

Soin et enfermement

Magali RAVIT

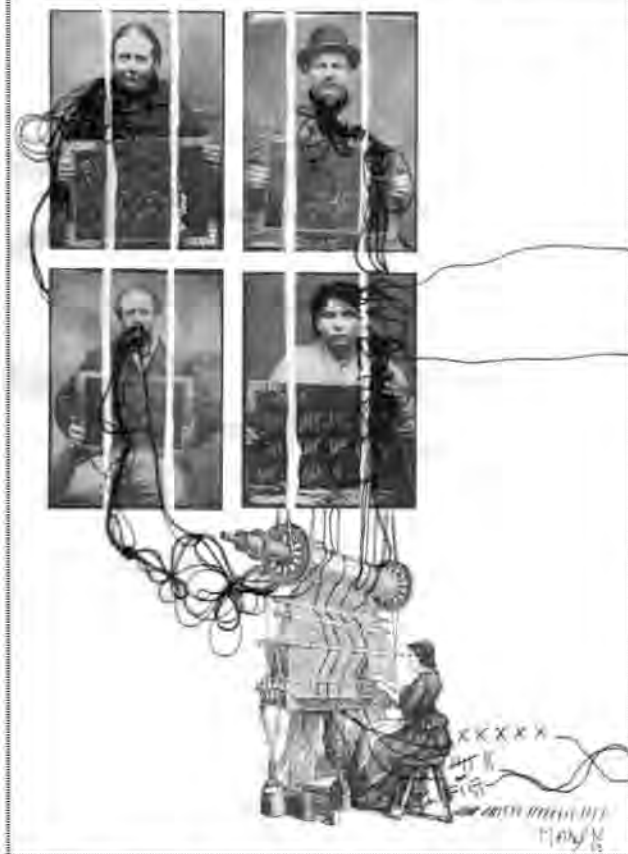
Si le fou est déjà depuis longtemps sorti des murs de l'hôpital, le délinquant et *a fortiori* le criminel sont ces nouveaux monstres à figure inhumaine à exclure du tissu social voire à bannir de ce qui fonde les termes du contrat humain. Un rapport particulier se noue au XIX^{ème} siècle entre la criminalité, la maladie et la violence, mais le chemin est encore long pour que l'idée d'une conception psychique du sujet violent et des soins dispensés en détention se fasse jour. La Loi de 1994 a été un véritable bouleversement dans la pratique de la psychiatrie en milieu carcéral puisqu'elle prévoit que chaque établissement pénitentiaire bénéficie de soins psychiatriques. Initialement, c'est dans les années 70 que les CMPR (Centres Médico-Psychologiques Régionaux) sont créés, mais les professionnels du soin qui exercent alors en détention sont placés sous l'autorité du chef d'établissement pénitentiaire. Ce n'est qu'en 1986 que ces structures sont remplacées par les SMPR (Services Médico-Psychologiques Régionaux). La psychiatrie pénitentiaire devient alors officiellement le troisième type de secteur de psychiatrie, à côté de la psychiatrie générale et de la psychiatrie infanto-juvénile (J.-L. SENON, 1998).

Humainement et cliniquement, cette évolution marque un réel essor dans la prise en compte de la souffrance psychique et de ses expressions les plus insolites, mais c'est aussi un véritable changement qui invite à penser et à créer des dispositifs de soins spécifiques adaptés à des patients finalement peu connus, en dehors d'un présupposé erroné qui viserait à considérer ces organisations psychopathologiques sans tenir compte des enjeux singuliers du cadre de prise en charge.

Dans cette optique, les travaux de C. BALIER ont considérablement contribué à prendre en compte à la fois la dynamique psychique sous-tendue dans les actes les plus divers (en particulier dans les crimes et délits de nature sexuelle), mais aussi à envisager le contexte des soins dispensés en détention (C. BALIER, 1988).

