurs non-spécialistes de l'hôpital et de la prison, serait avant tout le fait d'un même phénomène traversant simultanément les deux institutions.

En psychiatrie, ces opérateurs non-spécialistes sont les équipes soignantes des unités d'hospitalisation intra-hospitalières "généralistes". C'est en général dans ce type d'unités que nous retrouvons, dans la plupart des services de psychiatrie, l'ensemble des patients hospitalisés, sous contrainte ou pas, et donc en particulier ceux en hospitalisation d'office. Comme nous l'avons vu, c'est sous cette modalité que ces personnes sont hospitalisées lorsqu'elles sont également détenues. C'est encore la plupart du temps également sous cette même modalité qu'elles sont prises en charge même si elles ne sont plus ou pas encore en détention.

En prison, ces opérateurs non-spécialistes sont les surveillants¹ qui ont en charge l'ensemble non spécifié de la population pénitentiaire.

Pour aboutir in-fine à des propositions concrètes et opérationnelles pour en particulier les équipes de psychiatrie, la recherche sur le terrain devait nous aider à comprendre ce qui peut caractériser leurs difficultés. Ainsi, si nous partions du principe de l'existence d'un phénomène commun, pour comprendre ce qu'il produit en particulier en psychiatrie, il nous

¹ C'est le terme statutaire des agents de détention dans l'administration pénitentiaire. Pour éviter la confusion avec le "surveillant", terme statutaire du cadre dans la fonction publique hospitalière, nous nommerons ce dernier "cadre infirmier". Le responsable hiérarchique de la pénitentiaire sera nommé "gradé". Cette proximité des termes ne pourrait-elle pas facilement (trop ?) être comprise comme un élément supplémentaire de liaison symbolique entre les deux institutions ?

semblait intéressant de tenter une analyse comparée des discours de ces opérateurs des deux institutions.

Comment pouvoir comparer deux discours au sein de deux institutions au fonctionnement complètement différent *même si elles ont en commun une certaine forme de violence, d'enfermement, et de prendre en charge toutes deux des psychopathes ? Il nous semblait nécessaire qu'existe entre elle un lien constituant une sorte d'expérience commune.*

L'idée centrale sur laquelle est construite notre recherche fût donc d'enquêter auprès d'équipes, de la pénitenciaire et de la psychiatrie, ayant "pris en charge" dans une période récente et contemporaine la même personne.

1.2) Les terrains de la recherche

Nous ne pouvions, en fonction des conditions même de ce travail, multiplier à l'extrême les lieux de cette recherche. Toutefois, en fonction de la spécificité que peut vivre tel ou tel établissement¹ nous ne pouvions nous limiter à une seule personne, à un seul couple d'institutions.

Nous avons donc choisi d'effectuer une première partie de recherche dans une grande ville, où l'importance du dispositif hospitalier et pénitenciaire peut comporter une certaine spécificité pouvant jouer sur le vécu des opérateurs².

La seconde partie du travail d'investigation se sera déroulé dans une ville de moyenne importance, où la diversité des possibilités d'accueil est plus réduite.

1.3) Quel outil ?

Il s'agissait pour nous d'utiliser un outil d'investigation qui nous permette de confronter nos deux hypothèses principales avec ce que nous pourrions glaner, grâce à lui, **de** la réalité.

Ces deux hypothèses, l'idée d'une part que la déstabilisation des équipes serait le fait de la remise en question même de leur mission respective, et celle d'autre part que la conviction de ces opérateurs de l'inadéquation du lieu de prise en charge est génératrice en elle-même de mise à l'écart et à terme de recrudescence de violence, ces deux hypothèses donc, ont

¹ Surtout qu'à la période où nous effectuions ce travail, l'actualité était relativement importante en ce qui concerne en particulier les institutions pénitenciaires.

² Nous avons vu dans "l'avant-propos" qu'il pouvait exister dans les grandes métropoles de plus grandes possibilités, entre institutions, de "passer la main", même si en l'occurrence ce ne fût pas vraiment négocié. Cette donnée peut avoir une certaine importance, surtout en psychiatrie.

en commun l'idée que les acteurs de terrain sont en relation directe, opérante, avec les conditions même de leur exercice professionnel. Ce qu'ils ressentent, ce qu'ils mettent en acte ou en attitude, a de l'influence plus ou moins importante sur les conditions, et les gens, avec qui, *pour*¹ qui, ils travaillent.

Nous nous plaçons donc dans la perspective d'une influence systémique entre ces opérateurs dont nous nous préoccupons d'analyser les ressentis, et **des** conditions d'émergence du phénomène sur lequel nous travaillions.

De plus, nous situant dans l'analyse d'un phénomène à la fois sociologique et psychologique, et par ailleurs du fait de la nature même des rapports inter-individuels qu'il sous-entend, chacun des opérateurs que nous pourrions approcher était, à notre avis, porteur dans sa singularité du processus à étudier².

Pour ces deux raisons, l'outil qui nous a semblé le plus opérationnel est l'entretien individuel approfondi.

1.4) Une limite

L'entretien est, entre autre, l'outil privilégié de l'analyse stratégique des systèmes d'organisation. Un des ouvrages fondant cette démarche, "*l'acteur et le système*" de M. Crozier et E. Friedberg³ montre que tout acteur a une logique propre en lien avec une zone d'autonomie minimum. L'idée est donc qu'on ne peut comprendre un système d'organisation si on ne prend pas en compte cette donnée multiple, si on s'en tient uniquement aux données formelles, affichées comme telles, des organisations⁴.

Pour ce qui nous occupe, notre prétention n'était pas de donner une explication stratégique du lien organisationnel entre prison et psychiatrie. Au mieux nous espérions au travers d'un des aspects de cette relation complexe arriver à comprendre, et donc à pouvoir peut-être aider, les opérateurs de terrain, particulièrement ceux dont nous aurons la responsabilité, face à un facteur de tension important.

¹ Comme nous l'avons déjà écrit plus haut, même si pour les détenus il s'agit par définition d'une contrainte, nous considérons le "pour" comme s'adressant également à eux, et ce, que ce soit à propos des soignants ou des surveillants.

² Inspiré par Alain Blanchet et Anne Gotman, *L'enquête et ses méthodes : l'entretien*, collection *Sociologie 128*, Ed Nathan, Paris, 1992.

³ Michel Crozier et Erhard Friedberg, *L'acteur et le système*, Ed du seuil, collection Points, Paris 1981

⁴ *Méthode appliquée à l'hôpital* : Françoise Gonnet, *L'hôpital en question(s)*, Editions Lamarre, Paris, 1992.

1.5) Quels acteurs ?

Notre recherche est donc centrée sur les acteurs non-spécialistes, des deux institutions, infirmier(e)s psychiatriques d'unités d'hospitalisation "classiques", et les surveillants de prison travaillant en quartiers de détention ordinaires des institutions pénitentiaires¹.

Nous avons donc pu établir un contact avec deux établissements pénitentiaires, un dans une grande ville, un second dans une ville de moyenne importance. Après les demandes d'assurance légitimes de confidentialité nous avons pu avoir, autour du cas d'un détenu dans chacun de ces deux établissements, des rendez-vous avec trois surveillants dans chacune des deux prisons, et trois soignants dans chacune des unités d'hospitalisation de psychiatrie les ayant reçus ou les ayant encore en hospitalisation. A chaque fois ce fût deux opérateurs de terrain, et un cadre, soit deux infirmier(e)s et un cadre infirmier, et deux surveillants et un gradé, soit en tout douze opérateurs pour l'ensemble des deux sites.

Pour éclairer leur discours nous avons concomitamment effectué des entretiens avec des membres de lieux spécialistes de prise en charge de ces deux institutions, lieux que nous avons présentés dans le chapitre V de la première partie, le SMPR (*service de psychiatrie au sein de l'institution pénitentiaire*), et l'UMD (*unité sécuritaire au sein de l'institution psychiatrique*). Il se trouve qu'il y avait un SMPR dans chacune des deux maisons d'arrêt où nous avons pu intervenir². Nous avons pu y rencontrer des professionnels, infirmiers, médecin et surveillant de la pénitentiaire spécifiquement détaché (*pour ce dernier, en plus de ses collègues de détention classique*). Nous avons par ailleurs été accueilli dans une des quatre UMD de France.

Enfin, pour clôturer le tour d'horizon du dispositif, nous avons rencontré un médecin expert auprès des tribunaux, qui se trouve être par ailleurs médecin-chef d'un service de psychiatrie de secteur dont les équipes sont elles-même confrontées à ce type de situation.

1.6) Un point délicat

Par souci de cohérence, il nous avait paru à priori logique, au même titre que les entretiens "périphériques" en SMPR, UMD et avec l'expert, de rencontrer les principaux intéressés,

¹ Il y a plusieurs types de prison, les Maisons d'arrêt (détentions provisoires et peines de moins d'un an), Centres de détention (pour détenus ne posant pas de gros problèmes, fin de peine), Maisons centrales (longues peines, détenus les plus difficiles). Il y a aussi, les centres pour jeunes détenus, ceux de semi-libertés, et en projet ceux pour peine aménagée. Les Maisons d'arrêt constituent en quelque sorte un lieu de première évaluation. Du côté pénitentiaire c'est dans deux maisons d'arrêt que s'est effectuée notre recherche.

² Rappelons qu'il existe 26 SMPR, un dans chaque région pénitentiaire.

ceux dont la prise en charge par ces équipes d'opérateurs sociaux que sont les infirmiers et les surveillants justifie notre travail.

D'un autre côté, ceux "sur" qui nous souhaitions travailler sont précisément ces opérateurs, même si c'est à propos de ces patients/ détenus. De plus la fragilité psychologique de ces derniers imposait une légitime prudence. Nous avons donc finalement envisagé de ne pas demander ces rencontres.

Nous avons pu consacrer du temps à tous ces entretiens. Nous avons pu également rencontrer les responsables de ces institutions. Sans doute que notre expérience professionnelle a joué également un rôle. Toujours est-il que finalement une demande d'entretien, avec une explication précise, a pu être effectuée auprès des deux intéressés. Ils ont tous deux accepté¹.

Donc, en plus des douze entretiens avec les opérateurs sur lesquels nous souhaitions travailler, nous avons effectué six entretiens en UMD, SMPR et avec l'expert (*dont un en UMD et un en SMPR furent collectif*), ainsi que deux autres avec les détenus/ patients, soit vingt entretiens en tout.

Par ailleurs, avant même de se lancer dans l'approfondissement théorique, pour construire notre problématique, nous avons rencontré une infirmière d'une unité d'hospitalisation confrontée régulièrement à ce type de situation, ainsi qu'un "cadre supérieur infirmier"² de psychiatrie responsable en SMPR.

Dernier élément quantitatif sur notre recherche, chacun de ces entretiens a été relativement long puisqu'ils ont duré en moyenne entre une heure et une heure trente chacun.

Seuls les entretiens avec les patients/ détenus ont été un peu plus courts. Pour chacun d'entre eux il a fallu à un certain moment que nous l'arrêtions car, à l'évidence, il commençait à y émerger des enjeux qui, si nous les avons poursuivis, nous auraient malgré nous placé peu ou prou en situation d'intervenant institutionnel.

Ainsi, malgré notre longue explication de départ pour nous assurer que la personne comprenait notre volonté d'une complète neutralité avec les événements qu'elle vivait, il commençait à se produire ce pourquoi nous avons initialement prévu de ne pas rencontrer ces personnes.

¹ Ce sont deux jeunes hommes, moins de 25 ans. C'est le "profil type" concerné par le genre de situation au cœur de notre recherche. Des femmes, beaucoup moins nombreuses, sont aussi concernées par ce sujet. Elles doivent très probablement poser des questions spécifiques que nous n'aborderons donc pas ici.

² Au regard de notre sujet, l'utilisation du terme réel désignant statutairement ce grade dans la fonction publique hospitalière, "surveillant-chef", était source de confusion avec la pénitenciaire.

Pour effectuer tous ces entretiens il a fallu réfléchir à la façon dont nous allions les mener. Ils ne furent pas de même nature en fonction de ceux auprès de qui ils étaient conduits.

II) Les entretiens

2.1) Avec les acteurs "objets" de notre recherche

2.1.1) Selon quels principes ?

C'est en fonction de ce que nous recherchions à propos de "nos" opérateurs non-spécialistes (*les infirmiers psychiatriques et les surveillants de la pénitentiaire*) que nous avons construit nos entretiens.

Nous cherchions à vérifier nos hypothèses. La première d'entre elle a un rapport avec l'idée qu'ils se font de leur mission. La seconde, avec les pratiques qui sont les leurs, en particulier avec les patients concernés, et en lien avec les situations qu'ils peuvent vivre avec eux.

En l'occurrence d'avoir pris comme "support" une personne particulière, sorte de fil rouge pour l'entretien, avait l'avantage de ne pas avoir à poser ex-nihilo, directement, les questions de fond qui étaient les nôtres. Les réponses à ces questions, nous espérions les trouver par l'analyse, pas explicitement dans le discours des personnes que nous interviewions. En tous cas sûrement pas dans celui de ceux qui sont au centre de notre recherche.

Nous avons pratiqué avec eux un entretien que nous pouvons caractériser de semi-directif. A savoir qu'il y avait quatre grands thèmes que nous avons cherchés à systématiquement balayer, même si nous avons pris bien soin de laisser l'interviewé exprimer ce qu'il souhaitait. Nous relançons dans un sens ou un autre, en fonction des thèmes restant à approfondir, respectant l'ordre choisi par l'interviewé lui-même au décours de l'entretien.

2.1.2) Quatre thèmes

Même si nous ne sommes pas, stricto-sensu dans une analyse stratégique, nous avons emprunté à cette approche les thèmes que nous avons parcourus avec nos interlocuteurs.

Le premier grand type de questions abordées étaient celles portant sur la nature de leur travail. Nous les avons laissé parler sur ce qui leur tenait à cœur sur le sujet. Nous avons cherché à savoir ce qu'était particulièrement la nature de leurs tâches à propos de la personne nous servant de fil rouge, mais également à propos de ce type de patients/détenus en général. Nous avons tenté de comprendre ce qui pouvait être spécifique à **cette** personne, à **ce type** de personnes, ce qui différenciait cette pratique, et pour quelles raisons, de celle s'appliquant aux autres patients ou détenus.

Le second type de questions abordées portaient sur leurs perceptions au cours de ce travail auprès de ces personnes, le rôle qu'ils s'y voyaient jouer, la nature de leur mission en fonction des tâches à accomplir, en fonction également de la perception qu'ils en avaient. Contrairement à l'analyse stratégique, il n'y a pas eu nécessairement lieu de leur poser des questions en terme de satisfactions ou d'insatisfactions, ce, ni à la prison ni à l'hôpital. Manifestement les relations avec ces patients/ détenus ou à leur propos, étaient suffisamment fortes (*dans tous les sens du terme*), pour ne pas avoir besoin de leur demander de qualifier ces perceptions. De plus cela aurait probablement nuit à la neutralité indispensable de l'interview sur la "scène du service" (*surtout à l'hôpital*¹).

Un troisième ensemble de questions a porté sur leurs relations de travail.

Tout d'abord entre eux, autour et à propos de cette (ces) personne(s), mais également avec les autres corps professionnels. A l'hôpital cela a concerné entre autre les médecins et les cadres. A la prison cela a porté sur les gradés et les professionnels de psychiatrie travaillant dans les murs, au SMPR. Cela a porté également sur l'institution "partenaire", la prison pour les infirmiers psychiatriques de l'hôpital, et inversement. La plupart du temps, à part pour les cadres, ils avaient en réalité peu de contacts avec cette autre institution, mais pourtant bien des choses à en dire. C'est d'ailleurs dans ces moments là que nous avons pu glaner des éléments importants à confronter à notre problématique et aux hypothèses que nous en avons tirées.

Le quatrième groupe de sujets que nous avons abordés avec eux a porté sur leur stratégie personnelle. Cette question n'a jamais été ainsi, directement et explicitement posée. Le but de ce groupe de questions visait à comprendre comment ils se tiraient de certaines situations. Cela nous permettait entre autre de conforter ou pas, ce que nous comprenions de leurs perceptions, de l'image qu'ils avaient de leur propre mission.

Là encore il y a une petite différence avec l'analyse stratégique dont le sujet est la compréhension du fonctionnement d'un service hospitalier ou en l'occurrence d'un quartier pénitentiaire si cela devait être le cas. Nous n'avons pas particulièrement cherché à connaître ce qu'était leur projet professionnel spécifique. Sauf bien-sûr, *et c'est arrivé*, s'ils souhaitaient en parler. La question de la façon dont fonctionnait le service ou le quartier, et donc l'intérêt du projet individuel de chacun comme un des éléments explicatifs de la stratégie personnelle d'un de ses membres, n'était pas notre sujet.

¹ *Du fait même de notre propre statut, que les interviewés connaissaient parfaitement puisque nous nous étions précisément identifié.*

De plus, à l'occasion de l'entretien préalable que nous avons eu, tant avec les deux infirmières générales des hôpitaux concernés, qu'avec les membres des directions des établissements pénitentiaires, cette question fit explicitement l'objet, à chaque fois, d'une sorte de négociation¹.

Ces opérateurs non-spécialistes sont donc au centre de notre recherche. Au-delà de ce premier cercle, il y avait, à priori pour nous, tous les autres intervenants jouant un rôle plus ou moins direct lié à cette question.

2.2) Avec les autres opérateurs

Dans un premier temps nous avons donc considéré tous les autres professionnels des SMPR, des UMD, et l'expert médico-judiciaire, comme étant de façon indifférenciée des opérateurs d'un cercle plus large.

La nature des entretiens que nous avons conduits avec eux devait être sensiblement différente de ceux que nous avons avec les professionnels dont nous nous proposons d'étudier les conditions d'exercice professionnel auprès de ces patients/ détenus.

Le but de ce second type d'entretien était de donner un complément d'information sur ce que vivaient les opérateurs du premier cercle. Après la première phase d'approfondissement, entre autre sur le dispositif en place, le SMPR, l'UMD et d'une certaine façon également l'expert, nous étaiement apparus comme des protagonistes auxquels les institutions faisaient d'une manière ou d'une autre appel lorsqu'il y avait une difficulté pour les opérateurs "classiques". Leur point de vue extérieur sur ces difficultés pouvait donc nous apporter des éléments de compréhension de la situation "en interne".

Dans ce second type d'entretien, les questions sur ce que vivent d'après nos interlocuteurs les opérateurs du premier cercle, ont pu être plus explicitement posées. Ce n'est pas tant les jugements de pairs qui nous intéressaient, qu'un autre point de vue sur tel ou tel point concret des pratiques communes aux deux entités.

Par exemple, la différence des pratiques autour de l'isolement, entre les infirmiers psychiatriques d'unités classiques et leurs collègues d'UMD, étaient susceptibles d'éclairer sur ce que vivent les premiers. Ou bien encore, la façon dont en SMPR les opérateurs

¹ *Ce, à la demande de nos interlocuteurs. Ce qui nous donna, d'ailleurs, confirmation que la question tant en prison, qu'à l'hôpital, était sensible. Là encore, passer par le cas d'un patient/ détenu "utilisé" comme fil rouge, après la levée des questions liées à la confidentialité, a permis une plus grande ouverture des deux institutions. S'il s'était agi d'une enquête sur, directement, les modes de fonctionnement des organisations à propos de ce problème, cela aurait été probablement plus délicat d'obtenir leur collaboration.*

pratiquent avec la question des demandes de tabac, par exemple, pouvait également donner des éléments sur la réalité vécue par les surveillants en quartier non spécifique.

