

Livret d'Assises 2014

Psychiatrie

Sommaire

Introduction

Les formes d'hospitalisation en France et quelques structures

Absence de consensus sur la psychiatrie

La folie et la norme : la dimension culturelle

L'image et la place du « fou »

Remise en cause de « l'expert » et subjectivité de la norme

Parenthèse thérapeutique

Mouvements désaliénistes

Norme – Identité – Enfermement

Tendance en France des dernières décennies

Les ateliers aux Assises

Conclusion

Bibliographie

Introduction

On reproche bien souvent aux thèmes d'Assises d'être trop éloignés des thématiques propres au GENEPI et ce thème sur la psychiatrie ne fait pas exception. Ainsi, notre association qui se positionne clairement en faveur du **décloisonnement des institutions** quand celles-ci sont carcérales ne se prononce pas du tout sur les **institutions psychiatriques**. Est-ce à dire que nous considérons les effets de l'enfermement – que nous combattons et dénonçons – inexistants sur les personnes jugées comme ayant des « troubles mentaux » ?

Evidemment non. Seulement le GENEPI, comme l'ensemble de la société, ne semble pas **posséder de bases pour poser sa réflexion sur la psychiatrie** et, qui plus est, ne se sent pas légitime pour communiquer à ce sujet étant donné son objet social. Nous sommes pourtant partis du constat paradoxal que tout génépiste ou presque est un jour amené à parler de psychiatrie en ISP... « Des alternatives à la prison d'accord, mais les fous-dangereux il faut bien les mettre quelque part ! », « 35% des détenus ont des troubles mentaux, c'est vrai que c'est triste, mais qu'est-ce qui est le mieux, les laisser en prison ou les envoyer en Hôpital Psychiatrique ? » qui n'a jamais entendu ce genre de discours ? On le constate couramment, **l'enfermement** est, dans la conscience collective, le **traitement de référence** pour les personnes sous main de justice comme pour les personnes souffrant de troubles mentaux. Or pour se débarrasser des questions – embarrassantes en raison de notre manque d'information – l'HP sert bien souvent de roue de secours et dessert tout à la fois les intérêts du GENEPI dans sa lutte contre une culture de l'enfermement trop figée.

Le **manque d'information** sur le sujet est donc une de nos motivations pour la préparation de ce thème d'Assises mais elle n'est pas la seule. Outre les bases de la réflexion c'est notre **légitimité** à réfléchir sur ce sujet que nous souhaitons apporter, ou du moins interroger. En effet, la psychiatrie étant très largement associée à la médecine et donc à la science, on peut se demander quel pourrait être le **degré d'expertise du GENEPI** dans ce domaine. A cela nous répondons que le GENEPI n'est pas non plus une association de juristes et qu'elle ne se présente en aucun cas comme experte de la loi lorsqu'elle se positionne sur l'éventail répressif pénal ou (pour parler d'un sujet d'actualité) sur la loi portant réforme pénale de Christiane Taubira.

Le GENEPI s'intéresse à l'humain avec toutes ses **composantes : juridiques, sociales, médicales**, quand les « experts » ont une approche fragmentaire. On comprend mieux dans ce contexte la phrase de François Tosquelles qui a servi d'introduction au livret d'un précédent thème d'Assises sur la psychiatrie :

« Sans la reconnaissance de la valeur humaine de la folie, c'est l'homme même qui disparaît. »

En cherchant la part d'humanité, d'éthique quelque part, qu'il serait bon de considérer dans la question psychiatrique, nous nous sommes en plus rendus compte d'un grand nombre d'analogies existantes entre les institutions qui lui sont dédiées et les institutions carcérales. La notion de norme par exemple nous a semblé centrale. Qui fixe la norme et à quelle niveau ? La population « normale » n'est ni en prison ni en HP en raison d'automatismes d'ordre légal dans le premier cas et d'ordre médical dans le second, mais n'y aurait-il pas une dimension sociétale à prendre en compte ? Est-ce que les troubles mentaux ou sociaux doivent reléguer les personnes qui en souffrent au statut correspondant à leur condition au détriment de leur condition d'Homme ?

Avec la problématique de la norme vient celle de l'identité. Que devient l'identité d'une personne après son diagnostic ou son procès ? Les malades ont-ils ou n'ont-ils pas le droit à l'oubli ? L'individualisation de la médecine doit prendre en compte les personnalités mais dans quelle mesure la personnalité est-elle liée à ce qu'on appelle « trouble mental » ? En fait, qu'il s'agisse de celle du détenu, du « psychiatisé », du surveillant, du médecin ou du citoyen libre, l'identité est le résultat d'un processus à la fois individuel et social qu'il convient d'étudier car il compartimente la population d'une société en classes lourdes de conséquences.

Ces conséquences, nous le verrons au cours de ce livret, réduisent la place du choix dans nos vies et à fortiori dans les vies régies par les « troubles ». Quelle issue y a-t-il pour une personne psychiatisée pour qui la société libre est trop rapide, trop variée, trop folle ? Quelle alternative a-t-elle pour éviter la rue si ce n'est l'Hôpital Psychiatrique ? Quelle disposition d'esprit le rejet par la société et l'enfermement (volontaire ou non) peut avoir sur les personnes souffrantes de troubles mentaux ? Soit il n'y a pas de coupable, soit il n'y a que des coupables dans cette « acharnement » involontaire que la société exerce sur les personnes « anormales ».

Cet « acharnement », ce « rejet » de la société par la société dont on rend responsable les victimes n'est d'ailleurs pas resté inchangé au cours des âges, preuve que la « norme » est une notion en perpétuelle mouvance et que les identités causant l'exclusion évoluent elles aussi. Sachant cela, quel rôle impartir à l'hôpital psychiatrique si ce n'est ramasser les « pots cassés » d'une époque et d'une société données ? Espère-t-on vraiment que ces institutions imparfaites parviennent à « réparer » (pour prolonger la métaphore des pots cassés) ce qui n'est parfois « cassé » que dans un référentiel donné ? Quelle place donne-t-on implicitement à l'Autre, le « déviant », celui qu'on ne comprend pas, qu'on ne sait pas intégrer ou accepter si la place qu'on lui réserve dans notre société est automatiquement l'Hôpital Psychiatrique ?

D'ailleurs, la place de l'autre, comme les limites de la normalité, a un impact direct sur l'évolution des institutions psychiatriques. De même, l'évolution des mentalités, de la médiatisation, du pouvoir en place et la diminution des contrepouvoirs tend à « expertiser » le milieu psychiatrique au détriment de son humanité. Ce phénomène, nous l'avons déjà remarqué dans le cadre des prisons et il n'y a qu'un pas à faire pour passer de la prison à l'Hôpital Psychiatrique. Ce pas, à vrai dire, nous l'avons déjà fait bien malgré nous en dénonçant conjointement dans nos adages la surpopulation carcérale et les limites des moyens matériels de la prison pour les personnes nécessitant des soins psychiatriques :

« La fermeture d'un nombre important de places en psychiatrie ainsi que la forte diminution de l'utilisation de la notion d'altération du discernement ont abouti à une surreprésentation des personnes atteintes de troubles psychiques en détention.

Avis du conseil d'administration de l'année universitaire 2008-2009 Suicides en prison : préconisations du GENEPI

Cela ne sera amélioré que si la prison cesse « d'accueillir » des personnes relevant des hôpitaux psychiatriques, si les moyens donnés aux Service Medico Psychiatriques Régionaux (SMPR) sont renforcés et si la surpopulation carcérale est, sinon supprimée, au moins largement diminuée »

Avis du secrétariat national du GENEPI de décembre 1998, adages du GENEPI.

Ainsi, dans l'intérêt de la prison, le GENEPI s'est positionné implicitement en faveur des hôpitaux psychiatriques rejetant la question de l'enfermement sur une entité qui soi-disant ne la concerne pas.

En fin de compte, nous ne cherchons pas à remettre en question l'existence des troubles mentaux ou la responsabilité des personnes sous mains de justice sous prétexte de troubles sociaux, nous souhaitons plutôt porter une réflexion sur la possible nécessité d'une zone de flou ou de tolérance à la frontière entre norme, marginalisme et folie. L'acceptation d'une telle zone dans la pensée commune pourrait par exemple éviter l'accumulation des mesures – préventives d'une part et répressives d'autre part – actuellement à l'œuvre en France dans le cas de personnes où la loi et la science jouent de concert.

Les formes d'hospitalisation en France et quelques structures

Il existe plusieurs types d'hospitalisation en établissement psychiatrique. Nous allons recenser ici les structures d'hospitalisation psychiatrique complète (24h sur 24).

L'hospitalisation Libre (HL) dans le cas où l'individu accepte ou demande une hospitalisation psychiatrique. Celui-ci est admis par le directeur du centre de soin sur avis du médecin et peut normalement demander sa sortie à tout moment, signant éventuellement une déclaration de sortie contre avis médical en cas de désaccord du médecin.

