

C. E. D. E. P.
Comité Européen : Droit, Ethique et Psychiatrie

Claude LOUZOUN
Président

Bruno GRAVIER
Secrétaire

Paul ARTEEL
Trésorier

ACTES (1)

XV^{ème} séminaire

Psychiatrie : déclin, tournant et rebonds

PARIS
3, 4 et 5 juin 2006

Paul ARTEEL / Nanda
ARVAY / Sophie BARON
LAFORET / Pascale BEAU /
Maurice BERAU / Laure
BERGERON / Chantal
BERNARD / Christiane
BONTEMPS / Paul
BRETECHER / Charles
BURQUEL / Alain
CHABERT / Frank
CHAUMON / Mario
COLUCCI / Claude
DEUTSCH / Pierangelo
DIVITTORIO / Bernard
DORAY / Martine DUTOIT
SOLA / Claire GEKIERE /
Hélène FRANCO / Bruno
GRAVIER / Chris
HEGINBOTHAM / Serge
KLOPP / Ulrich KOBBE /
Nicole KOEHLIN / Franz
KOENRAADT / Pénélope
KOMITES / Annick KOUBA
/ Teresa KRUMENACHER /
Christian LAVAL / Jean-
Pierre LEGENDRE /
Claude LOUZOUN / Anne
LOVELL / Jean Pierre
MARTIN / Eric MESSENS /
Thierry NAJMAN /
Catherine NOURRY /
Pierre PARESIS / C. M.
PERRODIN / Dimitri
PLOUMPIDIS / Philippe
RAPPARD / Anne RAUZY /
Jean-Pierre RESTELLINI /
Pauline RHENTER / Alicia
ROIG SALAS / Ana Isabel
ROMERO / Sophie SIRERE
/ Bogdana TUDORACHE /
Erich WULFF

Sommaire

* CEDEP : présentation	p. 6
* En guise de préliminaires politiques Claude Louzoun	p. 7
La psychiatrie comme enjeu social	
* De l'institutionnel au contractuel : Psychiatrie publique et politiques de santé mentale en France (1945 – 2003) Pauline Rhenter	p. 11
* De l'hégémonie des modèles au pré-totalitarisme, la psychiatrie du XXI ^e siècle, paradigme des « sombres temps actuels » Alain Chabert	p. 23
* Anne Lovell	(p.41)
Soigner en prison, punir à l'hôpital ?	
* Questions éthiques et cliniques posées par l'adoption de l'initiative sur l'internement à vie des délinquants particulièrement dangereux par le peuple suisse Bruno Gravier, René Raggenbass, Jacques Gasser	p. 43
* Punir n'est pas guérir : Justice et médecine à l'épreuve du sécuritaire Hélène Franco	p. 49
* La politique sécuritaire et les droits de l'homme dans les institutions psychiatrico - juridiques en Allemagne Erich Wulff	p. 53
* Sécurité, Traitement & le Vide de l'Évidence concernant la pataphysique des mesures d'internement, de traitement et de sécurité allemandes. Ulrich Kobbe	p. 55
* La dangerosité sociale selon la loi italienne Pierangelo Divittorio	p. 61
* Mentally Disordered Offenders and the operation of mental health legislation in England and Wales Chris Heginbotham	p. (63)
* Franz Koenraadt	p. (65)
* AportaciÒn al curso la respuesta judicial ante la enfermedad mental Onesimo Gonzales	p. 67
* Dites-moi, docteur, l'hospitalisation sans consentement est - elle toujours en aussi bonne forme ?... Philippe BERNARDET	p. 75

*
Alicia Roig Salas (p. 103)

Eric MESSENS
Le judiciaire et le thérapeutique : Quelles articulations ? A propos d'une recherche belge

Professionnels de la psychiatrie, travailleurs sociaux, nouveaux opérateurs de santé mentale, usagers : lecture des places et modélisations du système psychiatrique

* Santé mentale : les professionnels de l'indétermination
Christian Laval p. 107

* De l'enthousiasme comme vertu naïve et curative
Anne Rauzy p. 1

* Vers une démedicalisation de la chronicité :
Un homme doit rester un homme
Albert Jakubowicz p. 117

* La formation des personnes ressources pour les usagers
des Groupes d'Entraide Mutuelle
Martine Dutoit Sola p. 123

* Discussion
Claire Gékière p.125

Clinique, soin, institution : poser les termes d'une *alter-clinique*

* Constructions cliniques de la désinstitutionalisation en Grèce.
Dimitri Ploumpidis (p. 127)

* La clinique comme pratique sociale
Jean-Pierre Martin (p. 129)

* Dispositif aliéniste / Dispositifs de la psychiatrie contemporaine :
De l'envers ou du même ?
Paul Brétécher (p.131)

* Penser les enjeux de la notion de handicap psychique :
quelques pistes de réflexion.
Pauline Rhenter p. 133

* Le soin à l'épreuve du sécuritaire
Chantal Bernard (Serpsy) p. 137

TABLE RONDE finale

Synthèse générale
Bruno Gravier (p. 145)

* Poste face
Claude Louzoun p. 157

C. E. D. E. P. : PRESENTATION

Avec son prochain séminaire, le CEDEP tient à réaffirmer sa raison et ses objectifs. Malgré les clivages, les tensions, voire les dissensions, le CEDEP s'affiche comme lieu de rassemblement et de confrontation, de débats et de diatribes, mais fondamentalement comme espace de dialogue et de renforcement mutuel. L'éthique de conviction qui préside à nos échanges et élaborations n'est pas réhivatoire de l'éthique de responsabilité qui guide chacun de nos amis dans sa pratique. Ce n'est pas parce que nous dénonçons les pouvoirs dominants quand ils s'adjuent ou se prévalent des « bonnes pratiques » — en les organisant de manière managériale et réductionniste, en les normalisant, en les protocolarisant— qu'il s'agit de ne pas reconnaître, dans leur contexte et leurs avancées, les « bonnes pratiques » des uns et des autres, qui sont elles à promouvoir.

Qui sommes nous ?

Des praticiens de terrain de la psychiatrie, du travail social, de la justice, de la sociologie, ..., des acteurs de la santé mentale (syndicalistes, militants associatifs, usagers organisés, porteurs d'expériences et de luttes, ...) qui sont issus des mouvements de transformations de la psychiatrie et de la santé comme des mouvements de lutte pour les droits, des personnes et ONG qui se reconnaissent, par leur histoire et leur action, dans leur sensibilité et leur vouloir.

Pour quoi luttons nous ?

Pour trouver, développer, maintenir une culture commune, au plan européen, entre protagonistes du Droit et des droits, de la psychiatrie et de la santé mentale, de l'éthique pour des avancées significatives de progrès..

Pour contribuer à résister à la donne managériale et scientifique qui a cours en Europe, en maintenant des liens par delà les frontières, en recherchant les synergies malgré les différentiels de réalités, de rapports de force, de culture, de positionnement.

Pour acter et transmettre —d'où notre politique éditoriale comme de participation à des recherches action— une formidable histoire d'une transformation radicale (encore à l'oeuvre) du mode de rapport à l'altérité, à la différence, à l'intégration, ...

Pour faire valoir une éthique qui ne se satisfait pas des textes et déclarations essentialistes, mais soit une vigilance politique toujours critique, un regard d'interpellation qui se refuse au « consensus mou », une axiomatique d'un fonctionnement à la *polis*.

Après une telle présentation, le programme du XV^{ème} séminaire annuel du CEDEP se conçoit facilement. Ses thèmes ont été déclinés dans une actualité européenne faite de contrastes et de dangers. Ses intervenants et animateurs ont tout à fait répondu aux attentes de qualité des apports, de diversité des éclairages et de mises en débat. Le CEDEP a ainsi renoué avec son éthique de la discussion —dont la première règle est d'écouter l'autre, l'autre partie, de donner et de demander le meilleur argument/développement— avec son espace politique transversal, collectif, pluriel et européen, avec son affirmation de contestation et de résistance.

Claude LOUZOUN

Quelques notes et remarques de configuration de ce séminaire en guise de préliminaires politiques.

La crise de la psychiatrie, en tant que science comme en tant qu'institution, n'est pas d'aujourd'hui. En la faisant remonter à la deuxième guerre mondiale, nous figurons les formidables mouvements désaliéniste, de désinstitutionnalisation, de dépassement de l'hôpital psychiatrique. Nous n'avons pas finalisé ces mouvements —à l'époque, voulus et vécus comme antagoniques— et, en particulier, Anne Lovell et Pauline Rhenter auront la lourde tâche d'y faire retour et de nous obliger à accepter d'en tirer collectivement ce qui peut encore servir de socle commun et de culture politique et professionnelle. En tout cas, notre conviction demeure que c'est là que nous (re)trouverons nos fondamentaux idéologiques, politiques et éthiques. Simple rappel rapide : l'alternative à la psychiatrie ou l'alternative *en* psychiatrie se sont déclinées en psychiatrie sociale, psychiatrie communautaire, psychiatrie de secteur, psychiatrie démocratique ; accompagnées de pratiques de mise entre parenthèse phénoménologique de la maladie mentale et de dépassement de l'hôpital psychiatrique, ou de psychothérapie institutionnelle et d'outillage psychanalytique, ou de mouvement de désinstitutionnalisation et de réhabilitation psychosociale ; d'autres ont trouvé la réponse dans la santé mentale. C'est pour cela que nous ne pouvons nous contenter (ni même accepter) une simple défense de LA psychiatrie. Il nous faut rester dans ce process et toujours et encore le réactiver. Pourquoi et comment ?

Le frayage nouveau, que nous impose la nouvelle donne de la politique néolibérale, à élaborer ensemble appelle préalablement que nous partagions la même analyse d'une évolution dont le quotidien invite trop souvent à une réaction catastrophique.

Le **déclin de la psychiatrie** ne signe pas sa disparition. C'est évident en ce qui concerne l'ordre public et la sécurité des personnes. L'hôpital psychiatrique a été fort mis à mal (par les lois de réforme et par les politiques sanitaires), mais n'a pas disparu ; plus, il demeure pour nombre de psychiatres LE lieu de soin. Certains domaines lui sont retirés (le handicap mental, l'autisme, les « chroniques stabilisés », ...), et pourtant la psychiatrie est convoquée partout où il est question de gestion des risques. Nous ne pourrions être exhaustifs ; nous oublierons sûrement certains de ces segments.

Commençons par la (re)**médicalisation de la psychiatrie**. Avec la volonté d'inclusion du malade mental s'est développée la logique du malade mentale à traiter comme un malade comme les autres et donc à soigner dans les mêmes lieux que les autres. Les

En guise d'entractes, quelques citations en appui ou en provocation, c'est selon :

« Loin que la folie soit la faille contingente des fragilités de son organisme, elle est la virtualité permanente d'une faille ouverte dans son essence. Loin qu'elle soit pour la liberté une insulte (comme Ey l'énonce) elle est sa plus fidèle compagne, elle suit son mouvement comme une ombre. Et l'être de l'homme non seulement ne peut être compris sans la folie, mais il ne serait pas l'être de l'homme, s'il ne portait en soi la folie comme limite de sa liberté. » Jacques Lacan (in Maud Mannoni, « Enfance aliéné », 1967) s'opposait à Henri Ey pour qui La folie est une pathologie de la liberté.

« La liberté est thérapeutique » (Murs de l'hôpital psychiatrique de Trieste, 1975).

Tbérapeutiquement, tout le travail consistera par quelque moyen que ce soit à lui [le schizophrène] restituer l'usage de sa fonction imaginaire, à le faire accéder à quelque identification par nature imaginaire, autrement dit, de lui donner un "moi". (Serge Leclair, A la recherche des principes d'une psychothérapie des psychoses, 1958).

« Il est bien certain que notre justification comme notre devoir est d'améliorer la position du sujet. » (Jacques Lacan, L'angoisse, séminaire X, Le seuil, 2004).

réformes radicales comme celle phare de l'Italie, et celle moins connue de l'Espagne, installent la psychiatrie hospitalière à l'hôpital général. Dans de nombreux autres pays européens, un pourcentage significatif de lits psychiatriques se trouve à l'hôpital général. Cela participe de la généralisation du raccourcissement des durées d'hospitalisation. Cela signe aussi une conception du traitement psychiatrique en milieu hospitalier temps plein comme ayant trait à l'acuité et à l'urgence (sans négliger le placement involontaire). Outre la question de la continuité des soins, s'adjoint celle de la dissociation entre le malade mental ou personne présentant des troubles psychiques (à symptomatologie aiguë ou active) et le handicapé (cela peut être la même personne à des moments différents) désormais (en tout cas en France) labellisé : psychique. Il nous faut absolument étudier cette notion statutaire dans ses conséquences pour l'usager, pour le public, mais aussi pour la psychiatrie et ... la santé mentale.

On entre aussi par ce biais dans **l'opposition paradoxale Psychiatrie / Santé mentale** qui soulève tant de crispations identitaires et de défensisme des professionnels. Elle serait à travailler selon divers axes : 1° Que dire d'une équation : Psychiatrie = soin / santé mentale = santé publique ? 2° Que vaut le modèle d'intégration sociale : statut et droits de handicapé + neuroleptiques et traitement communautaire (obligatoire ?) + tutelle aux biens et à la personne + habitat et travail protégés ? Il importe que la problématique de la réhabilitation psychosociale, fondamentale dans les procès d'intégration sociale des psychiatisés et handicapés, se démarque dans son action comme dans ses missions de la gestion de populations cibles ou du contrôle social, pour se confirmer comme soin et droit appliqué. 3° La santé mentale est-ce la balance : santé obligatoire ou exclusion ? Est-ce le maillage expertal et d'intervention pour tous les dispositifs ayant à répondre des conduites folles et antisociales, des comportements violents, des situations de souffrance sociale ?

Nous aborderons donc **l'expertise psychiatrique et ses extensions**. Classiquement, la psychiatrie a une mission d'expertise du côté du pénal : l'établissement de la responsabilité pénale. Il est d'intérêt d'analyser ce qui conduit des psychiatres à donner tant, ces dernières années, dans la responsabilité atténuée d'une part, à accepter ensuite de traiter les « intraitables », les « incasables » ; plus encore, de s'adouer à la prévention précoce de la délinquance ou des récidives. Au mandat d'expert au pénal constitutionnel de la psychiatrie, celle-ci ne cesse de développer sa relation de service face autant à la dangerosité sociale et à la gestion des risques que dans l'expertise d'ayant droit. Le diagnostic psychiatrique est déjà une expertise puisque pour être un « malade mental », ou une personne à interner, il faut un (parfois, 2) psychiatre(s). Mais aussi, quand un patient en placement involontaire fait recours, porte réclamation ou plainte, il faut bien souvent l'avis expertal d'un psychiatre pour éclairer l'instance de recours. Il y a les domaines de la protection de l'enfance et de la justice au civil, les domaines assurantiels, etc. Le savoir spécialisé du psychiatre (des « psy » en général) est instituant du statut de personnes comme de leur traitement, de manière

La psychiatrie doit être faite / dé faite par tous (Roger Gentis, pas bien loin après Mai 68, éditions François Maspéro).

Notre ami Albert Jakubowicz propose de changer « poésie » en « psychiatrie » dans cette belle citation de René Char : « *La poésie est pourrie d'épileurs de chenilles, de ritourneurs d'échos, de laitiers caressants, de minandiers fourbus, de visages qui trafiquent du sacré, l'acteur de fétides métaphores etc ... Il serait sain d'incinérer sans retard ces artistes. (...) Les boueurs de poésie sont en général privés du sentiment de la poésie ; inaptés à percer les voies de son action. Il faut être l'homme de la pluie et l'enfant du beau temps.* »

Le totalitarisme ne tend pas à soumettre les hommes à des règles despotiques, mais à un système dans lequel les hommes sont superflus (Hannah Arendt, *Les origines du totalitarisme*).

Le marxisme est un criticisme réussi qui empêche de rêver au prince charmant. (Michel Serre, cité par Georges Canguilhem, in *Idéologie et rationalité dans l'histoire des sciences de la vie*, Librairie philosophique J. Vrin)

extensive, mais aussi avec d'autres professionnels. Beaucoup de questions se nichent là, mais nous proposons d'aller explorer du côté de la santé mentale, ce qu'il

en est de la « psychologie collective » dans les effets de masse de la souffrance psychique, ce qu'il en est de la relation de service aux travailleurs sociaux et autres intervenants confrontés aux populations paupérisées et en souffrance, du projet à l'œuvre dans ces espaces de coopération interprofessionnelle.

De ces extensions de ses missions, que devient la profession de psychiatre ? Que sont les métiers (anciens et nouveaux) de la psychiatrie et de la santé mentale ? Quelles **professionnalités** ressortissent des pratiques actuelles, en particulier de *nos* pratiques ? La crise majeure de la psychiatrie l'a installée à **un tournant**. Outre, les domaines déjà énoncés ou sous entendus, sa légitimité en tant que profession(s) a du passer par la redéfinition des savoirs et des classifications. Science carrefour, la psychiatrie est toujours une discipline intrinsèquement reliée au contexte socio-politique. Il y a bien sûr la marchandisation de la psychiatrie et de la santé mentale. Y participe aussi leur cloisonnement en niches écologiques dans le cadre du développement massif de la psychologisation de la société et du contrôle social. Ce tournant qui établit **des psychiatries** est dans le processus de reconstruction de légitimité.

Il y a alors à explorer du côté des politiques à l'œuvre autant que des professionnalités et de la clinique.

Toute l'Europe est dominée par le discours managérial qui veut imposer une modélisation de professionnalisation, donnant lieu alors à une conflictualité ouverte par rapport aux identités professionnelles, aux missions sociétales, aux objectifs politiques autant qu'au sens des conduites professionnelles en place. Le néo-libéralisme a produit le paradigme idéologico-pratique du modernisme organisationnel avec la culture de l'évaluation, d'accréditation, de réduction des coûts, d'obligation de résultats (en lieu et place de l'obligation de moyens), de rhétorique entrepreneuriale, de censure du débat sur les politiques publiques comme sur les valeurs et spécificités professionnelles. Cette maladie organisationnelle dont est atteinte l'administration publique (passée en quelque sorte de l'idéologie bureaucratique à l'idéologie entrepreneuriale, à l'image des pays de l'ex « bloc soviétique ») est bien dans la politique d'imposition d'un nouvel ordre normatif de l'action publique. Elle touche également, outre la santé, l'éducation, la formation, le travail social.

Il nous a paru essentiel d'étudier alors ce que deviennent les professionnalités à l'œuvre dans les champs de la psychiatrie et de la santé mentale (de nombreuses questions là ! En vrac : défense identitaire ; devenir des identités de métier ou de profession ; nouveaux métiers et/ou compétences transversales ; place expertale ; cultures professionnelles instrumentalisées ou en danger ou en remaniements ; éthique du rapport aux usagers ; ...).

L'incidente est grande contre ce qui pourrait s'avérer *un hygiénisme post moderne*, voire un *eugénisme néo-libéral* (à étudier plus avant, là encore) : crispations identitaires, soumission professionnelle ou résistance et pratiques d'imposition de savoirs et de savoir-faire spécifiques et divers acquis au long de décades de transformation de la psychiatrie, mais encadrés par la promotion d'idéaux, d'une éthique supérieure aux déterminants de classe.

Ce texte se veut ni
exhaustif, ni
définitif, mais
seulement
d'ouverture !

Dans la déliquescence de la science psychiatrique, dans les attaques assassines contre l'institution, les traitements et les pratiques psychiatriques, dans la massification de la sphère « psy » introduisant la psychiatrie comme n'ayant qu'une autonomie relative face aux savoirs et techniques de la psychanalyse, de la multitude des thérapies nouvelles, des neurosciences et de la génétique, la psychiatrie a été remise en cause dans son existence en tant que profession.

