

# Criminocorpus

Revue d'Histoire de la justice, des crimes et des peines

Le SMPR de Marseille a 30 ans : Histoire et engagement, regards croisés  
Communications

---

## Le Secteur de Psychiatrie en Milieu Pénitentiaire : Solutions de continuité ?

CATHERINE PAULET

---

### *Texte intégral*

- 1 Une petite mise en mots et en sigles pour commencer si vous le voulez bien. Par secteur de psychiatrie en milieu pénitentiaire (SPMP), j'entends non seulement les 26 services médico-psychologiques régionaux (SMPR) à vocation régionale, mais aussi tous les dispositifs de soins psychiatriques (DSP) qui sont implantés dans les prisons, services constitués parfois, ou plus souvent unités fonctionnelles de secteurs de psychiatrie. Après vingt ans ou presque de pratique de la psychiatrie en milieu pénitentiaire et d'implication dans la réflexion Santé – Justice sur l'organisation de la prise en charge sanitaire des personnes détenues, ses objectifs et ses limites, j'aurais pu espérer avoir les idées claires et les solutions toutes trouvées. Malheureusement, mon inclination naturelle me porte plutôt, selon le mot d'Edgar Morin, à obéir à la complexité qui consiste à toujours voir les deux aspects contradictoires et apparemment contraires d'un même fait, d'un même combat.
- 2 Ainsi, l'histoire du secteur de psychiatrie en milieu pénitentiaire (SPMP) peut être lue comme celle d'une psychiatrie militante, la psychiatrie de secteur, venue au plus près de la population captive pour lui permettre d'accéder à des soins diversifiés, comme tout un chacun. En ce sens, le développement du SPMP s'inscrit indubitablement dans la continuité de la logique du secteur psychiatrique, innovation politique majeure indirectement issue du laboratoire d'idées et d'actions du Conseil National de la Résistance (dont il est beaucoup question ces jours-ci) et qui a jeté les bases d'un modèle social intégratif instaurant pour tous, la sécurité sociale, les services publics, le droit au travail, à la santé, à la retraite etc.
- 3 Cependant, si le contrat social qui nous fonde se soutient désormais de ce que beaucoup n'y ont plus leur place, alors, le SPMP peut aussi se raconter comme une histoire de filière de plus en plus ségréguative qui voit les plus malades, les moins

compliance, les plus précarisés converger et revenir inlassablement vers l'ultime asile, la prison. En ce sens, le SPMP constitue une solution de continuité au sens chirurgical du terme, une fracture d'avec l'hypothèse intégrative du secteur et se révèle in fine une impasse thérapeutique et sociétale.

- 4 Ces deux déclinaisons d'une même question – quelle est la place du SPMP, continuité ou rupture – en appelle d'autres, plus générales.

Dans quel contexte sociétal nous inscrivons-nous ? Quelle place donnons-nous à la folie ? Quelle est notre conception de la maladie mentale et des soins ? Quelle est la place de la psychiatrie ? Le secteur psychiatrique a-t-il un avenir ? Plus encore, quel chemin voulons-nous tracer ? Il me semble de ce point de vue que nous sommes à une croisée de chemins.

- 5 Je vais illustrer mon propos par une actualité qui condense ce questionnement :
- Tout d'abord, les reportages télévisés réalisés dans deux services psychiatriques à Paris et à Aulnay-sous-Bois et ce qu'ils enseignent sur la crise actuelle de la psychiatrie ;
  - Puis, le dernier essai de Mireille Delmas-Marty sur la loi relative à la rétention de sûreté et ce qu'il révèle des processus en cours de remise en cause de la logique pénale et du rôle de l'expertise psychiatrique ;
  - Ensuite, le dernier rapport sénatorial sur la prise en charge des malades mentaux ayant commis des infractions et les propositions de loi « pragmatiques » qui se dessinent ;
  - Et enfin le prochain plan d'actions stratégiques pour la prise en charge sanitaire des personnes détenues et ses enjeux.