L'hospitalisation sous contrainte : cette forme d'hospitalisation est en constante augmentation depuis la fin des années 80. **78 312 hospitalisations contre leur gré** en 2011, une augmentation de **50% depuis 5 ans, un nombre qui a doublé depuis 20 ans**. Et la loi du 5 juillet 2011 veut simplifier cette hospitalisation sous contrainte, et rend possible la suppression de l'obligation d'un trouble grave à l'ordre public pour l'admission sous contrainte d'une personne nécessitant des soins.

On peut établir comme forme d'hospitalisation sous contrainte :

L'ADT « admission en soins psychiatriques sur demande d'un tiers » (ex- « HDT »). Il s'agit du plus grand nombre de psychiatrisations forcées, sous demande d'un tiers connaissant la personne, au vu d'un seul certificat médical émanant, le cas échéant, d'un médecin exerçant dans l'établissement. La sortie s'effectue sous l'accord d'un médecin, ou sous demande du tiers demandeur ou de la famille. Au-delà de 15 jours, l'hospitalisation complète doit être confirmée par le juge des libertés et de la détention (JLD)

L'ADRE ou « admission en soins psychiatriques sur décision du représentant de l'état » (ex-« HO »). Mis en hospitalisation sous demande du préfet ou du maire (qui fait un arrêté municipal, le préfet devra alors se prononcer d'ici 24h) en cas de danger imminent pour la sûreté de la personne. Cette hospitalisation se fait à partir d'un recueil de témoignages du maire, ou d'un avis médical montrant à la fois un trouble mental et un caractère dangereux de la personne. Le psychiatrisé est alors examiné régulièrement par un psychiatre. L'hospitalisation complète ne peut se poursuivre au delà de 15 jours sans qu'elle soit approuvée par le juge des libertés et de la détention (JLD) qui est obligatoirement saisi par le directeur de l'établissement. La sortie de l'individu se fait par l'autorisation du préfet sur avis du médecin.

Les Unités pour Malades Difficiles (UMD) assurent l'hospitalisation des patients qui présentent pour autrui un danger tel, que les soins, la surveillance et les mesures de sûreté nécessaires ne peuvent être mis en œuvre que dans une unité spécifique. Il existe actuellement 10 UMD en France, soit 530 places.

Le soin sous contrainte :

La nouvelle loi du 5 juillet 2011 permet aussi la poursuite des soins en ambulatoire (à domicile ou dans une structure alternative à l'hospitalisation complète) dans le cadre d'un programme de soins qui aura été soumis à l'approbation du préfet. Si ensuite le patient ne respecte le programme, il peut être de nouveau hospitalisé.

La sortie sous contrainte :

La sortie de l'UMD est également décidée par arrêté du préfet après avis de la commission du suivi médical, estimant que le patient ne présente plus un danger nécessitant son maintien en UMD. Le plus souvent, il est décidé que le patient retourne dans un service de psychiatrie classique de son établissement d'origine ; la réglementation pose un délai de vingt jours à cette fin.

Mais cette sortie n'est pas toujours simple : dans un avis du 17 janvier 2013, le Contrôleur général des lieux de privation de liberté souligne que certains patients doivent patienter jusqu'à deux ans et demi, faute d'établissement enclin à les (ré)admettre.

Pour les détenus :

Jusqu'à maintenant ils étaient envoyés de manière volontaire, ou sous demande d'un représentant d'Etat en Hospitalisation d'Office, "les conditions de pénibilité des détenus en général, dans un service où les autres patients sont censés aller et venir librement : nous n'avons pas d'autre solution que de placer les détenus dans une chambre de semi-isolement ou d'isolement pour éviter la fugue."¹. Arrivant à l'incohérence : " le détenu demande à retourner en prison dès qu'il va mieux car il a plus d'espace, plus de liberté dans ses mouvements par rapport à la chambre d'isolement".

Les Services Médico-Psychologique Régional (SMPR), surtout situé en Maison d'Arrêt, 26 établissements en 2001, avec pour mission : le dépistage systématique des troubles psychiques (notamment au moyen d'un entretien d'accueil avec les entrants) ; les soins médico-psychologiques courants à l'intention de la population détenue dans l'établissement pénitentiaire où le SMPR est implanté (entretiens individuels, ateliers thérapeutiques, traitements psychiatriques, préparation à un suivi psychologique à l'extérieur, etc.) ; une mission de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies ; une coordination des prestations de santé mentale du SPMP (Secteur de Psychiatrie en Milieu Pénitentiaire) dans sa région. Le SMPR prodigue également des soins intensifs au sein d'unités de détention spécifiques à tout détenu de l'établissement qui le nécessite, ainsi qu'aux détenus des prisons du secteur pénitentiaire qui ne disposent pas de SMPR.

Les Unités Hospitalières Spécialement Aménagées (UHSA). A la différence des UMD, les Unités Hospitalières Spécialement Aménagées ne travaillent qu'en lien direct avec les établissements pénitentiaires. Les détenus peuvent être accueillis avec leur consentement ou sur décision du représentant de l'Etat, au vu d'un certificat médical circonstancié. L'UHSA est une unité hospitalière implantée au sein d'un établissement de santé, sécurisée par l'administration pénitentiaire. Le programme de construction des UHSA débuté en 2010, prévoit 705 places d'ici 2014.

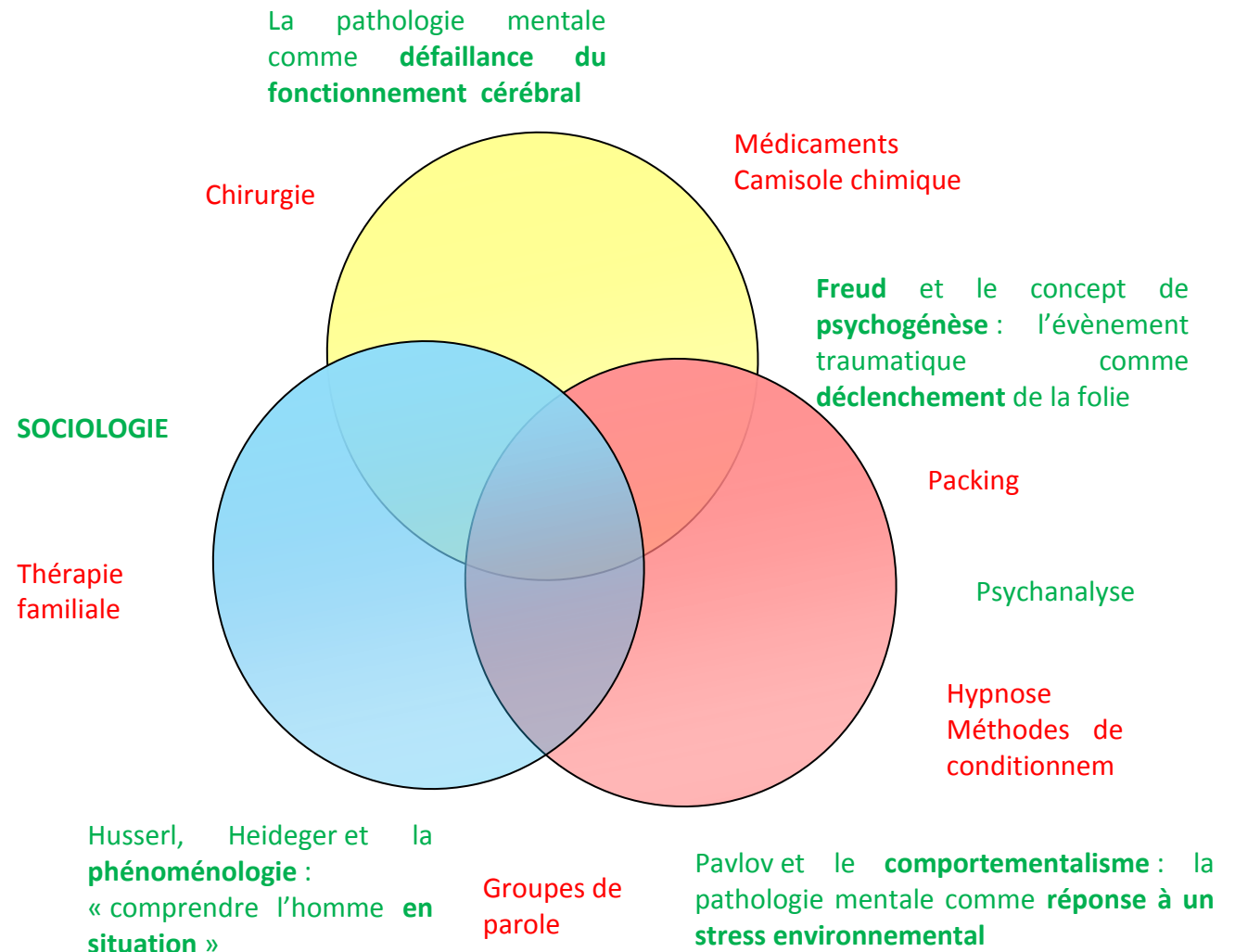
¹ *Prise en charge du détenu en Psychiatrie, analyse et proposition pour une organisation des soins psychiatriques dans le département des Bouches du Rhône*, 2001, médecin inspecteur de Santé Public

Absence de consensus sur la psychiatrie

Les liens existants entre la psychiatrie et la criminalité sont difficiles à démêlés. Pour certains l'un sera la conséquence de l'autre, pour d'autres il en sera la cause, pour d'autres encore l'un et l'autre seront complètement disjoints. Force est donc de constater que les **approches** diffèrent énormément, notamment selon les corps de métier.