Il fallut donc que la psychiatrie, en premier lieu la nord-américaine, se reconstitue une clinique spécifique, efficace, efficiente, scientifique, athéorique, d'où le DSM III (puis DSM III R, puis DSM IV, bientôt DSM V),

Et ainsi l'accolage à l'EBM (Evidence Based Medicine) qui vient épauler « scientifiquement » la logique managériale dans la santé.

Nous avons, lors du séminaire 2005 en Eubée, fait une tentative d'aborder la question, non pas l'analyse (partagée) mais le positionnement par rapport à une politique déjà consacrée dans de nombreux pays européens, mais aussi en France avec le plan « Hôpital 2007 ». Ce fut crispé et crispant, passionné et passionnel, en impasse. Nous persistons à ce qu'un livre sorte de cette confrontation, qui se voulait à la fois éthique et responsable, qui a donné lieu à débat contradictoire difficile et réel, diversement assumé politiquement. Nous proposons cependant de mettre entre parenthèses ce sujet à ce séminaire 2006.

Nous proposons de revenir et mettre en valeur la clinique issue de nos pratiques : Celle de l'accueil et de l'urgence sur le territoire ; celle de la réhabilitation psychosociale ; celle du traitement de la demande sociale, de l'intervention en réseau ; celle du risque de l'usager et du thérapeute comme sujets. C'est là où nous trouverons sens et valeurs d'une *alter* clinique à construire par delà le réel impossible que nous avons à vivre aussi bien en tant que travailleur qu'usager.

Paris, le 1^{er} mai 2006

Session : La psychiatrie comme enjeu social

Pauline Rhenter

De l'institutionnel au contractuel : psychiatrie publique et politiques de santé mentale en France (1945-2003)

Depuis sa naissance, la psychiatrie moderne a cherché à insérer son discours dans la compréhension globale de l'ordre social, de propositions politiques et même d'une culture. Son souci explicite d'interroger le degré d'universalité de ses normes à partir du problème spécifique de la maladie mentale, et sa conception d'un espace public comme celui à partir duquel doivent être pensées la pertinence et la légitimité d'une pratique soignante, nous ont interpellées. C'est donc sur les pratiques psychiatriques, pratique du savoir et pratique du social, en leur point de jonction souvent cristallisé autour de questions d'ordre juridique, que notre attention s'est portée.

Notre volonté de questionner le rapport entre un savoir, un droit et une culture exige de relier une sociologie des groupes professionnels, une sociologie politique et une sociologie juridique. Observer la réception dans les pratiques psychiatriques d'un nouveau modèle juridico-politique nous aide à qualifier ce modèle ; scruter l'exigence faite au droit par les psychiatres du monde public nous renseigne sur les traits d'une culture professionnelle spécifique ; examiner une culture professionnelle nous indique un rapport singulier au savoir qu'elle convoque.

LA CONSTRUCTION D'UNE CULTURE PSYCHIATRIQUE DE SECTEUR : L'EXIGENCE INSTITUTIONNELLE DE LA JURIDICITE

Il est possible de parler d'une *dialectique* entre le droit et la psychiatrie, dont on peut retracer les étapes historiques. Ce retour sur le passé permet d'affirmer que l'identité psychiatrique dite de « secteur », telle qu'elle s'élabore depuis l'après-guerre, s'est structurée à partir d'une exigence institutionnelle de juridicité.

D'un droit d'exception à un droit commun

L'article 64 du Code Pénal de 1810 d'après lequel "Il n'y a ni crime ni délit lorsque le prévenu était en état de démence au temps de l'action..." ainsi que son environnement

procédural ont fondé la psychiatrie¹. La loi du 30 juin 1838, en créant un lieu extérieur au social, a donné à cette dernière la charge d'organiser un espace technique qui a été le creuset d'expériences et de recherches théoriques sur la maladie mentale. Cet espace s'est progressivement modifié et au lendemain de la seconde guerre mondiale, les initiatives psychiatriques visant à redonner aux malades ses capacités sociales ont constitué autant d'adresses à penser autrement la profession. Le statut du malade (ses incapacités juridiques) comme celui du psychiatre (sa "capacité" technique) sont aussi devenus les lieux de l'interrogation sur les déficits du droit commun lui-même. La pensée professionnelle a ainsi débordé le cadre du métier de psychiatre pour porter des estimations et des jugements sur l'ordre politique et social. Incorporant de nouvelles ressources telles que la psychanalyse ou la phénoménologie, la psychiatrie y a trouvé les motifs de nouvelles expériences dont la validité locale se voulait porteuses d'une valeur générale de réforme. Dans le même temps, le droit et la pensée du droit sont devenus un enjeu de la profession psychiatrique exerçant dans les hôpitaux psychiatriques. L'itinéraire du rapport entre deux communautés épistémiques, celle de la psychiatrie comme médecine et celle du statut juridique du malade mental, a alors pris la forme d'une désépécification du statut du malade mental correspondant à son intégration à un droit commun non spécifique à sa pathologie, tant dans ses aspects pénal que civil².

D'un lieu à un milieu

La prise de conscience psychiatrique de la responsabilité de l'asile dans la chronicisation des malades mentaux, largement conditionnée par la guerre, mais également pressentie dans les quelques expériences plus anciennes d'ouverture des services produit « l'idée du secteur ». Cependant, la volonté désaliéniste qui la porte, parce qu'elle est résolument critique, est avant tout soucieuse de débusquer toutes les formes de complicité avec des procédures d'exclusion des malades mentaux. Elle ne

¹ L'énoncé revient à Philippe Rappard ("Rapport de médecine légale du Congrès de psychiatrie et de neurologie de langue française", LXXXVIII^{ème} session, Masson, 1990, p. 159).

² Sur l'aspect pénal, la psychiatrie acquiert un espace de légitimité avec le Code Napoléonien de 1810, qui crée un espace de non application de la responsabilité pénale pour le malade mental dont l'état de démence au moment de faits incriminés par la justice est attesté médicalement. Dès lors, les catégories juridiques et médicales de la folie entrent en dialogue pendant près de 150 ans : la validation juridique de l'évolution nosographique psychiatrique débouche progressivement sur l'institution d'un pouvoir médical en matière d'atténuation des peines prononcées à l'égard des malades mentaux accusés. Mais une tension va naître d'exigences contradictoires portées par les médecins des hôpitaux psychiatriques au lendemain de la seconde guerre mondiale. Ainsi, la critique de l'article 64 du Code Pénal, forgée à l'aune d'une épistémè psychiatrique nouvelle, soucieuse de restituer au malade mental une responsabilité pénale jugée thérapeutique entre en dissonance avec la défense professionnelle d'une expertise médicale historiquement fondatrice d'une compétence légitime. S'agissant de l'aspect civil du statut du malade mental, les médecins des hôpitaux psychiatriques revendiquent depuis 1945 un régime commun de protection des biens. Cette exigence est justifiée par une contradiction entre un régime d'incapacité civile dépendant de l'hospitalisation en milieu spécialisé consacré par la loi de 1838 et l'évolution de l'épistémè psychiatrique d'après-guerre. La loi du 3 janvier 1968 répond aux attentes psychiatriques puisqu'elle intègre le malade mental à un droit des incapables majeurs qui désolidarise la tutelle aux biens tant de l'hospitalisation que de la spécificité du trouble psychique.

peut donc par définition recouvrir un projet positif figé : elle en recouvre plusieurs, selon les formes que prend dans l'histoire le maintien du patient psychiatrique hors d'une communauté, de droit comme de fait. A partir de là, le secteur est le principe d'une éthique, tout autant qu'un mode d'organisation des soins.

L'idée de "secteur" est fondée sur des motifs thérapeutiques qui puisent leur origine dans des expériences issues des conditions de la guerre, elles-mêmes productrices d'une théorie de la pratique connue sous le nom de psychothérapie institutionnelle. Pour ces praticiens, l'exigence psychiatrique d'un droit commun requiert nécessairement la construction d'un service public défini comme lieu de soins. Mais plus qu'à un lieu comme environnement, c'est à milieu qu'il est fait appel, au centre duquel doit se trouver le patient. La distinction entre l'établissement et l'institutionnel fonde la possibilité d'une critique de l'assistance formulée à l'encontre des pratiques asilaires d'avant-guerre.

Dans sa définition pauvre, la désépécification *territoriale* de la psychiatrie désigne le processus par lequel l'exercice de la psychiatrie se voit progressivement désolidarisé du lieu unique de l'asile. Dans sa définition *dynamique*, elle répond à un objectif de prise en charge du malade dans et avec son *milieu* social. Cette définition implique donc une topographie mais ne s'y réduit pas : la « psychiatrie de secteur » est pensée par ses pionniers selon une perspective essentiellement fonctionnelle : il s'agit de restituer au patient une vie collective dans et au-delà de l'institution asilaire. En tant qu'organisation, le secteur implique la diversification des lieux de soins, notamment par le développement de l'extra-hospitalier ; en tant que posture, il exclut tout à la fois une simple gestion du social et une stricte disparition des murs de l'asile.

C'est seulement à partir de 1960 que la consécration juridique du secteur s'amorce. Mais dans les années 1980, l'essor de l'extra-hospitalier est entravé par la volonté politique de réduire les coûts de la santé publique. Alors que le secteur connaît ses premiers développements concrets, la critique d'un néo-aliénisme hors les murs de l'asile émerge dans le monde psychiatrique. Aujourd'hui encore, la doctrine de secteur continue d'être la référence des psychiatres et en tant que telle, elle constitue un principe de vigilance face aux dérives que son institutionnalisation comporte. La répétition des formes de la critique désaliéniste en atteste.

Une fois le statut du malade mental restauré, une fois son milieu redevenu commun, il restait à anéantir le dernier signe d'un droit exorbitant : le statut du médecin des hôpitaux psychiatriques. Les combats sont alors menés sur plusieurs fronts : celui de la reconnaissance de la psychiatrie comme spécialité autonome, dont la clinique se forge dans les hôpitaux psychiatriques, celui de l'égalité statutaire entre tous les psychiatres, où qu'ils exercent. Au centre de cette lutte, l'exigence d'une parité répond à une double préoccupation : la reconnaissance officielle d'une compétence propre aux médecins des hôpitaux psychiatriques, distincte de la neurologie et d'égale valeur à celle des psychiatres travaillant hors cadre, la défense d'une spécificité de la pratique psychiatrique intra et extra-hospitalière publique³. La doctrine de secteur intervient alors dans ces revendications à titre de justification première : c'est parce que

³ Nous reprenons ici à notre compte les acquis de l'analyse d'Albert Ogien, qui pose "la question du rapport de la finalité supposée de l'activité psychiatrique aux conditions effectives de l'accomplissement pratique d'une intervention en psychiatrie" (Albert Ogien, *Le raisonnement psychiatrique*, Librairie des Méridiens Klincksieck, Collection Réponses sociologiques, Paris, 1989, pp. 20-26)

L'université ne connaît pas les transformations liées au désaliénisme qu'elle pratique une autre psychiatrie que dans et autour des hôpitaux spécialisés⁴; c'est parce que le maintien d'un statut spécialement attaché à un hôpital (celui de fonctionnaire et celui de médecin-directeur) et non à un service public de psychiatrie entrave le développement du secteur que la défonctionnarisation et l'abolition du statut de médecin directeur sont réclamés⁵.

L'actualité de la tension identitaire de la psychiatrie de secteur

Les propos et pratiques des psychiatres de secteur tendent à produire une définition de la psychiatrie comme marque distinctive d'autres agents et groupes, à laquelle est associée au premier chef est « une clinique du sujet » largement héritée de l'analyse institutionnelle. Toutefois, les professionnels de secteur restent marqués par une tension identitaire historiquement construite depuis l'après-guerre, issue de leur double appartenance à la médecine et aux sciences humaines.

Ainsi, l'analyse institutionnelle structure la conception des soins : en s'appropriant la définition anthropologique de l'institution, les professionnels pensent leur mission thérapeutique par contraste avec la médecine somatique classique, essentiellement en raison de la nature de leur objet – la maladie mentale, qui soumet le soin à une temporalité spécifique. La psychothérapie institutionnelle et la psychanalyse ont en effet vocation à faire du psychiatre et plus largement de l'équipe soignante de secteur un tiers symbolique permettant au patient de retrouver un univers de significations. Par delà la posture institutionnelle qui traverse les représentations et les pratiques, l'éclectisme des méthodes et la référence psychanalytique comme métathéorie jouent comme facteur d'intégration des psychiatres, psychologues ou infirmiers dans l'équipe. La culture professionnelle de secteur fonctionne selon une référence double : à la profession psychiatrique en un sens large, et au secteur comme milieu de travail. On peut dès lors parler de "paradoxes et tiraillements" au sein de ce segment professionnel puisque la perception que l'équipe de secteur a d'elle-même continue de se constituer par contraste vis-à-vis des services jugés plus médicaux, mais que l'extension de sa compétence la conduit à revendiquer son appartenance au monde de la médecine. Toutefois, en dépit d'apparences contradictoires, c'est à une cohérence profonde, parfois inavouée, que les représentations tendent. En effet, en se situant systématiquement dans l'intention du législateur, les praticiens refusent une double

⁴ La loi de 1838 marque effectivement l'avènement d'un réseau asilaire construit en marge du dispositif des hôpitaux publics géré au niveau communal alors que l'asile dépend directement de l'Etat. Les aliénistes sont exclus de l'Université, plutôt marquée par la neuro-psychiatrie. L'étude de la lutte pour l'extension de l'accès au Certificat de neuropsychiatrie puis de psychiatrie met en évidence la défense syndicale d'une spécificité de l'activité psychiatrique basée sur une clinique pouvant être acquise en différents lieux d'exercice.

⁵ Les médecins des hôpitaux psychiatriques sont fonctionnaires d'Etat en raison de leur recrutement par un concours national institué au début du XX^{ème} siècle. Jusqu'à la fin des années 1960 subsiste encore un statut exorbitant pour les médecins des hôpitaux psychiatriques, statut conçu par les praticiens comme un obstacle au développement du secteur. Finalement, les médecins des hôpitaux psychiatriques obtiendront gain de cause avec la réforme du service public hospitalier du 31 juillet 1968. Le cumul des fonctions de médecin et de directeur hospitalier est interdit en 1974.

réduction : celle de la maladie à un fait (le handicap) pour un individu, celle du secteur à une gestion territorialisée du handicap.

La confrontation de l'actualité à deux épisodes marquants de l'histoire de la psychiatrie publique atteste de la continuité d'une telle tension. Ainsi, dans les années 1960, la querelle anti-psychiatrique est l'occasion pour les syndicats psychiatriques de lutter contre une définition sociale de la maladie renvoyant au psychiatre l'image d'une identité médicale définie en référence à une pure technicité. Aujourd'hui, les psychiatres de secteur continuent de se définir en référence à la médecine, non pour revendiquer une technique mais bien plus pour défendre une double posture : l'une déontologique impliquant le secret médical et la suspension du jugement social sur la maladie, l'autre méthodologique plaçant le psychiatre en position de tiers scientifique. De même, dans les années 1970, le corps psychiatrique critique la loi d'orientation en faveur des personnes handicapées au motif qu'elle confond la maladie, notion clinique et le handicap, construction sociale, notions correspondant à des champs institutionnels et des aires de compétence distincts, mais revendique dans le même temps la participation du personnel soignant du secteur au fonctionnement des institutions d'assistance. Dans les années 2000, les praticiens du secteur en appellent toujours à une éthique emportant des considérations politiques : c'est alors au caractère public de la psychiatrie de secteur que les praticiens renvoient, celui d'une médecine collective devant permettre un soin psychique à tous, les plus défavorisés, comme ceux dont le consentement aux soins n'est pas établi.

La demande de juridicité de la psychiatrie s'est structurée à travers une exigence spécifique : celle d'un droit commun pour le malade et son psychiatre, droit commun générant son propre milieu, le secteur. Mais la psychiatrie publique s'est risquée, à partir de sa théorie de la pratique, à faire "jouer ses catégories de compréhension non plus dans son champ propre, mais dans l'espace des normes sociales"⁶. Dès lors, l'inscription dans le droit positif d'exigences thérapeutiques a débouché sur l'hétéronomie de la psychiatrie publique par rapport à d'autres champs, non médicaux. Un tiraillement identitaire est ici mis à jour : lorsque la psychiatrie se risque à formuler ses attentes dans un langage juridique porteur d'un discours sur le social, elle renâcle à fonctionner comme une simple technique ; lorsque son savoir est requis pour une gestion du social, elle replie son discours sur sa spécificité médicale. L'exigence institutionnelle toujours saillante, qui impose de se demander « ce que l'on institue chez le malade », débouche sur le refus de réduire l'individu malade à un handicapé et le secteur à un territoire. Conserver une signification politique à la pratique psychiatrique de secteur, c'est donc maintenir une intention médicale en instituant une promesse de guérison, et assigner un sens politique au secteur en défendant son caractère public.

LA CULTURE PSYCHIATRIQUE A L'EPREUVE DU MODELE CONTRACTUEL

Aujourd'hui, des modifications, des ajustements, sont proposés par les pouvoirs publics sous la forme d'un contrat encadré, contrat entre le patient et l'équipe

⁶ Jacques Michel, "Par delà la loi du 30 juin 1838 : la rationalité juridique", *L'information psychiatrique*, volume 64, n°6, juin 1988, pp. 783-792.

soignante d'une part, contrat entre l'institution psychiatrique et d'autres acteurs d'autre part. Les textes, discours et rapports officiels des années 1990 affichent une politique marquée par une exigence de démocratie sanitaire lisible à deux niveaux : par la garantie de droits de patients dans la relation médicale, qu'elle implique ou non l'hospitalisation, par l'incitation juridique et financière à l'adoption d'un modèle territorial ad hoc dit de "réseau" établissant un partenariat entre acteurs de la psychiatrie et d'autres acteurs de la santé, du social, de l'éducatif et du judiciaire. Notre question est la suivante : y a-t-il contradiction entre la culture professionnelle de secteur et l'actualité juridico-politique ou s'agit-il d'une "crisis" signalant une mutation culturelle dévoilant une représentation idéalisée de la profession ?

Le patient au cœur d'un contrat

C'est à partir de deux lois (1990 et 2002) et de leurs débats parlementaires préalables que nous avons spécifié les motifs et le contenu d'un contrat médical érigé en modèle par les parlementaires. Justifié par les "progrès de la médecine", ce modèle implique d'après les législateurs un travail de "reformulation du contrat individuel médecin-malade", en posant le principe du consentement libre et éclairé, qui a pour condition nécessaire "l'information". Les droits du patient sont d'abord spécifiés à propos de certaines catégories de patients dans la loi du 27 juin 1990 puis généralisés dans la loi du 4 mars 2002 faisant du consentement et de l'information au malade le centre de toute relation médicale. Parallèlement, des règles spécifiques sont maintenues à l'endroit des personnes hospitalisées sans leur consentement.

Plus particulièrement, la nouveauté de la loi du 4 mars 2002 réside dans la généralisation de l'accès direct du dossier médical par les patients, quel que soit leur régime d'hospitalisation et quelle que soit leur pathologie. Elle fonctionne donc selon une logique inverse à la loi du 27 juin 1990 qui définissait des droits pour les personnes hospitalisées en raison de *troubles mentaux*, avec des particularités liées à l'hospitalisation sans consentement. Deux phénomènes nous permettent de découvrir les contradictions pratiques sur lesquelles l'obligation légale formulée en 1990 et en 2002 ont pu déboucher : des injonctions contradictoires à penser dans le même temps l'hospitalisation sans consentement et le consentement aux soins d'une part, et la transformation qualitative et quantitative du dossier médical d'autre part. Ces deux points apparaissent dès lors symptomatiques d'un cadre normatif oublieux des contraintes pratiques attachées à la maladie mentale : l'existence d'hospitalisations sans consentement et la portée de certains troubles psychiques en matière de consentement. Ce double exemple révèle de surcroît une ambiguïté normative persistante pesant sur la différence entre consentement à l'hospitalisation et consentement aux soins.