- 6 Le visionnage des reportages télévisés m'a particulièrement éprouvée, me faisant sans doute percevoir ce que je ne voulais pas voir : les conséquences in vivo d'une psychiatrie, singulièrement une psychiatrie de secteur, en crise majeure, de sens plus encore que de moyens. Il s'agit d'une part, d'un reportage tourné à Aulnay-sous-Bois majoritairement en caméra cachée pour l'émission « Les Infiltrés » et d'autre part, d'un reportage tourné sur un temps long, à Sainte-Anne à Paris dans le service du Dr Gérard Massé.

Dans les deux cas, le séjour en psychiatrie s'apparente à un traitement inhumain et dégradant. Patients traités de manière autoritaire ou arbitraire ou négligente. Soins se résumant aux médicaments. Injections, chambre d'isolement et contention en cas d'agitation ou de désobéissance. Absence totale de travail sur la sociabilité.

- 7 En tant que psychiatre et en tant qu'utilisateur potentiel ou proche d'utilisateur, on ne peut qu'être effaré et atterré par ce que l'on voit et ce que l'on perçoit de déshumanisant dans la relation soignant-soigné. Le parti pris des journalistes était peut-être de dénoncer, ce qui constitue un biais certain pour rendre compte d'un quotidien, mais les scènes filmées ont réellement eu lieu et ce qui nous a été montré là est inacceptable.

Il ne s'agit pas simplement de dénoncer des pratiques. Il s'agit surtout d'interroger le pourquoi de pratiques qui nous consternent certes mais qui sont aujourd'hui loin d'être exceptionnelles. Elles nous concernent tous, peuvent tout à fait se produire dans nos lieux d'exercice et nous en portons collectivement la responsabilité.

- 8 Comment en sommes-nous arrivés là ?

Je ferai mienne la thèse de Bernard Durand, président de la Fédération d'aide à la santé mentale Croix Marine, qui, dans un article publié sur le site Médiapart dont je vous recommande vivement la lecture, insiste avec force sur la conception de la folie à l'œuvre dans la psychiatrie d'aujourd'hui qui explique pour partie sa destruction.

« Une approche de la folie construite sur des références strictement médicales ne suffit pas, dit-il. Il est indispensable de prendre en compte une dimension anthropologique qui manque cruellement, lorsque le savoir psychiatrique devient de plus en plus celui des molécules susceptibles d'éradiquer ce que le DSM appelle "des troubles", définis selon de soi-disant normes. »

« On commence à voir la régression humaine qu'implique un modèle où l'homme, réduit à son comportement, devient objet d'observation qu'il s'agit d'objectiver et de classer afin de réduire son trouble, sans même prendre le temps d'écouter sa souffrance et de comprendre le contexte dans lequel celle-ci est devenue manifeste. »

« Les professionnels récemment formés sont démunis et vivent dans la crainte d'une violence qu'ils redoutent, leur propre inquiétude n'ayant pour effet que de faciliter la

montée de l'angoisse chez les patients qui prélude aux réactions agressives et violentes. Ce véritable cercle vicieux conduit au fait que l'on n'a jamais autant utilisé les prescriptions de contention et les chambres d'isolement qu'aujourd'hui. »

9 En regard, la réponse des pouvoirs publics est une réponse sécuritaire qui produit un amalgame entre maladie mentale et dangerosité et les nouveaux projets concernent essentiellement des structures fermées et sécurisées : UMD, UHSA, chambres ou secteurs fermés dans les unités de soins.

« La sécurité est indispensable en psychiatrie, souligne encore Bernard Durand, non pas simplement la seule sécurité opposée à une menace potentielle mais la sécurité interne que donne le fait de travailler dans de vraies équipes où l'on peut échanger à la fois sur les patients et le vécu des équipes face aux réactions suscitées par la pathologie mentale, une vraie sécurité qui permet de prendre le risque d'une relation à l'autre, si différent et pourtant si proche, si l'on prend le temps de l'écouter. »

Les reportages ne sont qu'un miroir tendu qui nous montre la réalité d'une psychiatrie en crise de sens, maltraitée, maltraitante. Ils mettent clairement en évidence l'absence de prise en compte de la dimension institutionnelle dans le travail de prise en charge des patients et l'abandon du travail de pensée et de confrontation à la réalité clinique, ce qui conduit à une forme d'abandon des patients devenant dès lors « trop difficiles à soigner ».