Ainsi, pour un même problème – au hasard la psychiatrie – on trouvera l'origine du « trouble » dans une expérience traumatisante, dans un dysfonctionnement neurologique, dans le vécu de la personne concernée ou dans son environnement. Les **traitements** qui en découlent sont parfois diamétralement opposés.

C'est pourquoi nous vous proposons cette vue de l'esprit. Elle n'a pas valeur de vérité mais donne selon nous une idée de la complexité d'appréhender la question psychiatrique. Gardez quand même à l'esprit le caractère lacunaire et contestable de ce schéma.



La folie et la norme : la dimension culturelle

En étudiant les troubles mentaux en fonction des **groupes ethniques ou culturels**, ainsi que la place qu'ils occupent dans l'équilibre social, **l'ethnopsychiatrie**, qui s'est développée au début du XXème siècle, nous apprend que **l'on est fou par rapport à une société donnée**. Ainsi **chaque collectivité secrète ses propres modèles de déviance**.

Par exemple, voilà plusieurs dizaines d'années, Erna HOCH a montré l'embarras de la psychiatrie classique en Inde devant certains comportements typiquement schizophréniques selon des critères occidentaux, comportements allant jusqu'au refus d'aliments, mais qui, dans leur contexte culturel, n'étonnaient personne. C'étaient des comportements religieux d'une grande sagesse, et ils étaient considérés comme allant de soi.

La manière "*correcte*" d'être fou diffère donc selon les cultures. Et cela implique la plasticité de l'expression psychiatrique. Cette plasticité est due au fait que le symptôme n'a pas d'existence en soi mais qu'il a une **signification et une fonction pour le sujet et l'entourage auquel il est destiné**.

Là où le psychiatre n'existe pas, la folie n'est pas une maladie. Elle est une déviance par rapport à la norme sociale.

D'où la question centrale à laquelle se trouvent confrontés ethnologues et psychiatres : chaque civilisation ayant son propre système de normes, ce qui est normal dans une civilisation ne pourrait-il être considéré comme pathologique dans une autre, et vice versa ?

L'anthropologue Américaine Ruth BENEDICT arrive en effet à cette conclusion dans son étude: "*Anthropology and the abnormal*". Elle en conclut que ce que nous considérons, en Occident, comme un ensemble de faits pathologiques, passe au contraire pour être tout à fait normal dans d'autres sociétés.

C'est sans doute que le concept de "*normal*" est une variante du concept de "*bon*": une action normale est, selon Ruth BENEDICT, une action bonne, approuvée par la collectivité, en accord avec l'idéal du groupe.

L'image et la place du « fou »

L'ethnopsychiatrie nous apporte aussi des informations sur les manières de considérer et de gérer les « déviants » dans différentes sociétés. Si au sein de nos cultures occidentales, l'image du fou est souvent négative, voire associée à une certaine dangerosité, on peut observer d'autres situations à l'étranger.

Chez beaucoup de peuples, on ne se contente pas de nos deux catégories de « normal » et de « pathologique », on y ajoute une troisième : c'est le « surnaturel ».

D'une manière générale d'ailleurs, dans les pays où règnent encore des conceptions animistes, les troubles mentaux du sujet sont attribués à un esprit qui lui est extérieur et qui a pris possession de lui ; **Il n'est jamais considéré comme incurable et le groupe tout entier se sent concerné** : la solidarité de la communauté doit contribuer à rétablir l'équilibre entre le monde visible et le monde invisible, entre le monde naturel et le monde surnaturel.

Et de rappeler qu'en Afrique, il n'y a pas si longtemps encore, on pouvait parler de cultures où la **folie était l'expression d'une grande sagesse**. Le fou était en quelque sorte l'élu de Dieu et de la Vérité dans les sociétés Africaines et Arabes. **La distinction entre le normal et le pathologique relevait d'un univers culturel étranger à ces sociétés. Le fou était intégré dans la collectivité. Sa prise en charge était l'affaire de tout le village.** Ses "troubles" étaient considérés comme l'expression d'une réflexion approfondie pouvant se confondre avec une crise mystique.

De surcroît, explique la sociologue Anne Lovell, « les représentations de la maladie mentale n'ont pas évolué depuis cinquante ans ». Une enquête menée en France entre 1999 et 2003 montre que, si le « dépressif » est considéré comme accessible aux soins et à la guérison par 94 % des personnes, seulement 55 % pensent que l'on peut guérir un « fou » et 69 % un « malade mental ».(1)

Cependant toutes les études montrent que, proportionnellement, la population générale commet plus de crimes que la population « malade mentale ». Les malades mentaux, au contraire, sont le plus souvent victimes de la violence, sociale, économique, physique parfois. Ils présentent en moyenne une espérance de vie inférieure de dix ans à celle de la population, du fait de leur vulnérabilité (agressions, maladies, accidents...).

L'Organisation mondiale de la santé (OMS) a donc fait de la lutte contre la « stigmatisation » l'un des axes de sa politique de santé mentale. Mais que valent ces intentions face à un mouvement de fond, celui d'une politique de sécurisation au cœur de laquelle se trouvent, naturellement, les malades mentaux ?

PATRICK COUPECHOUX

1) Santé mentale en population générale (SMPG) », réalisée par le Centre collaborateur de l'Organisation mondiale de la santé (CCOMS) et la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees) auprès de trente-six mille personnes de 18 ans et plus en France métropolitaine.

"Toute société a besoin de folie. Dans les sociétés industrielles développées, le fou n'a pas sa place. Parce qu'il est en marge de la culture et de l'ordre économique, on l'enferme : on le sépare de la vie. La persistance de l'asile prouve combien la folie continue d'étendre ses pouvoirs d'inquiétude sur toute certitude".

TAHAR BEN JELLOUN

Remise en cause de « l'expert » et subjectivité de la norme

L'expertise est une notion qui dépend de l'approche choisie et donc souvent du contexte culturel considéré. En France, l'approche médicale étant dominante, la thérapeutique se pose comme le traitement normatif par excellence. Ainsi, l'expert de référence dans le domaine de la psychiatrie sera surtout le médecin psychiatre ; ailleurs il pourrait être le sociologue, le neurologue ou le voisin de quartier. Cette considération nous pousse à nous interroger sur la légitimité de l'omnipotence de l'expert, peu importe son domaine d'appartenance, et sur la subjectivité qui découle automatiquement du choix d'une approche plutôt que d'une autre. *Voir à la page suivante l'exemple du DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders)*

Ce questionnement nous semble d'autant plus important que le choix de l'approche vis-à-vis du « trouble mental » (et parler de trouble mental c'est déjà se positionner dans une approche médicale) conditionne le traitement dudit trouble ainsi que l'identité des personnes traitées. En effet, le choix de l'approche implique l'acceptation d'une « norme » définie par l'expert. Si l'approche est médicale encore une fois, la norme considérée sera implicitement d'ordre médical et en même temps que le médecin identifie certaines personnes comme « hors-norme », il décide que le traitement adapté, le « soin », commence par une acceptation du « trouble » par le « malade ». **A raison ou à tort, l'expert – soutenu par une culture ou une société – peut enfermer une personne dans sa condition de « déviant ».** Et c'est bien là que l'acceptation de la norme est pernicieuse : elle utilise comme preuve de son bien-fondé le consentement du « malade », « malade » qui n'a pas vraiment le choix puisqu'il s'identifie lui-même en tant que tel par suite du diagnostic et potentiellement de son enfermement. *Voir deux pages plus loin le témoignage d'une dépressive.*

En 1952, le premier *DSM* recensait cent six pathologies. Il a très vite servi de référence à l'OMS. Il énumère aujourd'hui environ quatre cent « troubles », ce nombre est bien sûr amené à évoluer (vers le haut ou le bas). Parmi les troubles récents, le « trouble d'hypersexualité » ou encore le « trouble paraphilique coercitif » — qui vient remplacer la vieille « perversion », désormais considérée comme négative. Avaient auparavant été mis en circulation les « troubles du comportement », l'« hyperactivité », la « dépression ».