Le droit qui abroge en 1990 l'ancien texte de 1838 maintient le caractère administratif de la décision d'hospitalisation sans consentement. La justification *médicale* du soin contraint énoncée au niveau européen est ainsi conforme à une tradition psychiatrique française tendant à rejeter la judiciarisation des hospitalisations sans consentement. En effet, le législateur de 1990 fonde sa volonté de faire dépendre systématiquement

l'hospitalisation contrainte d'une nécessité thérapeutique⁷: c'est donc sans opposition qu'est consacré juridiquement le renforcement du poids de l'avis médical dans la décision de l'hospitalisation sans consentement, en amont de l'hospitalisation comme en aval. Mais dans le même temps, les textes nationaux reproduisent l'ambiguïté des recommandations et jurisprudences européennes qui font de la nécessité du traitement psychiatrique un critère second par rapport au critère de dangerosité pour motiver une hospitalisation contrainte. En faisant du danger "actuel" le critère décisif de l'hospitalisation d'office, la loi de 1990 fait ainsi de la nécessité de soins psychiatriques un critère second.

La caution médicale du psychiatre se voit donc renforcée dans une décision d'hospitalisation contrainte faisant de la dangerosité du malade un critère second par rapport à la nécessité des soins. Dès lors, le choix légal entre la nécessité médicale de soins et la nécessité sociale de protection de l'ordre public n'est pas clarifié, ce qui explique les injonctions contradictoires faites au psychiatre de service public, comme la résurgence d'un droit réglementaire spécifique à la contrainte. La psychiatrie de secteur s'était notamment développée autour de l'invalidation d'un lien systématique entre dangerosité sociale et pathologie mentale. Aujourd'hui, la nouvelle donne juridique, qui attribue au psychiatre un rôle déterminant dans une procédure faisant du danger avéré le critère décisif de l'hospitalisation contrainte, ne laisse donc guère d'illusions sur la réalité de sa fonction de tiers. Les résistances au nouveau droit révèlent enfin la contradiction constitutive de l'identité de la psychiatrie publique. En effet, la revendication du statut de tiers médical vis-à-vis du pouvoir judiciaire ou administratif, traduite en droit, coexiste avec celle de la participation de la psychiatrie à la décision contrainte de soins : le rapport d'extériorité que la psychiatrie souhaite entretenir avec les gestionnaires du social entre toujours en contradiction avec la défense d'une compétence médicale.

Le caractère formel du droit de la psychiatrie publique est mis en valeur par des dérives pratiques. Deux d'entre elles ont été observées. Premièrement, alors que la loi de 1990 avait mis en place des commissions départementales chargées de prévenir ou de mettre fin aux "internements abusifs", plusieurs facteurs entravent leur efficacité. La première est due à la variabilité du contrôle que ces commissions exercent, variabilité attribuable aux disparités de leur composition, de l'implantation de l'offre hospitalière dans le département, à la non correspondance entre le cadre départemental (pensé en termes de territoire) et le secteur psychiatrique (pensé en termes de poids démographique), et enfin, à leur dépendance aux moyens logistiques des Directions Départementales de l'Action Sanitaire et Sociale.

Deuxièmement, la conjugaison de certaines garanties formelles imposées par la loi de 1990 en amont de l'hospitalisation sans consentement et de contraintes liées à la prise en charge *sectorisée* de la pathologie *mentale* produit deux types de dérives : la généralisation des procédures d'urgence⁸ et les conséquences de la restriction du tiers

⁷ Si l'ancien Code de la Santé Publique prévoyait deux critères au placement d'office (le danger pour l'ordre public et la maladie mentale cause de ce danger), il ne conditionnait pas la décision à un avis médical systématique. En cas de danger imminent pour la sûreté des personnes, l'autorité administrative pouvait en effet agir en l'absence de médecin.

⁸ A titre exceptionnel et en cas de péril imminent pour la santé du malade, des procédures simplifiées permettent de mettre en œuvre une hospitalisation sur demande d'un tiers sur présentation d'un seul

demandeur (dans le cadre des hospitalisations sur demande d'un tiers). Ces dérives paraissent symptomatiques de "l'oubli législatif" de contraintes spécifiques à la psychiatrie publique. Ainsi, d'une part, l'augmentation des mesures d'urgence s'explique par la difficulté de trouver concrètement le médecin rédacteur du second certificat exigé par la loi dans le cadre d'une hospitalisation sur demande d'un tiers ; d'autre part, si l'on souhaite respecter les formes légales, le tiers demandeur est souvent introuvable ou contre-indiqué par les psychiatres eux-mêmes. Tout se passe donc comme si la matérialité de l'exercice public de la psychiatrie, résidant ici dans la pénurie de psychiatres hospitaliers mais également dans la particularité de la maladie mentale, resurgissait en dépit des injonctions légales. En définitive, ce sont de multiples exemples qui témoignent d'une impossibilité à garantir l'objectif légal d'un « espace de protection sanitaire légitime ».

L'institution au cœur d'un réseau contractuel

Le modèle contractuel propose le "réseau" comme mode de relation idéal entre l'institution psychiatrique et d'autres institutions ; ce dernier serait la forme la plus adaptée à une "démocratie sanitaire" car il impliquerait de manière égalitaire tous les acteurs du champ de la "santé mentale", champ redéfini de façon à briser l'ancien cadre de référence constitué par le secteur psychiatrique. En revanche, la définition praticienne du réseau tend à faire de ce dernier une composante essentielle du secteur. L'examen de trois expériences pratiques de réseau tend à invalider la rupture établie par les pouvoirs publics entre réseau et secteur puisque la pérennisation du réseau dépend largement de l'activité de secteur.

Plusieurs définitions du "réseau" sont en concurrence: celle, officielle, qui se dégage des rapports officiels et des textes juridiques, de la loi à la circulaire, et celle, praticienne, que les soignants du secteur psychiatrique proposent⁹. La définition politique du réseau tend à lui attribuer des caractéristiques opposées au secteur psychiatrique¹⁰ : la généralité de la forme rhizomatique est déclinée au moyen d'expressions faisant référence à l'autonomie de chacun des acteurs du réseau interagissant dans un contexte déhiérarchisé, aux possibilités d'adaptation du réseau à l'existant sous sa forme institutionnelle ou associative, à la liberté laissée aux acteurs dans le choix d'une forme juridique appropriée à la demande locale. Dans sa présentation politique et juridique, le réseau est donc aux institutions ce que le contrat médical est aux patient et médecin. En outre, la définition juridique justifie ce "mode de production de soins" au niveau financier par le fait de fonder l'allocation des ressources sur des appréciations quantitatives et qualitatives relatives aux caractéristiques sanitaires locales. C'est d'ailleurs une ordonnance relative à la maîtrise médicalisée des dépenses de santé

certificat médical (associé à une demande d'admission) ou une hospitalisation d'office par simple arrêté du maire. Toutes les données chiffrées, qu'elles soient établies au niveau national ou local attestent de la progression des mesures d'hospitalisation en urgence.

⁹ Relier ces usages à la position du professionnel dans le champ permet d'éviter un écueil: réduire le vécu ordinaire aux discours d'union de la profession.

¹⁰ Deux matériaux nous ont permis de reconstruire une telle histoire : les rapports officiels établis en général par des psychiatres à la demande du Ministère de la Santé, les textes légaux et réglementaires.

datée de 1996 qui installe définitivement le réseau comme un modèle à étendre à l'ensemble de la santé publique.

Si la définition officielle du réseau tend à l'opposer au secteur, force est de constater que sa définition pratique s'inscrit en faux contre une telle présentation, une fois écarté l'usage polémique du terme. Les professionnels conçoivent ainsi le réseau comme « l'étoile relationnelle du secteur » : le travail de réseau fait partie intégrante de la doctrine de secteur. Toutefois, lorsque le débat se situe à un niveau officiel, entre syndicats et pouvoir politique notamment, deux positions professionnelles opposées sont notables, tenant essentiellement au niveau du discours (ordinaire ou de représentation de la profession) : la première consiste à défendre le secteur contre une idéologie et une politique associées au terme de réseau ; la seconde s'appuie sur la définition officielle du réseau pour critiquer une conception jugée "cadastrale" du secteur¹¹. La définition du réseau, telle qu'elle émane des professionnels du secteur psychiatrique, entre donc en contradiction partielle avec la définition juridico-politique qui en est faite.

Explorer le réseau "en actes" après l'avoir étudié "en mots" revient ici à reconstituer une définition du réseau issue des pratiques elles-mêmes. Loin de conclure à une opposition entre secteur et réseau, nous devons retenir de trois expériences locales de réseau que la fragilisation du secteur psychiatrique participe à la précarité du réseau, autrement dit que, la "bonne santé" des institutions parties au contrat de réseau, formel ou informel, est une condition de son efficacité. Plusieurs phénomènes permettent d'affirmer la fragilisation du travail de secteur psychiatrique : les effets conjoints de l'augmentation de l'activité de secteur et de l'impasse démographique du personnel psychiatrique d'une part, l'inachèvement de la sectorisation dont témoigne la baisse globale des lits et places et la faiblesse des structures alternatives à l'hospitalisation d'autre part. Plusieurs obstacles au décloisonnement sanitaire et social, soit matériels, soit symboliques¹² achèvent en outre de perturber la pérennisation du travail de réseau. La fragilité du secteur psychiatrique met donc en valeur les caractéristiques propres au réseau : fondé principalement sur des initiatives individuelles, dépourvu de "garanties d'exécution", confronté aux contraintes objectives et symboliques des membres de l'organisation réticulaire, ce mode d'organisation peine à s'institutionnaliser¹³.

¹¹ Les oppositions discursives entre psychiatres d'un même monde sectorisé tiennent largement à un niveau de discours spécifique, entre un discours de représentation de la profession et un discours ordinaire.

¹² Cette distinction n'a pas vocation à séparer ce qui est de l'ordre de la réalité et ce qui est de l'ordre de l'illusion, mais bien des faits de représentation et des actes à proprement parler. Deux facteurs contribuent d'après nous à la précarité du réseau : d'une part, le caractère « chronophage » du travail de réseau, conjugué à la fragilité de l'institution psychiatrique poussent les professionnels du secteur à se recentrer sur le soin au détriment du partenariat avec d'autres acteurs non sanitaires; d'autre part, des réticences professionnelles sont mises à nu par l'incitation au travail de réseau dans la mesure où elle exige des acteurs une déstigmatisation de professions relevant d'autres champs, ainsi qu'une inévitable autocritique.

¹³ Trois exemples locaux constituent ici le matériau à partir duquel nous avons interrogé le réseau en actes : un conseil local de santé mentale, la mise en place d'une coopération ville-hôpital, un dispositif « d'aide aux aidants ». Ces trois expériences ont toutes été menées depuis trois à cinq années ; elles constituent pour notre analyse un terrain d'interrogation pour la question des étapes propres aux réseaux de santé de santé mentale.

Des pratiques qui résistent à l'objectivation

La première piste d'interrogation consiste ici à apprécier la contestation d'une procédure d'évaluation des soins psychiatriques ; la seconde réside dans l'examen de ce qui est perçu par le segment professionnel du secteur comme une objectivation sociale du psychiatre et de son patient. Ainsi, d'une part, l'évaluation du soin psychiatrique proposée par les pouvoirs publics interroge à la fois la dimension médicale et la dimension psychiatrique de cette culture ; et d'autre part, l'extension de compétence du psychiatre met à l'épreuve le rapport ambivalent que la psychiatrie de secteur entretient avec le social. L'ultime développement de notre travail, consacré à une nouvelle "théorie de la pratique" psychiatrique présente ce que nous considérons comme le moyen pour la psychiatrie de secteur de continuer à constituer un groupe professionnel.

L'évaluation de la qualité des soins suppose une certaine objectivation des soins. Le Programme Médicalisé des Systèmes d'Information (PMSI), s'apparente à un dispositif d'évaluation des coûts de la santé, dont le critère est économique. Les critiques que lui adressent les praticiens de la psychiatrie publique concernent tant l'instrument que les intentions du législateur, comme deux faces d'un même projet politique. Notre hypothèse est que la résistance au PMSI est moins le fait d'une réaction corporatiste typique que le révélateur d'un déficit démocratique organisé au service d'une uniformisation des métiers relationnels de service¹⁴. Plusieurs éléments permettent d'affirmer que l'évaluation de la qualité des soins telle qu'elle est mise en place organise un déficit démocratique et réduit la valorisation d'une culture, à la fois médicale et psychiatrique à l'expression d'une résistance corporatiste illégitime. Premièrement, l'outil d'évaluation lui-même réduit la qualité des soins au coût des soins. Deuxièmement, il assimile les critères d'évaluation des soins somatiques et psychiatriques, ce qui provoque la réaction virulente de la profession¹⁵. Enfin, la procédure d'évaluation associée au PMSI est pseudo-contractuelle puisque l'engagement dans la procédure d'évaluation est l'objet d'un "contrat obligatoire", notion qui suggère le caractère unilatéral de la relation entre les instances d'évaluation et les établissements.

Il existe plusieurs facteurs d'augmentation et de modification de la demande faite à la psychiatrie publique. De "nouvelles missions" sont imposées par les pouvoirs publics : exclus, délinquants sexuels, population atteinte du Sida et personnes sous injonction thérapeutique comptent parmi les nouveaux patients du secteur. A ces nouvelles sollicitations s'ajoute une demande émanant directement des acteurs du travail social

¹⁴ D'après Lise Demailly, la quasi-universalité entre toutes les relations de service, qu'elles soient de service public ou non, supposée dans de nombreux travaux scientifiques, n'est pas pertinente dans la mesure où elle "écrase la spécificité des métiers relationnels de service public par rapport aux services à finalité privée". Lise Demailly identifie cette spécificité à leur composante éthico-politique et à leur dimension tierce institutionnelle (Lise Demailly, "Les métiers relationnels de service public : approche gestionnaire, approche politique", *Lien social et Politiques*, RIAC, 40, automne 1998, p. 21).

¹⁵ La temporalité du soin psychiatrique est alors l'objet d'une clarification établie en référence aux principes de la psychothérapie institutionnelle et la référence à l'idée de secteur conduit les praticiens à exiger une évaluation intégrant les effets d'une prise en charge globale du patient tout au long de sa trajectoire

et un accroissement des dépressions prises en charge par le dispositif psychiatrique¹⁶. Une telle évolution tend à brouiller les frontières entre des champs de compétence différents. Il nous a donc semblé opportun de confronter les différentes acceptions de l'expression "souffrance psychique" émanant d'acteurs appartenant à ces champs traditionnellement distincts. La comparaison de définitions émanant d'élus, de professionnels du travail social ou du secteur psychiatrique débouche sur le constat suivant : la définition « politique » est centrée sur la notion de handicap nécessitant un décloisonnement institutionnel ; la définition « sociale » y associe une étiologie sociale et l'urgence comportementale ; la définition « psychiatrique », plus ambiguë, fait de l'expression "souffrance psychique", tantôt un outil de déstigmatisation, tantôt une manifestation de la dépolitisation du social. Ces divergences, pensées dans le contexte d'extension de compétence de la psychiatrie de secteur, expliquent la crainte des professionnels soignants de voir la maladie mentale réduite à un handicap et le psychiatre à une fonction sociale. Toutefois, la résistance à une certaine forme de réquisition de la psychiatrie pour une gestion du social est ambivalente. Dans les discours en effet, elle se traduit par un débat psychiatrique houleux autour de pathologies dites "nouvelles", à forte étiologie sociale, mais elle est indissociable de l'émergence de pratiques inédites, conçues par certains comme autant de tentatives de réactualisation du pari de l'analyse institutionnelle.

L'interpellation du psychiatre dans le champ social interroge la fonction normative du psychiatre (plan éthique) et la constitution de son savoir de référence (plan clinique) dans le même temps¹⁷. La tension entre la mission soignante et la mission sociale de la psychiatrie publique est ancienne puisqu'en 1966 déjà, lors des Journées psychiatriques, les médecins des hôpitaux tombent d'accord sur l'idée que l'action d'une "équipe psychiatrique qui se veut responsable de la santé mentale d'un certain territoire" doit se situer "au niveau d'une certaine action sur les structures sociales". Aujourd'hui, le malaise des praticiens face à ce qui est décrit comme l'absorption de la psychiatrie dans le social, coexiste avec la volonté de faire évoluer le contexte de travail du psychiatre. Ainsi, le discours ordinaire des praticiens est plutôt centré sur une crise au sens médical de crisis. Cette mutation est visible dans la mise en œuvre de « théories de la pratique » inédites visant à répondre aux « nouvelles pathologies » à forte intrication sociale. Les solutions proposées peuvent dès lors être considérées comme autant de moyens pour les psychiatres de secteur de retrouver une non extériorité tant à leur savoir qu'à la société dans laquelle ils s'inscrivent.

Les situations pour lesquelles les praticiens s'autorisent à parler, au minimum de « nouvelles expressions » de la pathologie, au maximum de « nouvelles pathologies »,

¹⁶ Les pouvoirs publics assignent à la psychiatrie publique de nouvelles missions, essentiellement depuis le début des années 1990. Les psychiatres de secteur se voient sollicités également par des acteurs institutionnels dont la mission n'est pas soignante, mais sociale au sens très large. Les populations auxquelles la psychiatrie est confrontée change d'après les dires de l'équipe de secteur mais également au vu des catégories diagnostiques établies par le Département d'Information Médicale des établissements psychiatriques. Ce phénomène n'implique pas le constat d'une augmentation, dans la société, de la dépression : il est plutôt le signe d'un décentrement de la psychiatrie publique de secteur par rapport à un noyau dur défini historiquement comme la prise en charge de la psychose.

¹⁷ La définition des corps intermédiaires d'Emile Durkheim s'intègre ici dans l'hypothèse de Everett Hughes : d'après nous, la culture professionnelle, c'est ce qui permet la non extériorité des membres d'une profession tant à son savoir qu'à la société dans laquelle ils s'inscrivent.

sont variées. On parlera des conséquences d'une société précaire marquée par la peur de perdre les objets sociaux au sens d'une "perte du symbolique"¹⁸, de pathologies du traumatisme, de pathologies du narcissisme identifiées à des "pathologies de l'identité" proprement modernes, ou même d'"états limites". En général, la composante sociale des pathologies n'est pas considérée comme neuve : c'est plutôt dans les organisations névrotiques décompensées en réaction à des événements que dans le registre des psychoses ou des troubles graves de la personnalité que les psychiatres situent le caractère inédit de leur public. Globalement, l'accord se fait au sein de la profession sur la nécessité de prendre en compte ces nouvelles expressions pathologiques, en dépit de l'impossibilité de trancher unanimement sur leurs raisons profondes.

L'inadéquation des catégories psychiatriques classiques et l'inefficacité des moyens institutionnels classiques sont alors comprises comme autant de raisons de « revisiter la clinique en référence à la psycho-dynamique ». Loin de signifier un abandon des principes de l'analyse institutionnelle, une telle posture signifie plutôt qu'il leur faut trouver un nouvel espace d'opérationalité : le « réseau de santé mentale », parce qu'il décroise les champs psychiatrique et social, pourrait bien désigner un tel espace. Pour notre analyse, un tel renouvellement des pratiques signale que la culture professionnelle construite en référence à la psychothérapie institutionnelle et à la psychanalyse se maintient par l'exigence d'une constellation transférentielle élargie aux professionnels du réseau de santé mentale.

