

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) *Psychanalyse 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.
SÉNON 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 récidive, 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 défause et sur lesquelles elle peut demander des comptes.

La prescription du soin par l’extérieur

Face à cette attitude, la tentation est grande pour certains professionnels de se défausser à leur tour, en ne déclarant «malades» que ceux qu’ils savent soigner et en renvoyant les troubles du comportement à la gestion disciplinaire de la prison, ou d’organiser dans le meilleur des cas une « médecine d’organes » avec une dichotomie des spécialités sans implication réelle par rapport à la complexité de la prise en charge psychiatrique et psychologique des personnes et de leur situation. Cette prestation, calibrée sur les critères de l’administration comme la fourniture de maintenance ou de blanchisserie, aboutit à une responsabilité limitée, commode, souvent retranchée derrière l’alibi des moyens qui donnent le niveau de prestations à l’intérieur de la mission générale confiée aux professionnels de terrain.

Cette réponse à la prescription par l’extérieur du soin (par l’expert, par le juge, par l’avocat... ou même par le patient pervers qui exige qu’on change ses pulsions de façon « chirurgicale », en restant passif dans le seul acte de présence...) aboutit, au contraire de ce que devrait être la prise en charge multidisciplinaire : au lieu d’être dans une solidarité de responsabilités communes avec des territoires de spécialités propres dans lesquelles chacun respecte le domaine de l’autre, les professionnels se consacrent à la définition des limites au-delà desquelles chacun n’est plus responsable de ce qui arrive. La logique du « dysfonctionnement » dénoncé amène ainsi à pointer l’insuffisance de l’autre supposé être responsable de l’échec de tous. La culture du résultat et la politique médiatisée aboutissent à une espèce de « soin-télé-réalité » où l’on peut même voir des stratégies d’alliance d’élimination du maillon faible pourtant indispensable au but de tous sous prétexte qu’il vaut mieux être irréprochable individuellement que responsable collectivement !

Les changements dans la clinique

Dans le même temps, la population pénale a changé tout autant que le cadre passé du silence au bruit, la prison étant devenue aussi excitée et excitable que le milieu extérieur. On assiste à une diminution nette des grands syndromes classiques de la psychopathologie, dont la prise en charge est d’ailleurs, sinon facile, au moins bien codifiée, au profit de troubles de personnalité majeurs, coexistant dans une apparence de bonne prise en compte de la réalité avec des habilités sociales et des capacités cognitives normales, mais laissant place à un fonctionnement très pulsionnel avec une impatience extrême chez des patients ne supportant pas la frustration avec une esthésie narcissique à fleur de peau et à fleur de mots.

Il ne s’agit même pas de la relation sado-masochique bien connue chez les psychopathes abandonniques d’autrefois, mais d’un fonctionnement de décharge, astruc-turé, volontiers pervers et naturellement dans une relation d’emprise, vis-à-vis duquel les thérapeutiques traditionnelles sont désarmées. Ces "clients" du soin, même s’ils ont la « tchatche », sont peu accessibles à la parole et à la

mentalisation... pas plus d’ailleurs qu’à une chimiothérapie efficace avec notre pharmacopée actuelle, et les accompagner demande des techniques adaptatives difficiles dans lesquelles le professionnel ne doit pas être seul.

L’UHSA symbole du maintien de l’éthique dans l’évolution technique

Face à ces nouveaux défis, la réponse technique s’est aussi sophistiquée avec des moyens mieux répartis et mieux mutualisés calqués sur les trois niveaux de l’offre de soins extérieure, les UHSA (Unités Hospitalières Spécialement Aménagées) constituant le troisième niveau de l’accueil des détenus par rapport à la psychiatrie ambulatoire des UCSA (Unité de Consultation et de Soin en Ambulatoire) et aux SMPPR (Services Médico-Psychologiques Régionaux) qui assurent les deux premiers niveaux. Si leur importance numérique peut paraître dérisoire par rapport au nombre de psychotiques susceptibles d’y être accueillis, surtout si, pour des raisons économiques, le programme reste arrêté à sa première tranche de neuf établissements, leur importance symbolique est quand même déterminante : les UHSA, sont des unités hospitalières où l’admission est prononcée par les médecins et non par l’administration pénitentiaire, sur des critères cliniques. Avec leur plateau technique équivalent aux meilleurs hôpitaux psychiatriques et une éthique du contact avec le détenu confié exclusivement aux équipes de santé, l’administration pénitentiaire n’assurant que la garde périphérique, elles ne sauraient être réduites au rôle d’UMD (Unités pour Malades Difficiles) réservées aux patients détenus malades mentaux dangereux. Elles sont au contraire des lieux d’accueil de personnes dont l’état mental nécessite des soins qui ne peuvent être réalisés dans l’établissement d’origine et qui peuvent être admises certes sans consentement, mais aussi sur leur propre demande dans une proportion importante.

Cet abandon du critère de dangerosité au profit du critère de la *nécessité de soins* replace l’ensemble de l’action des soignants en prison dans la continuité éthique qui a été jusqu’ici issue de notre réflexion et moteur de notre action dans des conditions difficiles. C’est la souffrance qui est prise en compte plus que formellement la maladie, ce qui permet d’ailleurs de faire table rase d’idées toutes faites issues d’une conception mièvre des droits de l’homme : le psychotique a tout autant sa place en détention que dans la cité et sa présence n’y est pas forcément objet de scandale. Mais cela permet aussi de dépasser la notion du soin ponctuel technique pour aller vers l’accompagnement dans le sens le plus souple et le plus large (« *cure and care* »), ce qui est la seule façon de soigner valablement en prison et, avantage non négligeable en même temps, la meilleure réponse de défense sociale aux préoccupations concernant la dangerosité et la récidive !

Dr Pierre LAMOTHE
Psychiatre des hôpitaux, Pôle SMDPL, Lyon
Dr Frédéric MEUNIER
Chef de pôle au Vinatier