Dans son introduction, le *DSM* se réclame d'une totale objectivité, sans idéologie ni théorie préalable. Pourtant sa méthode de diagnostic, en ignorant le parcours des personnes étudiées, nie entre autres toute causalité psychique au résultat du diagnostic, imposant ainsi fortement une causalité organique.

La méthodologie du *DSM* est d'autant moins objective qu'elle établit ses catégories non pas sur la base d'observations cliniques, mais sur un décompte d'opinions recueillies arbitrairement auprès des psychiatres. Un procédé qu'il serait difficile de décrire comme exemplaire de la méthode scientifique. Résultat ? L'homosexualité fut considérée jusqu'en 1987 comme une maladie mentale. Et une catégorie clinique telle que l'hystérie — attestée depuis l'Antiquité — a été supprimée, tout comme la névrose.

Le *DSM* a été imposé de l'extérieur, d'abord par les compagnies d'assurance, qui dans plusieurs pays ont exigé ses références pour leurs remboursements. Les entreprises pharmaceutiques ont en même temps proposé des grilles d'adéquation entre les catégories du *DSM* et l'administration de médicaments. Enfin, devant cet état de fait, les universités ont enseigné le *DSM*, puis ont progressivement écarté les autres points de vue de leurs programmes : la causalité psychique a été rejetée comme subjective et non scientifique.

« Alors il y a quatre ans, un après-midi de juin, j'ai voulu quitter ce monde. " **Pourquoi ? Mais tout simplement parce que je l'ai voulu.** " reste j'en suis sûre la seule réponse que je puisse vous apporter en toute honnêteté et la seule que vous ayez à accepter. Et c'est la raison pour laquelle je ne m'étendrais pas longuement ici sur les désirs profonds de ma TS, doux euphémisme médical entré dans le langage courant.

Alors, la journée finissante, dans ma petite salle de bain, au dessus de l'évier devant un miroir d'une franchise éreintante, j'égrène et j'avale... les carcasses d'opercules s'accumulent par terre. Quand le SAMU arrive je suis encore consciente, je monte dans le camion, je réponds aux questions : quoi, combien, des mélanges, il y a combien de temps ? Et plus rien...

Quand je me réveille c'est chaud, je suis bien, je veux rester où je sens, mais on me tire les cheveux, près de la nuque, on essaye de me redresser, moi, je ne veux rien savoir, rien sentir, je veux juste que l'on me laisse tranquille, et puis surtout je n'y arrive pas, je ne comprends rien, je suis perdue. Je ne sais pas où je suis, j'entends confusément du bruit, mais rien, rien ne se connecte, j'essaye de secouer mon appréhension du monde mais le gouffre est là, je sais juste que je ne comprends pas. Et puis on me presse les joues pour m'enfourner de force quelque chose dans la bouche, la purée dans laquelle je suis vautrée. De guerre lasse.

Il n'y a vraisemblablement absolument rien à tirer de moi, plusieurs personnes me soutiennent jusqu'à un lit qui a du m'être attribué, je ne sais toujours pas où je suis, qui sont ces gens, mais je me replonge dans le sommeil comme dans une nécessité impérieuse. Première prise de conscience...

...Maintenant commence la définition de mes limites en tant que soignée, malade, patiente, par le lieu même dans lequel je suis. Le plus généralement une chambre, qu'il m'arrive de partager, une salle fumeur où je passe le plus clair de mon temps, un réfectoire et un jardinet clôt. La porte de ma chambre a un hublot, elle ne ferme bien sûr pas de l'intérieur et quand les volets ne sont pas bloqués en position baissée de toute façon je peux à peine entrouvrir la fenêtre pour des raisons de sécurité.

Mais ces contraintes ne sont là en réalité que pour faire accepter à la masse bleue que nous sommes, une réalité bien plus terrible, une réalité essentielle et que nous n'avons pas forcément vue de nous mêmes : nous sommes malades. C'est dans notre être, c'est la chimie dans notre cerveau qui est dérégulée et de ce fait nous devenons des incapables majeurs et toute notre identité doit se fonder là-dessus : nous sommes malades, patients, soignés, schizo, mytho, maniaco-dépressifs, bipolaire, angoissés, suicidaires en sursis... Et c'est pour cela qu'il est impossible de se construire contre l'HP, parce qu'il nous faut admettre que nous en avons besoin, parce que de gré ou de force nous devons accepter leurs lectures de nos " symptômes", nous devons être partie prenante de leurs méthodes thérapeutiques si nous voulons sortir de notre marasme. **Il n'y a qu'un moyen de guérir : le leur. Moi qui n'étais malade que du monde dans lequel je vivais,** alors que ma tentative de suicide n'avait été qu'une réaction, on m'a persuadée que j'avais telle maladie et que le traitement à suivre était celui que l'on m'imposait, pour mon bien. L'identité de dépressive m'a collé à la peau plus de quatre années durant. Qui peut s'épanouir, avoir des projets, des ambitions quand il se reconnaît lui-même comme malade, comme limité par essence, limité par la maladie, par le traitement, par le lieu dans lequel on lui dispense les soins. **Si l'hôpital a les moyens de sauver in extremis la petite vie usée dont nous ne voulons plus, en revanche il n'a pas les moyens de nous guérir. »**

Parenthèse thérapeutique

Le fait de considérer non plus des individus mais la classe artificielle qui les regroupe sous l'étiquette de « déviants » nous incite à considérer la question psychiatrique comme un problème de masse. Conséquemment, le traitement de la psychiatrie appelle des résultats (statistiques). **Ainsi, avant que la question de l'objectif thérapeutique se soit posée, la réponse s'est imposée** : la psychiatrie thérapeutique s'intéressera au pourcentage de « retours stables » au sein de la société. Il en est de même pour la prison sur les questions du type « est-ce qu'une fois ressorti, le détenu récidivera ». La logique du chiffre et des résultats n'est pas spécifique à l'approche médicale ou à notre époque, on le retrouve par exemple avec « le docteur Lorenzo Mandalari, psychiatre et premier directeur de l'asile de Messine, [qui] déjà au début du XXème siècle, vantait une moyenne de guérison de 40%. Les thérapies expérimentées ces années-là allaient de l'application de sangsues à l'inoculation de la malaria, de l'isolement à la camisole de force, de la castration à l'ablation des ovaires, et à d'autres tortures du genre » (infokiosque).

« **L'essentiel n'est pas de savoir si le dispositif fonctionne, mais comment il se met en place et quel résultat il recherche** » lit-on dans sans remède. « Quoi qu'il puisse devenir, il faut viser qu'une fois dehors le-la psychiatisé-e ne dérange pas trop les autres, que personne ne soit obligé de s'occuper de lui-elle en dehors de tous les relais institutionnels. En ce sens les résultats existent, une fois bien traité-e, un-e psychiatisé-e sera considéré-e comme un-e psychiatisé-e "stabilisé-e". Calmer quelqu'un-e en lui donnant à vie un traitement est une sorte de solution. »

« C'est ce que Giovanni a fait (ou que les autres craignaient qu'il puisse faire) qui a convaincu ses parents d'appeler la police psychiatrique et de le faire interner. Mais c'est ce qu'il dit qui détermine le fait qu'il soit remis en liberté. S'il accepte de se sentir et d'être malade et d'avoir, en conséquence, besoin de ces soins, on le jugera amélioré et il pourra espérer une liberté surveillée. S'il insiste à considérer arbitraire son incarcération et à revendiquer son droit à la libre communication et au mouvement, ses conditions seront déclarées graves et il sera soumis à un durcissement des mesures restrictives. » (infokiosque)

« « Je me souviens d'avoir demandé une fois à **Louise** : « De quoi as-tu besoin ? Qu'est-ce qui peut t'aider ? » Louise me répondit : « Je voudrais être une chenille et ramper sur le sol. Je voudrais qu'il y ait quelqu'un, mais je ne voudrais pas qu'il m'arrête, me remette debout, m'empêche de le faire. Je voudrais que cette personne reste là et me regarde, sans intervenir. » Je me souviens de lui avoir dit : « Peut-être qu'ainsi cette chenille pourra enfin devenir un papillon ? » Louise me regarda, sourit et ne dit plus rien... »

Une fois que la société a déterminé la norme – c'est-à-dire dans le cas d'une approche médicale la frontière entre le pathologique et le non pathologique – se pose alors cette deuxième question de la thérapeutique, souvent envisagée en rupture de la pathologie initiale.