C'est de façon pragmatique, en fonction de nos possibilités matérielles, que se sont déroulés ces différents entretiens. Bien nous en a pris, car nous est apparue une particularité que nous n'avions pas prévue initialement et qui nous a obligé à modifier la forme d'une partie de ce second groupe d'entretiens.

2.3) Un cas particulier

Comme nous l'avons vu, les entretiens avec les opérateurs au-delà du premier cercle se sont voulus encore moins cadrés. En effet, ces professionnels nous semblaient à priori peu ou pas, impliqués dans les questions concrètes et quotidiennes vécues par leurs collègues nous intéressant au premier chef. Leur point de vue, en première analyse, n'étaient pas nécessairement à entendre en perspective de l'existence d'enjeux, et donc de stratégies, en relation avec ces derniers.

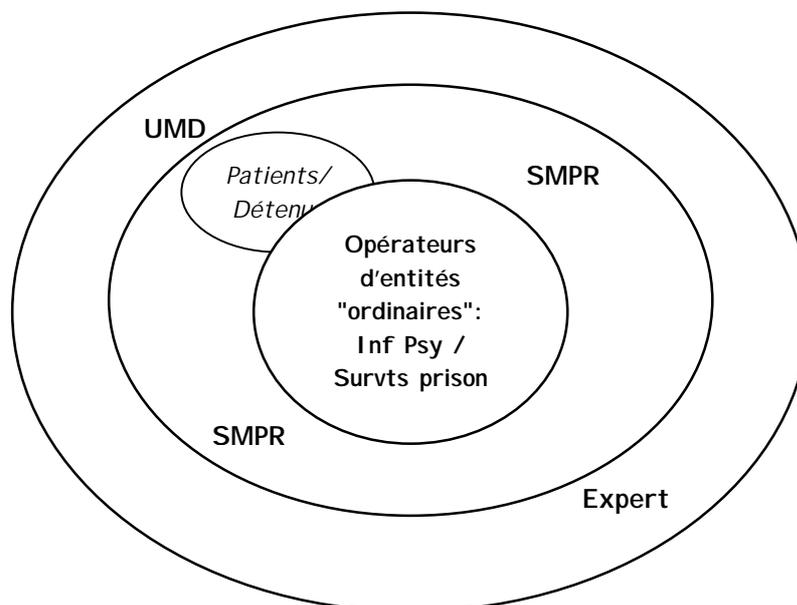
Assez rapidement nous avons toutefois réalisé le rôle particulier "joué", de façon plus ou moins réelle ou symbolique, par le SMPR. Ainsi, dès les premiers entretiens avec les surveillants de prison de quartiers "ordinaires", par lesquels nous avons commencé, nous avons revu la façon dont nous comptions nous entretenir avec les agents du SMPR.

Ce début d'analyse conduite au cours de la "campagne d'entretiens", à propos de la place spécifique du SMPR, s'est vu confirmé quand nous avons débuté les entretiens avec les infirmiers psychiatriques des unités d'hospitalisation classiques. Là encore, le SMPR (*que pour la plupart, ils ne connaissaient pas*) avait aux yeux de ces professionnels une place particulière.

Nous ne pouvons aller plus loin à présent sans entrer dans la prochaine partie portant sur l'analyse du contenu de nos entretiens. Toutefois, sans aller jusque là, la place particulière du SMPR, le situe plutôt, pour continuer à utiliser l'image de cercles concentriques, seul dans le second cercle. Un troisième cercle étant alors occupé par l'UMD et l'expert.

Les patients/ détenus étant quant à eux situés sur un autre plan, en deçà ou delà, de celui des opérateurs les prenant en charge, mais également placés au centre.

Cette évocation schématique a l'avantage de représenter la proximité entre ces deux groupes de personnes¹, la prise en charge des uns étant le cœur de la mission des autres.



Dans le second et troisième cercle lire professionnels des SMPR et de l'UMD.

Après avoir présenté la méthode utilisée pour conduire ces entretiens, en avoir tiré une première évaluation en cours de réalisation, qui nous a conduit à revoir la place du SMPR dans l'idée que nous faisons du dispositif, nous pouvons à présent commencer à en aborder l'analyse de leur contenu.

III) Analyse de contenu

Pour croiser les discours nous allons tenter d'en analyser le contenu, une institution après l'autre. Nous prenons l'option de commencer ce travail par l'environnement que nous connaissons le moins, la prison. C'est d'ailleurs par-là que nous avons également débuté les entretiens, même si assez rapidement nous avons effectué les suivants quasiment en alternance avec la psychiatrie. Nous avons procédé ainsi car l'appréhension de ce milieu, pour nous qui venons du secteur hospitalier, nous semblait à priori plus difficile.

Nous commencerons d'établir des parallèles et des croisements en analysant en seconde partie de ce chapitre le discours des soignants des unités de psychiatrie hospitalières.

¹ Et par-là même la complexité de leurs rapports

3.1) Qu'entendons-nous dans le discours pénitentiaire ?

Nous choisissons de tenter cette analyse de discours en y entrant par le biais des missions.

La première qualité, peut-on entendre et lire sur les enquêtes sociologiques, c'est la neutralité. Toutefois, nous n'arrivons pas sur une telle enquête, sur un tel terrain, avec un regard complètement "vierge". D'ailleurs, en tant qu'infirmier général, devant ou non être amené à assurer plus ou moins rapidement des responsabilités de directeur des soins¹ dans un hôpital psychiatrique, cette question du lien entre psychiatrie et prison est devenue un tel enjeu qu'être complètement neutre nous est impossible. Autant en avoir conscience et tenter d'en corriger les éventuels effets déformants.

Toujours est-il que cette question des missions dans le discours des surveillants que nous avons rencontrés, a été pour nous l'une des grandes surprises de cette enquête. Preuve s'il en est que nous n'étions pas intervenu sans idées préconçues.

L'ensemble de leurs missions semble tourner autour de l'une d'entre elle qui conditionnerait toutes les autres. C'est la mission de ...

3.1.1) Surveiller/ "veiller-sur"²

L'une des premières significations du "veiller-sur", qui n'est pas celle qui revient d'ailleurs le plus souvent dans leur discours mais qui est celle qui *malgré tout* leur semble le plus en phase avec leur mission "régalienne", est de veiller sur celui que leur a confié la justice. Ils ont la responsabilité de faire appliquer l'enfermement, l'incarcération, qui est la punition édictée par la loi, et d'assurer les contraintes qu'elle implique "...Nous devons gérer la détention..."

Cette responsabilité se décline de plusieurs façons. C'est à la fois directement la responsabilité de faire appliquer les règles de détention qui sont très strictes, certaines explicitement prévues par le CPP³, d'autres plus locales, propres à l'histoire ou la configuration des lieux. Toutes ces règles ont une nette dominance sécuritaire, nuancées, et de plus en plus complexifiées, par les légitimes évolutions nécessaires à l'amélioration de l'accès aux droits des détenus.

¹ "Directeur de Soins Infirmiers", ou "... de Soins" (tout court), ou autre, suivant les "négociations" en cours...

² Cette inversion sémantique illustrant une évolution du métier de surveillant est fréquemment retrouvée dans de nombreux articles parus ces derniers temps. Entre autre citons le dossier du "Nouvel Observateur" Paris Ile de France du 7 juin 2001.

³ Code de Procédure Pénale

Mais cette responsabilité a également une double connotation de *protection*, protection du surveillant, pour que sa responsabilité objective soit limitée en cas de risque pour le détenu, mais également de protection du détenu lui-même. Ce second aspect de la protection revient très souvent dans leur discours, ce, que ce soit dans celui des gradés ou dans celui des surveillants. Ils réfutent l'appellation de "gardiens" qui ne mettrait en avant que la fonction/ responsable de l'enfermement. Cette mission de protection semble celle qui valorise le mieux leur fonction et lui donne du sens.

L'un d'entre eux, faisant référence aux suites d'un moment de tension entre détenus, déclare : *"...A ce moment là, il n'y avait plus besoin de marquer la différence. J'étais face et avec le détenu, en situation individuelle, comme de protection, pour le préserver..."*

Cette évocation est chargée d'une émotion que nous retrouverons à plusieurs reprises. En déduire l'éventualité d'un attachement serait probablement une distorsion de la réalité. Nous pouvons toutefois y déceler les difficultés d'une profession qui évolue dans un environnement aux contradictions de plus en plus fortes.

Un autre faisant référence aux détenus aux risques suicidaires déclare : *"... C'est insupportable de penser qu'on amène un type à l'hosto parce qu'il s'est coupé¹ alors que ç'aurait pu être évité ! ..."*

Cette double protection à la fois vis à vis de leur propre responsabilité, et vis à vis du détenu, face aux autres et à lui-même, semble révéler une pression de plus en plus forte par la montée significative d'une obligation du respect des droits des individus incarcérés, ce, dans une organisation institutionnelle et un contexte légal ou la détention, l'enfermement, reste malgré tout le pilier du dispositif répressif en France.

Perce bien ici ou là, dans le discours, l'antagonisme sous-jacent quasi-permanent qui existe entre surveillants et détenus. Mais, à une exception près, cela ne prend pas la forme d'une aigreur explicitement dirigée contre les détenus.

Car une autre nécessité semble se faire jour ...

3.1.2) Être en relation

Cette mission n'est pas édictée par le CPP ou par le règlement intérieur de la prison. C'est un thème qui revient à plusieurs reprises dans le discours des surveillants lorsqu'ils cherchent à rationaliser leur préoccupation.

L'un d'entre eux, regrettant de ne pouvoir mettre en application ce qu'il espérait pouvoir faire en rentrant dans ce métier, nous déclare : *"... Je voulais les côtoyer, apporter quelque chose au système ..."* Même si cette fibre réformatrice revient peu dans le discours de ses

¹ Terme couramment utilisé pour parler d'une tentative de suicide par phlébotomie.

collègues, on y perçoit tout de même ce souci récurrent du contact. *"... C'est un premier élément qui nous permet de rentrer en communication avec le détenu..."*

Plus loin *"... lui montrer que ce n'est pas uniquement la répression, ... il faut qu'il arrive à nous identifier ..."*

En déduire qu'ils développeraient une fibre "soignante" serait sans doute excessif. Cette "mission" secondaire, peut d'ailleurs très bien s'entendre comme servant la principale, celle de *veiller-sur*. On peut comprendre cette préoccupation de la relation comme une stratégie opératoire pour assurer plus efficacement la "surveillance" (*y compris donc, pour veiller sur leur responsabilisation minimum en cas de problème pour le détenu*). A cette fin, il leur faut les connaître et se faire reconnaître d'eux. Pas de fibre "soignante"... peut-être, mais un regret trop souvent exprimé de ne pas avoir un mode relationnel plus serein, pour ne pas y entendre un souci humaniste sous-jacent. *"...C'est un être humain, c'est pas parce que c'est un détenu qu'il ne représente rien..."*

Cet élément est lui-même à replacer dans un contexte de code (*non-écrit, implicite*) relationnel très strict. Les surveillants sont les représentants de la détention, de la coercition. Que les détenus *acceptent*, intègrent la finalité de leur peine ou la rejettent, les surveillants sont membres du groupe antagoniste aux détenus. *"...Ce sont les matons..."*, nous dit un des détenus/ patients en forme d'explication pour illustrer cet antagonisme "naturel" existant avec eux. La plupart des surveillants interviewés expriment une certaine lassitude face aux tensions régulières liées à ces règles non écrites, règles fonctionnant dans les deux groupes. *"... C'est pas toujours bien vu de trop discuter avec les détenus, même si heureusement c'est pas la majorité des collègues qui pensent cela..."*

Globalement, ils font le lien entre la tension et la qualité des relations avec les détenus. Lorsqu'ils travaillent dans un quartier plus sensible, ils ont alors moins de détenus sous leur responsabilité (*un pour quinze dans un de ces quartiers de l'établissement de la ville moyenne*), il y a moins d'attitude de prestance du côté des détenus, plus d'occasion de parler avec eux, dans une ambiance souvent moins lourde, et avec moins de regards interrogatifs de la part de certains collègues. Le *"...nous ne sommes pas du même monde..."* opère moins.

Ces quartiers particuliers que nous venons d'évoquer font le lien avec une autre de leur mission, plus officielle celle-ci, servant également le "veiller-sur", et que celle de "rentre en relation" sert à son tour, ...

3.1.3) L'évaluation

Les nécessités sécuritaires les obligent à ne pas mêler dans un même quartier des groupes antagonistes à l'extérieur (*cités rivales par exemple ou groupes culturels qui risqueraient de s'opposer, gens du voyage/ maghrébins, ...*) ou les détenus potentiellement "sadisés" par certains autres (*en fonction de la nature de leur délit¹ par exemple, ou en fonction de leur statut social,...*).

Cette évaluation est systématiquement assurée par les gradés à l'entrée par "une audience d'arrivée". C'est un entretien qui leur permet d'évaluer comment le détenu "... vit sa détention ...". C'est le premier contact entre le détenu et le gradé, qui va lui permettre de savoir s'il doit le placer dans un quartier particulier².

Mais en cours de détention les surveillants effectuent de fait des évaluations régulières sur le comportement des détenus. "...Chaque matin, je fais le tour des cellules du quartier avant de (toutes) les ouvrir. Je vois s'ils vont bien, j'échange deux/ trois mots avec eux..."

Ils vérifient s'il n'y a rien d'anormal. Mais également, de fait, ils établissent avec leurs propres critères, sans formation particulière sur la question, une évaluation psychologique de l'état du détenu. "...Si on a repéré que ça n'allait pas très bien, on va essayer de repasser pour voir où il en est..."

C'est un rapide balayage des missions les plus importantes³ qui nous a semblé occuper l'essentiel de leurs discours au cours de nos entretiens : missions édictées, comme celle de "surveiller" les détenus et de les évaluer ou celle d'être en relation qu'ils semblent eux-même se donner et qui découle de la nécessité d'assurer les deux premières.

De l'évaluation nous passons à ce que cette dernière mission révèle et qui semble leur poser le plus de difficultés : ...

¹ Que les surveillants ne connaissent théoriquement pas,... d'où, entre autre raison, la difficulté. Les "pointeurs", par exemple (les délinquants sexuels, et encore plus parmi eux, ceux ayant agressés sexuellement un enfant), doivent être, pour les protéger, isolés des autres détenus.

² Ce, en concertation avec les autres services, l'UCSA (voir note bas de la page 27, paragraphe 5.1.1. de la première partie) le SMPR, le service socio-éducatif, ...

³ Bien d'autres thèmes apparaissent dans leurs discours. Comme par exemple leur mission de réinsertion, ou leurs sentiments sur la façon dont la presse aborde parfois les problèmes de détention, ou encore la question spécifique de la nuit. Nous avons fait le choix de ne pas les traiter explicitement ici, par manque de moyens et parce que cela nous semble périphérique à notre sujet central. Nous percevons là tout l'intérêt qu'il pourrait y avoir à conduire une analyse systémique sur une telle organisation, du moment qu'elle soit conduite avec respect et neutralité tant à l'égard des surveillants que des détenus.

3.1.4) Les situations délicates

Au cœur de ces situations, se trouve le sujet de notre problématique. La plupart du temps, si l'interviewé ne l'a pas évoqué lui-même, nous l'abordons bien après le début de l'entretien. Bien entendu, ils connaissent sinon les questions précises que nous nous posons, le sujet sur lequel nous travaillons. Si nous ne l'abordons pas tout de suite ce n'est pas pour cacher que c'est le nœud de notre entretien, mais pour qu'au préalable la question des pratiques, de la façon dont ils conçoivent leurs missions aient été largement évoquées. Il nous semble qu'avoir abordé de façon relativement approfondie ces premiers sujets donne une plus grande garantie d'un discours plus spontané sur la question de la pathologie.

Quand les échanges abordent plus directement ce qui nous préoccupe, la question des missions évoquées plus haut prend brutalement un tour plus sensible. Nous sommes face à un des problèmes les mettant en situation de tension importante. *"...Ca pèse énormément sur nos épaules,...celui qui va se suicider, c'est pas marqué sur son front. Avec l'expérience, on s'aperçoit que c'est pas forcément celui qui en parle le plus qui va passer à l'acte¹..."*. Leurs missions de veiller sur le détenu, pour lui et pour eux-même, de l'évaluer, prennent alors un sens encore plus prégnant.

Ils manquent visiblement de connaissances théoriques sur le sujet. Toutefois nous percevons dans leur discours le distinguo qu'ils établissent globalement entre deux situations spécifiques. Ils les relient entre elles par la proximité des problèmes qu'elles posent, tout en identifiant qu'elles sont sans doute de nature différente.

- Première catégorie, une population (*qui serait de plus en plus importante*) de jeunes délinquants, qu'ils repèrent (*outré bien-sûr par leur âge*), par le rapport qu'ils entretiennent avec les normes, les règles.

"...De plus en plus de jeunes n'ont jamais l'impression d'avoir fait quelque chose de mal. Pour certains, ce qu'ils ont fait, c'est même normal. C'est comme ça, le passage obligé..."

"...C'est souvent de la violence verbale, menaces de mort, insultes,... On rencontre cela surtout chez les jeunes qui n'ont jamais eu de limites par les parents... Ca pète pour une impossibilité de passer à la douche au moment où ils le demandent alors qu'il n'y a plus de place, ou parce qu'on refuse, comme nous l'interdit (théoriquement) le règlement, de passer du tabac à un autre détenu..."

¹ Rappelons que le suicide est très fréquent dans les prisons françaises. Il y aurait plus de dix morts par mois en moyenne sur tout le territoire. "Libération"- 5 août 2000.

D'après les plus anciens de nos interviewés, ce phénomène serait relativement nouveau. Il daterait d'une quinzaine d'années, pas beaucoup plus. La maison d'arrêt de la grande ville serait, semble-t-il, plus touchée par le phénomène. Mais il existe également dans celle de la ville moyenne.

Cette population leur pose des problèmes particuliers. Ils en ressentent une violence plus importante, plus soudaine, retombant presque aussi vite qu'elle serait montée, teintée d'un mépris important.

Plus que les autres types de population de détenus, cette population ferait un lien direct entre le surveillant et la détention.

"...Ils reposent la faute de l'incarcération, non pas sur le juge, mais sur nous, les surveillants : « Je n'ai pas demandé à être là, c'est vous qui m'avez mis là »". A certains moments, ils perçoivent de la haine venant de ce type de détenus.

- Une seconde catégorie de détenus les place également en situation délicate, ceux qu'ils pressentent comme vraiment malades (*c'est à dire qu'ils en perçoivent la souffrance*).

"...Il y en a qui entendent des voix. Alors là,... on sait vraiment pas quoi faire devant ça !..."

"...Il y en a qui le disent pas, mais on voit bien qu'ils parlent tout seul... Il y en a d'autres qui sont tellement mal, qu'ils voudraient qu'on soit toujours en train de leur parler. Mais on peut pas, il y a trop de travail, trop de pression des autres détenus..."

Manifestement ces situations les mettent d'autant plus sous pression qu'ils se sentent complètement démunis. Apparaît dans le discours le souci de ne pas être pris en faute de non-surveillance de quelqu'un qui pourrait peut-être tenter de se suicider. Mais également l'inquiétude face à l'étrangeté d'un phénomène face auquel les pratiques habituelles relationnelles, la proximité, les tentatives pour différer la demande, l'engagement du retour pour revenir discuter, sont complètement inopérantes. Ils perçoivent bien également que la réponse répressive face à ce type de situation lorsqu'elle dégénère vers la violence¹ est complètement inadaptée, voire dangereuse.