La mise en œuvre d'un nouveau modèle d'action publique, caractérisé par le contrat, le réseau et l'évaluation, permet de conclure moins à la résistance des acteurs qu'à la résistance des pratiques elles-mêmes. Toutefois, on a pu repérer des attitudes et des actes praticiens ayant en commun de tenter une réactualisation de l'exigence institutionnelle de juridicité que nous avons caractérisée dans la première partie de notre analyse.

Nous avons commencé notre intervention en nous demandant s'il y avait contradiction entre la culture professionnelle de secteur et l'actualité juridico-politique ou s'il s'agissait d'une "crisis" signalant une mutation culturelle dévoilant une représentation idéalisée de la profession. Nous avons dû reformuler la question initiale en y répondant de la manière suivante: puisque la culture professionnelle de secteur mobilise des principes dont elle hérite du passé, il y a bien "crisis" au sens où les équipes de secteur cherchent de nouvelles formes d'expression de leur identité, adaptées à un environnement inédit. Pour autant, les réponses apportées par une psychiatrie publique soucieuse de conserver une éthique dont la teneur s'est sédimentée dans une histoire qu'elle a faite sienne restent précaires. Par là-même, elles signalent que le modèle contractuel en cause, qui se décline dans un droit, une organisation et un dispositif d'évaluation des pratiques, risque de négliger la spécificité de la culture professionnelle à laquelle il s'adresse.

¹⁸ La précarité désigne ici autant celle qui touche les Rmistes, les SDF, les chômeurs, ou "ceux qui ont tout pour être heureux" (Jean Furtos, "Désespoir professionnel et bisexualité", *Pratiques en santé mentale*, Dossier Souffrances psychiques, n°1, 2004, p. 24).

Session : La psychiatrie comme enjeu social

Alain CHABERT*

De l'hégémonie des modèles au pré-totalitarisme, la psychiatrie du XXI^e siècle, paradigme des « sombres temps actuels ».

Résumé

Je souhaite, à travers cette communication, essayer de montrer comment, si nous observons les évolutions actuelles de la psychiatrie du point de vue des Droits de l'Homme, nous sommes conduits à y voir des éléments de totalitarisme, et non plus seulement l'expression d'un modèle dominant.

J'examinerai successivement : le remplacement de la domination du modèle par l'évidence acceptée ; celui de la contrainte par le consentement obligé ; celui de la responsabilité par le protocole ; l'utilisation massive de la désinformation (expertise pharmacologique et génétique) ; l'assomption de la délation, du pouvoir administratif et de la confusion des pouvoirs ; le développement enfin d'une incapacité à penser par disparition des notions de point de vue et de perspective.

J'essaierai de montrer ensuite comment ces évolutions psychiatriques sont paradigmatiques des transformations actuelles de la société, réalisant des « sombres temps » (Hannah Arendt), par la conjonction de la marchandisation totale du monde et de l'hyperbureaucratie. Masse, banalité, travail, temps et liberté, seront parmi les fragments à considérer.

Enfin, je ferai l'hypothèse que prendre au sérieux la notion de pluralité de H. Arendt peut servir de socle de résistance et féconder les thèses de Toni Negri sur la multitude.

Introduction

Dans « Les origines du totalitarisme », H. Arendt tente de montrer ce qui distingue les systèmes totalitaires des autres formes de gouvernement de la société. Toute son œuvre est la poursuite de ces questions : Que s'est-il passé ? Comment cela s'est-il passé ? Comment cela a-t-il été possible ? En fait, dans son « Journal de pensée », publié chez Seuil en 2005, elle précise que le titre devrait être : « Eléments du

-
- Psychiatre de service public, Membre du C.E.D.E.P. et de la L.D.H.
 - Adresse email : esa@chs-savoie.fr

totalitarisme », le terme « origines » laissant croire, à tort, à une représentation causaliste.

En sommes-nous là aujourd'hui? Y a-t-il des éléments communs entre les deux totalitarismes du XX^e siècle et notre situation ?

I – Psychiatrie

Nous sommes en train de changer d'ère ! Bonnaffé pouvait dire : « la psychiatrie doit être faite et défaire par tous », et Gentis, ou le Groupe Information Asiles(G.I.A.), dire : « Gardes-fous, cessez de vous serrer les coudes ». Nous avons connu une psychiatrie dure, contraignante et enfermante, marquée par la domination du modèle médical. C'était une psychiatrie des murs de l'asile, de la camisole physique puis chimique, des électrochocs et de la hiérarchie puissante, voire écrasante. Mais, d'une part, trois limites (trois bornes) en marquaient le caractère autoritaire, mais non totalitaire : le secret absolu de l'intime porté par le secret médical d'ordre public ; la singularité absolue des décisions individuelles portée par l'indépendance du médecin ; et l'élaboration permanente d'une clinique compréhensive.

Et, d'autre part, corollaire aussi de ces trois limites, un foisonnement d'expérience de transformations et d'alternatives pouvait voir le jour, s'attaquer à, ce modèle dominant, de l'extérieur ou de l'intérieur, et de façon plus ou moins radicale.

Aujourd'hui, ce monde me paraît en passe d'être balayé ; et nous nous trouvons en état de sidération, dans la mesure où les outils dont nous nous servions dans la contestation du modèle dominant (psychanalyse, phénoménologie, psychothérapie institutionnelle, marxisme, systémie, ...) ne semblent plus opérants.

C'est que ces outils supposaient les trois limites énoncées plus haut, et ce sont elles-mêmes qui sont, nous allons essayer de le montrer, en voie de destruction.

1.1 Remplacement de la domination du modèle par l'évidence acceptée

La question de l'évidence fait problème, au moins en français, puisque le mot est la traduction directe, en vrai ou faux ami, de « Evidence », et, qu'en même temps, il traduit l'idée qu'un bon sens, naturel, s'imposerait à tous. Je vais partir de cette dernière idée pour venir, à la fin, à l'Evidence Based Medicine.

Quelques phrases que nous entendons ou lisons, à longueurs d'Abstracts, de livres référencés, ou de réunions d'accréditation : « la qualité, Docteur, vous ne pouvez pas être contre » ; « il existe un consensus sur la notion de (co -morbidité, trouble bipolaire, vulnérabilité,...) » ; « l'hypothèse neuro-développementale fait aujourd'hui autorité » ; « les I.R.S. sont le traitement de référence de la Dépression » ; etc, ...

Le mythe qui s'impose est : nous pensons la même chose, cette chose est la vérité !

Première évidence : l'évidence de la pertinence des publications et des méta-analyses. C'est vrai parce que c'est beaucoup écrit, que c'est beaucoup publié, dans des revues référencées notamment. La vérité sort de la multiplication des publications. En regardant d'un peu près les diverses recensions qui envahissent notre courrier, nous

nous apercevons que les expériences sont démultipliées par les citations dont elles font l'objet, et par leur reprise à l'infini dans les méta-analyses.

Deuxième évidence : l'évidence de la biostatistique. Le pourcentage fait preuve. C'est vrai parce que c'est compté. Et c'est même vrai pour un individu. Ce monde de la vérité biostatistique, dont l'analyse critique est régulièrement faite dans la revue française « Pénombre », est à lui même sa propre démonstration. Peu importe, alors, la taille des nombres, ni leur signification mathématique.

Troisième évidence : l'évidence de la valeur prédictive. C'est un concept qui produit ce qu'il décrit. L'E.B.M. Journal rapporte, par exemple une étude comparative, méta-analytique, des « valeurs prédictives du diagnostic de schizophrénie selon le DSM 3 R, l'ICD 9, l'ICD 10, et le Catégo S+ » (étude financée par l'O.M.S.). La vérité, en boucle avec la prédictivité, s'impose : C'est vrai parce que c'est prévu ; c'est prédictible parce que c'est vrai !

Quatrième évidence : l'évidence du diagnostic. A l'anti-évidence du phénomène – l'attitude phénoménologique consiste à quitter l'évidence naturelle – s'oppose l'évidence de la classification organisée sur le modèle : x critères validés sur y critères possibles. Lorsque nous étions dans l'ère des modèles dominants, par exemple la nosographie de Henri Ey, nous approchions d'un diagnostic par analogie, ou ressemblance. Aujourd'hui, nous acceptons l'évidence d'un diagnostic par inclusion (collection par inclusion sur un ou plusieurs traits distinctifs). Ceci renforce la croyance au diagnostic comme qualité du sujet diagnostiqué, c'est-à-dire inclus dans la collection. La somme des x critères validés au sein des y critères en apporte la preuve. Dans le modèle dominant du début du XX^e siècle, le maniaco-dépressif s'oppose au schizophrène. Ce sont des visages de la folie, on peut y adhérer plus ou moins. L'aliéniste qui les décrit, c'est-à-dire les invente, voit une discontinuité entre eux, discontinuité qui marque l'arbitraire de la distinction, ou ponctuation. En ce début du XXI^e siècle, s'opposent le trouble bipolaire et le trouble schizophrénique. Et là, c'est la vérité vraie, démontrée par des critères validés. L'aliéniste contemporain voit un continuum entre les deux, il voit le réel !

Cinquième évidence, enfin : l'évidence du fiable, qui se substitue à l'incertitude du viable. La meilleure preuve de l'implication de la sérotonine dans le trouble dépressif réside, nous dit-on (Abstract, mars 2006), dans l'efficacité des antidépresseurs I.R.S. L'évidence masque une erreur épistémologique. Le fait qu'une clef ouvre une serrure ne garantit pas que la serrure soit identique à la clef, d'autres clefs peuvent l'ouvrir, cette clef peut ouvrir d'autres serrures. La réalité ne se laisse pas attraper aussi facilement ! La chose-même (Kant) n'est pas atteignable. La réalité ne se manifeste que dans nos ratages (si la clef n'ouvre pas la serrure !). La représentation que nous nous fabriquons peut être viable ou non, elle ne peut être fiable.

Mais enfin, Docteur, vous niez l'évidence !

Qu'en est-il, alors de l'Evidence Based Medicine ?

En français, on doute un peu de la meilleure traduction : médecine factuelle ? basée sur des preuves ? basée sur la preuve ? basée par des preuves ? On trouve toutes ces traductions sur les différents sites E.B.M. sur internet. E.B.M. Journal propose « basée sur des faits prouvés ».

Je me suis surtout servi de l'article de C. Delvenne et F. Pasleau (rev. Med. Liège 2000), de l'Enseignement. Post. Universitaire de F. Brunelle (Necker enfants malades 2002), et de l'article de M. Bourriton, médecin de famille à Roux, Belgique (lettre du Gras 1999).

Au départ, la démarche des épidémiologistes de la Mc Master Medical School s'adresse à un praticien, noyé par l'accroissement des données publiées à propos d'un problème pratique qu'il se pose avec un patient. Cette approche constitue une aide au praticien, et ne « saurait se substituer à son jugement ou son expérience ». La démarche E.B.M. consiste alors en quatre étapes : 1- transformer les besoins d'information concernant un patient donné en une question claire et précise, 2- rechercher de manière aussi efficace que possible les articles les plus pertinents, 3- évaluer de manière critique la validité et l'intérêt des résultats et extraire les preuves qui sont à la base des décisions cliniques, 4- en déduire la conduite à tenir pour le malade considéré (pour autant qu'il soit semblable aux patients inclus dans l'étude, en évaluant les risques et les bénéfices potentiels dans chaque cas particulier).

C'est une démarche extrêmement intéressante, notamment pour un médecin généraliste, surtout dans ses phases 3 (évaluation critique de la validité et de l'intérêt des résultats) et 4 (retour critique au cas clinique). Notons, par exemple, l'intérêt de l'application de 3 à la production mensongère des laboratoires pharmaceutiques (Ex. : Zyprexa fait aussi bien que le Lithium dans la prévention des récives dans les troubles bipolaires...étude sur une année avec 60% des cas sortis avant la fin de l'étude...).

Cette E.B.M. là ne se prétend pas un modèle pour la médecine, ni pour la recherche médicale. Et il pourrait en être ainsi pour l'E.B.Psychiatry and Psychology (EBM Journal 1997).

Mais on doit faire un certain nombre de remarques qui montrent le surgissement de l'évidence et sa diffusion, en se limitant au champ psychiatrique :

Les preuves sont « les données les plus probantes ». Roux fait remarquer la variation des niveaux de preuves entre les agences. Cette variation serait rassurante en psychiatrie, mais la force du concept d'E.B.M. va beaucoup plus loin que son contenu (efficacité symbolique, dirait Lévi-Strauss ?). Nous savons que « les données les plus probantes » sont très versatiles en psychiatrie, très dépendantes des conditions économiques et politiques. Or l'étape 2 de la démarche EBM va s'adresser à une banque de données (Medline, gratuite ; Embase, payante...), qui va proposer une analyse critique de la littérature, mais par un organisme qui serait censé être lui-même au-delà de l'analyse critique, comme s'il était, au fond extra-terrestre, c'est-à-dire. indépendant des pouvoirs politiques, économiques, universitaires...

Mais, surtout, il suffit d'aller interroger ce qui est mis en avant, au titre de l'EBM : « gestion du système de soins par des faits prouvés » ; « nécessité de baser les pratiques sur des données prouvées en psychiatrie » ; « une consultation psychiatrique standard diminue les coûts et améliore l'état physique » ; « deux questions suffisent pour diagnostiquer une dépression ». On est bien là dans une fabrication d'un modèle qui vise à être accepté par tous, du praticien au décideur, ce n'est plus seulement une méthode.

I-2 Remplacement de la contrainte par le consentement obligé

« Ses troubles rendent impossible son consentement ». C'est la formule type des certificats d'internement...non, d'hospitalisation sous contrainte (Hospitalisation à la Demande d'un Tiers). Cette formule est l'équivalent d'un organisateur de R. Spitz, à la fois produite par et productrice de changement d'ère. Tous, nous sommes censés consentir. Et, dès lors, le piège, en double-bind, se referme. Car, soit nous consentons, et, puisque nous avons consenti, tout peut nous arriver ; soit nous ne consentons pas, et c'est que nous ne disposons pas de la capacité à consentir, et, donc, tout peut aussi nous arriver !

Prenons, tout d'abord, une série d'exemples, du côté des patients. On voit se développer, un peu partout, des « contrats » (on verra pourquoi les « » sont strictement nécessaires), qui doivent être cosignés par le patient lui-même, et une série d'interlocuteurs qui représentent des institutions (hôpital, office de logement, lieu de vie médico-social, centre de travail protégé, etc...). L'occasion pour le patient est l'obtention d'un travail, d'un logement, d'une allocation...Le modèle est, par exemple, celui des projets de vie que doivent signer les bénéficiaires des services des Maisons Départementales du Handicap (ou Maison des Personnes Handicapées). Il s'agit toujours de contrats parfaitement léonins, entre contractants parfaitement inégaux. En droit français, ce ne sont d'ailleurs pas des contrats, car la notion de contrat suppose le libre choix. Et ces personnes n'ont pas le choix, puisque l'alternative est le chômage, l'absence de toit, de ressources, ou le maintien, éventuellement sous contrainte, dans un hôpital psychiatrique. Peu importe le contenu du contrat, l'important est que la personne s'engage. C'est à dire qu'en cas de non respect par elle-même de son engagement, la perte de l'emploi, du logement, de l'allocation, ne pourra pas être attribuée aux insuffisances, aux incapacités du système, mais à ses propres insuffisances. Or, ce dont il s'agit, ce sont des droits vitaux, qui touchent aux modalités du survivre dans la société. Ces droits deviennent conditionnels au consentement. Dès lors les Droits de l'Homme et du Citoyen ne peuvent plus s'exercer. Ils n'existent plus, malgré les apparences.

Dans l'ère de la contrainte, il existait des recours contre une décision ; dans le nouveau système, le consentement réduit à néant l'éventualité d'un recours. Ce rabattement sur l'individu des défaillances du système se retrouve également dans la diffusion des données médicales personnelles (en France : le Dossier Médical Personnel, la carte Vitale II...), puisqu'il revient à la personne, à l'individu, de consentir à cette diffusion. C'est une véritable « police de la pensée » (G. Orwell) : je ne suis plus seulement contraint de m'incliner, je dois vouloir m'incliner...et montrer, non plus mon obéissance, mais mon consentement. G. Hardy a montré les paradoxes de cette « obligation de consentement », selon la formule de C. Gekiere.

Ajoutons, maintenant, qu'il en est de même pour le soignant. La contractualisation, pour une unité fonctionnelle, un service, un hôpital, que je vais devoir signer comme responsable, me met dans la même situation : contrat léonin, absence de choix du fait de la toute puissance financière avec laquelle je contracte, obligation de consentir. Responsable médical, je pouvais combattre ou m'incliner devant une autorité administrative ou tutélaire ; je dois aujourd'hui vouloir consentir. En France, la réforme

des hôpitaux, en cours, en est à son dernier acte : ayant perdu toute indépendance professionnelle, je vais devoir consentir à contracter avec la technostucture.

I-3 Remplacement de la responsabilité par le protocole

« Agis de manière à augmenter le nombre de choix possibles » (H. Von Foerster). Le commandement constructiviste éclaire la question des décisions dans les choix indécidables, ou choix tragiques (J. Rawls). Par exemple : prescrire une privation de liberté ou laisser perdurer une souffrance majeure, peut-être mortelle ? Ne pas soulager ou réduire les capacités auto-réparatrices ? Prononcer une parole apaisante ou une question incisive ?

Ces choix indécidables sont mes actes, mes paroles, ne sont pas prédéterminés par les conditions de leur production. Les produisant, j'assume leur infinitude imprévisible et leur irréversibilité (H. Arendt), j'exerce une responsabilité d'acteur. Lorsque s'accumulent les protocoles (en France, ils sont véhiculés par la Haute Autorité de Santé et ses conférences de consensus, par les guides de bonnes pratiques cliniques, ou par le manuel d'accréditation, sur lequel nous reviendrons), les choix sont déjà décidés. Je suis censé consentir à m'y soumettre, puisqu'il s'agit d'une conférence de consensus. Je ne suis pas responsable de ce qui arrive, puisque j'ai appliqué le protocole. Je peux être coupable de ne pas l'avoir fait, ou de le méconnaître, ou de l'avoir appliqué mal. Coupable, mais pas responsable !

Je suis en miroir du fou : il n'est pas responsable puisque « ses troubles rendent impossible son consentement », mais il peut être coupable, donc puni, aussi bien en prison qu'à l'hôpital.

La conjonction d'un maintien d'un succédané de l'ancienne « démence aux moment des faits » (en France, article 122.1 du code pénal, qui s'est substitué à l'article 64), et de la pénalisation avec condamnation lourde à la prison, signe, en psychiatrie légale, le passage du monde autoritaire au monde pré-totalitaire.

I-4 Utilisation massive de la désinformation

« Il existe un consensus sur l'hypothèse neuro-développementale de la schizophrénie » (La schizophrénie. Recherches actuelles et perspectives. J. Dalery, T. D'Amato, Masson 1999.)

C'est une phrase exemplaire. Son efficacité désinformative repose sur l'association

- d'un énoncé mensonger (la théorie neuro-développementale fait consensus)

- de l'utilisation détournée du terme « hypothèse ». S'il s'agissait d'hypothèse, le texte laisserait entre parenthèses la question de la vérité. Mais la suite du texte montre que nous devons y croire vraiment, que c'est de vérité qu'il s'agit, et que la démonstration en est faite.

- de la confusion entretenue aussi quand au statut épistémologique de l'énoncé, confusion majorée par le « il existe ». C'est un sous-entendu de connivence. Mais est-ce au sein des psychiatres ? Des psychologues ? Des experts ?

C'est une phrase exemplaire. Nous la retrouvons dans le double domaine de l'expertise pharmacologique et de l'expertise génétique (j'entend par expertise la production d'énoncés à valeur de vérité indiscutable par des professionnels, baptisés experts).