...Ramper par terre : thérapeutique, quand ce sont elles/eux qui t'y plaquent pour t'immobiliser et t'endormir avec une piqûre ; pathologique, quand c'est toi qui le fais, pour te sentir chenille, pour disparaître, te prosterner ou prier. » (infokiosque)

Mouvements désaliénistes

Dans les années 60, des mouvements remettent en question la psychiatrie, en Italie et en France. Bien qu'ils aient eu d'importantes répercussions sur les structures et les méthodes opérées dans ce domaine, leurs revendications nous semblent encore d'une grande actualité. Entre autres, *l'enjeu des courants progressistes était **de ramener la question de la folie au cœur de la cité, sur le lieu même de son exclusion.***

C'est un mouvement qui a réaffirmé avec force une idée déjà exprimée au temps de la Révolution française par Philippe Pinel, le fondateur de la psychiatrie française : celle de l'humanité de la folie. En d'autres termes, si les fous sont des êtres humains, il faut leur permettre de **vivre parmi les hommes, tels qu'ils sont, y compris en affirmant leur droit à la folie.** Mais il ne suffit pas, pour cela, de faire tomber les murs de l'asile — la folie fait peur, et les fous peuvent être laissés à l'abandon, on le voit aujourd'hui ; il faut organiser ce retour « à la cité ».

Les tenants de la psychothérapie institutionnelle et du secteur — qui ont été les principaux acteurs de cette révolution — ont ainsi inventé une nouvelle psychiatrie, avec une **redéfinition du rôle du psychiatre**, non plus « *personnage médical* », mais « *animateur de pointe* » d'une équipe chargée de faire le lien entre les patients et la société. « ***Nous allons utiliser le potentiel soignant du peuple*** », disait Lucien Bonnafé, l'un de ces psychiatres de la Libération. Ils ont redéfini le statut de soignant : tout le monde peut l'être, y compris les autres patients. Cela suppose la fin du rôle central de l'hôpital, et surtout la continuité des soins ; autrement dit, l'équipe doit s'occuper du patient en permanence,

La méthode de Franco Basaglia, qui a mené bataille pour le démantèlement des hôpitaux psychiatriques en Italie et une nouvelle organisation des soins dans le milieu de vie, est une méthode de **suspension du discours médical de la psychiatrie** (et pas de négation de la maladie mentale) qui s'engage dans le monde la vie : *le moment heureux où l'on peut commencer à affronter les problèmes d'une manière différente.*

Mettre la maladie mentale entre parenthèses signifie **suspendre le jugement sur la maladie mentale, suspendre le discours construit jusqu'alors sur la maladie mentale et produire un savoir jusqu'alors inécouté, celui des psychiatrisés.** Le travail thérapeutique s'amorce au moment où se noue un nouveau lien social, « entre hommes libres » espérait Basaglia.

Une même puissance polémique anime Basaglia et Guattari. Ils incitent à l'analyse des modalités actuelles d'aliénation subjective marquées par **l'hypernormativité et par l'extension du domaine de la pathologie qui requalifie nos émotions et nos comportements**

« Je ne dis pas que la maladie mentale n'existe pas, mais que nous produisons une symptomatologie. » Basaglia défendait « *une utopie dans le réel* » : **changer le système social pour construire une citoyenneté et une liberté de choix pour le sujet, là où la psychiatrie fabrique des catégories et identités figées au service du contrôle sécuritaire des populations. Il prônait une réciprocité malade-médecin et une réflexion critique du psychiatre sur sa place dans ce système.**

En 1978 en Italie, la loi 180 supprima les hôpitaux psychiatrique, les remplaçant progressivement par des structures alternatives telles les départements de santé mentale. Cette loi est une conséquence du combat porté par Basaglia. Nous n'étudierons pas en détails la gestion et la perception de la psychiatrie en Italie, il s'agira plutôt d'observer certaines des caractéristiques de la démarche italienne, et de ses conséquences.

L'Italie a fait le choix de l'adoption d'une loi, la loi 180 du 13 mai 1978 qui organise le dépassement de l'hôpital psychiatrique.

Partant du constat d'une souffrance institutionnelle, l'objectif n'était pas de « déshospitaliser » avec le risque d'aboutir à un simple déplacement des malades dans des « petits hôpitaux psychiatriques » mais bien de « désinstitutionnaliser », c'est à dire d'aboutir à une transformation de toutes les compétences professionnelles.

Les deux grandes conséquences de cette loi sont la suppression progressive des hôpitaux psychiatriques, et la diminution d'internement sous contrainte.

Par exemple, à Trieste, l'équipe est composée de psychiatres, d'infirmiers, d'éducateurs et d'opérateurs en réhabilitation psycho- sociale (diplôme accessible à certains ex-patients et à d'autres personnes pas nécessairement déjà diplômées mais qui s'intéressent à la santé mentale).

"Nous estimons nécessaire, pour entrer en communication avec un individu, de ne pas tenir compte de son étiquette sociale. C'est en prenant conscience d'avoir été exclu et rejeté que le malade aura la possibilité de reconquérir sa place perdue"

Franco Basaglia.

Une relation de réciprocité est instaurée entre le soignant et le soigné, en investissant trois principes : l'agressivité, la liberté et le principe communautaire.

- **L'agressivité** est un moyen de communication qui ne peut être exclu, car c'est souvent le seul disponible. Et pour cela, la liberté de s'exprimer est nécessaire ;
- **La liberté** est importante non pas à posséder, mais à conquérir et les soignants doivent laisser libre-cours aux demandes des malades, sans pour autant leur imposer leur propre liberté ;
- **Le principe communautaire**: le soin ne peut se séparer du milieu social, et Franco Basaglia voudrait rendre la folie à sa société et la société à sa folie: "*la souffrance de l'un est la souffrance de tous*". Il est devenu inconcevable d'être inhumain avec quelqu'un pour la seule raison qu'il est malade. Les soignants se mettent alors à donner un statut social aux patients. L'asile devient communauté. Les patients et le personnel soignant se rassemblent en assemblées où chacun a un rôle, un statut social et une personnalité. Cela part de l'idée que le groupe est thérapeutique pour chacun de ses membres.

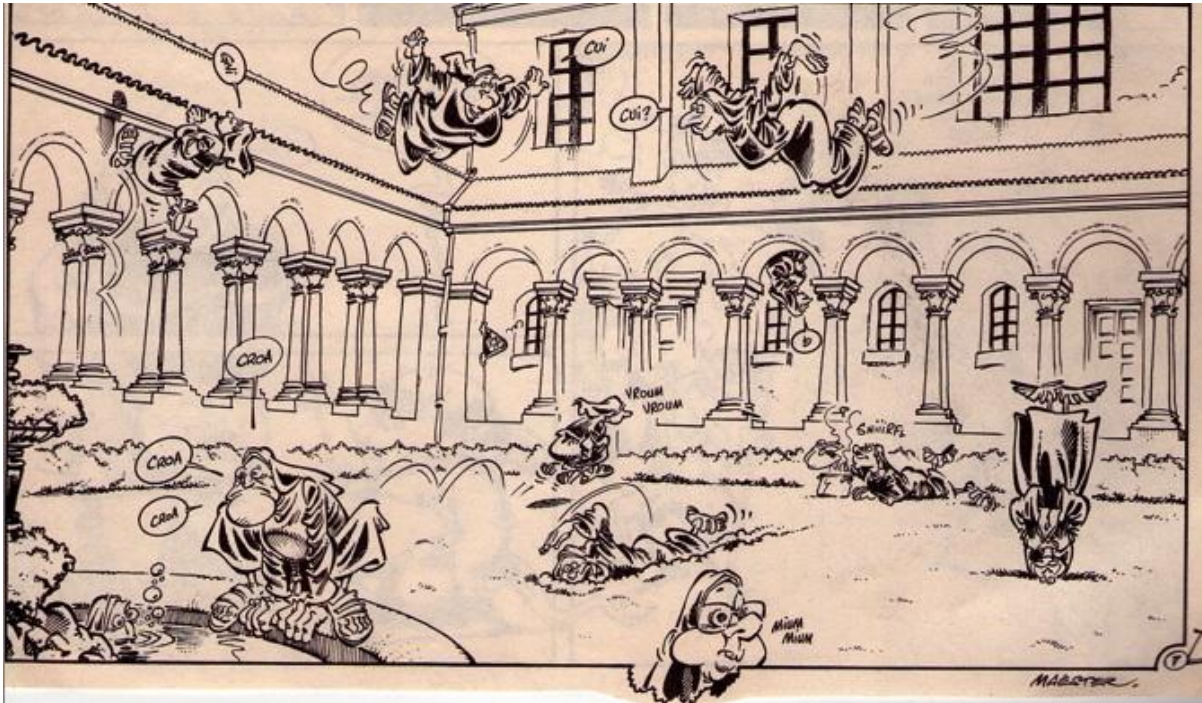
Norme – Identité – Enfermement

On l'a vu, la norme est subjective, ce qui ne veut pas forcément dire qu'elle est dépourvue de sens. Néanmoins, il faut garder à l'esprit qu'à défaut de posséder un caractère d'universalité, les classes que la norme permet de distinguer sont artificielles, privées de leur substance humaine. Elles peuvent contenir des informations statistiques utiles dans différentes approches mais tendent à dépersonnaliser les individus qu'elles regroupent. Ainsi, un ensemble d'individus étiqueté « déviant », parce qu'il est « déviant » d'abord et « personnes » après seulement, sera traité de manière utilitariste (pragmatique et matérialiste).