"...Ceux là, ils n'ont pas leur place en prison. Ils ne peuvent pas l'assumer..."

Sans trop vouloir "psychologiser" l'interprétation d'une telle assertion, on peut y entendre également que le surveillant *lui-même*, ne peut *assumer* cette détention, la détention de ce détenu.

¹ Le "mitard", cellule isolée et très spartiate, est une réponse qu'ils assument visiblement d'utiliser dans d'autres situations de violence.

Ces deux populations sont reliées entre elles dans le discours, autour du thème de la violence, violence qui serait donc exercée sur les surveillants par la pression qu'elle représente pour eux. Violence, celle dont les premiers seraient les porteurs, les vecteurs, mais peut-être également celle dont l'institution, non pas seulement pénitentiaire mais judiciaire, le système judiciaire dans sa globalité, serait pour les seconds, la "responsable", et dont les surveillants ne supporteraient pas d'être, à leur tour ou également, les vecteurs.

L'autre articulation, entre jeunesse et pathologie, dans le discours de ces surveillants, est selon nous, à relier à ceux que nous, professionnel de psychiatrie, croyons pouvoir identifier à travers leurs propos comme étant ...

3.1.5) Les psychopathes ?

A l'intersection de la souffrance psychotique¹, et de la violence des jeunes, une population dont ils ne savent trop comment les évaluer leur posent manifestement des problèmes spécifiques. Ils sont jeunes, sont très demandeurs, parfois de traitement médicamenteux, d'audiences répétitives. Ils sont très adaptés à l'institution, en ce qu'ils en connaissent toutes les contradictions potentielles. Ils utilisent au maximum toutes les légitimes possibilités de recours, d'aide, d'assistance,... Ils deviennent facilement violents et exigeants s'ils n'obtiennent pas rapidement ce qu'ils demandent. Ils menacent de se suicider couramment, passent parfois à l'acte de façon en général spectaculaire.

D'une façon comparable à la première catégorie ("les jeunes") que nous avons isolée dans le discours des interviewés, ... *"Ce sont des gars à qui on n'a jamais refusé quoi que ce soit, personne ne s'est jamais mis en travers de leur route..."*

Les surveillants se sentent complètement démunis pour différencier ce qui serait de la manipulation pour échapper aux duretés de l'incarcération, et ce qui serait de la souffrance manifeste. *"...Ici, il y a beaucoup d'intox, et dans les deux sens. Un détenu va faire du chantage en menaçant de se « couper », et un autre va dire que tout va bien pour qu'on le laisse tranquille, alors que ça va très mal ..."*

Parlant d'un des deux patients/ détenus que nous avons pu interviewer, un surveillant nous dit : *"...Une journée, tout allait très bien, il était détendu, et le soir après qu'on lui eut refusé de changer de cellule pour la seconde fois de la semaine, il y a mis le feu² !"*...

¹ *Vu le descriptif, c'est, à notre avis, bien de cela dont il s'agit !*

² *Ce dernier nous a lui-même déclaré, nous citons, qu'il « aimait bien faire chier les matons ». Cela dit ce n'est pas pour autant qu'il ne souffrait pas, également d'ailleurs au moment même où il tenait de tels propos.*

Ils sont vécus par les surveillants comme ayant des demandes incessantes, au-delà des limites de ce que le fonctionnement habituel permet. Ils mettent l'organisation effective du quartier à mal par leurs interpellations perpétuelles. Le fait qu'ils donnent le sentiment aux surveillants de ne pas forcément être en détresse, placent ces derniers en situation visiblement impossible. Sommés d'être disponibles au-delà de ce que leur charge et leurs effectifs leur permettent, ils n'ont même pas la possibilité de justifier à leurs propres yeux, et à ceux de leurs collègues, que ces efforts éventuels qu'ils doivent déployer sont justifiés par une souffrance qui est loin d'être évidente.

"...Au quotidien, c'est la demande incessante qui est vraiment hyper-difficile, mais est-ce que cela relève de la psy, c'est même pas vraiment sûr..."

Et pourtant, face à cette impasse, où le doute le partage à la lassitude, comme pour la souffrance psychique massive qui pour eux, celle-là, est manifeste, et que nous avons qualifié de psychotique, ils se tournent vers le SMPR.

3.1.6) Place du SMPR¹

Ce que nous avons relevé comme nous étant apparu au cours de notre travail d'enquête, nous obligeant à modifier la nature de nos entretiens avec le SMPR, est en lien avec le rôle particulier "joué" par ce dernier. Nous avons émis l'hypothèse dans notre introduction que ce même rôle pouvait être tenu, aux yeux de la pénitenciaire, par les services de psychiatrie en général. A savoir une sorte de repoussoir, et un recours exutoire.

C'est particulièrement manifeste dans la maison d'arrêt de la grande ville, où existait (*au moment de nos entretiens*) un conflit institutionnel entre la détention et le SMPR. Mais c'était également sous-jacent dans celle de la ville moyenne.

Dès qu'il y a constat de souffrance psychique, mais également, et c'est probablement là que se situe une partie du problème, dès qu'il y a un doute sur cette souffrance potentielle, le SMPR est requis. Au SMPR comme nous l'avons vu dans la partie présentant les différents dispositifs, les détenus peuvent se rendre pour une consultation accompagnés par un surveillant, ou y être hospitalisés².

¹ Rappelons que le SMPR est une unité directement sous la responsabilité hospitalière, et donc de l'Infirmier(e) Général(e) pour ce qui est de l'organisation des soins infirmiers. Nous allons, de fait, un peu plus approfondir la place de cette unité "d'hospitalisation" dans le dispositif pénitenciaire.

² Seul le SMPR de la maison d'arrêt de la "ville moyenne" était constitué en quartier "d'hospitalisation".

Le premier recours à ce lieu est donc celui du soin. C'est à dire qu'il y a, à ce moment là, une convergence entre ce que le détenu exprime et/ou que les surveillants ont repéré, ce que l'existence de cette unité au sein de l'institution pénitentiaire permet et ce que les soignants de cette unité vont confirmer. Il y a dans ces cas là convergence sur la nécessité du soin, lui-même constitué d'écoute, et souvent de traitements médicamenteux.

Il existe une seconde forme de recours au SMPR, sensiblement différente de la première. Le SMPR est un lieu d'écoute, mission officielle et connue dans l'institution. Cette fonction permet alors aux détenus qui en font la demande d'avoir un lieu et un moment leur permettant de s'extérioriser, d'une certaine façon de la détention. Toutefois, tous les détenus ne font pas appel au SMPR. Il est en effet associé à tous les faits a priori sur la psychiatrie¹. La signification de cette écoute ne peut être limitée au cadre du soin, sauf à dire que l'écoute soignante fait de celui qui vient la chercher un patient de fait. Toutefois, l'existence même de ce lieu, la possibilité d'écoute qu'il représente, contribue à apaiser une difficulté (*que l'on peut caractériser ou pas de souffrance*) antérieure ou réactionnelle à la détention. En cela, cette fonction est à la marge du soin.

Mais il y a une troisième forme de recours au SMPR, pour l'ensemble du système composant l'institution. En cela il fonctionne comme un de ses régulateurs. Le SMPR, est aussi un vecteur potentiel de trafic, comme il y en a d'autres en détention.

En effet, une partie de la population carcérale utilise tout ce qui est entre ses mains pour l'aider à supporter la détention. Nous sommes là dans les phénomènes que nous avons travaillés dans notre partie théorique sur l'enfermement. Avec Erving Goffman nous avons vu comment les reclus, au sein d'une institution les prenant en charge totalement, cherchent à mettre en place des dispositifs leur permettant de lutter contre l'objectivation de cette institution que Goffman qualifie de totalitaire. C'est l'utilisation par les reclus des interstices institutionnels leur permettant de maîtriser en partie leur univers. Cette jeune population carcérale semble particulièrement passée maître dans ce type de mécanisme défensif.

"...Si vous discutez plus longtemps, il croit que vous avez des affinités avec lui et aussitôt, il cherche à avoir plus,...envoyer une lettre à l'extérieur (sans passer par la lecture par l'administration)... Il cherche à vous faire rentrer dans un système de trafic..."

Le SMPR est par le biais des traitements, une source de trafic potentiel de médicaments. Ce trafic est à la fois une source de conflit institutionnel, mais également un mode de régulation

¹ *Le "regard social" sur la psychiatrie semble bien plus contrasté en prison que dans le reste de la société. Il semble y évoluer bien plus lentement.*

du système. En effet les traitements (*outré les "bénéfiques" classiques de tout trafic*) aident, de fait bien des détenus à supporter l'enfermement et pas seulement ceux à qui ils ont été prescrits¹. Ce trafic contribue donc à réguler les tensions, mais s'il devient trop important la pression sur les surveillants devient intolérable. La peur du passage à l'acte suicidaire tourne à l'obsession.

Dans la maison d'arrêt de la grande ville, outre la question du trafic, la gestion même des traitements prescrits semblait poser d'importants problèmes. Le nombre de détenus concernés par ces traitements semblaient relativement nombreux (*leur nombre ayant considérablement augmenté ces derniers temps*), ces traitements paraissant, aux yeux même des infirmiers du SMPR, (*trop*) importants. L'organisation choisie conduisait à remettre au patient/détenu plusieurs prises à la fois qu'il gérait lui-même (*pour des raisons à la fois pratiques et affichées en objectif d'autonomisation du patient*). Que ce SMPR n'ait pas, par ailleurs, de cellule d'hospitalisation joue probablement un rôle dans l'importance du phénomène, sans en expliquer à lui seul l'existence.

"...A chaque grand week-end, c'est deux à trois jours de traitement qu'on leur donne en une fois. Notre angoisse, c'est que l'un d'entre eux les avale d'un coup... A la limite, je préférerais les leur donner moi-même..."

"...Ca pourri la détention, avec tant de médicaments qui circulent, on peut pas gérer, c'est impossible² ..."

L'incertitude des surveillants sur ce que peuvent vivre, et potentiellement mettre en acte, certains détenus venant au SMPR, les pousseraient à vouloir obtenir des soignants ou de leurs collègues y étant affectés, des renseignements sur ces patients/ détenus. Ces demandes sont vécues comme inquisitrices et contraires au secret médical.

Toutes ces tensions potentielles semblent être inhérentes à l'existence du SMPR au sein de la prison, alors même que c'est un facteur, par ailleurs, très important de régulation des difficultés des détenus à vivre la détention. Mais sa proximité avec le milieu de la détention, tout en y apportant donc un bénéfice indiscutable, est un révélateur et un catalyseur des

¹ Nous avons conscience de l'importance d'une telle assertion et de la fragilité de nos données pour l'affirmer ainsi. Il semble toutefois que ce soit relativement connu. S'opposer de façon frontale et brutale à cette réalité serait d'ailleurs sans doute catastrophique, ce, parce qu'elle contribue à réguler le système. Notons toutefois que, manifestement, elle ne semblait pas de même nature dans les deux établissements.

² Un sarcasme entre agents de la pénitencier et du SMPR de la grande ville semble relativement explicite, les premiers appelleraient les seconds les "dealers". Dans un moment de tension, l'expression serait passer à "killers". Ces expressions seraient également utilisées par des détenus (qui n'ont pas recours au SMPR).

tensions de cet univers clos¹. Le SMPR semble cristalliser, quand la tension est importante comme cela semblait être le cas dans la grande ville, les oppositions, les tensions et sans doute les peurs, à la fois d'une partie des détenus et des surveillants n'y travaillant pas.

La place particulière du SMPR peut donc l'amener en situation de tension, à être à la fois un régulateur institutionnel et, en tant qu'unité de psychiatrie, un des lieux de cristallisation de ces tensions.

Qu'en est-il du côté des unités d'hospitalisation traditionnelles à l'hôpital ?

3.2) Le discours des soignants hospitaliers

Nous abordons à présent la sphère de l'hôpital. Nous rentrerons moins dans les détails périphériques d'un "univers" hospitalier que nous connaissons mieux, pour nous concentrer sur ce qui est en lien plus direct avec la problématique qui nous occupe.

Nous pourrions établir un début de parallèle, au décours de cette présentation, avec la sphère pénitentiaire chaque fois que cela nous apparaîtra opportun. Cela constituera une introduction à l'analyse croisée des discours des deux groupes d'opérateurs centraux des deux institutions, que nous présenterons dans la partie suivante.

Nous pratiquerons, comme pour la pénitentiaire, par une approche par le biais des missions. *Ainsi, ce qui semble être au cœur des missions des soignants interviewés, c'est ...*

3.2.1) La souffrance

Le propos d'une infirmière de l'unité de psychiatrie intra-hospitalière de l'établissement de la ville moyenne résume assez bien un point de vue commun à l'ensemble des discours des soignants rencontrés dans les deux villes : "... *Je suis là pour aider, en situation de crise, le patient à supporter sa souffrance...*"

Il y a dans l'affirmation de cette infirmière, à la fois, une caractérisation de son lieu d'exercice, et un mode de compréhension de son intervention auprès des patients.

Ces soignants travaillent en structure d'hospitalisation intra-hospitalière. Dans cette phrase est inscrit l'idée que l'hospitalisation est un lieu de passage, à un moment particulier de la vie du patient, celui de la crise. Ce qui laisse sous-entendre qu'il y a un avant et un après cette

¹ *Là encore, bien des points mériteraient un développement plus important dans le cadre d'une analyse systémique plus approfondie et spécifique à la maison d'arrêt.*

hospitalisation, comme il y a un avant et un après la crise, que ces soignants ont la charge d'aider les patients à mieux traverser.

Par ailleurs, il y a cette notion de souffrance, souffrance psychique en l'occurrence, qui pour la plupart des soignants rencontrés, avec un vocabulaire plus ou moins proche, semble le mieux caractériser ce qui fonde leur légitimité à intervenir auprès du patient. C'est cette souffrance psychique qui justifie, et leur présence, et le fait qu'ils puissent prendre l'initiative d'aller vers le patient. Le sens de leur démarche vers le patient, c'est sa souffrance.

Il est à noter que ce propos est donc celui d'une infirmière de la ville moyenne. Là où les conditions de l'organisation institutionnelle semblaient les plus sereines. Elle a tenu ces propos alors que nous étions dans la première partie de notre entretien.

Nous avons pratiqué avec les soignants comme avec les surveillants. Là aussi les interviewés connaissaient le sujet central de notre recherche. Mais nous avons sciemment commencé par des sujets plus généraux concernant leur travail pour n'aborder les situations plus délicates qu'en seconde partie d'entretien. Son propos sur la crise et la souffrance intervenait comme explication généraliste sur le sens de son travail.

Cette souffrance psychique qui peut oblitérer toute possibilité de relations sociales, complètement perturber le patient dans ses relations au monde (*disions-nous dans notre partie théorique consacrée au point de vue de la psychanalyse*) peut s'aborder par différents moyens.

Pour aborder le patient et sa souffrance, l'un de ces moyens, celui qui apparaît même comme privilégié, c'est...

3.2.2) L'écoute

Une autre infirmière ne travaillant que la nuit nous dit : *"... Pour moi, mon vrai travail c'est quand je suis en relation avec les patients, lorsque je les écoute... Soit c'est moi qui vais vers eux, soit c'est eux qui me demandent... Quand ils demandent à me parler, quelque part ils me choisissent, c'est mieux... En plus, je pense que ce qu'ils nous disent à nous soignants n'est pas de même teneur que ce qu'ils disent à leurs médecins... Car, avec le médecin, le patient se sent obligé de dire ou de ne pas dire certaines choses. Car c'est lui qui prescrit, c'est lui qui décide de sa sortie..."*

Plusieurs thèmes traversent cette déclaration que nous retrouvons à plusieurs reprises dans le discours des infirmiers interviewés.

Tout d'abord, l'idée que remplir pleinement sa mission sous-entend pour cette infirmière une certaine réciprocité dans ses relations avec les patients. Elle évoque même l'avantage manifeste (*sur le plan très probablement de sa légitimité*) à être "choisie" par lui. Cette situation reflète un mutuel accord sur ce moment privilégié liant la présence du patient et celle du soignant qui l'écoute. La partie de l'entretien où se situait cet échange traitait de l'ensemble des relations de soin avec les patients, quel que soit le statut de leur hospitalisation. Même une hospitalisation sous contrainte peut comporter des moments où ce type de relations s'installe.

L'autre thème, qui lui est un peu plus sous-jacent, c'est le rôle de tiers que peut remplir l'infirmier(e) dans la relation médecin (*prescripteur*)/ patient. On y voit le reflet d'un véritable travail en complémentarité, pour ne pas dire de collaboration. De fait, dans le reste de notre entretien avec elle nous ne relevons pas de frustration particulière à l'égard des médecins. C'est la relation à un soignant, décalée de la loi institutionnelle qui entre autre peut permettre au patient d'avoir un espace hors de la contrainte, soit de l'hospitalisation, soit également du poids de la vie collective. Une sorte de bulle qui peut contribuer à (*re*)construire une certaine intégrité psychologique.

Quand elle évoque ce moment d'échange privilégié avec le patient, elle utilise peu le terme "*d'entretien*", mais donne à ces moments d'écoute un véritable statut de soin¹

La souffrance du patient, et l'écoute comme moyen principal pour les aborder, et l'un et l'autre, constitueraient donc les principaux aspects fondant globalement les missions des soignants de psychiatrie que nous avons rencontrés. Toutefois, ils travaillent dans des unités de soins aux contraintes spécifiques.

3.2.3) Le travail en unité d'hospitalisation

La situation dans le service de l'établissement de la grande ville semblait bien moins sereine. Le nombre des patients hospitalisés y était plus important. Nombre d'entre eux avaient un parcours hospitalier bien plus long. Si ce rapport à la souffrance et à la crise percevait également dans leur discours, il ne pouvait à lui seul globaliser la façon dont ils percevaient leur action.

¹ *Ses collègues de jour utilisaient plus ce terme. Toutefois, c'est dans ce propos-ci que nous avons senti un des plus forts engagements lié à une disponibilité soignante. Que cette infirmière soit de nuit doit très probablement jouer un rôle dans ce qui s'entend de ses propos.*

"...Pour les chroniques ont leur cherche un projet de vie..." La nature différente de leur file active dans leur unité est bien-sûr en lien avec cette remarque.

Toutefois, sans avoir eu les moyens de bien identifier le rapport éventuel de cause à effet avec ce qui suit, le discours sur la crise semblait également de nature quelque peu différente.

"...Nous sommes là pour gérer la crise...". Le "gérer la crise", comme les surveillants disaient devoir "gérer la détention", est en lien avec des journées scandées par des tâches indispensables, et ritualisées autour de la vie collective de l'unité, les traitements, les repas, les consultations, les accompagnements,...

Cette ritualisation, liée à l'importance du nombre des patients, à la nature des pathologies qui impliquent également un travail de réinsertion médico-sociale aux côtés du travail de soin, semble induire un autre rapport à la souffrance. Qu'un certain point de vue sur les entretiens infirmiers, de nature quelque peu différente de celle de notre interlocutrice de la ville moyenne, soit défendu ici n'est sûrement pas un hasard : "*...Nous ne faisons pas d'entretiens infirmiers seuls avec le patient...En fait je ne suis pas vraiment d'accord avec ce terme "entretien",... des discussions,... mais pas des entretiens. Les entretiens, c'est pour les médecins...*"

Quand nous abordons les sujets de la nature de leur tâches et de leurs perceptions dans la prise en charge des patients venant de prison, les positions apparaissent également sensiblement différentes en fonction du lieu d'exercice. Que se passe-t-il donc à ...