La situation est grave mais il n'est probablement pas trop tard car nous sommes nombreux à nous être dits avec le Collectif des 39 : « Ce n'est pas la psychiatrie que nous voulons, mais c'est la psychiatrie que nous aurons si nous n'y prenons garde, collectivement ».

10 Je fais partie de ceux qui ont dit Non à la perpétuité sur ordonnance, à propos de la loi du 25 février 2008 créant la rétention de sûreté et qui y voient un dévoiement de l'utilisation de la psychiatrie. On pourrait penser que ce dispositif tout à fait marginal est une exception mais Mireille Delmas-Marty, une de nos plus éminentes juristes, en démontre l'inquiétante exemplarité dans la consécration d'une culture de la peur.

Mireille Delmas-Marty est titulaire de la Chaire Études juridiques comparatives et internationalisation du droit au Collège de France. Sa parole est toujours extrêmement mesurée, argumentée et écoutée. Elle a écrit son dernier essai « Libertés et sûreté dans un monde dangereux » à partir de l'interrogation suscitée par la loi relative à la rétention de sûreté. « Comment en est-on arrivé là ? C'est la question qui me hante depuis lors » écrit-elle dans son avant-propos. À partir de l'exemple français, elle élargit sa réflexion au plan international et souligne que la vision humaniste du droit pénal moderne est remise en cause et que la banalisation du courant sécuritaire a été en quelque sorte légitimée par les attentats du 11 septembre 2001.

Le mythe d'une sécurité totale a été libéré par la guerre contre le terrorisme ; il se fonde sur l'illusion qu'il serait possible de prévoir le futur avec certitude et de le contrôler par anticipation. Nous sommes entrés dans des sociétés du risque de plus en plus marquées par la peur des dangers qui conduit de plus en plus à des processus d'exclusion.

11 En France, les nombreuses lois sur la prévention de la délinquance et de la récidive de ces dernières années nous mettent en présence d'une nouvelle logique pénale : d'un côté les fondamentaux du droit pénal, la culpabilité et la sanction, de l'autre, le retour du positivisme de la Défense Sociale, la dangerosité et les mesures de sûreté.

La Défense Sociale substitue la dangerosité à la culpabilité et la mesure de sûreté à la peine. Elle est déterministe (le criminel-né) et probabiliste (le criminel potentiel et les populations à risques). Ce n'est pas un progrès !

Ce changement a trouvé sa pleine consécration dans la loi de 2008 qui permet de maintenir un condamné en rétention après exécution de sa peine, pour un an renouvelable indéfiniment, sur le seul critère de sa dangerosité, c'est-à-dire une probabilité très élevée de récidive associée à un trouble grave de la personnalité.

12 Le législateur abandonne la politique pénale traditionnelle (culpabilité/punition) au profit d'une politique ouvertement sécuritaire (dangerosité/neutralisation).

Mireille Delmas-Marty voit dans cette loi, « une forme de déshumanisation, car on ne punit pas un individu pour sa faute, mais on le neutralise, comme on le ferait pour un animal dangereux. Alors que la présomption d'innocence oblige l'accusation à prouver la culpabilité et que le doute profite à l'accusé, la preuve de la non-dangerosité semble

impossible. Le doute profite alors à l'accusation, au nom du principe de précaution qui, transposé aux personnes, devient présomption de dangerosité ».

Elle ajoute : « On voit mal comment le prononcé de la rétention de sûreté pourra être remis en question car on ne pourra jamais démontrer a posteriori que le condamné n'était pas dangereux au moment de la décision et que la mesure n'était pas l'unique moyen de prévention. On exclut toute possibilité d'erreur judiciaire ».