Par le biais de la norme et des statistiques que celle-ci permet, des problèmes individuels épars forment un problème de masse unique auquel la thérapeutique essaye de répondre au mieux. C'est sans doute de là que l'enfermement trouve sa légitimité dans l'inconscient collectif.

Or, si le choix de la norme est le résultat d'un processus à la fois culturel et d'expertise qui participe à l'étiquetage des personnes « hors-norme », **l'enfermement lui-même contribue à la création de l'identité des « déviants »**.

Vus par la société en tant que tels, les « déviants » vivent leur « déviance » quotidiennement qu'ils soient en prison ou en HP. En fait, l'exclusion des « déviants » de la société ne protège pas tant la société elle-même que son système de normes. Et si la protection d'un système de normes se justifie facilement, notamment lorsqu'on parle des normes légales (c'est-à-dire des lois), l'exclusion et son mode nous semblent discutables.



Afin de laisser des personnalités s'exprimer en abstraction des limites de l'identité et de la norme, nous proposons dans ce livret un florilège de témoignages (issus de numéros de *sans remède*) qui nous l'espérons sauront illustrer aussi bien la subjectivité de la norme que la place laissée à l'individu dans notre société et dans la thérapeutique. Les personnes de ces témoignages ont parfois vécu l'enfermement, parfois non.

« C'était la première fois que je mettais les pieds dans un H.P. Je croyais naïvement que j'arrivais dans un simple hôpital, que ça se passerait " comme d'habitude ". J'ai vécu très violemment cette expérience de témoin consentant de la psychiatrie qui se pratique ici en France en 2009.

Vu la classe sociale et économique de la région, les habitants n'ont plus le choix : aller bosser à l'usine à patate ou à l'usine à fous, qui comporte environ 1200 salariés et 500 lits. Sur le même site sont concentrées les populations déviantes de la région, puisque la psychiatrie fonctionne en secteurs géographiques et que, accolé à l'hosto, il y a un centre pénitentiaire pour mineurs (perspective depuis les fenêtres du secteur des ados).

« Afin que nous nous pliions le plus rapidement et le plus efficacement possible aux traitements qui vont nous être appliqués, afin de nous rendre malléables, afin aussi d'évaluer notre résistance, nous sommes d'emblée soumis à ce que chacun-e jugerait intrusif, une fouille. De cette fouille découle bien entendu un tri, puisqu'au début, en général, on ne nous laisse le droit à rien. Exit le savon, les papiers d'identité, la thune, les vêtements, le téléphone, les clopes, le briquet, en gros tout ce qui est personnel et/ou potentiellement dangereux et/ou ce qui pour des motifs thérapeutiques peut nous être refusé. Et grosso modo, tout ou quasi peut entrer dans l'une de ces catégories au bon vouloir arbitraire du personnel qui procède à la fouille, de son humeur, de la charge de son emploi du temps, de la sévérité du chef de service, de la situation de notre voisine de chambre...

La perte de l'identité se fait aussi par le regard qu'on porte à ces personnes, comment on les juge, comment on les considère, quelle image on leur renvoie, quelle analyse on fait de leur réaction. Cette analyse peut malgré nous rattacher toute la personnalité de l'autre à la maladie qu'on lui connaît. Dans le film *Ste-Anne, hôpital psychiatrique* un dialogue a lieu entre un psychiatrisé qui refusait de retirer ses vêtements civils, et un infirmier intransigeant. Une deuxième infirmière lui dit de laisser tomber, s'ensuit un échange entre les infirmiers finissant par « – On n'en discute pas devant les patients. Tu la trouves agitée, là ? Là elle n'est pas agitée, monsieur, elle est angoissée. » Vous pouvez lire en regard l'analyse des *sans remède*

J'entre. Passage par le service de sécurité qui s'appelle accueil : grilles, caméra, contrôle. **Pas trace du désordre que j'appelle la vie.** Je cherche la différence avec la taule, et je me sens mal à l'aise.

Soir. Tourne en rond dans la chambre pleine de vide de médecin de garde où je suis logée. Me parle seule en vidant des bières. **Je me marre jaune parce que si quelqu'un me voyait, je passerais pour folle.** Doute. Et s'il y avait une caméra ? Après vérification-panique, il n'y en a pas, mais je ne suis pas rassurée de m'être posé la question. Je décide de rester, et ça veut dire que **je vais devoir consentir** à la fermer. Je décide de rester parce que je rencontre des gens, plus du côté des fous, avec qui je me sens bien et qui ont de l'envie, et si certains sont pénibles, au moins ils ne font pas semblant. Et aussi je suis bien payée (48\$ bruts/h), et pour une rmiste, ça compte. »

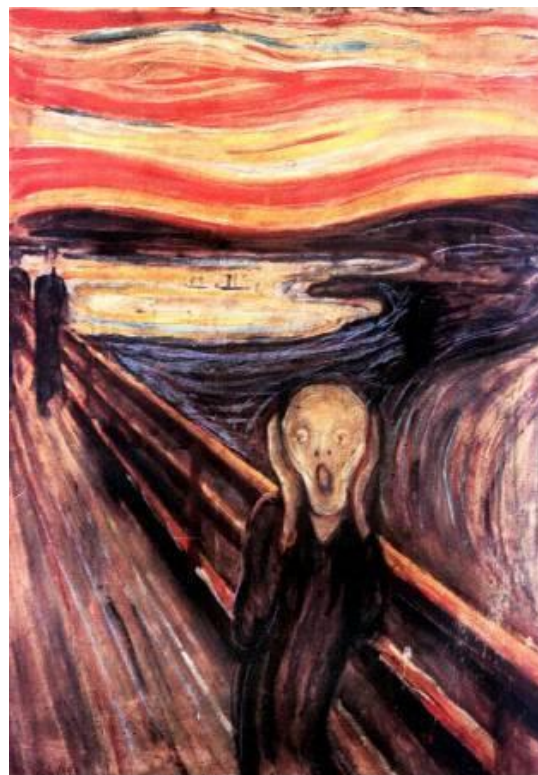
...Cela va du parfum « à cause de la bouteille en verre, on ne sait jamais, vous savez, on est là pour vous protéger » aux photos du petit dernier « parce qu'on est là pour faire une coupure, prendre du temps pour penser à tout cela », sans omettre la tablette de chocolat « parce que vous n'êtes pas toute seule dans le service, il y a ici des personnes qui ont des problèmes, vous savez, enfin ce n'est pas autorisé »... Ça y est, on a commencé à accepter. On s'est laissé piller, on n'a rien vu venir, on n'a même pas pensé à se défendre ou à refuser que le processus de dépersonnalisation est engagé...

Nos vêtements civils sont remplacés par un uniforme bleu de taille approximative, on nous attribue une chambre standard, du savon standard, un lit standard avec des draps standards... »

Il n'est pas non plus permis à un individu hospitalisé d'éprouver des émotions « civiles », telle par exemple que la tristesse. Celle-ci devient de l'angoisse, ou alors une humeur dépressive. La peur elle aussi devient de l'angoisse, et la colère de l'agressivité. Quant à la joie, un trouble de l'humeur ?

Au-delà de la question du soin de l'individu, une raison supplémentaire existe pour supprimer l'identité du patient. L'hôpital psychiatrique est un lieu regroupant diverses déviances. La structure telle qu'elle est conçue majoritairement, tient son équilibre par la dépersonnalisation de chacun des membres. Permettre à certains patients d'exprimer leur identité pourrait mettre en péril la structure, « porter préjudices » aux autres patients selon la thérapie actuelle.

La normalisation porte aussi un avantage de temps de gestion.



« On nous prescrit donc un nouveau mode de vie fait de règles, d'horaires, d'interdictions et de permissions, qui ont aussi pour but de faciliter à l'institution, donc à son personnel, la cohabitation forcée dans un espace clos et restreint de tout un tas de déviances particulières et souvent peu compatibles à l'œil nu : une PDG en "burn out", un vieux bonhomme sans plus trop de famille pour lui débrouiller une maison de retraite moins pire que l'HP, un tueur de chats en attente de passage en justice et un étudiant surmené qui jongle avec la fac, ses trois petits boulots et les voix de tous les prédécesseurs de son studio pourri qui depuis 1893 tiennent tous sans exception à ce qu'il héberge la totalité des pigeons du quartier dans la cage d'escalier... Afin que, aussi différents que nous soyons, si différentes que soient les raisons qui nous ont poussés à entrer à l'HP, nous acceptions de subir notre égalisation, notre réajustement, il faut nier à chaque instant de notre quotidien la possibilité que nous nous déterminions par rapport à nous-mêmes, il faut nous nier toute manifestation de liberté, de préférence, de dégoût, de refus... Les repas par exemple ont lieu à heures fixes et les menus sont imposés, ...