3.2.4) L'arrivée des patients/ détenus

L'établissement de la ville la plus importante avait connu l'année précédente une situation de violence particulièrement spectaculaire et traumatisante avec un patient devant se rendre en maison d'arrêt. Deux infirmiers avaient été gravement blessés et tout l'établissement était encore sous le coup de ce drame.

Ces événements modifièrent et les pratiques institutionnelles, et très probablement les positions de mes interlocuteurs lors de nos entretiens. Toutefois, des fondamentaux se retrouvent dans le discours des soignants des deux villes.

L'arrivée de ces patients est un moment particulier repéré comme tel dans l'ensemble des entretiens. Le fait qu'ils arrivent de prison place d'emblée les équipes en situation de tension. Manifestement si l'émergence de la pathologie psychiatrique est stigmatisante en prison, le fait qu'un patient arrive de prison est également stigmatisant dans ces unités de psychiatrie.

"...Faut être honnête, on part quand même avec un sacré à-priori. On a d'emblée le sentiment qu'on pourra pas faire grand chose pour eux..."

Dans le service de la ville la plus importante s'ajoute en plus,..."...On est tendu, on se demande comment cela va être... Les femmes surtout ont peur. Et nous les hommes, on sait qu'il va falloir qu'on assure plus... Souvent elles veulent savoir pourquoi il (le patient/détenu) est en prison, ... au cas où !... "

Cette approche face à la violence physique potentielle ne se retrouve pas forcément dans le discours féminin : *"...J'ai pas l'impression de demander aux garçons de me défendre,... d'ailleurs souvent ça passe mieux avec nous, ça tourne moins à l'affrontement..."*

C'est un thème de réflexion qui n'est pas le centre de notre travail. Toutefois, ce qui nous semble intéressant dans cet échange (*par interviewer interposé*), c'est la thématique sécuritaire qui semble prévaloir, en particulier semble-t-il avant et à l'arrivée du patient dans le service. C'est pour des raisons sécuritaires que la connaissance du délit serait susceptible (*et illusoire*) de rassurer.

Quand le patient est là depuis quelques temps, les choses semblent se modifier. *"...Quand on nous appelait en renfort, on était plus inquiet qu'avec "nos" patients... Souvent, je m'apercevais que les "nôtres" nous semblaient plus abordables. Mais quand on en discutait avec les collègues des autres unités, on s'apercevait que c'est parce que nous les connaissions un peu mieux¹..."*

L'ambiance institutionnelle est tellement sensible aux questions de sécurité que lorsque nous orientons l'entretien sur les problèmes spécifiques liés à la prise en charge des patients venant de prison, ce sont tout de suite ces thèmes qui reviennent dans le discours. De fait cet infirmier nous parle alors de la question des interventions auxquelles il devait participer dans les autres unités de l'établissement en cas de difficultés avec un patient potentiellement violent. Cette stigmatisation détenu/ violence est d'autant plus flagrante dans ses propos qu'il dit lui-même que la connaissance, même peu importante, qu'il peut avoir des patients de son service (*détenus ou pas*) fait baisser l'appréhension qu'il peut ressentir à leur égard.

De fait, la détention pèse énormément. Elle a, concernant ces patients, une influence sur...

3.2.5) Leurs conditions d'hospitalisation

Dans les deux services, dès l'arrivée du patient/ détenu, il est placé systématiquement en chambre d'isolement.

¹ Depuis, dans cette institution, l'organisation des "renforts" a été modifiée. Nous l'aborderons plus loin.

Les soignants de la ville moyenne rationalisent ainsi cette position : *"...Il ne faut pas qu'il ait trop de bénéfices secondaires à être à l'hôpital par rapport à la prison..., et puis de toutes façons il est sous la responsabilité de la prison, il faut donc qu'il soit enfermé..."*.

Ils n'ont pas de renseignements précis sur ce que vivent les détenus en prison. Sont-ils enfermés en permanence ? Disposent-ils de possibilité d'aller et venir dans une enceinte close ? Leurs connaissances sur ces questions sont très floues. Ils n'en perçoivent uniquement que ce que peuvent leur en dire ces patients. Ce milieu de la détention est un monde qui leur est complètement étranger. Toutefois, ce qui est au cœur, finalement, du dispositif de prise en charge, c'est que ce temps d'hospitalisation doit être le plus court possible. Ce qui sous-entend la plupart du temps, aux dires des infirmiers interviewés, que d'emblée c'est le retour rapide en prison qui est envisagé.

Dans les deux services est soulevé un inconvénient majeur par rapport aux autres patients. *"...De fait on est obligé d'enfermer tout le monde pour un seul patient..."* Ce qui justifie d'autant plus la mise en chambre d'isolement systématique, pour pouvoir maintenir ouvert le reste de l'unité.

Le service de la ville moyenne est pourtant la plupart du temps toujours ouvert, même lorsqu'ils hospitalisent des patients sous contraintes. Formellement la responsabilité de l'établissement n'est pas moins engagée si un patient non détenu en hospitalisation d'office sort sans autorisation, que si cela se produit avec un détenu. L'appartenance de ce patient au monde pénitentiaire le rend "plus sensible".

Dans la grande ville, face aux événements de l'année précédente, l'institution a mis sur pied une équipe d'intervention particulière pour les renforts. C'est une entreprise privée spécialisée dans les interventions physiques qui assure cette fonction. Une première entreprise avait un temps assuré ce marché, remplacée assez rapidement par une seconde.

Cette péripétie n'aurait pas d'intérêt ici si elle n'avait pas été l'occasion d'une appropriation sémantique singulière par l'institution. En effet, la première entreprise nommait ses agents les "body guards"¹. Ce terme n'est officiellement plus utilisé ni par la seconde entreprise, ni sur les documents officiels de l'hôpital.

¹ *"Gardes du corps" en anglais. C'est aussi un terme qui était apparu dans des titres de quelques films américains dont la sortie en France était contemporaine aux événements ayant conduit à la mise en place de cette organisation.*

Toutefois, il est manifestement passé dans le langage courant des équipes. Nous le retrouvons même sous la forme raccourcie de "BG" dans les écrits infirmiers de l'unité. Et lorsque nous nous sommes entretenu avec l'équipe du SMPR de la maison d'arrêt, qui rappelle le dépend de l'hôpital où se trouve le service d'hospitalisation où nous "interventions", en parlant de son établissement de rattachement elle utilisait également ce terme.

Un autre vocable "sécuritaire" est utilisé dans cette institution. Lorsque le patient est autorisé à sortir de la chambre d'isolement pour fumer une cigarette, en présence des soignants, particulièrement masculins, et de l'équipe d'intervention systématiquement appelée réalablement, cette procédure est appelée dans le langage de l'établissement, une "soupape"¹.

Dans ce dispositif, le recours à la chambre d'isolement est évidemment là aussi systématiquement requis dès l'arrivée du patient. Mais cette fois-ci le patient y reste durant toute la durée de son hospitalisation. *Le service de la ville moyenne aménage, après un temps d'observation, des modalités plus "libérales" pour le patient. Ce qui n'est pas sans provoquer des débats internes dans l'équipe.*

Un infirmier du service de la grande ville comparant les périodes avant et après l'instauration de l'équipe des BG, nous dit : "... *Maintenant, c'est mieux, c'est plus clair. On ne va plus en chambre d'isolement sans les BG. Eux ils sont là pour le rapport de force, nous pour être soignants...* " Plus loin, il ajoute : "...*On est plus vu comme des gardiens mais comme des gens qui soignent...*"

A propos du patient/ détenu (*que nous avons pu rencontrer quelques temps plus tard, dans un autre service*), il nous déclare : "...*Au début, il a été un peu sthénique,... il s'est calmé lorsqu'il a vu les body-guards... Ensuite les choses se sont mieux passées, puis il a demandé son retour en prison...*"

Dans ce service, l'apaisement de l'angoisse des soignants s'est effectué, pour ce que nous pouvons en entendre dans nos entretiens, par une mise à distance du soin. La zone d'incertitude soulevée par les statuts différents que peuvent avoir aux yeux de ces patients

¹ *Ces mesures prises par cette institution peuvent apparaître excessives, et renforcer artificiellement une ambiance de tension bien éloignée du soin. Toutefois, il est des moments dans la vie d'une institution où des mesures, de toutes façons réversibles, peuvent être l'occasion de poser les questions de fond dans une ambiance un peu plus apaisée.*

les infirmier(e)s des unités d'hospitalisation et les surveillants, est levée. Certes, mais à travers ce que nous dit cet infirmier nous pouvons discerner que le patient ayant intégré cette mise à distance redemande alors à retourner en prison¹. *Cela dit l'objectif sous-jacent que le détenu ait le moins possible de bénéfices secondaires par rapport à la détention en étant hospitalisé est, on ne peut plus, atteint.*

Une autre infirmière de cette même unité, avec plus de vingt ans d'ancienneté, moins prise, manifestement dans ces enjeux (*masculins ?*) de rapports de force, avait sur cette situation un point de vue différent : *"...Au début j'avais peur, puis après c'est bien passé entre nous" "...Il n'en est jamais sorti (de la chambre d'isolement²)... Il faut quand même dire que c'est dur, il n'y a pas de table (pour que cela ne puisse pas être utilisé comme projectile), ils mangent sur le cache radiateur, c'est quand même bestial..."*

Nous retrouvons dans le *"entre nous"*, la marque de la réciprocité, signe de la relation soignante, également perçue dans le discours de sa collègue du service de la ville moyenne. Que cette infirmière dans cette même logique fasse preuve d'une certaine compassion n'est donc pas étonnant. Dégagée de son angoisse qui contribue à garder le patient à distance, elle s'explique facilement sa demande de retourner en prison : *"...En prison, il avait sa radio, sa télé, des sorties régulières. Ici, il n'avait rien de tout cela³..."*

Le rapport avec ce type de patients semble à priori plus serein dans le service de la ville moyenne. Nous y retrouvons toutefois certains thèmes récurrents.

Cette question du statut de soignant/ surveillant : *"...Quand, il était enfermé dans la chambre d'isolement, il criait « Infirmier ! ». C'était clair que c'était comme il criait « Surveillant ! » en prison !..."*, ou encore, *"...Nous on est des soignants, on n'a pas envie d'avoir le rôle de ceux qui enferment..."*

On y retrouve la zone d'incertitude qui rend plus délicate l'hospitalisation, mais qui semble s'accompagner de l'accès à la fonction soignante. A ce sujet une infirmière nous dit : *"...En cours d'hospitalisation, ils finissent par se rendre compte que c'est pas comme la prison, on est pas là pour sévir, on est là pour s'occuper d'eux, même s'ils ont du mal à faire la*

¹ Au moment de notre entretien, une telle analyse pouvait apparaître un peu rapide. Lorsque nous avons pu nous entretenir avec le patient, elle s'est pourtant vue confirmée. "J'étais plus libre en prison" (!), nous a-t-il déclaré.

² Hors mis pour les "soupapes", d'où leur nom.

³ Il pouvait également "cantiner", c'est à dire acheter et échanger des produits de consommation diverse. Ce terme pénitentiaire fait référence à la cantine, sorte de malle souvent métallique pouvant être fermée par un cadenas, que les détenus utilisent parfois pour ranger leurs effets personnels dans les cellules ne disposant pas de placards.

différence... En fait, c'est vrai qu'on a un peu les deux rôles, celui qui enferme et celui qui soigne..."

La plus grande sérénité sur les conditions même de la prise en charge permet à une autre infirmière de pouvoir dire du patient/détenu (qui est finalement retourné en prison) *"...C'était pas forcément la violence réellement physique qui était dure, ni même au bout d'un moment le sens des mots auxquels on finissait presque à s'habituer,... mais le ton !... Qu'est-ce qu'il était destructeur... Par moment on pouvait dire ce qu'on voulait, ça ne servait à rien c'est comme si on était transparent... Qu'est-ce que c'était dur !..."*

Cette relativisation de la violence permet de mieux en percevoir ce qui pourrait être sa nature réelle. Dans ces unités, particulièrement comme nous l'avons vu dans la grande ville, il y a pu, et il peut toujours, y avoir de réelles situations de danger physique. Mais ce qui prédomine, c'est la perception des rapports à ces patients qui constitue en soi une violence ressentie comme telle par les soignants. Ces patients deviennent parfois inaccessibles, imperméables aux relations humaines un tant soit peu normalisées que les soignants de ces unités arrivent à nouer avec les psychotiques qu'ils prennent "habituellement" en charge. Ce que sont les soignants dans ce cadre institutionnel précis, leurs capacités à être en relation avec "leurs" patients "classiques" et leur souffrance, leur semblent inutiles à leurs propres yeux. Leurs pratiques relationnelles soignantes habituelles sont là inopérantes. Ils ont l'impression de devenir "transparentes".

Et puis enfin se posent pour les deux équipes de soignants, les questions liées au fait que ce type de prise en charge est à l'intersection de la prison et de l'hôpital. Pour ces soignants, comme pour les surveillants, le SMPR joue là encore un rôle particulier. Même l'articulation des pratiques administratives des deux institutions pose des problèmes singuliers.

3.2.6) Soin et détention

Les modalités même de l'arrivée de ces patients venant de maison d'arrêt placent d'emblée les soignants dans une situation ambiguë où la question de leur statut relationnel à ces patients/ détenus (*surveillant ou soignant*) leur est directement posée.

Les deux codes légaux rentrant alors en ligne de compte, le code de procédure pénale et celui de santé publique, n'ont ni évidemment la même finalité, ni la même philosophie. L'un doit permettre à l'état d'assurer l'exercice de la répression, en l'occurrence permettre à l'administration pénitentiaire qui le représente de correctement assurer la responsabilité de la

détention. Le second, moins centré sur l'institution mais plus sur les individus, doit permettre à tous les citoyens d'être soignés au mieux sur l'ensemble du territoire.

Le transfert d'un détenu en hôpital psychiatrique est une procédure se trouvant alors à l'intersection de ces deux logiques complètement différentes établies par le législateur. Ainsi, théoriquement un détenu dès qu'il fait l'objet par le préfet d'une décision d'hospitalisation d'office se trouve alors sous la responsabilité de l'établissement où il va être hospitalisé¹.

Quand ses soins sont, au moins momentanément, finis et dès la décision préfectorale de "levée" de l'HO, il redevient sous la responsabilité exclusive de l'administration pénitentiaire. Ainsi pour l'hospitaliser, au moment où il se trouve la plupart du temps "en crise", le service va devoir aller le chercher à la prison, avec donc ses propres moyens hospitaliers, ambulance ordinaire et infirmier(e)s de l'unité. Et quand il va mieux, il est récupéré à l'hôpital par un fourgon cellulaire avec police et menottes² !

Outre cette première confrontation médico-légale renvoyant dès le début les soignants à une problématique qui se développera, nous l'avons vu, au contact même du patient, les difficultés à remplir leur mission dans cette situation se révèlent à travers leur façon d'appréhender le SMPR, service de soin dépendant de leur propre établissement.

Dans la plus grande ville, dans cette période institutionnelle particulière, nous avons perçu dans le discours d'une partie des soignants une sorte d'alliance de fait avec les surveillants, à travers la question de la sécurité, et ce, d'une certaine façon contre leurs collègues du SMPR. Ce, alors même que les contacts entre les uns et les autres étaient très limités.

"...A l'occasion du transfert de la prison de M... (le patient/ détenu), les surveillants nous ont dit que les infirmiers du SMPR ne voulaient pas qu'on fouille les patients car ça les traumatisaient... Vraiment je ne comprends pas ce type de positions..."

Les infirmier(e)s du SMPR qui nous ont eux-même parlé de ce genre de différends avec leurs collègues de l'hôpital, expliquaient leur position à ce sujet en des termes évidemment bien plus nuancés que cela.

Mais au-delà de cette possible polémique, ce qui nous semble remarquable c'est, d'une part, que quel que soit le statut des opérateurs confrontés à ces détenus/ patients, le sentiment de

¹ Voir dans la première partie, sur le cadre réglementaire, le paragraphe 4.3., p. 25, traitant de l'article D 398 du code de procédure pénale. Voir également l'Annexe, "Quelques textes", en fin de document.

² Dans les deux villes ce problème a introduit des débats difficiles entre les deux administrations qui ont pu mettre sur pied des modalités manifestement pas toujours très simples à mettre en œuvre, du fait des contradictions légales entre les deux codes.

danger potentiel donne la prédominance aux réflexes sécuritaires avant la différenciation nécessaire aux missions de chacun.

D'autre part le SMPR, comme nous l'avons vu, peut apparaître en cas de conflit au sein de la prison, comme s'opposant au bon fonctionnement de l'institution pénitentiaire.

Dans le même temps à l'hôpital la position des soignants du SMPR, est semble-t-il vécue défavorablement du fait même de leur appartenance hospitalière. A ce titre ils devraient être les mieux placés, aux yeux des équipes de l'hôpital, pour comprendre leurs difficultés. Comme si, peut-être, cette unité trahissait la "défense" légitime des soignants hospitaliers face aux velléités de la prison à se débarrasser trop rapidement d'un détenu encombrant.

Dans le service de la ville moyenne, pourtant en situation institutionnelle plus calme, le cadre nous déclare à propos du SMPR : *"... Pourtant j'en connais au moins un personnellement avec qui j'ai travaillé, c'est un vrai pro... Je ne comprends pas les positions qu'ils prennent parfois... S'ils ne peuvent pas assurer les soins au SMPR parce-qu'il (le patient/ détenu) est trop violent, c'est pas nous qui allons pouvoir les assurer !"*

Suivent d'autres remarques où les incompréhensions semblent importantes, ce tant sur le plan organisationnel que sur le strict plan des soins. Est soulevée la question de l'absence de fiche de liaison, de l'importance parfois du nombre d'effets personnels accompagnant le détenu lors de son hospitalisation (*et ce, sans inventaire*), signe pour l'équipe hospitalière que la prison semble "se débarrasser" du détenu/ patient, et qu'il vient donc pour longtemps.

Nous revoyons surgir dans ces dernières remarques les contradictions entre la détention, qui constitue de fait un domicile pour le détenu, et le soin, dont une des modalités en l'occurrence utilisée est la chambre d'isolement. En prison, particulièrement en cellule ordinaire les effets personnels ne sont pas systématiquement fouillés et inventoriés. A l'hôpital, pour des raisons de sécurité pour le patient et le personnel soignant, tous les effets personnels qui sont introduits en chambre d'isolement font l'objet d'un strict inventaire, voire d'une interdiction et/ou d'une confiscation. Dans ce cas de figure, la pratique institutionnelle est plus sécuritaire à l'hôpital qu'en prison.

Ce retour via le SMPR vers les surveillants de l'administration pénitentiaire nous invite à présent, après avoir abordé les discours de chacun de ces deux groupes d'opérateurs, surveillants et infirmier(e)s, d'en tenter une ...

3.3) Analyse "croisée"

Tout d'abord, pour nous, la vraie surprise de cette recherche se situe sur ce que nous avons entendu et compris sur...

3.3.1) Les missions

Pour confronter les résultats de notre enquête avec la première de nos hypothèses, celle concernant la déstabilisation, par ces patients particuliers, des deux groupes d'opérateurs, les surveillants et les infirmier(e)s par la remise en cause des fondements de leur action, il convenait de passer donc par les missions de chacun d'entre eux.

Nous reviendrons plus particulièrement sur le fond de cette hypothèse qui nous paraît vérifiée. La vraie surprise n'est pas dans le parallèle de la déstabilisation des deux groupes d'opérateurs, celui de l'hôpital et celui de la prison, mais dans celui que nous pouvons faire entre leurs missions respectives. Leurs natures sont bien-sûr différentes, mais certains des ressorts humains qui les fondent sont bien plus proches que nous ne l'imaginions.