13 La place des psychiatres dans ce dispositif est déterminante puisque l'approche du risque se veut scientifique, utilisant le profilage et le repérage de facteurs de risque, au croisement d'observations cliniques et d'études dites actuarielles, inspirées du vocabulaire et des méthodes des assurances, qui recherchent des corrélations statistiques entre la récidive et un ensemble de variables indépendantes.

14 D'ailleurs, stimulées par l'outil informatique, les études actuarielles sont désormais perçues comme une avancée vers la nouvelle pénologie dont l'efficacité serait garantie par la « gestion des profils à risques » et la « gouvernance de la sécurité » (note de veille 106 du centre d'analyse stratégique auprès du premier ministre...).

Pour évaluer la dangerosité criminologique, on fait appel à l'expertise psychiatrique et ce faisant, on la dénature.

La dangerosité psychiatrique relève du diagnostic qui peut être fait par l'expert médical, alors que la dangerosité criminologique se confond avec un pronostic de réitération ou de récidive dont on ignore quel type d'expert pourrait l'établir, d'autant qu'il est sans doute, dans son principe même, impossible.

15 Sur des bases aussi douteuses, comment peut-on recommander une mesure aussi contraignante que la rétention de sûreté ?

« On reste pantois, dit Mireille Delmas-Marty à ce propos, devant un raisonnement qui, en ajoutant une méthode clinique inefficace à des statistiques trop générales pour être performantes, prétend réussir le tour de force qui consiste à passer du diagnostic déjà malaisé de dangerosité psychiatrique à l'impossible pronostic de la récidive ».

16 La confusion avec la dangerosité psychiatrique liée à la maladie mentale entretient l'illusion qu'il existerait un savoir permettant d'évaluer, sous le nom de dangerosité criminologique, une notion que la commission nationale consultative des droits de l'homme qualifie de « notion émotionnelle dénuée de fondement scientifique », soulignant aussi le caractère « extrêmement aléatoire de la prédiction du comportement futur ».

La solution serait simple – savoir dire non - si la confusion n'était entretenue par les psychiatres eux-mêmes. Car en effet, un nombre non négligeable de psychiatres, s'appuyant sur les travaux américains, n'hésitent pas à prôner une « psychiatrie criminelle » et à nous souhaiter la bienvenue dans le meilleur des mondes Orwelien ! Ainsi, Michel Benezech et Thierry Pham proposent-ils « une loi unique de défense sociale, de soins et de réinsertion de la personne dangereuse qui pourrait avantageusement remplacer nombre de dispositions pénales et administratives. Cette loi concernerait aussi bien les personnes souffrant de troubles mentaux que les autres, les condamnés et les non-condamnés, quelle que soit la situation de ces personnes : dans la communauté, en service psychiatrique ouvert ou fermé, en établissement pénitentiaire. L'individu à risque criminel élevé serait ainsi placé sous une surveillance spécifique ... à tout moment ».

17 Un ouvrage américain récent de Harcourt démontre clairement la faiblesse des bases théoriques, fondées sur des critères peu variés, redondants et non pertinents, de l'approche prédictive actuarielle, et souligne l'échec de pratiques qui ont entraîné non pas une diminution de la criminalité, mais l'accroissement de la population pénale ({Against Prediction : Profiling, Policing and Punishing in an Actuarial Age}, Chicago University Press, 2007).

18 À cette démesure mégalomane de certains, vous aurez compris que je préfère la mesure et la sagesse qui font dire au psychiatre Georges Lantéri-Laura : « La psychiatrie dès qu'elle se trouve sollicitée non plus de donner un avis sur l'éventualité de l'état de démence au temps de l'action ou sur la présence d'une pathologie mentale précise et avérée, mais de rendre compte d'une grande partie des conduites d'infraction, se retrouve devant un dilemme : mesurer lucidement les limites de son savoir et de son savoir faire, faute d'explications rationnelles fondées sur des connaissances effectives

ou bien dépasser ce qu'elle sait, allant vers un usage sans critique de l'analogie et de l'à peu près, c'est à dire, au bout du compte, vers un croire savoir et faire croire que l'on sait, infiniment préjudiciable à la vérité et à la déontologie ». Autrement dit, lorsque le psychiatre prédit la récidive délinquante, il fait référence non à sa science mais à son intime conviction. Il faut le dire haut et fort.