Bref, ils suivent des directives, appliquent des protocoles, s'agitent et il en résulte opinément tout un tas de bénéfices "secondaires" pour l'institution et ceux qui l'incarnent : quand on n'a plus de vêtement civils, ni thunes, prendre la poudre d'escampette sans avis médical devient ardu. Être vêtus de bleu quand les soignants sont vêtus de blanc assoit nettement les rapports de pouvoir en jeu dans les murs de l'hôpital. Et puis une grosse institution comme un hôpital psychiatrique de secteur a des impératifs de gestion qui "justifient" en partie ces pratiques : tous les draps sont de la même taille, tous les uniformes se lavent, se repassent et s'ignifugent dans les mêmes machines, et suivent le même processus d'hygiénisation... »

Tendance en France des dernières décennies

La « folie » sécuritaire qui transparaît dans les précédents témoignages ne peut être dissociée de la situation générale des malades mentaux en France et de l'exclusion dont sont victimes un nombre grandissant d'entre eux. Depuis une vingtaine d'années, les gouvernements successifs ont fermé des dizaines de milliers de lits dans les hôpitaux psychiatriques, au nom – toute honte bue – de la « fin de l'asile », supprimé le diplôme d'infirmier spécialisé, réduit les crédits, sans pour cela créer les structures alternatives à l'hôpital en nombre suffisant.

C'est le constat du Haut Comité pour le logement des personnes défavorisées, dans son neuvième rapport, remis au président de la République en 2003. *« Alors que l'hôpital psychiatrique assurait un hébergement à long terme, y lit-on, il a (...) vu son rôle évoluer vers des séjours dont la durée est limitée à la seule prise en charge de la période de crise aiguë. Or (...) les personnes qui quittent l'hôpital psychiatrique sont toujours des malades, elles nécessitent des soins permanents (...). C'est cette carence qui est à l'origine de la souffrance des familles qui les hébergent, mais aussi de leur forte représentation dans les prisons et parmi les sans-abri (...). C'est également l'efficacité du travail de suivi des équipes des centres médico-psychologiques qui est affectée. »*

Tournant sécuritaire :

« Je comprends parfaitement que le malade est une personne dans toute sa dignité et que sa maladie ne fait que le rendre plus humain encore, qu'un hôpital ne sera jamais une prison. Mais en même temps, des malades en prison, c'est un scandale. Mais des gens dangereux dans la rue, c'est un scandale aussi. Je veux dire les deux choses et qu'on ne vienne pas me dire que c'est un cas de temps en temps. Parce que si c'était nous, un membre de notre famille, on ne dirait pas cela. Donc, il va falloir faire évoluer une partie de l'hôpital psychiatrique pour tenir compte de cette trilogie : la prison, la rue, l'hôpital, et trouvez le bon équilibre et le bon compromis. »
Nicolas Sarkozy, décembre 2008

Ces dernières années, un tournant sécuritaire a été opéré dans la conception de la psychiatrie. D'un côté au niveau des discours, on rapproche les « malades mentaux » de la dangerosité, de la « délinquance ». Les médias de masse font souvent ces parallèles concernant des faits divers, ou insistent sur les « 10000 fugues par an », les agressions, les crimes, ces gens que « *La prison ne sait pas les soigner et l'hôpital ne peut pas les retenir* » (Le Figaro, 2008). Ces discours sont là pour argumenter une présence plus importante du sécuritaire dans la psychiatrie, alors qu'en parallèle les moyens humains y ont été réduits.

Des associations et des mouvements d'opposition se développent en réaction, mais n'arrivent pas à empêcher ce tournant dans les récentes lois.

La loi du 25 février 2008 met en place la rétention de sûreté afin d'empêcher les individus jugés trop dangereux de sortir, et marque la création des premiers Centres Socio-Médico-Judiciaire de Sûreté qui mêle personnel soignant et personnel pénitencier. Pour cela il faut donc faire une cartographie du mental des détenus pour estimer leur dangerosité.

La circulaire de janvier 2010 à destination des préfets précise que les sorties d'essai à l'hôpital ne peuvent être octroyées sur les seules considérations médicales. On constate que les levées de HO (Hospitalisations d'Office) et les demandes de sorties d'essai formulées par les praticiens sont de plus en plus fréquemment refusées par les préfets qui appliquent le principe de précaution, ce qui conduit certains patients à être maintenus à l'hôpital sans raisons médicales.

La loi du 5 juillet 2011 instaurant entre autre « une garde à vue de santé publique », période allant jusqu'à 72h d'observation afin de déterminer « *le mode de prise en charge le plus adapté* ». Elle simplifie les hospitalisations sans consentement, en supprimant l'exigence du deuxième certificat médical (et potentiellement celui d'origine extérieur à l'institution d'accueil) de l'hospitalisation par un tiers, et en permettant au préfet d'avoir recours à une hospitalisation sous contrainte sans pour autant que la personne « cause un trouble grave à l'ordre public ». Elle rajoute aussi l'intervention du Juge des Libertés et de la Détention pour maintenir une hospitalisation sous contrainte au-delà de 15 jours et augmente le nombre de certificats médicaux. La loi prévoit la création d'un collège de soignants chargé de fournir au préfet un avis sur la levée éventuelle de l'internement des "patients" en HO à la suite d'une décision d'irresponsabilité pénale ainsi que ceux qui ont été placés en unité pour malades difficiles (UMD). En plus de l'avis du collège, deux psychiatres, choisis par le préfet ou sur une liste d'experts, doivent émettre des avis concordants.

Cette modification de la conception de la psychiatrie entraîne des conséquences directes. **Les hospitalisations sous contraintes ont augmenté de 50% entre 2006 et 2011 et ont doublé en 20 ans. On atteint en 2011 63 345 hospitalisations sous la demande d'un tiers et 14 967 hospitalisations sous la demande d'un maire ou d'un préfet.** On augmente le nombre de places en UMD, le nombre de chambres d'isolement, on veut s'opposer aux fugues, on conçoit donc les établissements psychiatriques pour empêcher les individus de s'enfuir : mise en place de sas d'entrée, de caméras, de système de géolocalisation des psychiatisés, de protocoles de neutralisation physique, de grillages...

« Depuis 1987, l'unité d'hospitalisation est ouverte toute la journée et fermée la nuit. Pendant très longtemps, les isolements en chambre sont restés exceptionnels. Ces dernières années, ils se sont multipliés. Ils se déroulent dans des chambres banalisées. Le nombre de patients mis en isolement a augmenté, de même que la moyenne par patient des jours d'isolement. Ce phénomène se retrouve dans tous les services de notre hôpital. »

Charles Alezrah, psychiatre au centre hospitalier de Thuir

Les ateliers aux Assises



L'hospitalisation
sous contrainte...
Des questions ?

Un jeu de
l'oie géant ! Et
vous serez les
oies !



Une ISP de rue en intérieur, mais vous êtes fous !

Conclusion

Bien conscients qu'un sujet sur la psychiatrie avait déjà été préparé aux Assises 2011 du GENEPI, nous avons tenté d'approcher le sujet différemment. Et si certaines problématiques soulevées il y a trois ans sont encore pertinentes aujourd'hui, nous pensons que le GENEPI peut (doit ?) aller plus profond dans sa réflexion et ses positionnements grâce aux Assises 2014. La psychiatrie en prison et la notion d'enfermement sont nos portes d'entrée sur cette réflexion mais cette-dernière ne doit pas pour autant se limiter au cadre carcéral, au risque de rendre incohérent le discours du GENEPI.

Actuellement, le terme de « dangerosité » est, au GENEPI, facilement associé à la rétention de sureté et de manière générale aux mesures visant à prévenir les actes criminels sur la base d'une potentialité. On lit en effet dans les Adages : « la lutte contre la dangerosité a un coût en termes de réduction des libertés individuelles. Le GENEPI s'inquiète donc de la prise en compte de l'idée de dangerosité dans le champ pénal. Le juge doit juger des actes et non des potentialités. » Mais pourquoi cantonner la critique au champ pénal ? En fait, considérant que la criminalité est moins élevée dans la population dite « normale » que dans celle dite « malade mentale », on pourrait même redéfinir le concept de dangerosité non pas comme la potentialité de mettre des personnes en danger mais des normes.