Le "sur-veiller", revendiqué par certains en "veiller-sur", qui donnent le sentiment à des surveillants que nous avons rencontré, de devoir apporter une certaine protection aux détenus, n'est pas si éloigné que cela de ce qui fonde la responsabilité soignante à l'égard des patients, singulièrement lorsqu'ils sont hospitalisés.

N'est-ce pas même remarquablement plus difficile d'avoir ce type de préoccupation dans une institution dont le rôle, certes de plus en plus controversé, est de principalement réprimer par la détention ?

Comme nous le disions, ne tombons pas dans un angélisme béat. Toutefois, nous avons cru retrouver, en rencontrant certains de ces surveillants, les réminiscences de débats parfois vifs qui traversaient les équipes de psychiatrie de l'asile où nous avons débuté notre carrière. Toute évolution d'une institution si lourde soit-elle, ne passe pas uniquement par de profondes modifications institutionnelles, sans doute nécessaires. Elle passe également par une modification du regard de ses acteurs "de terrain" sur leurs propres pratiques.

La pratique des surveillants cherchant à être en relation avec les détenus, même si elle est en partie fondée par la recherche d'une plus grande efficacité de leur mission de sur-veiller, n'est pas fondamentalement si éloignée que cela de la pratique de l'écoute soignante. L'une certes vise à contenir, l'autre espère contribuer à soigner, mais toutes deux placent l'opérateur en situation de disponibilité à l'autre. C'est une racine commune.

Quand les infirmier(e)s du service de la grande ville, du fait probablement du nombre de patients, de la ritualisation des pratiques qui les éloignent de la souffrance de la crise

(psychique), probablement également du fait de la tension liée aux événements institutionnels difficiles, perçoivent leur activité comme ayant particulièrement pour finalité de "gérer la crise" (*dont nous ne sommes pas sûr qu'il ne s'agisse pas également de la crise institutionnelle à côté de celle du patient*), dans ce cas là, leur positionnement d'acteurs à l'égard de leur mission les rapproche de celui des surveillants que nous avons interviewés.

Il y aurait probablement d'autres parallèles possibles, comme, par exemple, le réflexe sécuritaire qui pousse des surveillants à vouloir connaître en prison la pathologie du détenu/ patient et pousse des infirmier(e)s à vouloir connaître à l'hôpital le délit du patient/ détenu.

Nous pouvons remarquer que le lien entre le souci de "gérer la détention" des surveillants et celui de "gérer la crise" des infirmiers, est le reflet des phénomènes de massification que peuvent connaître certaines grandes institutions devant prendre en charge un nombre trop important de personnes, aux profils très probablement trop différents pour en avoir une approche vraiment individualisée.

Nous avons tendance à penser que cela constitue un frein, en détention, à la qualité des missions des surveillants précédemment relevées, celle de sur-veiller et celle d'être en relation. Pour ce qui est de la psychiatrie, c'est pour nous une certitude. Il ne peut y avoir réellement soin que s'il y a une prise en charge individuelle, appropriée spécifiquement à la personne en souffrance, même si bien des prises en charge ont des profils communs.

Lorsque parfois les équipes, en l'occurrence d'unités d'hospitalisation en psychiatrie, sont prises dans des enjeux qui les éloignent de la problématique propre à l'individu en souffrance, elles s'éloignent du soin. Elles s'éloignent de ce que cette infirmière de nuit de la ville moyenne caractérisait de "son vrai travail" (*qui laissait sous-entendre que d'autres tâches rentraient probablement dans l'exercice concret de son travail, sans faire à proprement partie du noyau de ses missions*).

Cela nous conduit à examiner ce qui serait, dans la prise en charge de certains de ces patients/ détenus, une opposition aux fondements de leur action, à leurs missions fondamentales. Cela nous amène donc à confronter ces résultats au fond de notre première hypothèse...

3.3.2) Déstabilisation des opérateurs

Rappelons cette première hypothèse : *... nous pensons pouvoir faire l'hypothèse que ce qui déstabilise ces opérateurs sociaux, de la psychiatrie et de la pénitentiaire, c'est que ces*

patients/détenus remettent, de fait, en cause les fondements même de leur action professionnelle respective.

Nous avons en émettant cette hypothèse ainsi passé rapidement sur une définition plus précise du profil de ces personnes. Ou plus exactement nous avons d'emblée posé que leur caractéristique principale, celle qui pouvait les rassembler en un problème particulier, était le fait de leur double "prise en charge".

Nous avons bien-sûr pris soin d'effectuer un approfondissement un peu plus théorique de la notion de psychopathie. Car sur la base de notre expérience, dont l'avant-propos était une illustration, c'est ce type de personnalité qui, sur l'ensemble des patients venant de prison, pose le plus de problèmes aux services de psychiatrie.

Notre enquête révèle en fait un phénomène que là non plus nous ne nous attendions pas à trouver : En prison, dans le discours des opérateurs que nous avons rencontré, et particulièrement dans ceux de la ville moyenne, nous y avons trouvé une distinction basée manifestement sur l'observation et l'expérience.

Ils ont identifié deux types de population qui à leurs yeux renvoyaient toutes deux à l'interpellation de la psychiatrie, en l'occurrence du SMPR, mais de façon différente.

D'une part des jeunes, comme ils en ont de plus en plus, qui semblent pousser beaucoup plus loin que les autres jeunes détenus, la provocation, la violence agressive et hétéro agressive, les passages à l'acte les plus spectaculaires, avec une impossibilité à entendre les moindres règles, à supporter les moindres frustrations. Et à propos desquels ils disent qu'ils ne sont pas sûrs que l'appel à la psychiatrie soit vraiment justifié (*ceux que nous avons identifiés comme étant des psychopathes*).

D'autre part, un second type de population, dont les problèmes qu'ils posent sont de nature sensiblement différente. A savoir qu'ils les sentent dans de telles souffrances, que c'est moins leur violence qui les inquiètent (*même s'ils peuvent y avoir recours*), qu'à la fois l'étrangeté de leur comportement, la pré-science de leur "folie", et le risque vital qui semble alors manifestement souvent en jeu (*ceux que nous avons nommés, avec une généralisation sans doute un peu simplificatrice, des psychotiques*).

Si les surveillants font appel dans les deux cas à la psychiatrie, via le SMPR, c'est parce que la pression sur leur responsabilité est considérable devant entre autre le niveau impressionnant de suicides de détenus en France. Ils ne sont pourtant pas complètement

convaincus de la légitimité "médicale", "soignante" (*dont ils se font alors les premiers observateurs, voire les premiers évaluateurs*), de cet appel pour les psychopathes.

Ils n'arrivent plus, avec ces deux groupes de personnes, à assurer leur mission. Veiller sur eux devient impossible. Rentrer en relation avec eux leur semble hors de portée, tant les uns ne respectent rien, ni personne, pas même eux-même, et tant les autres semblent baigner dans un univers face auquel les surveillants se sentent incompetents et démunis. Les uns et les autres sont hors de portée de tous les codes relationnels classiques que peuvent utiliser les surveillants.

Nous assistons bien là à une déstabilisation des opérateurs que sont les surveillants par le fait même que le cœur de leurs missions et de leurs compétences est alors mis à mal.

Pour la psychiatrie les choses sont manifestement plus mêlées. Le phénomène de la violence ou plus précisément, et encore plus que la violence "réelle" parfois présente, l'idée que ces opérateurs s'en font, les placent en situation potentielle de distance des patients qu'ils ont la mission d'accueillir, d'écouter, de soigner. La stigmatisation de la prison fonctionne comme un paravent qui manifestement parfois les empêche de pouvoir rentrer correctement en communication avec eux.

Le phénomène est accentué par les incohérences induites par les contradictions entre les différentes philosophies du droit appliqué au soin et à la détention. Plus exactement les contradictions entre ces deux organisations institutionnelles, l'une faite pour punir, l'autre pour soigner, lorsqu'elles sont évacuées de la prison vers la psychiatrie place cette dernière dans une position quasiment impossible à tenir.

En prison, pour ceux que nous avons nommé les psychotiques, les surveillants font l'expérience de l'inefficacité de les punir, de l'impossibilité de donner du sens à leur détention. L'articulation entre les deux institutions, dans le cadre de l'état actuel du droit en la matière, constitue un système qui met la psychiatrie en devoir de soigner (*ce qu'au demeurant elle sait faire*), mais en lui transférant implicitement l'obligation concomitante de punir. Ce, alors même, que la prison, dont c'est la mission, a constaté son impossibilité à pouvoir la mener à bien.

N'est-ce pas le débat de fond de la finalité de la prison, de l'utilisation de l'enfermement comme unique moyen de sanction, qui est posé à travers cette situation si particulière, et d'une

certaine façon si extrême, et qui se trouve déplacé de l'univers pénitentiaire vers la psychiatrie ?

Ce qui est remarquable dans notre enquête, c'est que l'hôpital de la ville la plus grande, en gérant probablement au mieux une situation traumatisante, est selon nous tombé dans le piège de remplir cette mission (*non-explicite du système en vigueur*) avec tous les attributs qui de façon fantasmatique sont associés à l'univers carcéral : "prestance musclée", enfermement, ...

Pour clore sur cet élément, ajoutons, que lorsque nous avons discuté à distance de cette prise en charge avec l'équipe de cette institution, et lorsque nous avons rencontré le patient/détenu concerné, nous avons constaté qu'il n'était pas un psychopathe, mais bel et bien un psychotique. Il avait, sans l'ombre d'un doute, besoin de soins psychiatriques "classiques". Dans le contexte de cette organisation institutionnelle l'équipe fût de fait dans l'impossibilité de le soigner ou du moins dans l'incapacité d'établir cette réciprocité des rapports humains qui fonde la relation soignante. C'est de lui-même qu'il a demandé de retourner en prison. La mise à distance de la relation individuelle soignante de ce fonctionnement était encore plus en inadéquation avec son état, que celui de la prison¹.

Certes, l'équipe de soin de la ville moyenne ne se trouve pas dans les mêmes difficultés institutionnelles. Toutefois, de façon moins flagrante, nous pouvons observer combien les ressorts qui fondent leur action auprès des patients en général, sont "grippés" lorsqu'ils doivent prendre en charge ces patients-ci.

Le patient hospitalisé dans leur unité, et que nous avons rencontré au SMPR de la maison d'arrêt, correspond au profil du psychopathe.

Sa violence physique, mais surtout verbale, l'absence apparente du moindre scrupule à tromper, sadiser, utiliser la moindre des opportunités pour trafiquer, voler ou profiter de la moindre faiblesse d'un patient ou de l'institution, ont rendu ses hospitalisations infernales, pour les autres patients, et pour l'équipe. Son apparente inaffectivité, l'absence de troubles délirants, le doute manifeste que ressentaient les soignants sur l'éventualité même de sa souffrance, les ont empêchés de pouvoir établir un réel contact soignant avec lui.

¹ Notons qu'après un bref retour en prison, il a de nouveau été hospitalisé dans un autre service, là où nous avons pu le rencontrer.

Ce qui semble avoir été bénéfique pour lui, c'est que son passage dans cette unité lui a permis de faire une pause dans sa détention. Notre rencontre avec lui au SMPR nous a convaincu que c'était vraisemblablement à peu près tout ce qu'a pu lui apporter cette hospitalisation. Cela dit, ce n'est d'ailleurs peut-être déjà pas si mal !

Au total, notre hypothèse de la déstabilisation des équipes par le fait même de l'impossibilité à mettre en œuvre les missions que les opérateurs s'accordent à remplir, nous semble confirmée. Toutefois, comme nous l'avons vu, ce qui est à l'origine de cette déstabilisation est tout autant ces patients que la façon dont les deux institutions, leur articulation entre elles, fonctionnent autour de leur prise en charge.

C'est bien l'émergence d'un système, dans lequel certes ces patients eux-même jouent un grand rôle, qui confine dans ces situations si singulières à déstabiliser ces équipes de la pénitencier et du soin.

Cela nous amène à examiner la pertinence de notre seconde hypothèse qui a trait à ce qui serait dans cette relation complexe entre ces détenus/ patients et "nos" opérateurs non-spécialistes...

3.3.3) Un phénomène de "boule de neige" ?

Rappelons cette seconde hypothèse : *Phénomène qui serait à relier, dans un processus de "boule de neige", à la conviction des professionnels que le patient/ détenu n'aurait rien à faire dans l'institution où il est "pris en charge", sentiment générateur d'une mise à distance, voire d'une forme d'exclusion de l'individu, elle-même induisant un renforcement des phénomènes de violence.*

N'ayant pas d'emblée repéré certaines réalités de la complexité de cette situation, nous avons projeté sur ce phénomène ce que sont les relations institutionnelles classiques au sein des services de psychiatrie.

En effet, dans un milieu où le fonctionnement systémique est si prégnant, où les acteurs sont dans une telle interdépendance les uns des autres, l'auto-alimentation d'un processus conflictuel, voire potentiellement de violence, est relativement classique.

Mais après avoir pu rentrer un peu plus dans le détail de cette réalité de l'articulation entre la prison et les unités de psychiatrie, au travers de la prise en charge commune de patients/ détenus, nous sommes bien plus circonspects.

Tout d'abord l'émergence d'une telle hypothèse s'appuyait sur une vision simpliste de l'organisation entre la prison et l'hôpital. Nous n'avions pas saisi initialement le rôle particulier "joué" par le SMPR. Ce service "condamné" à être dans la position de l'exutoire institutionnel, semble-t-il pour ce que nous avons pu en comprendre, concomitamment pour les deux institutions, se trouve situé en interface, leur évitant par la-même une confrontation directe.

Ainsi, en prison, nous ne pouvons pas dire que la déstabilisation des surveillants s'associe d'emblée à l'émergence systématique à propos de ces détenus de la certitude qu'ils "n'ont rien à faire là" (*dans l'enceinte de la prison*). Cela provoque, il est vrai nous l'avons vu, une demande pressante, voir des récriminations et/ ou un conflit potentiel avec le SMPR. Cela s'associe-t-il, par ailleurs, à une mise à distance plus importante du détenu, voire à une forme d'exclusion ?

Non. Si le détenu est repéré par les surveillants comme étant en souffrance manifeste, leur inquiétude les pousse au contraire, à venir le voir encore plus souvent. Certes, ils abandonnent peut-être l'idée d'entretenir avec lui des relations exactement de même nature que celles qu'ils entretiennent avec d'autres pour garder "le contact" si utile pour eux à l'exercice de leurs missions. Mais dans cette organisation où les tâches sont très ritualisées et systématiques, pour faire face au nombre important de détenus sous la responsabilité des surveillants, parler de mise à distance est inadapté. De plus nous avons rencontré dans l'ensemble, une vraie disponibilité inquiète, voire compassionnelle de certains de nos interlocuteurs, à l'égard de ce type de détenus.

Que les surveillants soient convaincus, une partie d'entre eux en tous cas, que ces détenus-ci ne devraient pas être en prison, oui. Qu'ils se méfient, inquiétés qu'ils sont par l'étrangeté de leur comportement, de leurs réactions dans un réflexe de vigilance sécuritaire, probablement. Que nous soyons là face à un phénomène d'exclusion, certes non.

Pour ce qui est des psychopathes, là aussi cette hypothèse ne tient pas avec les surveillants. Pour eux encore la référence au SMPR fait office d'objet exutoire. Ce, d'autant plus si, comme dans la maison d'arrêt de la grande ville, la question du trafic potentiel prend des proportions dépassant ce que manifestement le fonctionnement habituel arrive tout de même à intégrer¹.

¹ *Pour ne pas dire plus (voir dans la seconde partie, l'analyse du contenu des entretiens avec les surveillants, chapitre 3.1.6., p. 49, la "Place du SMPR")*

La question avec les psychopathes c'est que ces détenus sont en apparence complètement inaccessibles à tout mode relationnel habituel. Ils sont manifestement imperméables, en tous cas dans ces contextes de groupe, à un lien relationnel un tant soit peu réciproque.

Que les rapports soient plus "conviviaux" ou plus tendus, cela ne modifie pas fondamentalement leur fonctionnement avec l'environnement. Difficile dans ces conditions d'avaliser l'hypothèse d'un phénomène de boule de neige, mise à distance → exclusion → violence. Cette mise à distance sur le plan relationnel existe très probablement, mais elle ne constitue pas un facteur manifeste d'aggravation de la violence. La violence du psychopathe réagit peu à ce genre de phénomène inter-personnel.

Enfin, les surveillants sont, comme nous l'avons vu, manifestement complètement dépassés par moment par ce genre de détenus. Mais, à froid, ils disent leur grand scepticisme à trouver la psychiatrie opérante dans ce cas. L'idée que cette "autre" institution (*comme nous l'évoquions dans notre introduction*), en l'occurrence la psychiatrie "classique", serait mieux adaptée pour ce type de détenus-ci, globalement, ne semble pas leur venir à l'esprit. Ce, d'autant qu'ils voient la psychiatrie, dont le SMPR est leur contact immédiat, comme une priorité plutôt pour les détenus qu'ils perçoivent comme souffrant "réellement".

Pour ce qui est des équipes de psychiatrie des unités d'hospitalisation, nous sommes, là également, très nuancé sur la pertinence de cette seconde hypothèse.

Dans le service de la ville moyenne, le psychopathe qu'était le patient/ détenu qui nous avait servi de "fil rouge", a posé beaucoup plus de difficultés que d'autres patients que les soignants nous déclaraient avoir reçus de la prison et dont les besoins de soins psychiatriques étaient criants et beaucoup plus dans les possibilités de cette unité.

Là comme en prison, le psychopathe passe, dispose des bénéfices secondaires qu'il peut, au maximum, tirer de la situation et repart vers d'autres institutions ou d'autres situations dans lesquelles son comportement qui maintient tout le monde à distance l'aura conduit. Pas plus qu'en prison le comportement des équipes ne semble pouvoir l'atteindre. Il ne peut y avoir donc de phénomène d'amplification réactionnelle à la distance, voire l'exclusion, dont les soignants seraient les responsables.

Pour autant si la mise à l'écart ne constitue pas un engrenage à la violence, il est manifeste qu'elle existe réellement. Elle ne se concrétise pas nécessairement par un recul relationnel. On peut même dire que la mobilisation de l'ensemble de l'équipe autour du psychopathe est un phénomène très classique accompagnant sa présence dans un service. Il monopolise toute l'attention de l'équipe tant il la bouscule et remet complètement en cause l'équilibre

institutionnel. Mais ce type de "mobilisation" prend un caractère tellement défensif qu'il est très difficile qu'elle soit propice au soin.

Pour les patients/ détenus "psychotiques", nous l'avons vu dans notre enquête, tout dépend de la façon dont la violence face au fonctionnement de l'institution et donc en particulier de l'équipe, fait ou pas écran à ses capacités à "accueillir" réellement le patient.

Sur les deux patients nous ayant servi de fil rouge, seul celui de la grande ville, était dans ce cas. Nous avons vu combien le fonctionnement institutionnel maintenait, selon nous, tous les patients à distance, dès l'instant qu'ils venaient de prison, qu'ils soient ou pas psychotiques.

Pas de phénomène de boule de neige, mais cela revient toutefois à clairement identifier que ce mode d'indifférenciation de la prise en charge, uniquement établie en fonction de la provenance du patient, en l'occurrence la prison, et non de son état psychique, de son histoire individuelle, constitue en fait, que cette institution ait pu ou non faire autrement, une réelle exclusion du soin.