19 À propos de la rétention de sûreté, de ce qu'elle suppose à la fois de dénaturation de la logique pénale et de l'objet de la psychiatrie, je voudrais rappeler ce que disait Michel Foucault le 18 septembre 1981 dans un éditorial du journal Libération, au moment où se discutait l'abolition de la peine de mort au Parlement ; il se déclarait « contre les peines de substitution ». « La véritable ligne de partage, disait-il, parmi les systèmes pénaux ne passe pas entre ceux qui comportent la peine de mort et les autres, elle passe entre ceux qui admettent les peines définitives et ceux qui les excluent.... L'abolition de la peine de mort sera sans doute facilement votée. Mais va-t-on sortir radicalement d'une pratique pénale qui affirme qu'elle est destinée à corriger mais qui maintient que certains ne peuvent et ne pourront jamais l'être, par nature, par caractère et par une fatalité biopsychologique ou parce qu'ils sont, en somme, intrinsèquement dangereux ?... En maintenant sous une forme ou sous une autre, la catégorie des individus à éliminer définitivement (par la mort ou la prison) on se donne facilement l'illusion de résoudre les problèmes les plus difficiles : corriger si on peut, sinon, inutile de se préoccuper, inutile de se demander s'il ne faut pas reconsidérer toutes les manières de punir : la trappe est prête où l'incorrigible disparaîtra.... ».

Nous en sommes là, dans des stratégies d'élimination qui commencent à dire leur nom.

20 Le dernier (d'une longue liste) rapport d'information des commissions des lois et des affaires sociales du sénat sur la prise en charge des malades mentaux ayant commis des infractions prend le parti du pragmatisme, ce qui a le mérite de ne pas occulter la réalité des problèmes mais conduit à des propositions dans la droite ligne d'un souci sécuritaire

Le constat est aujourd'hui connu. La morbidité psychiatrique de la population pénale a augmenté très sensiblement ces quinze dernières années et la proportion des personnes incarcérées atteintes des troubles mentaux parmi les plus graves (schizophrénie) est estimée à 8 % de la population pénale.

Les sénateurs constatent qu'il « existe au sein des prisons françaises une proportion importante de personnes atteintes de troubles mentaux tels que la peine ne peut revêtir pour elles aucun sens ». Je le confirme.

Ils soulignent que depuis vingt ans, le nombre de non-lieux décidés par le juge d'instruction pour cause d'irresponsabilité pénale ne cesse de baisser (de 611 en 1989 à 196 en 2006) et que le développement des procédures rapides de jugement conduit à la condamnation sans expertise médicale de personnes souffrant de troubles mentaux. Mais surtout ils observent que l'altération du discernement se traduit quasi-systématiquement par le prononcé de peines plus lourdes. Je le confirme également.

21 Comme vous le savez, en cas de crime ou délit commis par une personne souffrant de troubles psychiques, le code pénal prévoit deux cas de figure : l'article 122-1 dispose dans son alinéa 1 que 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 l'article précise dans son alinéa 2 que cette personne est punissable si le trouble a altéré son discernement ou le contrôle de ses actes.

Depuis que cette distinction a été créée, en 1993, les experts psychiatres privilégient l'altération du discernement plutôt que l'abolition. Lorsque les expertises sont contradictoires, cela joue quasi-systématiquement en faveur de la responsabilisation pénale. Dans ce cas, l'état mental du sujet est perçu comme une circonstance aggravante.

22 Après réflexion (et audition de psychiatres) et s'il n'est pas question de remettre en cause la pertinence de l'article 122-1 alinéa 1 du code pénal, les sénateurs considèrent qu'il serait illusoire de vouloir établir une séparation étanche parmi les auteurs d'infraction entre ceux qui relèveraient exclusivement des soins et ceux qui ne relèveraient que de l'exécution d'une peine. La notion même d'altération du

discernement montre, selon eux, qu'il existe un grand nombre de situations dans lesquelles peine et soin sont conjugués.