Nous assistons à une extension du domaine des laboratoires pharmaceutiques. Dans un premier temps, sont tombées dans leur escarcelle la formation continue des praticiens et l'organisation des symposiums et colloques. Dans un deuxième temps, actuel, leur vigueur s'étend aux patients et à leur familles, autour de sessions centrées sur l'observance, les traitements précoces, la question de la vulnérabilité... Aussi bien vis à vis des professionnels que des usagers, la stratégie est la même : présenter comme acquis des résultats qui ne le sont pas, et qui paraissent démontrer la nécessité de faire appel à certaines molécules, et leur efficacité. Nous donnerons, comme type de désinformation, la publication d'une « comparaison de l'efficacité et de la tolérance de l'olanzapine et du lithium dans la prévention des récurrences maniaques et dépressives » (American Journal of Psychiatry, 2005). Si on lit la publication, très largement diffusée auprès de tous les prescripteurs éventuels par le laboratoire fabricant la molécule d'olanzapine, on se rend compte que l'étude porte sur 1 an seulement, que seuls 40% des patients ont terminé l'étude, et que le différentiel de tolérance annoncé significatif dans le résumé ne l'est pas dans le corps de l'étude !

Une autre modalité de désinformation est l'absence constante de référence à l'Amélioration du Service Médical Rendu (A.S.M.R.). Si on prend les dernières molécules, présentées comme d'intérêt majeur à tour de revue, y compris par des professeurs prestigieux, ou en tout cas aux titres ronflants, on note qu'elles ont toutes une A.S.M.R. très faible voire nulle.

Les essais négatifs ne sont ni publiés, ni, pour l'essentiel, accessibles ; le publi-rédactionnel et le travail d'analyse critique sont mêlés ; les commentaires de revues indépendantes (en France la revue Prescrire) ignorés.

Le domaine complémentaire est celui de la référence à la génétique, qui ne manque dans aucune publication, ni sur les « troubles bipolaires », ni sur les « troubles schizophréniques », ni sur « l'hyperactivité infantile »... En fait, on chercherait vainement un domaine où la réalité de l'étiologie génétique ne serait démontrée, ou en passe de l'être. B. Jordan (« Les imposteurs de la génétique Seuil 2000 »), et C. Gekiere (« Héritage et transmission au plan familial », en voie de publication), ont montré l'ensemble des techniques désinformatives utilisées : extension, hors du champ de l'expérience initiale, de ses résultats ; glissements sémantiques ; détournement de validité des tests statistiques.

Nous donnerons un exemple, cité par C. Gekiere : Dans le chapitre « Génétique de la maladie maniaco-dépressive » M. Leboyer dit : « la présence d'un terrain génétique sous-tendant les troubles bipolaires fait de la génétique un outil de choix pour mieux comprendre ces troubles », malgré « d'importantes difficultés méthodologiques », le fait que « les résultats n'atteignent que rarement les seuils de signification », avec « un bilan global des résultats qui n'ont pas toujours été répliqués ». L'auteur poursuit par la présentation de la notion de « symptômes candidats », et d'« endophénotypes », traits sub-cliniques associés à la maladie, l'ensemble permettant d'étendre les probabilités de « gènes de vulnérabilité ».

Parfois le mensonge est manifestement conscient, car on ne peut faire l'hypothèse de l'ignorance des règles élémentaires de l'expérimentation, chez des universitaires parfaitement reconnus. Mais cet élément est finalement d'importance mineure, dans la mesure où la diffusion de la désinformation (et, là aussi, auprès des professionnels, des patients, des familles), est essentiellement le fait de collègues psychiatres simplement

non rompus à l'exercice critique, et qui reprennent et diffusent, sans analyse, des productions elles-mêmes méta-analytiques.

I, 5 Assomption de la délation

Beaucoup de bruit se fait en France autour d'un rapport de l'Institut National de la Santé Et de la Recherche Médicale (I.N.S.E.R.M.), qui porte sur le dépistage précoce des troubles des conduites chez l'enfant. Ce bruit réveille un peu une opinion publique endormie.

Car, si nous évoquons ailleurs d'autres aspects de ce rapport, il fait écho aux productions de l'état français depuis plusieurs années, et semble rejoindre par là ce qui existe ou est proposé en Europe : enregistrer le maximum de données nominatives ; constituer des listes et/ou des fichiers ; démanteler pour cela la notion de secret professionnel, incluant le secret médical.

Le premier élément qui a attiré notre attention, est, au cours des discussions sur l'évaluation quantitative en psychiatrie, le veto, opposé par le ministère de la santé, à toute anonymisation « à la source » des données enregistrées. Ce refus, qui n'a aucun sens en terme de santé publique, s'appuie sur une justification-prétexte, la hantise des « doublons ».

Cet élément s'éclaire, lorsqu'on s'intéresse à un projet de loi, qui traverse plusieurs gouvernements successifs, et concerne plusieurs ministères (Intérieur en premier lieu, Justice, Santé, Education, Logement, Transport).

Ce projet, dit « de prévention de la délinquance », a donné lieu à plusieurs écritures, ainsi qu'à trois rapports parlementaires (Benisti 1 ; Hermange ; Benisti 2, du nom de leurs auteurs). Avec des nuances dans l'expression, on y trouve : la nécessité d'un dépistage le plus précoce possible des perturbations psychologiques, sociales, comportementales, éducatives, scolaires ; la mise en synergie de tous les acteurs concernés (enseignants, travailleurs sociaux, éducateurs, médecins, et aussi police, justice, collectivités locales) ; la constitution en un lieu centralisé de listes nominatives de déviants (à partir de l'âge de trois ans), en l'occurrence sous la responsabilité du maire de la commune ; la dérogation massive au secret professionnel avec injonction de transmettre l'identité des personnes (enfant en difficulté scolaire avec trouble du comportement, adolescent suivi en centre spécialisé pour les toxicomanies, adultes en grande difficultés sociales...). Systématiquement, la psychiatrie est concernée. Outre les modifications proposées du régime des internements, la création d'un fichier national des hospitalisations sous contrainte est créée (dans certaines versions des projets de loi, toutes les hospitalisations psychiatriques sont concernées).

I-6 Assomption du pouvoir administratif et confusion des pouvoirs

Janice Baiden, l'héroïne de « Family life » (Ken Loach 1971), dit, crie : « Y'a la machine ! » ; elle est traitée, à ce moment là, par un professeur de psychiatrie, qui incarne la concentration sur un seul, de la triple autorité déontique, épistémique et de commandement (A. Chabert, *Mésaventures de l'autorité*, Cedep et Revue Génération 24, 2001). On dit encore au Dr Donaldson, autre psychiatre qui traite Janice, que ses idées sont intéressantes et créatrices, avant de le licencier.

Aujourd'hui, ça machine de plus en plus ! Et, lorsqu'un praticien sera mis en « recherche d'activité » (Hôpital 2007, France), c'est la machine administrative, enflée en techno-structure, qui l'y mettra.

Nous avons eu un rêve : substituer au modèle de la domination patriarcale un système (potentiellement) démocratique.

Nous ouvrons les yeux et la machine administrative s'est répandue, et se répand de partout. Nous pouvons, bien sur, croire voir encore deux personnages essentiels, le directeur de l'Agence Régionale de l'Hospitalisation et le directeur de l'établissement (hôpital psychiatrique).

Le premier concentre, en apparence, la capacité de décision sur le système de santé à l'échelle d'une région. Administratif, il s'est substitué au politique dans cette capacité, même s'il en résulte une politique compatible avec la mondialisation libérale.

Le deuxième va prochainement pouvoir affecter les médecins sur leur poste de travail, brisant enfin leur indépendance de thérapeute. Mais ce ne sont que des rouages. Le montage institutionnel, qui est en France celui d'« Hôpital 2007 », a brillamment été montré, dans sa puissance techno-structurelle, par N. Garret-Gloanec (congrès de l'U.S.P. mars 2006).

Nous retrouvons un montage semblable pour les Maisons Départementales du Handicap, que j'ai déjà évoqué.

Enfin, se mettent en place différents coordonnateurs. Citons, pêle-mêle : pour le suivi des délinquants sexuels (Loi de 1998) ; pour les indications de psychothérapie dans le service public (rapport Cléry-Melin) ; pour le dépistage et le suivi des troubles des conduites des enfants et des adolescents (projets successifs de prévention de la délinquance).

Cette assomption du pouvoir administratif se double d'une confusion des pouvoirs, dont voici quelques exemples :

Le ministre de l'Intérieur intègre à la « prévention de la délinquance », des modifications de la Loi de 1990, qui régit les hospitalisations psychiatriques sous contrainte. Il y prévoit, notamment, la possibilité de maintenir 72 heures, contre son gré le cas échéant, un sujet présentant des troubles psychiques, avant toute décision de nature légale, sous la responsabilité du couple médecin – directeur ; il y prévoit aussi la possibilité pour le directeur de l'établissement psychiatrique, de prononcer une obligation de traitement ambulatoire.

Le maire d'une commune, qui possède déjà des pouvoirs administratif et de police, se voit sollicité pour prononcer des sanctions contre les familles dont les enfants font de l'absentéisme scolaire.

Les médecins, certains d'entre eux, sont appelés à intégrer les cercles restreints de l'exercice du pouvoir gestionnaire. Une série de revues (« Décision Santé », par exemple) est le vecteur de ce qui doit être introjection des langages et des objectifs gestionnaires par le corps médical.

En même temps, la démarche d'accréditation inclue l'Evaluation des Pratiques Professionnelles (E.P.P. :ex. : « Prise en charge du jeune suicidant »), dans une pratique médico-administrative, où la techno-structure interroge les soignants sur la pertinence de leurs soins.

Les experts, dits scientifiques, sont appelés pour justifier des décisions, qui deviennent alors non – politiques, qui s'imposent d'elles-mêmes. L'expertise collective de

l'I.N.S.E.R.M. sur les psychothérapies est produite au moment où se discute une réglementation des psychothérapies. Y a-t-il un tollé des psychanalystes contre la part trop belle faite aux thérapies comportementales ? Le ministre fait retirer l'expertise, pourtant déjà publiée...et qui ne va pas moins inspirer l'écriture de la future réglementation.

I -7 Développement de l'incapacité à penser par disparition des notions de point de vue et de perspective

Partons de quelques variations sur le cogito cogitare ergo sum de Descartes : « Ca pense, là où je ne suis pas » (J. Lacan) ; « Je pense, donc nous sommes » (H. Von Foerster) ; « Ou bien je pense, ou bien je suis » (H. Arendt). *Eléments du plaisir de penser*. Ce qui semble manquer à Eichmann (« Eichmann à Jérusalem », H. Arendt Gallimard 1966).

L'alternative à Penser a été exploré sous des noms divers : le banal (Sami-Ali), la pensée opératoire (Marty et De M'uzan). Ca machine, je vous dis ! D'abord, je suis noyé par le nombre (Drowning by numbers, dirait Peter Greenaway) : Nombre de revues gratuites financées par les laboratoires pharmaceutiques ; nombre de réunions technocratiques, de réponses à des protocoles (ex : comme médecin chef, je dois certifier les renseignements fournis par les agents, placés sous ma responsabilité, concernant les caractéristiques de leurs véhicules) ; nombre de mesures et de cotations...

Cette noyade a pour fonction d'empêcher que je me retire du monde, le temps de penser.

Ca ne suffit pas à la machine totalitaire. Elle me propose des concepts tautologiques, devant lesquels je ne peux que m'agenouiller : Vulnérabilité ! Ou alors, elle rabaisse un concept intelligent, sensible, complexe, qui parle d'un processus, en une qualité mesurable sur une échelle, triviale : Résilience !

Cette machine m'a rendu idiot : je passe des heures entières à comparer les items possibles d'un « Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information » (Faut-il distinguer, dans les activités de groupes d'un centre de jour, un groupe cuisine et un groupe pâte à sel ? Un coup de téléphone de plus de 10 minutes doit-il être compté autant qu'un passage à la permanence ?)

Et puis, je me lance dans les versions successives des manuels d'accréditation ! Citons en un passage, extrait du Manuel d'accréditation des établissements de santé, deuxième procédure d'accréditation, septembre 2004 : Référence 28 La prise en charge du patient se présentant pour une urgence est organisée. 28a L'accueil de toute personne se présentant pour une urgence est organisé par des professionnels formés à cet effet. 28b Le personnel est formé et informé des circuits possibles pour le patient en cas d'urgence.

Idiot, et fatigué. Je passe devant le marchand de journaux, et je lis, en gros titre d'un hebdomadaire, « La vérité sur Freud » ; et mon cerveau, sans doute limbique, connecte avec les mises au pilori des penseurs, Foucault, Freud ; je suis inquiet pour Mara Selvini, son heure va sonner !

Dans le repli de ma pensée, j'ouvre le dialogue de Paul Ricoeur et de J.P. Changeux (« Ce qui nous fait penser » O. Jacob 1998), et je commence à éprouver des difficultés à

comprendre Ricoeur, qui est intéressé par les connaissances neuro-biologiques de Changeux, et qui développe sa pensée complexe autour de l'idée que les hypothèses de Changeux sont intéressantes, sous réserve de les confronter à d'autres points de vue. Je cède au confort « hébété et fonctionnel » (H. Arendt) de Changeux, qui rétorque, imperturbable, que ce n'est pas une hypothèse, mais la vérité !

Et j'oublie tout à fait qu'il n'y a que des points de vue, lorsque Monsieur G. De Robien, ministre français de la Recherche, déclare, dans le journal Libération, que l'I.R.M. cérébral a démontré la supériorité de la méthode syllabique sur la méthode globale pour l'apprentissage de la lecture chez l'enfant. La vérité d'Etat, en police de la pensée !

II – Les « Sombres temps » actuels

Rappelons qu'H. Arendt reprend cette expression de Bertolt Brecht.

Certains d'entre nous gardent le souvenir de contacts avec des membres de la « Charte 77 », en Tchécoslovaquie. Ils nous disaient que, lorsqu'ils entendaient certains mots dans la bouche des apparatchiks, ils les traduisaient aussitôt en leur contraire. C'étaient les mots : Vérité, Liberté, Amélioration...

Que dire, aujourd'hui, de l'utilisation, par les gouvernants, des mots : Réforme, Démocratie, Paix, Sécurité, Social...

II-1 Mondialisation libérale, Marchandisation totalitaire

1492 : Début de la généralisation du monde marchand ;

1989 : Fin du début. La généralisation est achevée ; il s'agit, maintenant, de réaliser la totalisation marchande, ou marchandisation totalitaire.

1994 : Signature de l'Uruguay Round ; création de l'Organisation Mondiale du Commerce (O.M.C.). Si le General Agreement on Tariff and Trade (G.A.T.T.) concernait 33 pays, l'O.M.C. prétend régir la planète entière. Sont lancées, dans le cadre du « Millenium Round », les discussions sur l'Accord Multilatéral sur l'Investissement (A.M.I.). Le Partenariat Economique Transatlantique (P.E.T.) en est la préfiguration.

Dans la plus grande opacité, les négociations embrouillées, la non- ou la dés-information, la culture du secret, les sigles successifs (on retiendra l'Accord Général sur le Commerce des Services, A.G.C.S., jusqu'à ce que, usé, dénoncé, un autre s'y substitue, afin que personne n'y comprenne rien !). Si des morceaux ont déjà été signés, par exemple, en 1999, le Global Free Logging Agreement, accord de libre déforestation, l'objectif est la constitution d'une économie mondiale unifiée, sous la domination de firmes transnationales très organisées (grâce à la Chambre de Commerce International, à la Coalition of Services Industry, à la Trans Atlantic Business Dialogue, à l'EuropaBio, à la Table Ronde des Industries Européennes...).

Il s'agit :

- d'accaparer les ressources planétaires (Vivendi et l'eau de toute l'Amérique du Sud, par ex.) ;
- de briser les droits des auteurs et créateurs ;
- d'imposer définitivement la brevetabilité du vivant, et les royalties sur les manipulations génétiques. Les échantillons génétiques, humains ou animaux,

deviennent de la matière première ; l'héritage de la biosphère, incluant l'espèce humaine, est privatisé ; l'humanité est un marché d'objets, et non plus une communauté de sujets.

- de privatiser les services publics (Santé, Education, Culture, Eau...), avec accès des firmes transnationales à ces marchés ;
- d'ouvrir les marchés publics à la concurrence internationale ;
- d'éliminer l'agriculture paysanne.

En une « Ecole du dimanche pour dirigeants du tiers-monde » (Chakranarti Ragavan, rédacteur en chef de South North Development Monitor), cette marchandisation s'impose à tous.

II-2 Hyperbureaucratie et destructions des droits des hommes

Elle s'exerce à tous les niveaux : Etat-nation, Continent, Monde, sous diverses formes. Les rapports annuels d'Amnesty International et de la Fédération Internationale des Droits de l'Homme en sont de plus en plus alarmants.

La plus visible est l'organisation méthodique de la terreur et du chaos, comprenant la guerre de tous contre tous. Le rôle de la Central Intelligence Agency a été amplement mis en évidence au Proche-Orient, en Amérique du Sud, en Asie, jusque dans la formation des terroristes, y compris ennemis comme Al-Quaëda.

Les législations des états réputés les plus démocratiques sont modifiées dans le sens de la restriction majeure des libertés, du fichage généralisé des populations, de la délation. Ces restrictions se présentent partout comme nécessaires, évidentes ; leurs opposants sont culpabilisés, disqualifiés : tout le monde doit y adhérer. L'étranger et l'immigré sont érigés en boucs émissaires. Des zones de non-droit total sont mises en place. Se défendre légalement est facteur d'aggravation. Les avocats sont suspects, limités ou gênés dans leur fonction, parfois malmenés. Aux U.S.A. c'est le Patriot Act qui, promulgué en hâte après le 11 septembre 2001, réalise la plus formidable atteinte aux libertés publiques depuis deux siècles. En France, le chiffre de 15 millions de citoyens fichés par la police (fichier STIC), indépendamment du fait d'être coupable, innocenté, témoin ou victime, va être atteint prochainement. Les législations sur l'immigration se succèdent. Accueillir un étranger chez soi est suspect.

Un panoptique de Bentham se met en place plus ou moins insidieusement à l'échelle de la planète, reposant sur trois éléments : l'emballlement des procédés biométriques d'identification, la multiplication et l'hyperprécision de la vidéo-surveillance, le franchissement de la frontière de l'intime (par ex. lutte contre les mariages blancs). Hypersurveillance et suspicion généralisée !

Enfin la prolifération réglementaire va de pair avec la déchéance des lois au niveau de règlements. Si « nul n'est sensé ignorer la loi », plus personne, pas même un juge, ne peut connaître l'empilement des règlements. M. Chirac, président de la république française, vient de donner le coup de pied de l'âne à la notion de loi avec la promulgation-sans-application du « Contrat Première Embauche ».

II-3 Des éléments du totalitarisme, selon H. Arendt

(Les [] indiquent des éléments actuels, en illustration)

La croyance fondamentale peut s'exprimer par « Tout est possible ! », c'est à dire qu'on peut façonner l'ensemble des hommes et la Terre sur laquelle ils vivent. Et cela produit l'isolement (politique), et la désolation (privée).

L'organisation des masses fabrique une masse atomisée et amorphe, en brisant notamment les solidarités, par exemple au travail [C.P.E.]. Pour cela la simple propagande est remplacée par l'endoctrinement [uniformisation télévisuelle]. Ceci vise une fidélité absolue, vidée de tout contenu concret ; pour cela, il convient de se débarrasser des programmes spécifiant un contenu concret.

L'organisation concentrique est essentielle, qui distingue l'Elite, les Adhérents, et les Organismes tampons. Chaque cercle protège le cercle plus profond du monde non totalitaire, rend la croyance plus forte par son existence dans des cercles plus larges, permet donc que l'Elite reste totalement endoctrinée, et que les adhérents ne puissent être atteints ni par l'expérience, ni par l'argumentation [élite dirigeante du pays, adhérents des partis politiques dominants, grands médias sérieux].