Conclusion partielle

Nous avons dans cette seconde partie, ***La recherche, méthodologie et enquête***, présenté notre travail d'investigation que nous avons conduit sur les terrains de deux maisons d'arrêt, et deux unités d'hospitalisation, autour de la prise en charge commune entre psychiatrie et prison de deux patients nous ayant servi, en quelque sorte, de "fil rouge".

Nous n'avons pas confirmé toutes nos hypothèses. Toutefois, parti de la prise en compte du phénomène spécifique de la violence lié à la prise en charge de certains patients venant de la prison, nous avons pu clairement identifier que le système actuel en vigueur pouvait conduire, si nous n'y prêtions garde, à un phénomène d'exclusion.

Cette enquête nous apporte des enseignements. Elle nous invite également à tenter d'imaginer des propositions opérationnelles à plus ou moins long terme, si d'aventure l'institution dans laquelle nous serions directeur des soins était confrontée à ce type de situation.

Troisième partie : *Principes et propositions*

La définition même du cadre de cette recherche dépasse les strictes limites des missions de la fonction publique hospitalière. Les enseignements que nous en tirons nous amènent à réfléchir et à nous positionner sur des sujets dépassant nos strictes responsabilités.

Ce dépassement de frontières est à nos yeux légitime à plus d'un titre.

Le premier d'entre eux vient du fait que la psychiatrie (*et le responsable que nous sommes avec elle*) est en elle-même directement interrogée par cette question complexe. Il est nécessaire qu'elle y réponde.

Le second vient du fait que la psychiatrie ne peut plus, selon nous, de façon générale, que ce soit sur cette question ou sur une autre, restée repliée sur ses pratiques, sur ses acquis, sans écouter les multiples interpellations dont elle fait l'objet. La psychiatrie ne peut plus se limiter au strict champ sanitaire.

Enfin, au titre tout simplement du professionnel et citoyen que nous sommes, qui comme tout un chacun par l'expérience qui est la sienne peut apporter un éclairage modeste et singulier sur une question d'ordre sociale, générale, collective.

Nous serons probablement amené à défendre ces positions théoriques, de principes, dans diverses circonstances, au sein de l'équipe de direction de notre établissement pour contribuer à une prise de décision éventuellement nécessaire, s'il y a lieu dans les débats avec les instances de l'hôpital pour la mise en place d'une politique précise en la matière, ou dans d'autres sphères péri-professionnelles, associatives, où nous pourrions être amené à débattre.

C'est pourquoi nous partagerons cette troisième partie en deux axes, du général au plus précis. En premier lieu nous aborderons nos positions de **principe** sur le sujet, tant sur les aspects pour lesquels n'avons pas compétence, que sur ceux où les responsabilités nous sont propres ou partagées avec d'autres partenaires professionnels.

Ensuite nous traiterons de nos **propositions** d'action, là encore en partant des zones aux compétences partagées pour terminer sur celles relevant de notre propre responsabilité.

I) Principes

1.1) Sur la prison

Notre société doit faire un choix. Que représente pour elle la prison, quelle place doit-elle confier à cette institution ? Doit-elle rester l'unique pilier de l'arsenal répressif, de la nécessaire sanction de la loi pour ceux qui ne l'ont pas respectée ?

Punir en mettant à l'écart pour ne plus voir, ne plus entendre, pour protéger les citoyens restés à l'extérieur des murs ? Cette question qui a valu longtemps pour la psychiatrie est semble-t-il pour cette dernière, tranchée. Des décisions claires à ce sujet ont été prises. Même si par moment la psychiatrie peut avoir encore l'impression, dans la mise en place progressive de cette politique, que le corps social reste ambivalent avec les patients qu'elle arrive peu à peu à faire sortir de ses murs.

Pour la prison la question n'est pas réglée, loin de là. Les événements de ces derniers mois laissent percevoir que les choses semblent bouger. Des élus, des politiques, se positionnent de façon somme toute courageuse face à une opinion qui est probablement encore hostile dans son ensemble à tout avancée significative en la matière.

La réinsertion est déjà depuis quelques temps inscrite dans les missions de l'administration pénitentiaire, mais les moyens tant humains, logistiques qu'organisationnels semblent bien maigres. La prison doit avoir les moyens d'aller jusqu'au bout de la logique de *différenciation*. Si nous pensons qu'il est nécessaire de mettre à l'écart un délinquant trop dangereux dans son comportement à l'égard du corps social, nous devons permettre à la prison de pouvoir engager des processus éducatifs propres à modifier le rapport de ce détenu avec cette société qui a souhaité un temps l'écartier. Nous reprenons à notre compte cette fonction de *différenciation* de la détention évoquée dans notre première partie¹.

Dans un même temps où les peines substitutives à la détention se doivent d'être plus souvent requises pour, entre autre, limiter les phénomènes de promiscuité et de massification en prison, il est nécessaire pour cette institution de continuer à travailler sur les conditions matérielles et humaines de détention de ceux qui devront y demeurer.

Parallèlement à ce travail il lui faut donc développer son rôle éducatif.

Et la question du soin ?

¹ Voir première partie, paragraphe 3.7., p. 20, "Comprendre l'enfermement".

1.2) Sur le soin psychiatrique en prison

Au travers de cette réalité complexe, des questions précises sont posées à la psychiatrie. Le débat entre pénalistes et aliénistes perdure. Existe toujours au sein de notre domaine professionnel l'idée que la psychiatrie n'aurait pas dû intervenir en prison. C'est ce même courant qui considère les psychiatres du SMPR, avec eux leurs collaborateurs soignants les infirmiers, comme étant pris dans un piège inhérent à cette présence contre nature. La psychiatrie ne pourrait soigner en prison car celle-ci a pour finalité de punir et le soin en psychopathologie suppose une adhésion minimum, la collaboration entre le patient et ceux qui prétendent vouloir le soigner.

Il y a plusieurs aspects à cette opposition de principe : la question du libre choix en dehors duquel il n'y aurait pas de soins possibles, et celle de l'espace environnemental qui se doit d'être propice aux soins, c'est à dire avec du personnel formé et compétent, dans un univers uniquement dévolu à cette fonction.

En ce qui concerne la contrainte, certes nous savons tous que l'adhésion pleine et entière d'un patient à sa demande de soin est d'un soutien incomparable pour introduire cette modification du rapport qu'il entretient avec le monde qui l'entoure, avec lui-même, malgré la souffrance de sa pathologie.

Toutefois, même si cette condition psychique idéale n'est pas réalisée, nous savons qu'il y a des actions de soins qui font avancer le patient. Si ce n'était pas le cas, aucun des hospitalisés sous contrainte ne pourraient voir leur état s'améliorer. C'est heureusement le contraire qui se produit dans la plupart des cas.

Second aspect du débat sur le milieu propice ou pas aux soins. La politique de secteur a déjà répondu à cette question. Par ces pratiques hors des murs il a été démontré que le soin n'est pas uniquement ce que d'aucun appelle le *colloque singulier* entre le thérapeute et son patient. Pour cette même raison, qui nous a fait sortir et de l'asile et de l'utilisation exclusive du bureau de la relation duelle thérapeutique, qui doit nous pousser également à investir encore plus l'espace social, il ne peut y avoir de lieux, au nom d'une sacro-sainte neutralité, où nous ne devrions pas intervenir alors que des gens y ont besoin des compétences de la psychiatrie.

Pour ce qui est de la compétence des professionnels, cela nous oblige-t-il à positionner un soignant auprès de chaque détenu souffrant ? Là aussi le secteur a répondu. Cette politique a contribué à la multiplication sur le terrain des collaborations de fait avec de plus en plus d'intervenants sociaux et de "simple" individualité dont la seule et irremplaçable qualité était

d'être la bonne personne, au bon endroit. Les spécialistes ne sont pas les seuls vecteurs relationnels qui contribuent à la restauration des relations au monde des personnes en souffrance. Leur fonction est d'en être les catalyseurs.

En prison le soin peut s'appuyer sur les surveillants comme il s'appuie, sur le territoire, sur l'environnement relationnel des personnes suivies.

La prison doit se réformer, doit amplifier ce mouvement qui manifestement est entamé. Elle doit s'appuyer entre autre sur ces débats internes, dont nous avons eu la chance au cours de cette recherche d'en percevoir quelques éléments. En attendant cette évolution, la psychiatrie ne doit pas rester campé sur la sécurité de son strict territoire. Nous devons intensifier la collaboration entre l'hôpital et la pénitentiaire par le biais notamment de l'action des SMPR.

C'est à dire que ce travail en commun doit être approfondi. Tout en tenant compte des contraintes des deux institutions nous devons pouvoir établir, voire inventer, des façons de travailler pour apporter aux détenus les soins auxquels ils ont droit.

Nous devons donc intervenir en prison. Comment alors nous situer par rapport au centre de notre sujet, la violence de ces patients/ détenus à l'articulation entre prison et hôpital ? Avant d'aborder cette question en tant que telle, nous pensons devoir la situer préalablement à l'aune de celle du rapport à la loi.

1.3) Sur la loi

Nous pensons donc que la psychiatrie doit intensifier son intervention en prison, pour les raisons principales que nous avons développées. Dans le même temps, nous pensons que ***la loi ne peut être évincée par la question de la pathologie.***

Si la prison, et avec elle l'arsenal répressif français, se réforme, et que par ailleurs l'intervention de la psychiatrie s'y densifie, cela devrait pouvoir contribuer à modifier le contexte dans lequel la question obsédante adressée à la justice, à la psychiatrie et aux experts psychiatres est posée. Doit-on punir (*s'il y a lieu par la détention*) ce malade délictueux ou doit-on le soigner ?

S'il a commis un délit, à plus forte raison s'il est grave, il faut qu'il y ait "passage de la loi" et sanction. C'est la priorité. D'autant que l'absence de la loi peut contribuer à le maintenir dans une compréhension pathologique des autres et du monde.

C'est le sens de l'évolution de la "jurisprudence expertale" qui conduit de plus en plus souvent des personnes souffrant de problèmes psychiques en prison. Cette évolution découle de celle des textes, en l'occurrence l'ancien article 64 vers le nouvel article 122-1 du code pénal¹.

Cette ambiguïté d'un choix exclusif à effectuer entre l'un et l'autre, la sanction ou le soin, place particulièrement la psychiatrie hospitalière en position impossible. Cette situation est un autre avatar des réticences à intervenir hors de son champ d'intervention classique. Obliger les détenus à se soigner serait une sorte de double peine. Mais comme le suggèrent les Drs Piel et Roelandt², les emprisonner et ne pas les soigner alors qu'ils en ont besoin, n'est-ce pas une double peine encore plus dévastatrice ?

Ainsi, le lieu qui nous a semblé le plus serein de tous ceux où nous avons rencontré des professionnels durant cette enquête, fût l'UMD³ (*l'Unité pour Malades Difficiles*). Nous ne préconisons pas (*quand bien même nous en aurions l'autorité*) l'UMD pour tous les patients qui seraient étiquetés comme violents. Ce qui est spécifique à ce lieu c'est qu'en son sein, il n'y a pas de choix à effectuer entre le soin et la détention.

Un des problèmes soulevés par cette unité c'est que les patients dont le parcours de justice n'est pas allé jusqu'à son terme ou n'a même pas été initié, voient leur hospitalisation/ *détention* échapper au contrôle de cette justice. Certes, il y a la commission départementale des hospitalisations psychiatriques établie par la loi de 1990⁴, prévue par l'article L. 332-3 du code de la santé publique. Mais cette différence entre patients d'une même unité ne se justifie pas vraiment. C'est une raison supplémentaire pour que la justice passe systématiquement, même s'il faut apprécier les sanctions, comme elle a vocation d'ailleurs à le faire pour tous les délinquants, en fonction de l'acte et de son auteur.

Mis à part cette question de principe, en ce lieu où le choix entre peine ou soin, n'interfère pas dans les modalités de prises en charge, l'expérience montre que la sanction fait sens quel que soit, semble-t-il, le statut juridico-médical des patients, même ceux écartés des tribunaux du fait de leur incapacité supposée à intégrer la sanction⁵.

¹ Voir dans la première partie, les paragraphes 4.1. et 4.2., p. 22 et 23, du "Cadre réglementaire", et également "l'annexe" en fin de document.

² Eric Piel et Jean-Luc Roelandt, *De la Psychiatrie vers la Santé Mentale*, Rapport de Mission ministérielle, Paris, Juillet 2001, p 40

³ Voir dans la première partie, le paragraphe traitant des "Dispositifs spécifiques", le 5.2. : "L'UMD", p. 29.

⁴ Loi n° 90-527 du 27 juin 1990, chapitre II.

⁵ Il suffit pour s'en persuader d'entendre en parler, en situation spontanée, les psychotiques qui y ont séjourné.

Nous ne pouvons sur ces derniers points nous prévaloir d'une expertise particulière. Cela mériterait sans doute une étude à part entière.

Notons toutefois que les professionnels que nous connaissons qui ne sont pas partisans d'une intervention en prison au nom de la neutralité nécessaire de la psychiatrie, et au nom de la double peine qu'y constituerait le soin *contraint*, ne critiquent pas le recours à l'UMD. Ils l'utilisent quand c'est nécessaire, se plaignent également (*à juste titre nous semble-t-il*) de ses capacités d'accueil insuffisantes. Seulement voilà, cette unité fait partie de la sphère hospitalière. Au nom de quoi la pratique contrainte du soin pour détenus serait-elle moins critiquable dans une unité hospitalière (*en l'occurrence spécifique*) qu'au sein de l'institution pénitentiaire ?

Ces constatations nous incitent aux positions suivantes sur...

1.4) L'ensemble du dispositif

Si les pratiques en UMD ne sont pas entravées par cette question du choix entre répression et soin, c'est que d'une certaine façon pour tous les acteurs institutionnels concernés (*le juge, l'hôpital, la prison et également les patients*), en ce lieu cette question est implicitement réglée.

Dans cette unité de soin sont appliquées des modalités de prise en charge dont la fonction réelle pour les patients détenus, et la fonction symbolique pour les autres, est également la sanction. L'UMD en toute légitimité soigne et réprime.

Nous sommes convaincu que le SMPR peut gagner en efficacité et en légitimité s'il se voit appliquée la logique correspondante. Au sein de la détention, hors du "domicile" de fait que constitue la cellule du détenu, dans ce lieu spécifique d'hospitalisation, le SMPR peut soigner. Le SMPR continuerait de réprimer, par le fait de son implantation intra-muros pénitentiaire, et soignerait.

Par ailleurs, comme les unités de secteur en ville, le SMPR pourrait faire du travail à *domicile*, en cellule, pour des soins "contractuels". Dans les quartiers pénitentiaires non-spécifiques les règles de fonctionnement resteraient dictées par les questions généralistes liées à la détention. Tandis que les unités d'hospitalisation "ordinaires" de l'hôpital resteraient un lieu où les modalités de prises en charges seraient fondamentalement dépendantes du soin.

Ceci étant posé, quels enseignements, en particulier théoriques, tirons-nous de cette enquête en ce qui concerne, à présent, l'articulation entre ...

1.5) Violence et pathologie

Deux situations différentes comme l'a d'ailleurs révélé l'enquête, sont à considérer...

1.5.1) La violence du "psychotique"

La particularité du psychotique, c'est qu'à contrario du psychopathe, sa souffrance, et par-là même la prééminence des soins, est incontournable. Nous sommes donc partisans que la justice, en tout premier lieu, passe de façon systématique et adaptée, mais passe. La décision de sanction étant prise, les nécessités de soins incontournables, la psychiatrie doit le prendre en charge dans les lieux les plus adéquats à son état.

Si la détention est requise et que le SMPR peut le prendre en charge, c'est là in-situ que la psychiatrie doit y effectuer son travail. On peut supposer qu'un SMPR aux moyens développés et légitimés devrait augmenter ses capacités de soins, *en particulier en terme d'hospitalisation*. Nous devons travailler à cette avancée.

Mais si la détention est vraiment impossible pour lui, la psychiatrie hospitalière doit le prendre en charge. Si l'évolution sociale montre que *la montée de la violence* n'est pas uniquement une formule facile qui affole le public et fait vendre des journaux, si ce phénomène, qui mériterait à soi seul bien des études, est une réalité sociologique, alors la psychiatrie doit forcément s'y adapter.

Ainsi, si la violence est aujourd'hui ingérable en unité classique il nous faudra sans doute créer une nouvelle organisation, dont le "rapport Piel/ Roelandt" propose par exemple quelques pistes.

Toutefois, il restera toujours des patients en unité d'hospitalisation généraliste qui pourront être potentiellement violents. Nous devons dans les institutions psychiatriques (*ré*)apprendre à travailler avec cette violence. C'est un principe que nous voulions réaffirmer.

1.5.2) La violence du psychopathe

Cette situation est très différente. Quentin Debray¹, relevions-nous dans notre première partie écrivait "*Les psychopathes sont des malades sans que l'on puisse dire qu'ils ont une maladie*". Nous n'avons pas les compétences ni l'expérience clinique pour avoir une réponse précise à cette question. Toutefois notre expérience, confirmée donc par cette étude, nous incite à penser que nos structures classiques d'hospitalisation ne sont pas adaptées à cette *pathologie* (?), *cette personnalité* (?), *cette attitude sociale* (?).

¹ Quentin Debray, *Le psychopathe*, Puf, Paris, 1984

En effet, le phénomène d'exclusion, auquel ils participent eux-même, que nous avons repéré dans ce qui se met en place dès qu'il y a contact, que ce soit avec l'entourage ou une institution par laquelle ils sont pris en charge, nous semble de toute évidence constituer les réminiscences d'un passé archaïque. Certes, nous pourrions dire cela de n'importe quelle *pathologie*. Cela nous semble particulièrement vrai avec les psychopathes.

Ainsi que l'on considère que cela constitue une pathologie que la psychiatrie doit traiter ou un comportement "uniquement" délictueux qu'il faut réprimer, le dispositif choisi doit prendre en compte ce lien prégnant avec son histoire et le rapport spécifique auquel cela renvoie aussitôt avec la loi.

Dans notre première partie sur l'approfondissement théorique autour de la notion de violence¹ nous citons Claude Balier : "*La décharge de l'agressivité libre trouve au niveau de la réalité externe, matérielle, un contenant, une contention qui rétablit une liaison et empêche la désorganisation de l'appareil psychique*"².

Pour approcher ces personnes il faut donc un cadre contenant qui contribue par les moyens qui y sont déployés à rassurer le psychopathe sur les capacités de l'institution à pouvoir le protéger, se protéger de lui, et avec elle les autres *accueillis*. Une fois cette réassurance, qui contribue à la liaison, plus ou moins acquise, l'approche peut et doit pouvoir commencer et avec elle si possible le travail de soin.

Ainsi, notre expérience nous donnait sur cette question une inclination qui s'est muée en conviction après ce travail : ***Les psychopathes ne peuvent pas être pris en charge dans les unités classiques d'hospitalisation des hôpitaux psychiatriques.***

Ils ne sont pas délirants. Leur souffrance éventuelle n'est pas l'obstacle majeur, comme nous venons de le voir, à la relation. Par ailleurs, ceux dont nous parlons sont auteurs de délits graves, voire de crimes. Sauf à créer un lieu spécifique ou à systématiser une mise en place régionale des UMD, nous ne voyons que la prison comme lieu d'accueil possible. Le SMPR devra se confronter alors à cette situation.

Tout du moins, s'il fallait créer un lieu, il devrait être sous la responsabilité de la justice avec l'intervention, sur des modalités à trouver, de la psychiatrie.