23 Il leur apparaît de plus, que la prison offre un cadre plus sûr que l'hôpital psychiatrique pour neutraliser le malade mental ayant commis une infraction. Certains sénateurs font même remarquer que le coût du séjour à la maison centrale de Château Thierry représente un dixième du prix de journée de l'UMD et des futures UHSA.

Les sénateurs proposent dès lors pour « remédier au dérives du système », une atténuation effective de peine en cas de trouble mental altérant le discernement.

En contrepartie, ils préconisent d'assortir la peine de mesures de sûreté comportant une obligation de soin, et insistent sur la nécessité d'une prise en charge médicale renforcée durant l'incarcération.

Les sénateurs recommandent en conséquence d'augmenter le dispositif de soins psychiatriques « intra-muros » : créer des SMPR en maisons centrales, déployer les UHSA, multiplier les établissements pénitentiaires spécialisés dans la prise en charge des détenus à profil psychiatrique (type Château Thierry), accroître le nombre de places en UMD.

24 Concernant les personnes irresponsabilisées pénalement pour troubles mentaux, ils repèrent tout à fait le risque majeur de la création des UHSA : celui d'aboutir à une dénaturation des principes de la responsabilité si elle incite experts et psychiatres (qui pour certains y pensent déjà) à renoncer à constater l'irresponsabilité pénale de certains auteurs d'infractions au seul motif que la condamnation pénale est le meilleur moyen d'assurer une prise en charge médicale sécurisée de ces personnes.

25 Les sénateurs ont été fort édifiés par leur visite en Suisse et en Belgique. Certains d'entre eux ont retenu avec intérêt le « grand pragmatisme » qui prévaut dans ces pays et peut conduire à incarcérer des personnes reconnues irresponsables et faisant l'objet d'un internement.

Au nom du pragmatisme et en évidente contradiction avec leur propos introductif, ces sénateurs suggèrent que les personnes irresponsabilisées pénalement soient hospitalisées d'office dans les UHSA. Heureusement, d'autres sénateurs et non des moindres, ont rappelé les principes du droit et du bon sens : une personne déclarée irresponsable pénalement n'est pas condamnée et sa place n'est pas en milieu pénitentiaire. Au demeurant, leur proposition alternative n'est pas le secteur de psychiatrie générale mais des quartiers sécurisés (sic) des UMD.

26 Autrement dit, le souci sécuritaire est au premier plan dans la réflexion des législateurs, et malgré les dénégations du propos introductif, le malade mental auteur d'infraction est perçu comme un danger à neutraliser en milieu fermé et sécurisé. La proposition de renforcer le dispositif de soins en milieu pénitentiaire est dans la droite ligne de ce souci de neutralisation bien plus que de réinsertion.

27 Toutefois, les sénateurs font une proposition très intéressante, celle d'organiser des États Généraux de la Santé Mentale. Certes, c'est parce qu'ils observent (du reste à raison) que la bonne (ou mauvaise) organisation territoriale de la psychiatrie générale influe sur la psychiatrie en milieu pénitentiaire (dans des proportions plus graves du fait de la faible attractivité des postes) et sur la continuité des prises en charge (pour éviter de retrouver en prison certains malades), mais nous pourrions tout à fait saisir cette balle au bond pour aborder collectivement, de manière approfondie et probablement conflictuelle, les non-dits qui fondent notre pratique d'aujourd'hui et dont nombre de patients pâtissent.

En conséquence, le nouveau plan d'actions stratégiques pour la prise en charge sanitaire des personnes détenues doit être analysé à l'aune du débat sur la crise de la psychiatrie et sur la toile de fond sécuritaire.