Ces dernières années, les nombreux débats concernant les risques de récidives ont donné lieu en France à un certain nombre de réformes avec notamment l'introduction de « mesures de rétention de sûreté¹ ». C'est dans cette logique sécuritaire que la notion de dangerosité a pris une place considérable à partir notamment de l'évaluation des facteurs de risques. La prise en compte globale et singulière du sujet criminel s'est vu s'amoindrir au profit de l'évaluation de critères comportementaux avec l'idée désopilante d'une prédiction du passage à l'acte suivant de près le principe de précaution dont le danger est réellement celui du risque zéro, comme le souligne D. ZAGURY (2006). Dans le contexte actuel de normalisation et de contrôle social, les institutions et structures de soins psychiatriques ont considérablement évolué vers une standardisation des protocoles et des procédures de soin. La « traçabilité »,

¹ La rétention de sûreté vise le placement de détenus ayant exécuté leur peine, mais présentant un risque de récidive élevée. Cette procédure a été particulièrement critiquée puisqu'elle implique l'enfermement de personnes pour une infraction « non encore » commise.



véritable casier psychiatrique, s'inscrit dans une logique de quantification, d'évaluation et de découpe du comportement humain qui ne permet pas d'intégrer l'ensemble de la personnalité du sujet, ni de considérer l'histoire de l'individu.

La connaissance du fait criminel nécessite justement des approches et méthodologies diversifiées pour donner relief et perspective aux effets précisément écrasants d'une clinique qui sidère, déroute, fascine, mais demeure profondément humaine tout autant qu'inaccessible. Les actes les plus violents et les plus difficiles à saisir représentent une entrave à la pensée. C'est sur ces traces subjectives informes, impropres pour le psychisme, que le clinicien est convié.

L'acte a une logique qui n'appartient pas à l'univers névrotique ; il n'utilise pas le langage des mots, mais celui du corps ; il n'est pas seulement décharge. L'acte criminel ou l'acte antisocial se rapporte à des expériences précoces non-intégrées et réactualisées. Autrement dit, en suivant les propositions de R. ROUSSILLON (2008), l'acte a une valeur messagère qui s'est perdue dans les méandres d'une expérience subjective précoce désarticulée, expérience toujours présente, mais dépourvue de sens qui ne cesse de vouloir se faire entendre et de tenter de se faire reconnaître. C'est sur les traces de cette histoire énigmatique et perdue aux confins de la subjectivité que le clinicien est appelé, interpellé. Ces cliniques traduisent des formes extrêmes de la subjectivité parce qu'elles correspondent, sur le plan métapsychologie, à des aménagements paradoxaux de la subjectivité qui est désaxée, en commémoration des traumatismes précoces.

Les actes les plus fous conduisent à des mouvements contre-transférentiels de déni, d'évitement, de délitement de la pensée, de glaciation sensorielle ou de fascination. Le clinicien se transforme parfois en « enquêteur » allant chercher quelques indices (de la subjectivité perdue dans l'acte) en dehors de la parole qu'il entend, pensant parfois qu'elle ne lui est pas véritablement adressée... Ces cliniques convoquent ainsi et toujours des modalités de présence et d'écoute spécifiques.

Les professionnels qui s'engagent dans ces cliniques, comme en témoignent les auteurs de ce numéro, savent combien il est question d'accueillir une demande difficilement formulable, toute demande supposant en amont une adresse potentielle et la reconnaissance d'une souffrance psychique repérable. La rencontre clinique, et les règles qui l'aménagent, comporte une situation extraordinairement complexe qui revient de toute évidence à questionner en permanence la coalescence entre les caractéristiques du dispositif dans l'invitation qu'il suscite et les processus psychiques en rapport qui s'y déploient.