¹ Voir première partie, dans "Point de vue de la psychanalyse", le chapitre 1.5.5., p. 9, : "Survenue de la violence"

² Balier Claude, *Psychanalyse des comportements violents*, Ed Puf, Paris 1988, p.41.

Nous ferons, dans la partie suivante quelques propositions qui pourraient être susceptibles (du moins nous l'espérons) d'améliorer la prise en charge de la violence en hôpital psychiatrique, pour les cas où l'hôpital est un lieu possible ou inévitable de soin. *Et, ce, que ce soit pour les psychotiques ou les psychopathes qui, "malheureusement", ne cesseront pas du jour au lendemain d'y être, entre autre par la force de la loi, hospitalisés.*

Ces positions de principe que nous nous sommes forgées, en particulier avec ce travail de recherche, doivent également nous aider à agir dans l'espace actuel de l'organisation à laquelle nous appartenons, dans le cadre des fonctions qui vont être très bientôt les nôtres. Ainsi, après ce travail quelles propositions d'actions pouvons-nous envisager ?

II) Propositions

Toujours pour les mêmes raisons de la multi-compétence institutionnelle et professionnelle de la question traitée, certaines démarches possibles sont en lien avec des zones d'action hors de notre champ spécifique. Sur la même logique que l'ensemble de cette troisième partie de notre travail, nous commencerons par les zones qui nous sont les plus "externes" et qui demandent le plus d'interactions institutionnelles, pour terminer par celle relevant spécifiquement de notre autorité.

Pour travailler sur une amélioration de l'accueil des patients/ détenus dans les unités généralistes de l'hôpital, nous devons en premier lieu s'assurer que tous ceux qui peuvent être traités en prison le soient effectivement.

Le SMPR doit être pris en compte par la direction du service infirmier d'abord par le simple fait que c'est une unité hospitalière, mais également, pour le sujet qui nous occupe ici, parce que son efficacité "en amont" peut contribuer à limiter aux strictes situations incontournables la prise en charge hospitalière classique, voire à lui éviter une grande partie de ces situations de violence qu'elle a bien du mal à prendre en charge.

2.1) Le SMPR

2.1.1) La prise en compte du contexte

La pression que l'administration pénitentiaire fait peser sur le SMPR est visiblement très importante. Cette dernière après avoir eu du mal, semble-t-il, à accepter en son sein qu'une organisation veuille échapper à ses propres règles, se décharge manifestement sur le SMPR de toutes les incertitudes, de toutes les pressions que fait peser sur elle, en amont, le corps social ambivalent. De fait ce dernier souhaite peu ou prou, dans une inquiétude montante

face à l'évolution des mœurs sociales qui semblent se durcir, qu'on enferme, qu'on écarte de l'espace public tous les marginaux, les déviants et les jeunes "sauvageons"¹. Mais à présent, et c'est heureux, il souhaite ne pas avoir mauvaise conscience. Et devant l'importance insupportable du nombre de suicides en prison, la pression sur l'administration pénitentiaire et les surveillants est telle que cette dernière se retourne à son tour vers le SMPR pour régler la question, la rassurer, la "couvrir".

Or, nous percevons que les professionnels des SMPR, tout en étant implicitement critiqués par leurs pairs au nom de cette sacro-sainte neutralité pour avoir commis l'imper de travailler en prison, semblent eux-même réagir sur un registre similaire avec le monde pénitentiaire.

Ainsi par exemple, face à la pression de certains détenus, accepter de prescrire dans une proportion de plus en plus importante des traitements au nom du fait que ces derniers sont angoissés, se considérer comme complètement indépendant des phénomènes de trafic que cela contribue à alimenter au sein de la prison au nom de ce choix éthique de rester en dehors du contexte, est une position intenable. Ces collègues² ont fait le *choix* de travailler en prison, comme d'autres font celui de travailler dans des secteurs de banlieues difficiles ou dans des quartiers où se développent drogue et prostitution. On ne peut prétendre avoir une pratique qui ne tienne pas compte à minima de la réalité sociale où elle s'inscrit.

Notre position est qu'à la fois il faut intensifier, en attendant que l'étau de la promiscuité continue de se desserrer, le travail de la psychiatrie en prison. Fort de cette position claire, il nous semble nécessaire par souci de cohérence de poursuivre dans cette logique et d'accepter d'adapter les pratiques de soins à la spécificité du terrain.

2.1.2) Questions concrètes

Ainsi, donner aux détenus dans un même temps plusieurs prises de traitements dans un tel contexte, au nom d'une démarche éducative d'autonomisation, comme les équipes soignantes peuvent le faire sur le secteur, nous semble une pratique inadaptée. Il y a très probablement d'autres modalités possibles à trouver, à inventer, permettant la co-prise en charge de ses soins par le patient/ détenu lui-même.

¹ Expression qu'avait utilisé en 2000 Jean- Pierre Chevènement alors qu'il était ministre de l'intérieur, pour parler des phénomènes de bandes dans les banlieues. Si cette expression avait fait "mouche", c'est très probablement, que l'on soit ou pas d'accord avec lui, qu'elle fût instantanément très évocatrice pour tout le monde.

² Au sens de fonctions agissant ensemble dans le cadre d'une même mission sociale.

Quelles sont les marges de manœuvre du service infirmier en général, et de son directeur des soins en particulier dans ce débat ? Certes elles sont minces. Mais elles existent. Elles sont celles d'abord que le législateur a déterminé. Les médecins prescripteurs ont la liberté de la prescription. Les infirmiers sont chargés des soins, dont en particulier l'application concrète de cette prescription. Ils sont par ailleurs chargés de contrôler les thérapeutiques mises en œuvre et sont donc potentiellement co-responsables des effets négatifs éventuels. C'est dans cet espace étroit de collaboration rendu incontournable par la réalité, les pratiques, les textes et la jurisprudence que se situent les possibilités de négociation entre le corps médical et le service infirmier, et donc en particulier son directeur.

Il semble fondamental par ailleurs que les liens entre l'administration pénitentiaire, et l'administration hospitalière soient étroits. Cela ne veut pas dire que l'on doit introduire une confusion dans les rôles et les missions de chacun, mais il y a des articulations à élaborer entre les uns et les autres.

Par exemple sur ce problème des traitements, combien de fois lorsque les équipes soignantes interviennent sur le secteur composent-elles avec des parents, des amis, des conjoints, voire même parfois, si les relations sont très investies, avec des voisins pour aider un patient vivant hors de l'hôpital à gérer son traitement ? Ces derniers fonctionnent alors comme des supplétifs soignants.

La cellule de détention est de fait un domicile, particulier certes, mais un domicile tout de même. Les surveillants, comme l'un d'entre eux l'évoquait lui-même, pourraient être impliqués d'une façon ou d'une autre dans cette question. Certes, cela suppose sûrement de bien travailler sur les innombrables questions de responsabilité que cela soulève. Certes, lorsqu'un centre de détention fonctionne avec un degré de trafic important qui, comme nous l'avons vu, contribue de fait à l'équilibre institutionnel, modifier cet équilibre peut provoquer des remous importants. Cette question est l'exemple type du genre de problème où nous percevons bien qu'une approche classique, interne à sa propre "bulle" institutionnelle, sans faire l'effort de s'externer des logiques habituelles, est inadéquate pour le résoudre.

Cela suppose sans doute des demandes de collaborations institutionnelles de haut niveau.

Pour ce type de dossier, l'Agence Régionale d'Hospitalisation peut éventuellement être sollicitée pour aider aux aspects médico-légaux et interministériels complexes. Cela peut tout à fait faire l'objet d'un contrat d'objectifs et de moyens, où la question des pratiques inter-institutions pourrait, par exemple, s'aborder par un conventionnement.

En détention, si un détenu n'est pas hospitalisé au SMPR, des VAD (*visite à domicile*) dans sa cellule donc, sont peut-être envisageable pour du personnel soignant. Certes là encore, il est nécessaire de tenir compte des réalités. Demander, par exemple, à des infirmières de faire un tel travail dans une prison d'hommes, où nous connaissons l'état de "misère sexuelle" dans lequel les maintient actuellement la détention, mériterait une prudence minimum. Là encore c'est la question de l'amélioration concomitante des conditions de détention qui est en même temps soulevée, évolution que nous ne pouvons attendre avant de travailler sur nos pratiques soignantes en prison.

2.1.3) Des points d'appuis

Nous sommes avec ce type de questions dans une zone où il est nécessaire d'inventer, avec prudence certes, mais avec une ouverture d'esprit maximum. Nous ne pouvons donc pas imaginer à distance des dispositifs qui seraient applicables et compatibles avec toutes les contraintes organisationnelles et légales du terrain.

Toutefois, un directeur des soins infirmiers doit pouvoir concomitamment agir en particulier sur trois types de collaboration humaine.

Auprès de l'équipe du SMPR via son cadre. S'il y a bien un lieu où le profil du cadre est fondamental, où il devra avoir une grande capacité d'adaptation, du goût pour la négociation, un charisme naturel, c'est bien ici. Certes cela ne constitue pas un profil de poste, mais l'accompagnement du directeur de soin est là très important.

Auprès du médecin-chef de service, qui pourra, comme c'est fréquemment le cas semble-t-il, se sentir un peu isolé de la communauté hospitalière.

Au sein de l'équipe de direction de l'hôpital pour qu'elle soit sensible aux impératifs de négociation avec les collègues de la direction de la pénitencière. De ce type de relations peut complètement dépendre les réalités des conditions de soins sur le terrain, tant le SMPR est une unité de soin potentiellement isolée dans un univers, nous l'avons vu, dont la philosophie est profondément différente de celle de l'hôpital. Négocier avec la pénitencière supposera également de faire valoir le point de vue du soin. S'adapter au contexte n'est pas abandonner ses principes et ses valeurs.

2.1.4) Favoriser les liens

Les points d'appuis sont aussi des dispositifs. Ainsi, il serait nécessaire d'avoir une politique de coopération avec la pénitencière au tour des questions de la formation professionnelle continue.

Par exemple, que des soignants du SMPR viennent au cours de journées/ colloque expliquer, avec des agents de la pénitentiaire, les contraintes et les réalités de la vie quotidienne et du soin en prison, aux collègues des unités d'hospitalisation, serait susceptible de favoriser les liens entre tous, entre soignants et surveillants au sein de la prison, et entre ces deux catégories de professionnels et les soignants de l'hôpital.

Mais également des actions de formations plus longues pourraient être mises sur pied en partenariat entre les deux administrations et réunir là encore les soignants, médecins, cadres, gradés et surveillants de la pénitentiaire, ce sur des thèmes chers à l'unité de soin, mais également au personnel pénitentiaire.

Nous devons aider l'équipe du SMPR à participer, favoriser, initier si nécessaire, un travail institutionnel régulier avec la pénitentiaire. Le soin dans un univers si encadré, ne peut se travailler sans des temps de rencontre réguliers entre protagonistes à la fois, tenants, garants, et contraints par des règles de vie si ritualisées. Si parfois, à ces réunions de travail la présence de membres des deux directions est nécessaire, le directeur des soins devra y consacrer du temps.

La question des liens c'est aussi celle de la coordination entre unités de soin. Considérant le SMPR comme une unité de l'établissement hospitalier, la pratique des fiches de liaisons, des réunions de synthèse commune autour d'un patient, doivent pouvoir se mettre en place sur le modèle qui fonctionne entre les unités d'un même secteur de psychiatrie générale.

Ainsi, si le SMPR peut réellement faire un travail en profondeur au sein de l'établissement, un travail de prévention, grâce au travail institutionnel, grâce à la pratique des "VAD", les hospitalisations, soit en SMPR, soit ensuite ou directement, en unité classique de l'hôpital pourront être préparées. Cela donnera du temps pour des contacts entre professionnels, de la pénitentiaire, du SMPR et de l'hôpital. Ces liens autour du patient/ détenu seront susceptibles d'éviter, ou tout au moins de limiter, les phénomènes d'exclusion précurseurs et/ ou accompagnateurs des phénomènes de violence.

La politique d'affectation des personnels soignants au SMPR doit, elle aussi, être conforme à cet objectif. Comme pour les autres unités aux contraintes très particulières, il est nécessaire que les soignants qui y travaillent soient volontaires. Si la politique de l'établissement est d'approfondir son implication en terme d'effectif, favoriser le fait que des soignants fassent une partie de leur temps au SMPR et une autre partie en unité classique pourrait favoriser ce lien.

Ce qui nous amène aux propositions que nous pourrions faire à propos de la façon d'aborder la question pour ...

2.2) les unités d'hospitalisation

2.2.1) Travail institutionnel préalable

Nous venons de faire des propositions généralistes propres à effectuer un travail en amont de l'éventuelle arrivée d'un détenu en unité classique d'hospitalisation à l'hôpital psychiatrique. Ces propositions supposent une relation de collaboration étroite avec le SMPR, intermédiaire médiateur entre la prison et les autres unités hospitalières. Ce travail nous paraît d'autant plus indispensable que le ressort essentiel qui est à l'œuvre dans les phénomènes de violence ressentie par les équipes des unités est ce processus d'exclusion que nous avons déjà évoqué.

Si les équipes hospitalières sont à peu près au clair avec le dispositif, et sa logique, qui conduit des détenus à l'hôpital, nous limiterons l'émergence du sentiment que ces patients "n'ont rien à faire là"¹. Cet à-priori est le premier ferment du processus d'exclusion.

Cela suppose qu'au niveau institutionnel le débat de fond ait été mené. Les travaux de la direction de l'établissement, en coopération la plus étroite possible avec la CME, concomitamment à ceux de la commission de soins infirmiers et le CTE, toutes les instances doivent être parties prenantes dans ce débat qui, peu ou prou, concerne, ou va concerner, l'ensemble des hôpitaux, singulièrement ceux intervenant plus spécifiquement en psychiatrie.

Nous voyons là tout l'intérêt d'avoir en particulier au sein de la direction, des professionnels ayant une "vision", un point de vue argumenté, sur le sujet. C'est à partir de convictions, également idéologiques (*au sens positif du terme*), que peut se construire une politique d'établissement.

Sur la base de ce travail institutionnel, si les professionnels encadrant les équipes, les cadres de proximité, et les cadres supérieurs infirmiers, les surveillants-chefs, les médecins-chefs et leurs équipes médicales, accompagnent le mouvement, ces débats peuvent, et doivent, se tenir au sein des services, en particulier en conseil de service.

Ce travail institutionnel suppose un travail comparable à propos des patients ...

¹ *Le dispositif imaginé par l'hôpital de la grande ville est à entendre, à notre avis, comme un mécanisme de défense institutionnel révélant l'opposition implicite, de fait, de cette institution à l'accueil de ces patients.*

2.2.2) Au niveau de l'unité

A l'échelon de l'unité, outre ce travail institutionnel sur le dispositif et les principes sur lesquels il est fondé, doit s'établir l'autre face du travail de réflexion thérapeutique autour du patient, la partie correspondante aux efforts de liens évoqués pour le SMPR.

Comme nous le disions un travail de préparation antérieure à l'hospitalisation est de nature à faire baisser le phénomène d'angoisse collective potentiellement activé par tout arrivée inopinée d'un détenu.

Ainsi, par exemple, doit être imaginé un dispositif de liens réguliers entre SMPR et unités. Comme par définition le SMPR est un service "unique", il est difficilement imaginable de demander à ces soignants de participer à toutes les réunions régulières des unités.

En revanche pour l'ensemble des cas traités, dans l'hypothèse où l'amplification du travail de prévention au sein de la prison puisse être menée à bien, le SMPR doit pouvoir envisager sur quel service tel ou tel détenu, si c'était vraiment indispensable, serait hospitalisé. Un travail de bilan régulier pourrait être alors effectué sur les quelques patients potentiels dont chaque service hospitalier serait le "réfèrent".

Ce bilan pourrait s'effectuer par écrit, soutenu par des rencontres régulières.

Ce, étant entendu, que (*prenant comme hypothèse que l'établissement s'accorderait sur les principes que nous avons présentés en début de cette troisième partie*) s'il devait y avoir hospitalisation, le SMPR serait le lieu prioritairement envisagé¹.

Ces deux niveaux du travail d'anticipation institutionnelle, au niveau de l'établissement, et au niveau de l'unité, constituent un préalable susceptible de limiter le processus d'exclusion qui accompagne les phénomènes de violence. Toutefois, lorsque le patient est là, et sa violence potentielle avec lui, l'autre question qui nous semble légitime de soulever est celle ...

2.2.3) Du rapport à la règle

L'autre encrage du ressenti de la violence c'est le degré de connaissance, d'appropriation collective de la règle institutionnelle.

Sur le plan de la société, aujourd'hui, le policier, le pompier, l'instituteur, l'infirmière,... n'ont plus droit, à priori, au respect autrefois naturel attaché à ces fonctions au service de la

¹ Cette hypothèse, sans doute quelque peu idéale, suppose qu'un travail d'explication, et de concertation ait été conduit auprès du cabinet du préfet pour l'associer à l'élaboration du dispositif envisagé. L'idée étant qu'il puisse en tenir compte dans ses prises d'arrêté d'hospitalisation d'office.

population. Cette évolution semble toucher l'ensemble du corps social, également donc les familles¹ et les patients eux-mêmes, qu'ils soient psychotiques ou pas.

L'époque, où une blouse blanche de surcroît féminine, suffisait à apaiser les velléités potentielles de violence est révolue. Les pratiques soignantes se sont parallèlement modifiées. La "camisole chimique" systématique n'est plus utilisée (*en tous cas pas à notre connaissance*).

Par ailleurs, l'autre évolution concomitante, la vision consumériste portée sur les services rendus à la population, a des répercussions également sur notre spécialité. Le centre de gravité du souci institutionnel s'est déplacé de la préoccupation des conditions de travail, de l'aspect rationnel, pratique, économique, **pour** l'institution, vers un plus grand souci pour le confort, le respect, la liberté,... du patient. Cette évolution était indispensable, particulièrement en psychiatrie.

Toutefois, entre l'autorité qui n'est plus naturelle des opérateurs sociaux (*pour simplifier*), et l'évolution consumériste plaçant le confort, le respect, ... du patient (*client*) au centre du dispositif, les règles implicites qui protégeaient les soignants des éclats potentiels des patients ne peuvent plus fonctionner sans être explicitement affirmées, défendues. D'autant que, par exemple pour ce qui est de la charte des patients, en psychiatrie où la pratique des soins contraints est prévue par les textes, son introduction dans les unités par un simple affichage, sans débats, sans accompagnements explicatifs d'aucune sorte, peut provoquer des phénomènes tout à fait paradoxaux.

Ces réflexions ont pour but de souligner la nécessité de travailler les questions de la loi interne aux unités. Cette loi institutionnelle doit être portée en tout premier lieu par ses représentants hiérarchiques que sont les médecins-chefs, les surveillants-chefs, et également les cadres de proximité. Or, nous savons que les capacités individuelles à effectivement représenter la loi, ne sont pas forcément les premiers critères qui concourent à la décision de nomination de ces professionnels d'encadrement. C'est un point que le

¹ *Une infirmière interviewée racontait que dans son service le père et le frère d'une femme en phase maniaque étaient venus à l'hôpital pour "régler" physiquement leur compte à deux de ses collègues de nuit que la patiente accusait de l'avoir frappée deux soirs auparavant. Les choses se sont calmées lorsqu'ils ont compris qu'ils ne la frappaient pas, mais qu'ils tentaient de l'empêcher de se mettre nue devant les autres patients rassemblés autour d'elle. L'élément remarquable de cette histoire, c'est qu'ils comptaient après s'être faits justice eux-mêmes, aller se plaindre à la direction de l'établissement. Dans leur esprit, semble-t-il, leur réaction était suffisamment "normale" pour qu'ils puissent, ensuite, en discuter sans problème particulier avec les responsables de l'institution.*

directeur des soins infirmiers doit avoir en tête dans l'établissement des critères fondant son avis sur ceux qui prétendent, parmi les personnels sous son autorité, à ces fonctions.