28 Je ne reprendrai pas l'histoire des soins en milieu pénitentiaire mais je souhaite réaffirmer la pertinence des principes qui guident le modèle français d'organisation de la prise en charge sanitaire des personnes détenues depuis 1994 : pilotage par le Ministère de la Santé, accès aux soins d'une qualité équivalente à la population générale, adossement des stratégies aux politiques de santé publique en vigueur en population générale, garantie de conditions déontologiques et techniques d'exercice des professionnels de santé (consentement aux soins, secret professionnel médical, indépendance professionnelle...), souci de l'intelligence des partenariats.

Le nouveau plan s'inscrit dans la lignée de la loi du 18 janvier 1994 et son économie générale vise indéniablement à faciliter l'accès aux soins, à développer la promotion de la santé et à favoriser la continuité des soins, y inclus les axes fondamentaux des droits sociaux et de l'hébergement à la sortie de prison.... Soit dit en passant, sans annonce de mesures d'accompagnement financier.

Cependant, la toile de fond du plan vient tempérer mon optimisme. Sur le plan des principes, et la loi pénitentiaire du 24 novembre 2009 (notamment dans son article 48) le réaffirme fortement, la médecine en prison est une médecine de soin et non d'expertise, le consentement du patient et le secret professionnel médical doivent être respectés. La médecine en prison n'est pas au cœur de la pluridisciplinarité, elle a une place articulée mais décentrée (et inversement).

Il n'en demeure pas moins qu'au nom de la prévention du suicide, de la prévention et de la gestion des comportements hétéroagressifs, de la prévention de la récidive délinquante, en un mot de la dangerosité qui est aujourd'hui au cœur des préoccupations de la gestion de la peine, ces principes sont inlassablement interrogés et remis en question.

29 Inlassablement, dans les groupes de travail Santé-Justice, les auditions parlementaires et sur le terrain, nous devons reformuler la demande qui nous est adressée, ne pas occuper la place de grand sachant que l'on nous octroierait bien volontiers et rester modestes mais présents (et inversement) avec trois guidelines :

- Pas de médecine sans confidences, pas de confidences sans confiance, pas de confiance sans confidentialité.
- Les informations passent par la personne concernée qui est la plus à même de parler d'elle.
- Seul le péril que court ou fait courir un patient du fait de sa pathologie, justifie l'information d'un tiers aidant.

30 Il faut bien dire que la dimension sécuritaire infiltre nos pratiques ainsi que celles de nos partenaires, personnel pénitentiaire, personnel d'insertion et de probation, magistrats, de manière prégnante. Cette situation est très inconfortable et délétère parce qu'acteurs de terrain, nous savons tous très bien l'imposture qu'il y a à laisser croire qu'une prédiction est fiable, qu'un risque zéro est possible et qu'un traitement puisse prévenir la récidive délinquante.

Mais plus encore m'inquiète le pragmatisme du plan auquel j'ai contribué du reste ; il ne pose aucune question préalable susceptible de fâcher. Il prend acte de l'augmentation de la morbidité psychiatrique de la population pénale, de la présence d'handicapés physiques nécessitant l'aide d'une tierce personne, de malades en fin de vie... Il s'en accommode et propose une organisation rationnelle des moyens pour répondre à des besoins.

31 De ce point de vue, le schéma d'hospitalisation psychiatrique avec la création des UHSA vient compléter et parfaire le secteur de psychiatrie en milieu pénitentiaire. À côté des SMPR et des DSP, les UHSA, unités d'hospitalisation spécialement aménagées et sécurisées par l'administration pénitentiaire au sein des hôpitaux, accueilleront en hospitalisation psychiatrique à temps complet, librement consentie ou sous contrainte, hommes, femmes, adolescents détenus. Réponse sera ainsi apportée au scandale des mauvaises conditions d'hospitalisation d'office des détenus dans les hôpitaux de rattachement des prisons.

Quant à savoir pourquoi nous sommes passés de 200 hospitalisations d'office de détenus au début des années 90 à 2300 aujourd'hui....

32 Au-delà de sa mission première, l'accès aux soins, il me semble que le SPMP est devenu progressivement « sans s'en apercevoir » la nouvelle solution pour assurer une continuité des soins et de la contenance psychique des patients psychotiques. Un transfert s'est opéré de l'hôpital vers la rue et la prison des patients psychotiques difficiles à soigner et si perméables à l'ambiance des temps qu'ils occupent généralement la place qu'on leur assigne.