A l'extrême opposé de l'Elite, c'est la terreur qui doit régner [sans-papiers, populations bombardées, tiers-monde misérable]. Dans cette entreprise de terreur, la police acquiert une importance extrême, beaucoup plus que l'armée traditionnelle, qui incarne la puissance dans les régimes autoritaires ou dictatoriaux, non totalitaires. [transformation de l'armée U.S. en police du monde ; assomption des ministres de l'Intérieur]

Le scientisme est nécessaire à la Totalité. La science y est utilisée comme produit de substitution de la puissance, avec la menace de « rater le train de l'histoire », de « rester en retard », avec l'accent mis sur la prophétie, avec le mensonge dans la démonstration de la justesse des prédictions : l'avenir, seul, révélera la Vérité. [on va trouver le gène de la désobéissance]. Il y a intangibilité de la croyance énoncée comme Vérité [le marché, c'est le bonheur].

La Loi, de la nature (nazisme), ou de l'histoire (bolchevisme), s'applique directement au genre humain, sans s'inquiéter de la conduite des hommes concrets. [le gène + la fin de l'histoire]. Pour cela, pour qu'il y ait adhésion à cela, c'est le mouvement pour le mouvement, qui est perpétuellement valorisé, avec une prolifération de lois inappliquées. [La Réforme].

La logique en est implacable, c'est celle de la force du non-sens, où les catégories traditionnelles (tradition, justice, morale, bon sens, voire même efficacité), ne sont plus d'aucun secours pour comprendre. [absurdité apparente des décisions]. Finalement, c'est une vaste entreprise de rendre les hommes superflus, en « organisant la pluralité et la différenciation infinie des êtres humains comme si l'humanité ne formait qu'un seul individu, réduit à une identité immuable de réactions ».

II-4 Fragments de totalitarisme au XXI^e siècle

...Pour laisser à chacun le soin d'en rajouter...

Masse

Tous pareils, d'un bout à l'autre de la planète, uniformisés dans nos rituels d'inclusion à un monde télévisuel, « hébétés et fonctionnels » !

Quoi d'étonnant dans l'irrésistible ascension des Thérapies Comportementales et Cognitives ? C'est simplement la reconnaissance que l'individualisme revendiqué n'est qu'une fiction, et que ce mot peut être traité comme « Pravda » en Union Soviétique. On peut appliquer à tous le même programme. H. Arendt disait : « Ce qui est inquiétant dans ces théories modernes du comportement, ce n'est pas qu'elles soient fausses, c'est qu'elles peuvent devenir vraies ! ». Et S. Freud (« Psychologie des masses et analyse du Moi »), attirait notre attention sur l'identification imaginaire au meneur, complément nécessaire de la masse . Aujourd'hui, en plus, le meneur est quasiment virtuel.

Banalité

Inexorablement, le temps passé devant la télévision augmente. Le spectacle qui s'y déploie, et il n'est pas besoin d'aller sur la télé de Monsieur Berlusconi, chacun peut le voir et le zapper, de Paris à Marrakech, ou de Lhassa à Singapour, est celui du dérisoire. Prenez une émission-type, de Monsieur Ardisson par exemple, et vous voyez à l'œuvre les ingrédients de la dissolution de la capacité à penser. Foin des possibilités de se retirer du monde ! Mêlons allègrement l'intime et le paraître ! Tout est transparent et visible, mais, comme tous les regards sont supposés être identiques, ce qui est visible est sans importance, néantisé. La Totalité inclue la société du spectacle (G. Debord), qui détruit la protection, par la pensée, contre la production du mal.

Travail

H. Arendt nous montre la progressive et incomplète substitution de l'Agir par le Faire, puis du Faire par le Travailler, dans la Vie Active (Vita activa). Seule l'expérience totalitaire réalise pleinement cette double substitution, conjointement avec la dépréciation de la Vie Contemplative (Vita Comtemplativa). La marchandisation du monde semble pourtant y avoir réussi. Les œuvres et la durabilité du monde disparaissent, même dans l'art ; c'est le bon-à-jeter, le tout-kleenex. Les actes et les paroles perdent leur puissance politique.

Reste le travail. Trois solidarités essentielles sont en passe de s'y détruire : l'assurance maladie, la retraite et le contrat de travail. Par ces trois solidarités, le travailleur échappait à la pure reproduction de sa force de travail. Leur abolition tentée, peut-être bientôt réussie, abolit ce qui reste de frontière entre le sujet intime, le citoyen et le travailleur. Il, ne reste que la production par l'anonyme. D'autant, qu'au delà de l'expropriation – aliénation classique du capitalisme des XIX^e et XX^e siècles, s'ajoute une nouvelle expropriation par destruction des localisations, des territorialisations. La production a lieu n'importe où, par n'importe qui ; elle peut être virtuelle.

Ca produit. Et c'est là qu'on sent la force de l'idée de H. Arendt, qui identifie la reproduction biologique et le travail. Ca produit, ça reproduit. Et la machine tourne toute seule.

Temps et Liberté

Alors, le Temps. « Initium ut esset, creatus est homo, ante quem nullus fuit ». H. Arendt cite souvent Augustin. Que quelque chose commence ! Il faut quelqu'un, pas n'importe qui, un acteur, responsable, atténuant l'irréversibilité et l'infinitude imprévisible de ses Actes et de ses Paroles par une capacité de Pardon et de Promesse. Quelqu'un ! Différent de tous les autres. Alors seulement peuvent s'engendrer simultanément le Temps et la Liberté. Parce que ce quelqu'un dispose d'un espace d'expériences et d'un horizon d'attentes (P. Ricoeur). Il va même pouvoir faire un récit.

Mais, s'il est réduit à une identité biologique, à n'être plus que producteur complètement interchangeable, c'est aussi que le Temps change, que le présent et son urgence, le mouvement brownien d'un perpétuellement présent est devenu le maître. « Just-in time », « En temps réel », sont les maîtres mots du temps circularisé, du temps biologique de la reproduction de l'espèce, du déterminisme circulaire de la répétition.

III – Résistances

Antonio Negri et Michael Hardt (« Empire », ed. Exclis 2000 ; « Multitude », ed. La Découverte 2004), proposent une lecture de la situation mondiale actuelle.

Si « Le Capital », de K. Marx, et « Capitalisme et schizophrénie » de G. Deleuze et F. Guattari, sont directement inspirateurs, M. Foucault, notamment « Surveiller et punir », est également très présent.

Negri et Hardt décrivent la domination mondiale par un Empire, constitué par les Etats-nations les plus puissants (USA, bien sur, mais pas seulement), les organismes internationaux, et les firmes internationales. Cet Empire, qui a la forme d'un réseau, organise un biopouvoir, en ce sens qu'il régit non seulement la production, mais aussi la reproduction, et, plus généralement la vie ; il régit aussi une société mondiale de contrôle à l'échelle de la planète, l'immatérialité de la production, et un état de guerre permanent.

On voit les résonances avec ce que j'ai évoqué plus haut.

Surtout, et c'est en cela que le mouvement dit « altermondialiste » se réfère à Empire et Multitude, Negri et Hardt accompagnent les étapes de la revendication (Seattle, par ex.), et proposent à la réflexion l'hypothèse qu'il existe une alternative, déjà à l'œuvre au sein de l'Empire, et que le concept de Multitude vaut pour la décrire. Pour eux, le pessimisme n'est pas de mise, à terme, car, si l'Empire ne peut pas ne pas promouvoir la Multitude, celle-ci peut, potentiellement, exister sans l'Empire, donc au delà de son déclin.

La Multitude croît au sein de l'Empire. Elle s'oppose au peuple (qui est UN, qui valorise l'unité), à la masse (qui est indifférence, uniformité), et à la classe ouvrière (qui est limitée). Elle est multiple, forte des différences, ouverte et inclusive.

Elle s'exprime par des luttes réticulaires, qui prennent place sur un terrain biopolitique, car producteur de nouvelles formes de subjectivité, de vie. Réticulaires et horizontales, non centralisées, ce sont les insurrections de l'E.Z.L.N. Zapatiste au Mexique, les manifestations – rassemblements du Forum Social Mondial, les luttes des pauvres en Afrique du Sud, des piqueteros (chômeurs, en Argentine), des intermittents du spectacle en France, et, surtout, partout, des immigrés, qui illustrent au mieux un mouvement spatial dans un lieu sans limites, portant la revendication d'une citoyenneté mondiale et d'une reconnaissance. « Est-il possible d'imaginer l'agriculture et l'industrie de services en Amérique, sans la main d'œuvre mexicaine ? ».

La Multitude élabore de nouvelles doléances, concernant la représentation, les droits et la justice, l'économique et le biopolitique.

Chaque lutte est un point nodal d'un réseau, communicant avec les autres sans passer par un centre. Ce réseau est visé comme « transparent, démocratique et autopoïétique ». Il affirme les droits de la singularité ; il y a coordination des luttes de classe, d'ethnie, de genre, de choix sexuel, etc... ; cette coordination des singularités est intelligence collective, « en essaim », car il n'y a pas de contrôle généralisé, d'architecture générale ; elle produit le « commun », « ce qui permet de communiquer et d'agir ensemble, tout en maintenant les différences ».

Si « la Multitude affirme sa singularité en inversant l'illusion idéologique que tous les humains sont interchangeable à travers l'étendue du marché mondial », le projet de Negri et Hardt est d'établir la Multitude comme sujet politique.

C'est là que la pensée du totalitarisme par H. Arendt, me paraît pouvoir féconder le concept de Multitude. C'est essentiellement la notion de Pluralité, centrale chez Arendt : « La pluralité est la Loi de la Terre », « les hommes n'existent qu'au pluriel ». Ils (les hommes) mettent en commun des Actes et des Paroles, et cela constitue la Politique. Negri et Hardt, me semble-t-il, jouent de l'ambiguïté des « singularités ». S'agit-il des hommes ou de leurs groupes d'appartenances ou d'inclusion ? Dit autrement, qu'est-ce qui les détermine ? Chez Arendt, ce qui est mis en commun échappe au biologique. Negri et Hardt, comme Arendt, font le lien entre le travail, la production, et la vie, la reproduction. La notion de Pluralité, poussée dans toutes ses conséquences, implique le partage entre travail et vie, d'une part, et Actes et Paroles, de l'autre.

Alors les notions de singularité et de fabrication du commun, peuvent sortir du réalisme vitaliste, accéder à une perspective constructiviste : la seule réalité qui existe, c'est ce que nous mettons en commun, à partir de points de vue radicalement irréductibles.

Le C.E.D.E.P. me paraît alors un point nodal, d'un réseau de résistances, un élément de la Multitude opposée à l'Empire, que j'ai décrit comme pré-totalitarisme. Sa connexion à d'autres points nodaux (Ligue des Droits de l'Homme, Associations d'Usagers, Forum Social Européen...), est essentielle.

Ses axes de lutte et de contre propositions doivent couvrir les champs de l'indépendance des professionnels, des limitations légales aux obligations de soins sous toutes leurs formes, de la confidentialité et du secret, de l'obligation de prendre soin. Une place particulière doit être faite à la lutte contre la puissance des laboratoires

pharmaceutiques et contre le scientisme. C'est dans ces axes que la notion de Pluralité se révélera féconde.

Bibliographie

- A.N.A.E.S. «Manuel d'accréditation des établissements de santé. Deuxième procédure» Septembre 2004
- Arendt H. « Les origines du totalitarisme. 1 Sur l'antisémitisme » Seuil 1984
- Arendt H. « Les origines du totalitarisme. 2 L'impérialisme » Seuil 1984
- Arendt H. « Les origines du totalitarisme. 3 Le système totalitaire » Seuil 1972
- Arendt H. « La nature du Totalitarisme » Payot 1990
- Arendt H. « Condition de l'homme moderne » Gallimard 1972
- Arendt H. « La crise de la culture » Gallimard 1974
- Arendt H. « Eichmann à Jérusalem » Gallimard 1966
- Arendt H. « Vies politiques » Gallimard 1974
- Arendt H. « La vie de l'Esprit. 1 La Pensée » P.U.F. 1981
- Arendt H. « La vie de l'Esprit. 2 Le Vouloir » P.U.F. 1983
- Arendt H. « Juger » Seuil 1991
- Arendt H. « Journal de pensée » 2 volumes Seuil 2005
- Bader J.M. « Psychiatrie : des experts trop liés à l'industrie » Le Figaro 24 Avril 2006
- Benisti J.A. « Prévention de la délinquance » Rapport préliminaire du Groupe d'Etudes Parlementaires sur la Sécurité intérieure (G.E.P.S.I.) Octobre 2004
- Benisti J.A. « Prévention de la délinquance » Rapport définitif du G.E.P.S.I. Septembre 2005
- Bouniton M. « Niveau de preuve » Lettre du Groupe de Recherche et d'action pour la Santé (G.R.A.S.) 23, Septembre 1999
- Brunelle F. « Evidence Base Medecine » Hôpital Necker Enfants Malades Paris Juin 2002
- Chabert A. « Mémoires de l'Autorité » Séminaire du C.E.D.E.P. Collioure (France) juin 2002 ; et Générations 24, 2001
- Chabert A. « Y aurait-il une politique familiale du gène ? » Colloque du C.E.F.A. Décembre 2004
- Clery-Melin P., Kovess V., Pascal J.C. « Plan d'action pour le développement de la psychiatrie et la promotion de la santé mentale. Rapport d'étape » Septembre 2003
- Coordination pour le contrôle citoyen de l'O.M.C. « L'A.M.I. et ses clones » Novembre 1999
- Dalery J. et D'Amato T. « La schizophrénie. Recherches actuelles et perspectives » Masson 1999
- Debord G. « La société du spectacle » Gallimard 1992
- Deleuze G. et Guattari F. « L'Anti-oedipe. Capitalisme et schizophrénie 1 » Ed. de Minuit 1972
- Deleuze G. et Guattari F. « Mille Plateaux. Capitalisme et schizophrénie 2 » Ed. de Minuit 1985
- Delvenne C. et Pasleau F. « Comment résoudre en pratique un problème diagnostique ou thérapeutique en suivant une démarche E.B.M. » Revue de Médecine de Liège 2000, 55, 4, 226-232
- De Singly « Une régression anti-individualiste » Libération 29 Mars 2006
- E.B.M. Journal « Gestion du système de santé basée sur des faits prouvés » 04/265
- E.B.M. Journal « De la nécessité de baser les pratiques sur des faits prouvés en psychiatrie » 97/197

- E.B.M. Journal « Pronostic de la schizophrénie : la validité du D.S.M 3R et de l'I.C.D.10 est supérieure à celle de l'I.C.D.9 et du CategoS+ » 13/28
- E.B.M. Journal « Une consultation psychiatrique standardisée améliore l'état des patients présentant une somatisation, et diminue les coûts » 01/369
- E.B.M. Journal « Deux questions suffisent pour dépister la Dépression » 14/487
- Freud S. « Psychologie des masses et analyse du Moi » O.C. XVI, P.U.F. 1991
- Garret-Gloanec N. « La réforme Hôpital 2007 » Congrès Union Syndicale de la Psychiatrie Mars 2006
- Gekiere C. « Héritage et transmission au plan familial » (en voie de publication)
- Greenaway P. « Drowning by numbers » film 1988
- Hardy G. « S'il te plaît, ne m'aide pas » Eres 2001
- Hermange M.T. et Rudolph L. « La sécurité des mineurs » Rapport au premier ministre Mars 2005
- I.N.S.E.R.M. « Troubles mentaux chez l'enfant et l'adolescent » Expertise collective 2002
- I.N.S.E.R.M. « Psychothérapie. Trois approches évaluées » Expertise collective 2004
- I.N.S.E.R.M. « Troubles des conduites chez l'enfant et l'adolescent » Expertise collective 2005
- Jordan B. « Les imposteurs de la génétique » Seuil 2000
- Loach Ken "Family Live" film 1971
- Marty et DeM'Uzan « L'ordre psychosomatique » Payot 1980
- Marx K. « Le Capital » 3 volumes Editions Sociales 1977
- Negri A. et Hardt M. « Empire » Exils 2000
- Negri A. et Hardt M « Multitude » La découverte 2004
- Orwell G. « 1984 » Gallimard 1981
- Raulin N. « Ne souriez-pas, vous êtes fichés » Libération 7 Avril 2006
- Rawls J. « Théorie de la Justice » Seuil 1997
- Ricoeur P. « Temps et récit » 3 volumes Seuil 1983 ;1984 ;1985
- Ricoeur P. « Soi-même comme un autre » Seuil 1990
- Ricoeur P. et Changeux J.P. « Ce qui nous fait penser » O. Jacob 1998
- Sami-Ali et Coll. « L'identité psychosomatique » E.D.K.2003
- Sarkozy N « Exposé des motifs du projet de loi sur la prévention de la délinquance » Décembre 2005
- Tohen M. « Comparaison de l'efficacité et de la tolérance de l'Olanzapine et du Lithium dans la prévention des récives maniaques et dépressives » American Journal of Psychiatry 2005, 162, 1281-1290. Diffusion Laboratoires Lilly
- Von Foerster H. « Ethique et cybernétique de second ordre » in Système, Ethique, Perspectives en thérapie familiale ESF 1991
- Von Foerster H. « La construction d'une réalité » in L'invention de la réalité (sous la direction de Watzlavick P.) Seuil 1988
- ainsi que les Revues : Pénombre ; Abstract psychiatrie ; Décision santé ; Prescrire.

Alain CHABERT

Aix-Les-Bains, 02-05-2006

Session : Soigner en prison, punir à l'hôpital ?

Bruno Gravier ^a,
René Raggenbass ^b,
Jacques Gasser ^c*

Questions éthiques et cliniques posées par l'adoption de l'initiative sur l'internement à vie des délinquants particulièrement dangereux par le peuple suisse*

E t h i q u e LE JOURNAL

Résumé

Une initiative populaire se concluant par un vote national a conduit le peuple suisse à demander une modification de sa constitution pour permettre d'interner définitivement certains délinquants particulièrement dangereux. Une fois la décision prise, aucune véritable réévaluation de la situation ne pourra être effectuée. Cette décision se basera principalement sur l'expertise psychiatrique qui devra se prononcer sur le caractère inamendable ou inaccessible à tout traitement de tels sujets. Cet article présente l'historique de la démarche populaire qui a conduit à ce vote et la manière dont l'Etat suisse a rendu compte de cette votation en tentant de l'inscrire dans son code pénal.

Pourtant le texte voté se présentait d'une manière telle qu'il rendait impossible son inscription autant dans un discours juridique que dans un discours psychiatrique. Il confronte maintenant les praticiens à des questions éthiques majeures. Doit-on accepter de s'inscrire dans un tel processus Pénal ? Peut-on valider par une expertise un pronostic qui engage la vie entière d'une personne alors que l'on connaît le caractère incertain et donc discutable des approches prédictives?

Comment tout un Etat de droit a-t-il pu laisser se développer un tel leurre quant à la place de la psychiatrie dans la cité?

* a professeur associé, médecin chef, Service de Médecine et Psychiatrie Pénitentiaires, Lausanne

b psychiatre-psychothérapeute, FMH, Martigny

c professeur associé, médecin chef, Département de Psychiatrie, Lausanne

Introduction

La société témoigne d'une préoccupation grandissante pour la criminalité sexuelle. En premier lieu, en raison de la prise de conscience croissante de la réalité de ce phénomène chez les enfants et les adolescents. On s'inquiète aussi de l'ampleur de cette criminalité à la faveur du développement et de l'utilisation d'Internet. Les sites de rencontres et d'échanges y fleurissent, les réseaux semblent s'y développer. Ce climat contribue à une inquiétude diffuse face à un danger difficile à cerner.