Un élément typique de ces cliniques est leur fort degré de non-transformabilité. La difficulté du travail clinique auprès de ce type de patients se situe dans une exportation très délicate, « en dehors des murs », de situations qui se présentent soit comme abjectes et effrayantes, soit comme trop identifiantes, soit comme « quasi inexistantes » tant il y aurait peu à en dire... La difficulté transformationnelle que pose cette clinique, de par l'incapacité des patients à jouer avec de la matière psychique malléable rattachée aux propriétés de la représentation, implique des configurations transférentielles où le jeu se déplace sur l'objet externe : on peut évoquer en ce point la manipulation du professionnel (que les soignants redoutent et dénoncent régulièrement tant les identifications à la victime sont prégnantes), comme vestige de l'utilisation d'un objet peu malléable, car peu utilisable ; on comprendra aisément que c'est à ce titre aussi que ces patients « viennent chercher » le professionnel dans un jeu paradoxal qui peut prendre la forme d'un

« cours moi derrière que je t'attrape ». C'est sur le terrain de l'intime, comme cela est toujours le cas, que la rencontre clinique s'effectue ; mais dans ces configurations psychopathologiques, le travail de l'intime qui se tisse avec le patient peut très vite prendre une coloration peu licite et illégitime... parce que ces cliniques convoquent l'identité même de l'objet, c'est à dire du professionnel, en deçà des mots, là où il est vital pour le patient de se rencontrer dans un Autre d'abord semblable avant d'être différent. L'ouvrage récemment paru d'Élisabeth CLAVAIROLY, psychologue ayant exercé durant 34 ans en milieu psychiatrique carcéral, retrace ces moments de rencontre singuliers.

Magali RAVIT
Psychologue clinicienne
Maître de conférences

Références bibliographiques

- BALIER C. (1988) *Psychoanalyse des comportements violents*, Paris, PUF.
- CLAVAIROLY E. (2013) *Soigner en prison ? Parcours d'une psychologue*, Lyon, Césura.
- ROUSSILLON R. (2008) « Corps et actes messagers », in CHOUVIER B., ROUSSILLON R., *Corps, acte et symbolisation*, Bruxelles, De Boeck.
- SENON J.-L. (1998) *Psychiatrie de liaison en milieu pénitentiaire*, Paris, PUF.
- ZAGURY D. (2006) *Place et évolution de la fonction d'expertise psychiatrique*. Paris : Rapport de l'Inserm, février 2006.

Le soin en milieu pénitentiaire : nouveau challenge et continuité éthique

Dr Pierre LAMOTHE, Dr Frédéric MEUNIER

Alors que la loi fondamentale de 1994 établissant le principe de l'égalité de l'offre de soins aux détenus avec le milieu civil atteint ses 20 ans d'application, force est de constater que des changements considérables sont intervenus, aussi bien dans le paysage institutionnel et social que dans la population pénale et ont nécessité une constante adaptation des pratiques avec parfois des risques de perversion sur lesquels il est important de maintenir la réflexion.

La pression de la défense sociale

La fascination médiatique autant que les orientations politiques ont mis un accent tout particulier sur les crimes sexuels, stigmatisant leurs auteurs et enfermant souvent leurs victimes dans le compassionnel jusqu'à créer de vraies complications pour des prises en charge déjà difficiles. D'indignation en fascination, les exigences à l'égard du délinquant sexuel créent un modèle qui tend à s'étendre à l'ensemble de la population pénale dans une logique d'élimination plus que de réinsertion, dans l'illusion de la

possibilité de prévenir la récurrence, de prévoir la dangerosité et l'évolution des délinquants avec certitude.

Cette culture du résultat, logique managériale impliquée de façon inappropriée dans le domaine médico-social, aboutit à des réactions d'adaptation ou de défense qui sont également désastreuses.

L'ambivalence socio-médiatique rend également insupportables, et qualifiés de dysfonctionnements, aussi bien le suicide du détenu alors que l'aggravation des peines conduit à la désespérance malgré « l'hygiène » croissante de la prison, que l'incapacité à appliquer un traitement efficace à la délinquance ou au moins à l'évaluer de façon criminologique certaine.

L'administration pénitentiaire qui était dans un premier temps soulagée de trouver en l'hôpital un partenaire partageant avec elle la prise en charge de la personne détenue, s'organise face aux pressions de plus en plus comme gestionnaire de la peine, sous traitant à l'éducation nationale ou à la médecine des prestations de service dont elle se défait et sur lesquelles elle peut demander des comptes.