Par la rigueur de ses normes, la société étend le concept de dangerosité et l'amalgame à la définition qu'en font les médias. Les inadaptés, les marginaux, les malades remettent trop en cause l'ordre économique et social établi (au même titre que les personnes sous main de justice) pour être laissés libre et considérés humainement. C'est la valeur humaine de la folie qu'on occulte en s'interdisant une zone de flou entre normalité et folie ou entre normalité et dangerosité.

On met en annexes, quelques éléments trouvés sur la psychiatrie dans les adages du GENEPI. Nous n'avons pas inventé le feu, beaucoup d'idées ont déjà été abordées, nous pensons cependant qu'il y a des manques et certains écrits nous semblent porter des contradictions. Nous vous encourageons à consulter ce qui a été écrit par le passé pour vous faire votre propre opinion. Nous espérons que ces assises pourront soulever de nombreuses questions.

Annexe : ADAGES du GENEPI

[...] Cela ne sera amélioré que si la prison cesse « d'accueillir » des personnes relevant des hôpitaux psychiatriques, si les moyens donnés aux Service Medico Psychiatriques Régionaux (SMPR) sont renforcés et si la surpopulation carcérale est, sinon supprimée, au moins largement diminuée »

[Avis du secrétariat national du GENEPI de décembre 1998, adages du GENEPI]

le GENEPI, comme la grande majorité des acteurs du champ pénal et psychiatrique* , souhaite une réelle séparation entre ces deux domaines. On ne soigne pas en punissant, on ne punit pas en soignant [...]

-Observe que la lutte contre la dangerosité a un coût en termes de réduction des libertés individuelles. Le GENEPI s'inquiète donc de la prise en compte de l'idée de dangerosité dans le champ pénal. Le juge doit juger des actes et non des potentialités.

-S'alarme de la confusion entre criminalité, dangerosité et maladie mentale.

- demande que l'irresponsabilité pénale pour abolition du discernement de l'article 122 - 1 du Code Pénal soit effectivement prononcée par les juridictions et ne soit pas écartée aux motifs de dangerosité de la personne ou de défaillance du secteur psychiatrique. L'article 122 - 1 doit être précisé afin que l'altération du discernement entraîne une atténuation de la responsabilité et des sanctions moins lourdes.

- demande que la loi sur la suspension de peine pour raison médicale du 4 mars 2002 puisse également s'appliquer quand l'état de santé mentale de la personne est « durablement incompatible avec le maintien en détention ».

- s'oppose au projet de construction d'Unités Hospitalières Spécialement Aménagées (UHSA). Ces hôpitaux prisons ne répondent pas aux besoins réels du secteur psychiatrique concernant l'accueil des malades difficiles et entretiendront la sur - pénalisation des personnes souffrant de troubles mentaux.

[Du danger de l'utilisation politique de l'idée de dangerosité, Assises de 2007, Rennes]

Les conditions de détention doivent permettre à chaque individu de mettre à profit le temps de son incarcération. L'organisation matérielle du cadre de vie est l'un des facteurs qui peuvent le favoriser. C'est pourquoi il est nécessaire de tenir compte des personnes souffrant de troubles somatiques et psychiatriques, en créant des structures mieux adaptées à leur prise en charge.

[Assises de 2002, Grenoble Le sens de la peine : longues peines et réinsertion]

On peut également pointer l'état préoccupant de la santé mentale en prison. La fermeture d'un nombre important de places en psychiatrie ainsi que la forte diminution de l'utilisation de la notion d'altération du discernement ont abouti à une surreprésentation des personnes atteintes de troubles psychiques en détention. [...]

-permettre une meilleure mise en œuvre des Hospitalisations d'office (HO) notamment en permettant les extractions souvent freinées par le manque de personnel.

[Avis du conseil d'administration de l'année universitaire 2008-2009 Suicides* en prison : préconisations du GENEPI]

L'amélioration croissante des connaissances scientifiques, en particulier dans le domaine de la médecine ou de la psychiatrie, ne doit pas faire oublier qu'une part (parfois conséquente) d'incertitude demeure et que les experts n'ont à se prononcer que sur des questions précises de faits et ne doivent pas à eux seuls déterminer la culpabilité ou la peine finale. [...] Le GENEPI s'inquiète de l'influence croissante des experts (notamment en psychiatrie) sur les audiences et sur l'opinion publique via les médias. Le GENEPI condamne cette importance déjà excessive et croissante des experts psychiatre dans des audiences telles que celles visant à déterminer si le sujet doit être placé en centre médico - socio - judiciaire de protection sociale. En effet, bien que cette mesure n'ait encore jamais été appliquée, on voit mal comment un juge pourrait faire autrement qu'entériner la décision du ou des collègues d'experts ayant examiné la „„ dangerosité * "" d'une personne. L'absence de débats contradictoires risque fortement de transformer le jugement* en enregistrement juridique de conclusions d'expertises.

[Assises de 2008, Clermont-Ferrand L'équilibre du procès* pénal : réflexion sur la fonction de juger et la fonction de punir* Cette position a été adoptée lors de l'Assemblée générale du 14-15 juin 2008]

Le fait que la « prévention de la récidive » soit couramment associée à l'idée de suivi psychologique voire psychiatrique, par l'intermédiaire de la notion de « dangerosité », pourrait signifier le glissement d'une obligation d'activité à une obligation de soin qui se trouverait du même coup intégrée au parcours d'exécution de peine, portant ainsi gravement atteinte à la déontologie médicale.

[Position du GENEPI sur l'obligation d'activité introduite à l'article 27 de la loi du 24 novembre 2009 : une solution dangereuse à un vrai problème]

Bibliographie :

- Contrôleur général des lieux de privation de liberté, Avis du 17 janvier 2013 relatif aux séjours injustifiés en unités pour malades difficiles J-M Delarue
 - <http://groupeinfoasiles.org/> Groupe Information Asile
 - Collectif des 39
 - Sans Remède : <http://sansremede.fr/> (1, 2, 3 et 4) des journaux alimentés par des vécus et des points de vue sur le système psychiatrique. Les textes rassemblés ici proviennent de différentes confrontations au pouvoir psy : “ visiteur ”, “ interné ”, “ intervenant ”.
 - Infokiosque : dictionnaire antipsychiatrique, Giuseppe Bucalo, disponible ici : http://www.infokiosques.net/lire.php?id_article=157
 - "La folie", extrait d'un texte de M. Roland Jaccard présenté pour le site "Psychiatrie Infirmière": psychiatriinfirmiere.free.fr/
 - Mario Colucci et Pierangelo Di Vittorio, « Le 68 de la psychiatrie italienne: l'effet Basaglia », Cahiers d'histoire. Revue d'histoire critique 2009
- Articles du monde diplomatique :
- Florissant marché des « désordres psychologiques » La bible américaine de la santé mentale, par **Gérard Pommier**, décembre 2011, sur les DSM
 - Une psychiatrie dévoyée par l'industrie pharmaceutique Florissant marché des « désordres psychologiques » par Olivier Appaix, décembre 2011
 - Traitement sécuritaire de la folie par Patrick Coupechoux, décembre 2009
 - Et même la folie a cessé d'être innocente Par Patrick Coupechoux, 2006
 - Moins cher que l'hôpital, la prison Juillet 2006 Virginie Jourdan

- Intervention orale de Mme Huguet, mars 1986. Écrit, complété par Mr Dominique Giffard pour le site "Psychiatrie Infirmière" :
DESALIENISME ITALIEN
- Divers documents OIP
- Une perception paradoxale des phénomènes de violences, Charles Alezrah psychiatre du CH de Thuir
- Les inquiétantes failles de l'hospitalisation d'office, Le figaro Par Laurence de Charette 03/04/2008
- Libération : Psychiatrie : «Un bond des hospitalisations sous contrainte» Eric FAVEREAU 2 juin 2013
- Soigner ou discipliner par Tristan Garcia-Fons, janvier 2013
- PROMOTION D'UN SOIN RELATIONNEL INFIRMIER EN PSYCHIATRIE revue Perspectives Psy" - Décembre 2010 - Mr Dominique Giffard, Infirmier de Secteur Psychiatrique.
- Déclaration de M. Nicolas Sarkozy, Président de la République, sur la réforme de l'hôpital psychiatrique, notamment la prise en charge des patients à risque, à Antony le 2 décembre 2008.
- PRISE EN CHARGE DES PERSONNES DÉTENUES HOSPITALISÉES D'OFFICE, Analyse et proposition pour une organisation des soins psychiatriques dans le département des Bouches du Rhône, Dr Anne Brusquet, Médecin inspecteur des services publics, juin 2001
- Les hôpitaux psychiatriques pointés du doigt, L'Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS) qui est un service interministériel demandant plus de sécuritaire dans la psychiatrie.
- La carcéralisation des établissements de soin psychiatrique, livret assises GENEPI 2011