Cette prise de conscience concerne également la gravité des conséquences immédiates et à long terme, en particulier psychiques, des agressions sexuelles sur les victimes.

De plus, le caractère récidivant de ces infractions,

le sentiment de leur étrange proximité – car elles peuvent soudain frapper au cœur de la famille ou du groupe social – transmettent un sentiment d'urgence à agir.

Enfin, le sentiment de désarroi qui émerge des discours sur les prises en charge, qu'elles soient pénales ou thérapeutiques ne pouvait que légitimer la violence de la réaction populaire dans la mesure où elle était sollicitée par un vote comme le permet le système démocratique suisse. En effet, l'insuffisance de moyens et de thérapeutes capables de prendre en charge ces sujets mais encore l'inadéquation des sanctions et le décalage entre la réalité judiciaire (peines légères dans la grande majorité des cas) et les représentations d'horreur dans la population, englobant toutes les délinquances sexuelles, viennent ponctuer les discours sécuritaires et renforcer l'inquiétude.

C'est dans ce contexte qu'a été adopté par le peuple suisse un texte constitutionnel permettant d'interner à vie, sans possibilité de réexamen ou de sortie, des criminels réputés particulièrement dangereux.

Historique de l'initiative

En Suisse, une modification constitutionnelle peut être portée au vote populaire après qu'une initiative signée par 100 000 citoyens soit déposée devant le Parlement et le Conseil Fédéral.

Celle-ci a recueilli 194 390 signatures. Il faut dire que ces signatures portaient du cœur de l'émotion la plus vive et la plus respectable puisque l'initiative était portée principalement par les parents et proches d'une victime sauvagement assassinée par un tueur en série dont la sinistre trajectoire a marqué les esprits depuis la fin des années 1980. La rumeur populaire véhiculait en outre, à torts, le fait que ce criminel bénéficiait de congés et avait été vu par les uns et les autres dans l'une ou l'autre ville. Quelques mois auparavant, l'examen de sa mise en liberté conditionnelle, obligatoire après 15 ans, en Suisse pour les condamnés à perpétuité avait aussi suscité l'inquiétude d'une possible sortie (cet examen a motivé une expertise qui a conclu à la nécessité de repousser le prochain examen de 10 ans).

Un autre crime terrible avait secoué l'opinion publique en 1993 puisqu'il était le fait d'un détenu déjà condamné pour des faits particulièrement graves et qui avait récidivé alors qu'il bénéficiait de congés quelques années après le début de sa peine dans des conditions d'octroi discutables et prématurées.

Le caractère démagogique et irréaliste d'une telle proposition rendait, en première lecture, son approbation impensable. En effet, le texte proposé obligeait la Suisse s'il était admis, à se mettre en rupture du reste de l'Europe par la contradiction avec les principes fondamentaux de la Convention Européenne des Droits de l'Homme. Son caractère extrémiste ne pouvait, de plus, qu'être rejeté par un pays traditionnellement enclin à la modération pénale et dont le code et les pratiques pénales sont principalement orientés vers la resocialisation et le caractère didactique de la sanction.

De plus, un nouveau code pénal venait d'être adopté en 2002 dont la mise en œuvre, initialement prévue pour 2006, allait renforcer certaines dimensions répressives du droit des mesures.

Celles-ci jusqu'à présent permettant de garder sous main de justice des auteurs de crimes ou délits souffrant de troubles psychiques, de toxicomanie ou de comportements invétérés (délinquance d'habitude). La mesure étant une privation de liberté renouvelable d'année en année, et donc potentiellement indéterminée, venant en alternative à une peine de prison, celle-ci étant alors suspendue dans la majorité des cas. La mesure était donc, jusqu'à présent considérée dans l'esprit du législateur comme une stimulation au traitement et une alternative humaniste à l'enfermement carcéral.

Ces dernières années, il faut bien le dire, certaines mesures (internement au sens de l'article 43 CPS ch1 al 2) ont progressivement affirmé leur caractère sécuritaire, et sont maintenant comprises comme les réponses les plus répressives mises à la disposition des autorités de jugement.

Malgré le succès de ce premier recueil de signature, le vote sur l'initiative s'est préparé dans la quasi certitude des différents protagonistes étatiques (partis, députés, juristes, etc.) que celle-ci n'avait aucune chance d'être adoptée.

En effet, elle avait unanimement suscité l'opposition du gouvernement fédéral et un rejet par les deux chambres de représentants élus. Plusieurs négociations avaient eu lieu entre partisans de l'initiative et représentants de l'Etat pour essayer de trouver un compromis dans le cadre de l'élaboration du nouveau code pénal et éviter ce vote. L'unanimité était telle dans la plupart des milieux concernés pour estimer irréaliste une telle proposition que tout n'a peut-être pas été fait, autant en termes de négociation que d'explication, pour se préoccuper d'une telle menace.

Pour certains [1], l'initiative s'est développée au moment même où la prise de conscience des autorités avait permis de développer de meilleurs outils pour suivre les condamnés et arriver à une meilleure appréciation des capacités de récidive des détenus: commissions d'évaluation de la dangerosité, expertises en cours d'exécution de peine, prises en charge spécialisées, etc. Cet effort méritoire semblait lui aussi relativiser la portée du vote. Il n'a cependant pas été entendu, probablement parce que ces dispositions, dont les effets ne peuvent se faire sentir que sur la durée, n'avaient pas encore suffisamment montré leurs résultats.

Personne n'avait véritablement pris la mesure de la lame de fond que les propos condensés dans les propositions simples et «évidentes» du texte de l'initiative ne pouvaient manquer de susciter. Elle a donc été largement acceptée, contre les recommandations de la classe politique quasi unanime, à quelques exceptions près, retrouvées dans les partis populistes et contre les recommandations des milieux spécialisés.

Le texte adopté a donc la force de l'émotion, la simplicité de la réponse et la puissance des idées reçues face à l'horreur. La complexité du droit, la réalité des pratiques et les limites des uns et des autres ne pouvaient qu'être balayées à partir du moment où le texte était soumis.

Cette initiative constitutionnelle a été adoptée par 56% des votants et la majorité des cantons en février 2004. En voici le texte:

«Si un délinquant sexuel ou violent est qualifié d'extrêmement dangereux et non amendable dans les expertises nécessaires au jugement, il est interné à vie en raison du risque élevé de récidive. Toute mise en liberté anticipée et tout congé sont exclus.

De nouvelles expertises ne sont effectuées que si de nouvelles connaissances scientifiques permettent d'établir que le délinquant peut être amendé et qu'il ne présente dès lors plus de danger pour la collectivité.

L'autorité qui prononce la levée de l'internement au vu de ces expertises est responsable en cas de récidive.

Toute expertise concernant le délinquant est établie par au moins deux experts indépendants qui prennent en considération tous les éléments pertinents. (Art. 123a CST)»

Du vote à la loi: inscrire l'inquiétude populaire en termes législatifs

C'est dire à quel point de tels votes, expression du ressenti populaire, se fondent principalement sur de l'irrationnel et sur une rhétorique de la peur qui ne peut qu'échapper à toute cohérence et surtout à toute inscription dans une pensée juridique et pénale. C'est à cette réalité que sont maintenant confrontés juristes et politiques, pris en tenaille entre la nécessité de tenir compte du vote du peuple souverain et les impasses et implications désastreuses d'un tel texte.

On peut estimer que les citoyens n'ont pas véritablement réalisé sur quoi ils votaient tant les enjeux étaient difficiles à décrypter, tant les discours de ceux qui appelaient à accepter l'initiative avaient tendance à considérer que ceux qui refusaient l'initiative semblaient s'ériger en défenseurs des auteurs d'agression sexuelle.

Refuser une telle initiative pouvait ainsi vouloir dire, pour beaucoup de citoyens, qu'on allait laisser sortir des délinquants sexuels, et notamment prendre le risque de retrouver dehors, du jour au lendemain, les grands «prédateurs» dont le crime avait été à l'origine de la démarche de l'initiative. C'était de cette manière qu'était comprise la question.

Finalement le peuple s'est découvert législateur et un législateur finalement plus féroce encore que ceux qui étaient à l'origine de cette proposition.

Car on peut aussi penser que si la question avait concerné l'ensemble des délinquants sexuels quelle que soit la gravité du délit, la réponse aurait été peu différente.

Bien sûr, un tel vote populaire est venu souligner dans un pays en quête de repères la défiance majeure vis-à-vis des juges et des psychiatres amalgamés dans une représentation de l'Etat, incapables d'assurer la sécurité de ses citoyens, de répondre à leurs attentes et coupables de laxisme vis-à-vis de ces criminels. On peut donc mesurer à quel point l'écart s'est creusé et les attentes se sont faites déraisonnables. On peut ici pointer le déficit d'information et d'explication concernant autant le droit et son évolution ainsi que le rapport de la société à la maladie mentale.

La tâche n'en est que plus ardue au moment de rendre compte de ce vote dans les textes. Le travail d'explication semble toujours en panne et le risque est grand que se prolonge dans l'application la même cécité qui a prévalu dans la campagne électorale quant au rôle du psychiatre dans la cité et au statut de la science dans cet éclairage difficile du comportement humain.

Le «populisme pénal»: que peut signifier juger et punir en démocratie?

On peut toujours se demander quelle fut la part de certaines officines politiques et des médias dans une telle décision, mais il n'en reste pas moins que le débat mené avant tout par les auteurs de l'initiative resta digne sans permettre qu'il se place là où il aurait dû être, à savoir au niveau du débat de société, puisque la plupart du temps, il a été présenté comme une affaire de spécialistes des prisons et des délinquants.

L'expression de D. Salas qui qualifie de «populisme pénal» les dérives actuelles des discours sur la sanction rend bien compte de ce qui est profondément en jeu dans nos sociétés modernes. Ces discours populistes, en prise directe avec la douleur des victimes, pointent l'insuffisance de la répression, l'incapacité des juges et insistent sur la nécessité de mesures d'exception. D. Salas pointe l'utilisation qui en est faite dans les discours politiques et la réponse du législateur:

«La législation compulsive se développe dans une société où l'urgence façonne la règle juridique » [2].

Ainsi les textes de loi sont votés au décours d'événements particulièrement chargés émotionnellement. Les gouvernements sont pris par la tentation démagogique.

«A partir du moment où le destinataire de la décision n'est plus l'individu mais le public, celui-ci en devient le critère et la justification», écrit encore D. Salas. C'est bien ce à quoi nous sommes dorénavant confrontés: écrire un texte de loi qui répond à l'attente du public, qui vient se glisser dans les failles de l'édifice pénal et qui en ignore les fondements. Une telle inscription ne peut se faire qu'au détriment du développement de vrais moyens pour mieux comprendre les actes de délinquances sexuelles et surtout pour mieux prévenir leurs récidives: médiation, amélioration du suivi, du traitement individualisé, adaptation des peines, développement de recherches sur l'évaluation de la dangerosité et sur la compréhension du psychisme des auteurs d'actes délinquants, etc.

Pourtant cette réflexion et la mise en place du travail de réinsertion et de réhabilitation devra se faire puisque aucune société n'a les moyens d'une politique conduisant à un enfermement carcéral exponentiel.

Le rapport du psychiatre à la cité: une relation paradoxale

Alors que le vote est un symptôme clair d'une défiance envers les psychiatres, le résultat du vote donnerait plus de pouvoir aux psychiatres, puisque la décision reposera, à priori, sur deux expertises qui seraient finalement les éléments centraux de la décision.

Il s'agit donc d'un paradoxe: donner plus de pouvoir tout en accroissant la défiance, puisque la loi impliquerait la responsabilité du psychiatre qui pourrait émettre un pronostic erroné.

On va le voir ci-dessous, il n'en est rien. Le texte ne propose finalement que la destruction du rôle du psychiatre dans cette articulation et son asservissement à une mission simple qui n'a plus grand chose à voir avec son art.

Le texte adopté: un bouleversement du rapport à la loi et à l'expertise psychiatrique

Le texte adopté renverse brutalement la relation du psychiatre à la procédure pénale dans deux aspects fondamentaux:

– L'oubli de ce que représente l'expertise psychiatrique, en tant que mise en évidence d'une pathologie psychiatrique.

– Le déni de ce que la reconnaissance d'une pathologie peut avoir comme conséquence pour le sujet dans son rapport à sa responsabilité et dans la détermination d'une mesure thérapeutique en adéquation avec le trouble et la dangerosité qui y est référée.

L'expertise psychiatrique, on le sait, a pour mission première de déterminer la responsabilité pénale du sujet auteur de délits ou de crimes.

Dans le texte de l'initiative point d'évocation de la pathologie éventuelle du sujet. Jusqu'à présent l'application de l'article 43 CPS était marginale, voire tombée en désuétude dans certains cantons.

Ce nouvel article de loi vient finalement comme paradigme d'un nouveau droit des sanctions: le sujet labellisé dangereux échappe au droit commun pour faire l'objet d'une mesure d'exception, sur la base d'une expertise psychiatrique, celle-ci ne se prononçant, au bout du compte, que dans un domaine où, jusqu'à présent elle ne s'aventurait, avec raison, qu'avec la plus grande réserve, à savoir la détermination du risque de récidive ...

D'une certaine manière, il vient redonner vigueur au vieux rêve de Lombroso: permettre d'écarter de la sanction pénale classique les individus marqués par une dangerosité constitutionnelle et ouvrir la voie à un nouvel avatar du positivisme.

On le comprend bien, le droit pénal étant trop clément (la perpétuité telle qu'elle est inscrite dans la peine ne remplissant pas sa fonction), il revient au criminologue (dont le psychiatre n'est que l'instrument) de définir une voie radicale d'exclusion.

Finalement, le débat sur la responsabilité est escamoté pour n'être plus qu'une simple figure de style, puisque le point de césure dans ce nouveau texte sera celui de la dangerosité dans ses aspects les plus éloigné de la compétence psychiatrique.

On pourra objecter que la sollicitation du psychiatre dans la détermination de la dangerosité existait déjà. Mais, jusqu'à présent, elle ne concernait l'expertise avant jugement que de manière complémentaire et ne se déployait véritablement que dans la démarche d'évaluation de l'exécution de la peine.

Rappelons que Rappart fondait la création de la psychiatrie actuelle sur sa capacité à distinguer les sujets irresponsables des autres et à proposer à ceux-ci d'autres voies de prise en charge. Le souverain a balayé ce débat et il y a fort à parier que malgré le caractère exceptionnel d'une telle mesure, elle ne pourra que rejaillir sur l'ensemble des rapports entre droit pénal et psychiatrie.

Implications pour le psychiatre: désert l'espace ou faire avec?

Les impasses médicales, conséquences du texte de cette initiative, sont nombreuses. Elles ont pourtant été balayées par la majorité du groupe qui a eu pour mandat de traduire ce vœu populaire en catégorie juridique:

En reformulant l'hypothèse d'une structure psychique du crime (cf. *«critères structurels, étroitement et durablement liés à la personnalité de l'auteur»*) en ne référant cette définition qu'à une lecture de l'instant du jugement et présumant un savoir qui n'existe pas: *«si en raison des caractéristiques particulières de sa personnalité l'auteur peut être qualifié de durablement non amendable, dans la mesure où la thérapie semble, à longue échéance, pratiquement vouée à l'échec»* (art. 64^{ter}, en projet).

En réduisant l'individu à son acte et référant sa structure psychique à la liste des actes commis *«le juge ordonne l'internement à vie si l'auteur a commis un assassinat, un meurtre, une lésion corporelle grave, un viol, un brigandage, une prise d'otage, un incendie ou un autre crime pour lequel il a porté ou voulu porter gravement atteinte à l'intégrité physique, psychique ou sexuelle d'autrui»* (art. 64, lettre a).

Du coup, le débat sur la dangerosité et sur la prise en charge des délinquants souffrant de troubles psychiques s'en trouve singulièrement modifié, par rapport à tout ce qui peut se discuter de liens entre dangerosité et trouble psychique, sur la manière dont on peut appréhender la dangerosité dans une démarche qui prend en considération les multiples facteurs autant biographiques que cliniques ou conjoncturels.

En effet, la mise en oeuvre du texte postule que la dangerosité est la pathologie majeure de ces délinquants, qu'elle s'exprime par un acte criminel qui en est donc le symptôme central et l'expression de sa personnalité et de son psychisme. On en revient d'une certaine manière à la définition de la monomanie homicide du XIX^e siècle.

Implicitement le texte contient les éléments suivants:

– Il définit des catégories «à vie» de la «dangerosité» et de la non amendabilité en les habillant d'un alibi médical qui ne repose pourtant sur aucune validation scientifique crédible.

– Il exclut tout doute ou incertitude dans la démarche de prédiction; alors que celle-ci ne peut qu'être corrélée à une approximation statistique porteuse en soit d'incertitude.

– Il exclut toute possibilité d'évolution individuelles du psychisme et dénie d'une certaine manière le travail d'accompagnement et de cheminement qui peut être effectué, notamment à la faveur d'un accompagnement thérapeutique.

Bien sûr, on objectera que celui-ci ne concerne que des catégories très marginales de criminels, mais il ne peut que profondément teinter toutes les évolutions à venir car le vote populaire lui confère une légitimité qui ne peut que balayer les objections scientifiques. On le voit, ce texte témoigne d'une profonde fracture entre les réalités du monde médical et les exigences idéales de la population et de la Justice. Le leurre continue d'ailleurs puisque les principales difficultés retenues dans l'application sont présentées, à tort, comme prioritairement juridiques. Les réalités cliniques et scientifiques n'ayant manifestement pas été entendues

Face à un tel texte La Société Suisse de Psychiatrie argumente sur les points suivants [3]:

– En demandant la création des bases scientifiques nécessaires à l'appréciation de la validité de certains instruments pronostics en améliorant la formation, la qualité des expertises et la création de standards de qualité reconnus.

– En soulignant le caractère irréaliste de nouvelles études standardisées permettant de disposer de nouvelles connaissances, en raison même de l'impossibilité de standardiser ces études.

– En pointant l'insuffisance du nombre des experts en Suisse.

On ne peut que remarquer à quel point les arguments sont malaisés à mettre en forme tant la puissance du discours et sa force simplificatrice laisse peu de place au doute.

La question qui se pose nous amène à nous demander de quelle manière le dialogue peut exister dans un tel contexte. Désserter ou cautionner, c'est toujours le dilemme, en sachant que le train est en marche et que l'histoire indique que les mesures extrêmes trouvent toujours preneur.

La société et les monstres

Ce nouvel article de loi laisserait en outre penser que tout acte monstrueux est le fait d'un malade inaccessible à un traitement.

La plupart du temps, les personnes visées par cette initiative ne présentent pas de maladie au sens où la médecine pourrait le reconnaître. C'est d'ailleurs la raison pour laquelle ces criminels sont toujours reconnus largement responsables de leurs actes. Si l'on évoque un traitement, on doit donc parler de démarche effectuée dans le discernement et l'acceptation de ce à quoi le délinquant devenu, alors patient, doit s'affronter: horreur enfouie au fond de lui-même et qui l'a conduit à méconnaître l'autre. Il s'agit avant tout d'un cheminement qui permet au délinquant une démarche de réhumanisation.

La criminalité n'a pas une seule cause, elle en a de multiples. En dehors du psychisme et à l'intérieur du psychisme. De grands progrès ont été faits dans la compréhension de ce qui peut conduire à des actes aussi terribles [4], mais nous nous trouvons avec ces travaux dans une toute autre approche que ce qui est visé par l'initiative. Toute cette réflexion et le travail développé dans de multiples lieux s'en trouvent balayés, dans l'attente d'hypothétiques nouvelles connaissances. Proposition dont le caractère quelque peu hypocrite pourrait sembler inciter à la recherche, alors que c'est bien de clôture d'une espace qu'il s'agit. Il y a des gens à exclure et des procédures à créer pour les exclure.