Un règlement intérieur, intégrant la charte des patients en cohérence avec cette dernière, pourra sur le plan global de l'institution trouver ses déclinaisons plus précises dans chacune des unités. Autour de ces règles, un travail collectif au sein des unités, avec les soignants, l'encadrement médical et infirmier, **et les patients** pourra être de nature à repositionner ces règles dans le cadre de la vie collective de l'unité. Ce travail peut permettre de donner une autre perspective aux confrontations inter-personnelles potentielles avec les patients.

Cela renvoie à cette notion de réciprocité, condition nécessaire au soin, des rapports interpersonnels entre les patients et les soignants que nous avons mis en évidence au décours de notre recherche. Si les soignants ont le sentiment, à tort ou à raison, que les insultes, les menaces, les intimidations, au nom de leurs liens potentiels avec la pathologie ne sont pas reprises avec le patient, le phénomène de retrait, puis de rejet, réponse défensive institutionnelle à la violence du patient, ne peut que perdurer.

Ces questions sont très complexes. Bien des responsables peuvent également avoir un sentiment d'impuissance face à ce qu'ils peuvent vivre comme des positions collectives de principes des équipes sur ces questions. Tous les médecins psychiatres, par exemple, n'ont pas forcément le goût du travail institutionnel que cela suppose auprès des équipes. Surtout s'ils souhaitent conserver une certaine neutralité bienveillante à l'égard des patients qu'ils suivent en psychothérapie. C'est d'ailleurs une des questions théoriques qui est posée aux psychiatres. Peuvent-ils mener de front les responsabilités d'autorité hiérarchique et de thérapeute ?

Outre ces questions liées à la loi interne, qu'en est-il des outils de soin ? Un de ces outils qui vient tout de suite à l'esprit lorsque nous évoquons les questions de violence en psychiatrie, c'est. ...

2.2.4) la chambre d'isolement

L'évolution sociale que nous avons évoquée à propos des règles, le souci très bénéfique du respect du patient, ont jeté sur cet outil comme une sorte de voile qui favorise la mauvaise conscience, et du même coup, risque de nous renvoyer à des pratiques cachées.

La protocolisation de son utilisation s'est peu à peu développée dans nos hôpitaux. C'était indispensable. Ce document (*le protocole*) constitue un engagement écrit de la part du

prescripteur et des soignants qui légitime et contrôle l'utilisation de cette pratique. C'est de la responsabilité directe de la direction des soins infirmiers de bien s'assurer que ce document est utilisé. S'il ne l'est pas, de bien chercher à analyser les raisons de cette défection. Faut-il le retravailler ? S'avère-t-il non pratique ? Soulève-t-il dans sa forme des questions pratiques, éthiques,... ? Ces questions une fois réglées, ce document doit prendre complètement sa place dans les habitudes naturelles des services.

Ces aspects préalables bien cernés, il convient de participer avec le corps médical à ce que cette pratique soit vécue de façon réaliste, déculpabilisée. ***Il y a des cas où cette forme de contention est clairement nécessaire et bénéfique pour le patient.*** Une certaine ambiguïté quant à l'utilisation de cet outil de soin a parfois pu dans nos établissements (*comme manifestement dans le service de la grande ville où nous avons conduit une partie de nos entretiens*) provoquer des dysfonctionnements qui participent, au bout du compte, d'une certaine violence institutionnelle, celle-là. Ainsi, par exemple, installer une chambre d'isolement avec les meubles banalisés des autres chambres de l'unité, au nom d'une harmonie mobilière à respecter, d'une non-discrimination des objets du quotidien, d'une volonté de ne pas utiliser du mobilier qui rajouterait par son aspect à la sensation d'enfermement, peut aboutir à l'effet exactement inverse.

A la première situation où la table de nuit ou la table pour manger sert de projectile, les "coquets mobiliers" sont retirés par les équipes, et le patient se retrouve sans rien. C'est alors que les conditions matérielles réelles de la prise en charge sont vraiment inacceptables. C'est d'ailleurs ce genre de détail qui participe à la culpabilité des équipes, au ressentiment du patient, et donc à la violence ambiante. Ce raisonnement tient également pour les toilettes, et un accès minimum à un robinet d'eau. Une chambre d'isolement avec du mobilier sécurisé, une pièce d'eau avec des systèmes là aussi de sécurisation, et le tout solide et esthétique, cela existe. Cela coûte très cher mais est un investissement indispensable pour une utilisation, de cet irremplaçable outil, respectueuse du patient et des personnels soignants.

Sans doute ces éléments peuvent apparaître d'un seul coup très triviaux après des considérations plus conceptuelles. Mais les soins passent également par des choses très quotidiennes qui participent à la qualité globale de la prise en charge.

Au total la chambre d'isolement doit retrouver la place d'un soin d'exception, qui, s'il doit être utilisé, doit l'être de façon assumée, sans culpabilité, de façon transparente et contrôlable qui engage prescripteur et soignants, dans des conditions parfaites tant sur le plan de la sécurité pour le patient et le personnel, et dans un confort hôtelier digne.

2.2.5) Le rapport de force

Cela nous amène aux situations où la nécessité de montrer sa détermination à protéger le patient contre lui-même, oblige à un rapport de force suffisamment bien géré pour que, finalement, la force réelle ne soit que rarement utilisée. Cette réalité ne peut se traiter en deux paragraphes. Ce que nous pouvons en dire c'est que là aussi cela demande de regarder la réalité en face, sans fausse honte, ni fantasme. C'est une des réalités du soin en psychiatrie qui fait que parfois, lorsque le langage de la parole n'est pas suffisant il faille passer au langage du corps. Ces réalités peuvent se parler. Il existe des techniques comportementales respectueuses et efficaces qui peuvent faire de ces moments des situations où l'impossibilité de communiquer autrement que par le rapport de force, peut se transformer en une formidable occasion de montrer au patient que le contact, corps à corps, est possible, qu'il est approchable, que quoiqu'il cherche à (se) prouver, il est toujours digne de figurer parmi les hommes. Ces moments là, bien appréhendés peuvent, et doivent, être intégrés dans la prise en charge.

Et puis, le risque du passage à l'acte dramatique pour le patient ou un soignant est malheureusement toujours possible. La question n'est pas de trouver des recettes magiques qui aboutiront au risque "zéro" pour le personnel et les patients. L'idée est de mettre en place des dispositifs limitant au maximum ces risques tout en garantissant un espace thérapeutique.

Ces situations de violence "inévitables" (*mais pas forcément inévitables*) devront-elles aussi faire l'objet d'une reprise institutionnelle. Il faut absolument que ces situations soient systématiquement retravaillées en équipe. Là encore la place de l'encadrement infirmier et médical est fondamentale.

Cela suppose également que soit régulièrement évalué sous la responsabilité du directeur du service de soins, en lien avec les instances, particulièrement la commission de soins infirmiers, les modalités pratiques de l'organisation des demandes de soutien entre unités pour ces situations dites "de rapports de force". C'est directement une question de responsabilité globale institutionnelle. L'organisation en secteurs, en services, des établissements hospitaliers fait qu'une telle question trans-services ne peut, par définition, s'aborder en prenant appui sur un service plus directement concerné. Un tel dossier ne peut, la plupart du temps, avancer qu'avec une réelle volonté "politique" de la direction de l'établissement, et tout particulièrement de celle de son directeur du service de soins.

Enfin, pour aborder toutes ces situations dites de "violence", d'autres dispositifs, bien connus de nos établissements peuvent être mobilisés.

L'aide d'un soutien psychologique indépendant de l'institution peut éventuellement être utilisée. La formation continue est également là encore un outil qui peut permettre de mettre un tant soit peu de distance entre la réalité des contraintes de ce travail, et le vécu personnalisé de ces situations.

Ces situations doivent en tous cas faire l'objet d'une réelle vigilance institutionnelle, tant au niveau de l'établissement, qu'à celui des services.

Conclusion

En hôpital psychiatrique, il semble que de plus en plus fréquemment les unités classiques d'hospitalisation doivent prendre en charge des patients à l'histoire émaillée de délinquance et de violence. Certains viennent de prison ou sont en attente de s'y rendre. D'autres malgré leurs actes délictueux ont eu, à la grande incompréhension des équipes soignantes, peu ou pas de rapports avec la justice. Cette situation place ces équipes face à un phénomène qui les déroute, les déstabilise, les angoisse.

Or il semblerait qu'en prison, un phénomène "à front renversé" se produise également. Les professionnels des établissements pénitentiaires se plaignent d'être de plus en plus confrontés à des détenus qui, selon eux, auraient toute leur place en hôpital psychiatrique. Ces derniers temps, la presse se fait largement l'écho de cette réalité pénitentiaire, en en dénonçant, par ailleurs, les autres grandes difficultés qui placent la France dans le peloton de queue des grands pays industrialisés pour ce qui concerne, sur le plan humain, les réalités de la détention.

A l'hôpital, le phénomène de la violence de moins en moins bien supporté, associé dans le vécu collectif entre autre à ces patients/ détenus, fait de cette question particulière du lien avec la prison, un point d'achoppement potentiel dans bien des établissements.

Nous avons pensé dans un premier temps qu'il serait intéressant d'aller comparer les discours des opérateurs, que nous avons caractérisés de non-spécialistes, les surveillants travaillant en quartier de détention non spécifique et les infirmier(e)s d'unités classiques d'hospitalisation. L'idée était d'évaluer si le phénomène de rejet de certains patients faisant des allers retours entre les deux institutions, n'était pas, de part et d'autre, du même ordre. A savoir que ce rejet était, selon nous, consécutif au fait que ces patients/ détenus remettaient en cause dans leur comportement ce qui, fondamentalement, constituait pour chacun des deux groupes d'opérateurs le noyau de leurs missions respectives. Ils mettaient alors à mal ce qui, pour chacun des opérateurs, justifie son engagement professionnel.

Avant de nous lancer dans cette enquête sur le terrain par le biais de la rencontre des protagonistes de la pénitencière et du soin ayant participé à la "prise en charge" de deux patients/ détenus, un dans une grande ville, l'autre dans une ville moyenne, nous avons entamé un travail d'approfondissement théorique de questions qui sont au cœur de cette problématique.

Conclusion

Le premier des sujets abordés faisant contexte à notre recherche, fut la notion de violence. Creusant cette question nous nous sommes aperçu qu'elle renvoyait aux personnes autant qu'aux institutions. Nous avons alors abordé la notion de psychopathie qui semble être le profil des individus le plus souvent concernés par cette situation. Puis nous avons travaillé sur la question de l'enfermement qui est une notion qui historiquement concerne les deux institutions. Il a fallut ensuite faire une présentation des dispositifs tant réglementaires qu'organisationnels qui ont été mis en place par ces institutions et le législateur, ce pour chacune d'entre elle, de façon séparée et parfois contradictoire.

Si l'enquête fut l'occasion de confirmer notre hypothèse sur le processus de déstabilisation des équipes d'opérateurs, elle l'a par ailleurs précisé par une réalité que nous n'avions initialement pas perçue : C'est tout autant ces patients particuliers qui sont les vecteurs de cette déstabilisation, que la façon dont sont articulées entre elles ces deux institutions, hospitalière et pénitentiaire, pour leur prise en charge.

Nous nous sommes vu confirmer combien le phénomène de la violence était intimement lié à celui de l'exclusion, tandis que, constatation inverse *et correspondante*, la relation soignante ne pouvait s'entendre qu'avec un minimum de réciprocité inter-personnelle.

C'est ainsi qu'une situation institutionnelle difficile peut nous en apprendre beaucoup sur les grandes orientations qu'il conviendrait de suivre pour qu'elle le soit moins. La limite à ne pas dépasser des dispositifs à mettre en place pour espérer protéger les soignants de la violence de certains patients se trouve là. Si l'organisation trouvée ne permet plus cette réciprocité des relations inter-personnelles entre soignants et patients, elle n'est plus conforme aux missions fondamentales des unités.

Cette enquête fût par ailleurs l'occasion de complètes découvertes. Entre autre réaliser à quel point les préoccupations des deux groupes de professionnels étaient parallèles fût une vraie surprise.

Nous avons découvert un monde pénitentiaire qui manifestement est en ébullition, sur des préoccupations, certes entre autres sécuritaires et défensives, mais également humanistes. Cette découverte a modifié la façon dont nous voyions cet environnement.

Par delà la pénitentiaire, cela renvoie directement aux à-priori dont a été, et est encore, "victime" la psychiatrie, mais également à ceux qui sont à l'œuvre dans nos propres unités, lorsque les équipes soignantes savent qu'elles doivent recevoir un (*ex et/ou futur*) détenu.

Conclusion

La sérénité, en tout cas ressentie comme telle, que nous avons trouvée en UMD est un élément éclairant. Ce n'est pas tant son organisation très stricte qui nous a semblé source de relative quiétude. L'autre raison, bien plus fondamentale celle-ci, en est une des clés du problème qu'il nous faut prendre en compte pour aborder cette question et les améliorations éventuelles à apporter à la façon de la traiter.

C'est là que la question posée en sous titre de notre travail peut trouver un début de réponse. Chaque fois que le tissu institutionnel, *et à travers lui la société*, se sent contraint d'effectuer un choix entre ces deux nécessités, réprimer ou soigner, il se place, et avec lui le patient/ détenu, face à un échec potentiel. Les fondements de l'existence et du fonctionnement de l'UMD la place hors de la question de ce choix.

De ces deux missions, réprimer et soigner, notre société ne peut abandonner ni l'une ni l'autre. A elle, à nous, de trouver des organisations, des articulations souples et intelligentes entre institutions, permettant de les remplir ensemble lorsqu'elles s'avèrent concomitamment nécessaires.

Ainsi, fort de cette recherche qui nous a fait sortir de notre strict champ de compétence, nous avons pu nous forger des convictions sur ces questions et envisager quelques dispositifs concrets susceptibles de pouvoir contribuer à un certain apaisement lorsque, à notre avis inévitablement, l'établissement dans lequel nous allons prendre nos fonctions sera confronté à ce type de problème.

C'est d'ailleurs, pour nous, l'autre grand enseignement de cette étude venant conforter nos perceptions. Les missions de la psychiatrie sont tellement au cœur de nombre de problèmes de société, qu'elle sera très probablement dans les prochaines années face à de nombreux défis à relever.

Du travail en perspective...

Sigles

- B.G. :** Body Guard
- C.I.M. :** Classification Internationale des **M**aladies
- C.M.E. :** Commission **M**édicale d'Établissement
- C.M.P.R. :** Centre **M**édico-**P**sychologique **R**égional
- C.P.P. :** Code de **P**rocédure **P**énale
- C.S.P. :** Code de la **S**anté **P**ublique
- C.T.E. :** Comité **T**echnique d'Établissement
- D.S.M. :** Diagnostic and **S**tatistical **M**anual of mental disorders
- H.L. :** Hospitalisation **L**ibre
- H.O. :** Hospitalisation d'**O**ffice
- O.I.P. :** Observatoire International des **P**risons
- O.M.S. :** Organisation **M**ondiale de la **S**anté
- O.N.U. :** Organisation des **N**ations **U**nies
- S.M.P.R. :** Service **M**édico-**P**sychologique **R**égional
- U.C.S.A. :** Unité de **C**onsultation et de **S**oins **A**mbulatoires
- U.M.D. :** Unité pour **M**alades **D**ifficiles
- V.A.D. :** Visite **À** **D**omicile

Références bibliographiques

- Assemblée Nationale : *La France face à ses prisons*, Président et Rapporteur de la commission d'enquête, respectivement M. Mermaz Louis et M. Floch Jacques, juin 2000, Editeur : La documentation française, Paris
- Balier Claude, *Psychanalyse des comportements violents*, Ed Puf, Paris 1988
- Bergeret Jean, *La violence fondamentale*, Ed Dunod, Paris, 1984
- Blanchet Alain et Gotman Anne, *L'enquête et ses méthodes : l'entretien*, collection "Sociologie 128"
- Chauvin Isabelle, *La santé en prison*, ESF Editeur, Paris 2000
- Combessie Philippe, *Sociologie de la prison*, Editions la Découverte, Paris, 2001
- Crozier Michel et Friedberg Erhard, *L'acteur et le système*, Ed du seuil, collection Points, Paris 1981
- Debray Quentin, *Le psychopathe*, Puf, Paris, 1984 Nathan, Paris, 1992.
- Foucault Michel, *Histoire de la folie à l'âge classique*, Plon 1961, et Gallimard 1972, Paris
- Foucault Michel, *Surveiller et Punir*, Puf, Paris, 1975.
- Goffman Erving, *Asiles*, Les éditions de minuit, Traduction, Paris, 1968.
- Gonnet Françoise, *L'hôpital en question(s)*, Editions Lamarre, Paris, 1992.
- Gros Frédéric, *Michel Foucault*, PUF "Que sais-je", Paris, 1998
- Jaeger Marcel, *L'articulation du sanitaire et du social*, Dunod, Paris, 2000
- Lambert Christophe, *Derrière les barreaux*, Editions Michalon, Paris, 1999
- Martin Jean Pierre, *Psychiatrie dans la ville*, Érès Editeur, Ramonville Saint-Agne, 2000
- Piel Eric et Roelandt Jean-Luc, *De la Psychiatrie vers la Santé Mentale*, Rapport de Mission ministérielle, Paris, Juillet 2001
- Sénat : *Prisons, une humiliation pour la république*, Président et Rapporteur de la commission d'enquête, respectivement M Hyest et M. Cabanel, juillet 2000, Editeur : La documentation française, Paris
- Senon Jean-Louis, *Psychiatrie de liaison en milieu pénitentiaire*, Puf, Paris, 1998
- Tosquelles François dans *Pratique de l'institutionnel et politique*, Ed Matrice, Vigneux 1985
- Vasseur Véronique, *Médecin-chef à la prison de la santé*, Le cherche midi éditeur, Paris 2000

Annexe

Quelques textes :

Ancien article 64 du code pénal (ancien code "Napoléon")

"...Il n'y a ni crime ni délit quand le sujet était en état de démence au moment des faits..."

Article 122-1 et 122-2 (du nouveau code pénal de 1992, "remplaçant" le précédent)

- **122-1 :**

"...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 ..."

- **122-2 :**

"...La personne qui était atteinte au moment des faits d'un trouble psychique ou neuropsychique ayant altéré son discernement ou entravé le contrôle de ses actes, demeure punissable ; toutefois, la juridiction tient compte de cette circonstance lorsqu'elle détermine la peine et en fixe le régime..."

Article D. 398 du code de procédure pénale

"Les détenus atteints des troubles mentaux visés à l'article L. 3213-1 du code de la santé publique 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. 3222-1 du code de la santé publique."

"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."

Ce second alinéa de l'article D 394 du code de procédure pénale, non applicable à la psychiatrie, stipule :

"Le chef d'établissement pénitentiaire doit donner également tous les renseignements utiles à l'autorité préfectorale pour la mettre en mesure de prescrire l'escorte et la garde du détenu hospitalisé par les services de police ou de gendarmerie et, d'une façon générale, pour arrêter les mesures propres à éviter tout incident compte tenu de la personnalité du sujet."