La question que je nous pose est de savoir si le secteur psychiatrique tel qu'il a été originellement pensé existe toujours et a un avenir.

En effet, la sectorisation psychiatrique, avant que d'être un habillage géographique, est une lutte contre l'exclusion et une hypothèse clinique forte dans le champ conceptuel

du traitement de la psychose : une même équipe pluridisciplinaire de proximité, assurant la continuité des soins en réponse à la perte du sentiment de continuité qui caractérise le sujet psychotique.

Cette hypothèse fonde-t-elle toujours le travail sectoriel ou le secteur a-t-il changé de cap ? La croissance exponentielle de son intervention dans le champ de la santé mentale semble l'indiquer. Par nécessité ? Par choix ? Par lassitude ?

33 La communauté psychiatrique est contaminée par la culture de la peur. L'expression violente, débordante ou dérangement de la souffrance, qui est malgré tout son fond de commerce, est niée ou redoutée et en tout état de cause rejetée. Et je vois dans les débats actuels sur la réforme de la loi sur l'hospitalisation psychiatrique, une forme de déni de la maladie mentale.

Il est probablement grand temps d'affronter ces questions, de repenser, remodeler, remodeler le secteur psychiatrique à l'aune des reconfigurations du paysage sanitaire et social, non pas pour simplement s'y adapter mais pour l'infléchir.

34 Pour conclure, il est toujours plus facile de faire un constat que d'être force de proposition.

Si je résume, je suis une citoyenne qui exerce le métier compliqué et passionnant de psychiatre dans une société en crise, où une anthropologie guerrière pour reprendre le terme de Mireille Delmas-Marty, où l'autre est un ennemi à neutraliser, s'oppose à une anthropologie humaniste qui fait de tout homme un membre de la famille humaine et affirme avec Jean Paul Sartre que « tout homme est tout l'homme ».

35 Ma pensée et ma pratique sont, comme pour tout un chacun, traversées par ces oppositions et ces tensions critiques. Mais probablement, ce qui me fait le plus souffrir, ce sont les doubles discours, quand l'un se fait passer pour l'autre, perpétuité mais réinsertion, baisse budgétaire mais démarche qualité ; le paradoxe rend fou. La crise de la psychiatrie n'est au fond que la déclinaison de cette crise de civilisation.

Je ne crois pas que nous ayons définitivement perdu les qualités essentielles pour un soignant que sont la bienveillance, l'attention à autrui, l'humanité, mais je suis persuadée qu'il nous faut urgemment régénérer notre pensée, collectivement, et affronter nos démons (tentation de l'exclusion) et nos aspirations (volonté d'inclusion). Sans quoi, nous guettent l'indifférence morale et la rationalité pseudo-scientifique qui peuvent faire le lit du pire.

36 Nous avons, en tant que professionnels, à nous positionner. Les demandes de sécurité qui nous sont adressées, sont à interpréter au sens psychopathologique du terme. Mais nous ne pourrions répondre par un oui ou un non, structurant et rassurant, que lorsque nous aurons nous-mêmes éclairci et redéfini notre champ.

À cet aune, la question du devenir du SPMP n'a de sens que pétrie par la communauté psychiatrique toute entière.

Je plaide donc pour des États Généraux de la Psychiatrie dans son ensemble qui nous permettent vraiment une réflexion approfondie sur nos conceptions et nos pratiques, sans éluder comme nous le faisons trop souvent, les questions qui fâchent.

37 La situation est critique mais le chemin n'est pas tracé, il « se fait en marchant » (Antonio Machado) et le champ des possibles est grand ouvert. Je laisserai le mot de la fin à Antoine de Saint-Exupéry dans *Vol de nuit* : « Voyez-vous... dans la vie, il n'y a pas de solutions. Il y a des forces en marche : il faut les créer et les solutions suivent. »

---