Le juge attendrait donc maintenant un travail de certitude sur le thérapeutique dont on sait qu'il n'est en soi pas possible. Il se résoudra à ne plus demander qu'un travail de pronostic dont on sait qu'il est écrasé par l'acte.

Conclusion: Entre deux leures, quel sens à la sanction actuellement?

L'initiative évoque des sujets inamendables, tandis que les tenants d'une exécution de peine humaniste considèrent, de manière aussi irréaliste, «tout condamné comme un être non fini et perfectible».

Interner à vie certains délinquants reconnus comme dangereux permet le retour du discours déterministe et positiviste sur le criminel s'opposant ainsi à la philosophie des lumières et le libre arbitre.

Tout ceci sort le criminel d'un droit «commun» pour le plonger dans un droit d'exception où la sanction sera déterminée, lourdement, non pas directement par l'appréciation pénale de l'acte mais sur le lien hypothétique qui peut exister entre son psychisme et cet acte.

Et ce glissement s'effectuera sur la base d'une évaluation psychiatrique, «dépénalisant» en quelque sorte l'individu pour le confiner dans un champ d'arbitraire. C'est là le plus inquiétant, car ce que nous ne réalisons, peut-être pas assez, c'est que ce champ n'est pas celui de la psychiatrie légale pas plus qu'il n'est celui de la criminologie.

Mais il s'agit d'un champ où l'objet n'a pas d'outils de pensée et où le discours psychiatrique en ressort dévoyé à l'extrême pour n'être plus que coquille vide, métrique propre à laisser le champ libre à tous les illusionnistes du sécuritaire. Au delà d'une clinique, c'est d'un nouveau marché qu'il s'agit.

Quelles conséquences?

Applicable, pas applicable, la question reste posée. Dans ce domaine toutes les dérives sont possibles, bien malin celui qui pourrait anticiper les conséquences. Mais il est certain que le système fonctionne déjà dans la tête des gens et rendra encore plus difficile le développement d'alternatives thérapeutiques, puisque la sécurité est maintenant garantie!

De tels textes ne posent plus la question de l'articulation nécessaire entre la psychiatrie et la loi à propos de l'expertise de la personne dont la folie imprègne l'acte. Dorénavant, la psychiatrie *est* la loi pour ceux dont l'acte est folie par son horreur. Mais la psychiatrie qui se construit ainsi n'a plus grand chose à voir avec la médecine, c'est là aussi que se situe le leurre.

Il s'agira, au mieux d'une activité actuarielle reposant sur des échelles d'appréciations inspirées de certaines que l'on connaît (VRAG ou PCL) et référant l'individu à un calcul de probabilité. Au pire l'expertise se réduira à une péroraison morale, car qui pourra oser ne pas pronostiquer une récurrence?

La seule alternative n'est elle pas dans l'insistance de notre profession à occuper ce domaine et à l'articuler avec les hommes de loi...?

Correspondance:

Prof. Bruno Gravier

SMPP

Clinique psychiatrique universitaire

Site de Cery

CH-1008 Prilly

Bruno.Gravier@chuv.ch

Références

- 1 Vallotton A. L'initiative populaire pour une vraie perpétuité: les méfaits du sentiment d'insécurité en démocratie directe, mai 2004, <http://Champpenal.revues.org>
- 2 Salas D. Gare au populisme pénal. Libération, 24 juin 2005.
- 3 Prise de position Société Suisse de Psychiatrie du 15 avril 2005.
- 4 Balier C. La violence en Abyrne. PUF, 2005.

Ethische und klinische Fragen, hervorgerufen durch die Annahme der Verwahrungsinitiative durch das Schweizer Volk

Die Volksinitiative, die in einer nationalen Abstimmung mündete, führte zu einer Änderung der Bundesverfassung, damit bestimmte besonders gefährliche Täter auf Lebenszeit verwahrt werden können. Ist ein Urteil dieser Art einmal gefällt, kann keine wirkliche Reevaluation der Situation mehr vorgenommen werden. Die Entscheidung basiert hauptsächlich auf einem psychiatrischen Gutachten, das sich darüber äussern soll, wie unabänderlich oder wie unempfänglich für jegliche Behandlung der Charakter des beurteilten Menschen ist.

Der Artikel zeichnet die Entstehungsgeschichte der Verwahrungsinitiative, die zu der genannten Abstimmung geführt hat, nach und stellt dar, wie der schweizerische Staat das Abstimmungsergebnis in sein Strafgesetzbuch einzuführen versuchte.

Der Abstimmungstext ist jedoch in einer Weise abgefasst, die eine direkte Umsetzung sowohl unter psychiatrischen als auch unter juristischen Gesichtspunkten unmöglich machte. Momentan sind

die Praktiker mit grösseren ethischen Fragen konfrontiert.

Soll man es akzeptieren, in einen solchen Strafprozess

einbezogen zu werden? Kann man durch ein

Gutachten einer Prognose über das gesamte Leben

eines Menschen Geltung verschaffen, wenn man

sich der unsicheren und deshalb diskutierbaren

Auslegung von prädiktiven Betrachtungsweisen

bewusst ist? Wie konnte sich ein Rechtsstaat in ein

solches Gauklerspiel einbinden lassen, was die

Psychiatrie in diesem Kontext betrifft?

Editores Medicorum Helveticorum

Bulletin des médecins suisses | Schweizerische Ärztezeitung | Bollettino dei medici svizzeri | 2006; 87: 8 309

E t h i q u e LE JOURNAL

L

Session : Soigner en prison, punir à l'hôpital ?

Hélène Franco*

Punir n'est pas guérir : Justice et médecine à l'épreuve du sécuritaire

La pénalisation croissante de notre société se combine avec des incursions accrues de la médecine dans le champ judiciaire.

Parallèlement, la médecine, et notamment la psychiatrie, est de plus en plus instrumentalisée à des fins répressives. Le projet de loi « prévention de la délinquance » actuellement préparé par le ministère de l'intérieur est l'aboutissement de cette logique : la sauvegarde de l'ordre public devient le prétexte à une remise en cause de libertés fondamentales, le respect et la protection des personnes fragiles s'éclipsent devant le contrôle et la sanction.

L'évolution de la justice pénale ces dernières années est marquée tant par une extension continue du champ de la sanction que par un alourdissement des peines prononcées. De nombreux délits ont été créés, notamment par la loi dite de « sécurité intérieure » en mars 2003 : fraude habituelle dans les transports publics, entrave à la circulation dans les halls d'immeubles, racolage, mendicité agressive, et aucune dépenalisation n'est en revanche intervenue depuis plusieurs années (l'un des derniers exemples significatifs de dépenalisation est sans doute l'émission de chèques sans provision en 1992). Fondamentalement, notre société inquiète se rassure en étendant sans cesse le champ de la punition. La réponse pénale a d'ailleurs chassé de plus en plus d'autres types de réponses (sociales, éducatives, sanitaires, ...), et il n'est pas exagéré de ce point de vue d'affirmer que notre société entretient un rapport pathologique, dépendant au sens toxicomane du terme, à la solution punitive. Mais comme la punition doit trouver une justification, une opinion répandue assigne au procès et, partant, à la peine, une fonction thérapeutique, voire curative.

Quelle valeur thérapeutique du procès pour la victime ?

Combien de fois, avant un procès médiatique, entend-on dire « La victime va pouvoir enfin faire son deuil » ? Cette affirmation est pourtant vivement contestée par les

* Vice-présidente du Syndicat de la Magistrature

psychiatres les plus sérieux. Le deuil est en effet un processus lent et complexe, il est le fruit d'un travail psychique personnel, en aucune manière transposable d'une personne à une autre, et non linéaire. Le procès est au contraire une construction sociale, collective, et se déroule selon une procédure strictement définie. Il est donc particulièrement aléatoire d'imaginer que le travail de deuil de la victime puisse automatiquement et mécaniquement se faire grâce au procès. Pour être acceptable pour notre société en quête de bien-être, la souffrance doit être rationalisée, mise en mots, alors même qu'il est assez fréquent de rencontrer des victimes disant qu'elles ne souhaitent pas s'exprimer. Pour ces personnes, le processus judiciaire, accompagné bien souvent du battage médiatique, n'est-il pas une épreuve supplémentaire ? Cela ne se signifie pas qu'il ne faut pas de procès dans ces cas-là, mais que la logique des soignants et la logique des magistrats ne sont pas superposables. La place centrale acquise par la victime dans le procès pénal fait peser sur celle-ci des responsabilités nouvelles que toutes ne souhaitent pas forcément.

Les principes judiciaires en sont aussi ébranlés : il est maintenant très fréquent qu'un acquittement ou une relaxe soit présenté comme un désaveu pour la victime, alors que cela ne répond qu'à un principe bien connu, "le doute doit profiter à l'accusé". Le procès pourrait être au contraire plus serein si la partie plaignante n'intervenait qu'après le débat sur la culpabilité, pour présenter ses demandes de dommages-intérêts. La privatisation du processus judiciaire au profit des plaignants va bien évidemment à l'encontre de ce schéma.

Quelle valeur thérapeutique pour l'accusé ?

Pour Michel Foucault, la psychiatrie sert à transformer « le vilain métier de punir en gentil métier de soigner ». Mais que dire d'une justice qui s'érigerait en thérapeute du corps social ? C'est pourtant le rôle qui lui est de plus en plus souvent assigné. Le mouvement est double : dans les affaires criminelles retentissantes, on assiste à une sorte de déjudiciarisation du procès avec une place souvent excessive donnée aux experts psychiatres et psychologues qui n'hésitent pas à se répandre dans les médias sur leurs conclusions, avant même la fin du procès ; d'autre part, les peines prononcées, dans ces mêmes affaires, sont de plus en plus lourdes. A titre d'exemple, pour les infractions sexuelles, le constat est encore plus net : en France, 85% des condamnés pour viols sont détenus pour cinq ans et plus, contre 12% en Allemagne, 5% en Italie, 4% aux Pays-Bas. Cette montée de la répression est sans doute pour une part liée à notre conception de la peine, à la fois rédemptrice et mortificatrice. Elle doit sauver en faisant mal, ce qui est à rattacher aux critiques formulées encore dernièrement par Monsieur Gill-Roblès, commissaire aux droits de l'Homme du Conseil de l'Europe, contre l'état lamentable de nos prisons.

Tout se passe comme si une justice de plus en plus répressive rechignait à s'assumer comme telle, d'où l'illusion que si l'on fait du mal au condamné en le privant de sa liberté d'aller et venir et d'autres droits élémentaire (droit à la sexualité et à une vie familiale normal), c'est pour son bien autant que pour celui de la société. Or, la fonction de la peine d'emprisonnement n'a jamais été de soigner mais de restaurer la loi et de défendre la société. L'une des modalités de l'incarcération a longtemps été appelée « prise de corps », expression qui traduit parfaitement la réalité : il s'agit pour l'Etat de s'approprier le corps du détenu afin de le contraindre et de le garder à disposition. Ce rappel, qui peut paraître évident, est d'autant plus nécessaire à une époque où certains ont intérêt idéologiquement

à brouiller la frontière entre l'ouvert et le fermé, entre la détention et la liberté : des centres éducatifs fermés aux établissements pénitentiaires pour mineurs, en passant par les prisons pour courtes peines, le discours officiel tend à faire croire qu'il puisse exister une forme « allégée » de l'enfermement, ce qui bien évidemment n'est pas anodin dans une société démocratique où la liberté est en principe une valeur fondatrice. Il y a lieu de souligner que le passage en prison se banalise : sur fond d'augmentation du nombre de détenus (de 47 837 au 1er janvier 2001 à 59 197 au 1er janvier 2005), les flux d'entrées annuelles (nombre d'écrous) sont passés de 67 308 en 2001 à 84 710 en 2005 (source : chiffres-clés de l'administration pénitentiaire, décembre 2005).

Justice et médecine au gré de l'émotion

Le constat d'une répression accrue et d'un rôle croissant de la médecine dans le processus judiciaire doit être mis en perspective. Il est temps pour la justice et la médecine de revendiquer, chacune de leur côté, une réelle indépendance par rapport à d'autres considérations. Qu'un libéré conditionnel récidive, ou qu'un acte de délinquance connaisse une résonance médiatique, et c'est le prétexte pour les politiques de modifier la loi dans un sens répressif, sans réfléchir, de manière presque pulsionnelle, jusqu'à faire mine d'oublier des principes fondamentaux de notre droit, comme le Garde des sceaux Pascal Clément ou plus récemment le ministre de l'intérieur dans des déclarations prônant la rétroactivité de la loi pénale plus sévère. Il est à noter que ces déclarations tonitruantes ne trouvent aucune justification statistique : de 4,8% en 1996, le taux de récidive criminelle est tombé à 2% en 2003 (source : annuaire statistique de la justice 2005). La loi est instrumentalisée à des fins électoralistes, et la notion même de droit recule (instabilité juridique permanente et atteintes aux libertés fondamentales au nom de la sécurité). Ainsi, la loi dite de « lutte contre la récidive » votée en décembre 2005 aurait mérité une prise de position claire du comité national d'éthique, il n'en a rien été. Ainsi, la castration chimique est désormais possible. Le suivi socio-judiciaire instauré par la loi de 1998 qui portait déjà atteinte au secret médical a été renforcé dans cette loi par le placement sous surveillance électronique mobile nécessitant qu'un avis médical soit donné avant la libération de prison sur la dangerosité de la personne. Le projet de loi dit de « prévention de la délinquance » en préparation prévoit également en son actuel article 20 que le médecin pourra violer le secret médical en dénonçant aux autorités judiciaires ou policières des faits de violences conjugales, même sans l'accord de la victime. Cette disposition est d'autant plus choquante qu'elle n'existe aujourd'hui que lorsque la victime de violences ou d'abus sexuels est mineure. Un médecin se refusant à dénoncer ces faits pourrait le cas échéant se l'entendre reprocher. De même, il est prévu dans ce même projet de confier aux maires l'initiative des hospitalisations d'office qui répondraient exclusivement à des préoccupations d'ordre public : ainsi, toute hospitalisation à la demande d'un tiers serait exclue en cas de trouble à l'ordre public ou de risque pour la sécurité des personnes, l'autorité publique étant alors exclusivement compétente pour prononcer l'hospitalisation sous contrainte. Enfin, l'hospitalisation d'office serait levée par le préfet, qui ne serait pas lié par les avis médicaux rendus et un fichier des personnes hospitalisées d'office serait créé, consultable par les autorités judiciaires, la police, le préfet et conservant les informations pour cinq ans. Il est à noter que la loi sur la récidive de décembre 2005 a déjà créé un fichier des personnes déclarées irresponsables pénales en raison de troubles mentaux. Ces dispositions indiquent combien la tentation est forte pour certains politiques, d'enrégimenter les médecins dans un lutte contre la criminalité ou

contre la récidive, loin de leur métier à soigner, et au détriment des principes qui fondent leur action.

L'enjeu n'est pas mince, car des rapports successifs ont montré la prévalence parmi les détenus de troubles psychiques ou de maladies mentales. Le récent rapport de l'INSERM sur les troubles de conduite chez l'enfant et l'adolescent en tire argument pour proposer une détection précoce, dès l'âge de trois ans, des risques de passages à l'acte délinquants. Par-delà une approche comportementaliste contestée scientifiquement, l'INSERM dessine dans ce rapport une conception effrayante de la psychiatrie qui pourrait tout détecter, tout comprendre, tout traiter. Cette tentation totalitaire de certains psychiatres est encouragée par une partie des politiques et de l'opinion publique « travaillée » par une forte demande de sécurité. La justice est également soumise à une conception guerrière de lutte contre la délinquance qui justifierait des atteintes aux libertés fondamentales.

Le brouillage des repères et des cultures professionnels de chacun est patent, il constitue un danger mortel pour les droits de chacun. Il est temps que magistrats et thérapeutes engagent une réflexion commune pour contrer ces dérives.

Session : Soigner en prison, punir à l'hôpital ?

Erich Wulff

La politique sécuritaire et les droits de l'homme dans les institutions psychiatrico - juridiques en Allemagne

En Allemagne, comme ici en France, comme en Suisse, en Belgique et plus ou moins partout en Europe, le droit pénal, ainsi que le droit des « mesures de sécurisation et de rétablissement de santé » ont été soumis à une politique populiste visant à exploiter les angoisses d'insécurité. Le dispositif légal permettant un emprisonnement sécuritaire des récidivistes au delà des peines prononcées a été élargi, la libération conditionnelle des prisonniers et des délinquants mentalement atteints internés dans les établissements spécialisés rendu de plus en plus compliqué et difficile. Les soignants de ces établissements subissent des pressions de plus en plus fortes d'éviter toutes les risques pensables et impensables, de contrôler le moindre geste, le moindre mouvement de leurs malades- prisonniers. Et on menace les experts psychiatriques de les rendre personnellement responsable si les petites libertés qu'ils pourraient recommander amènent à une fuite ou pire à une récidive. Les conséquences d'une telle politique sécuritaire et du discours qui la régit sont prévisibles : Le nombre des internés dans les services pour délinquants psychiquement malades, 3746 en 1987, atteint 8113 en 2005, il a augmenté donc de 117 %. Ce sont des délinquants sexuels et parmi eux surtout les pédophiles, désormais porteurs du mal absolu, qui ont de moins en moins la chance de retrouver un jour leur liberté, même conditionnelle. Tous ces mesures se trouvent en plein accord avec l'opinion publique. Mais on devrait se rendre compte à quel point de tels jugements sont empreintes par l'aire du temps : au début des années 80 les Verts allemands proposaient encore très sérieusement de dépenaliser tous les actes pédophiles non violents.

La radicalité de ce changement d'attitude ne s'appuie nullement sur une augmentation du danger réel quant à l'atteinte à la vie humaine : le nombre des assassinats a baissé en réalité de 539 cas en 1987 à 399 cas en 2004, donc de 26%, tandis que selon l'estimation d'un échantillon représentatif de la population allemande il aurait augmenté de 27 %. Aussi les assassinats à motivation sexuelle ont en fait reculé de 29 cas en 1987 à 18 cas en 2004, donc de 38 %, pourtant l'opinion publique les croyait augmentés de 260 %, et en 2004 seulement 5 enfants et adolescents au dessous de 18 ans étaient victimes d'un assassinat à motivation sexuelle, tandis en 1987 leur nombre s'élevait encore à 12. Il n'y a aucun doute que c'est la médiatisation de plus en plus excessive des faits divers qui est responsable d'un tel écart entre la réalité et l'opinion publique, et que c'est le discours sécuritaire intéressé de certains politiciens qui confie à cette dernière un caractère de conviction inébranlable. L'insécurité sociale ressentie par la majorité de la population, insécurité dû à la rupture néolibérale, trouve ainsi un bouc émissaire.

Tout cela a changé aussi le climat dans les institutions, et je vous en donnerai un exemple. Un jeune homme, originaire de l'ancienne Union soviétique, qui, à l'âge de 16 ans, pendant une épisode maniforme d'une psychose schizoaffective avait légèrement blessé un voisin. Considéré pénalement non responsable, il se trouvait encore 8 ans après dans un service hospitalier spécialisé pour délinquants mentalement atteints, malgré le fait que toutes les symptômes psychotiques avaient disparu déjà quelques mois après son acte agressif. Mais il était de caractère difficile et têtu, et avait la fâcheuse habitude de se rebeller, en gueillant, contre toutes les décisions du personnel soignant qu'il considérait injustes. Entre temps, le principe de la tolérance zéro fut adopté par le service, et cela aboutissait chaque fois ou il protestait ainsi à un enfermement en chambre isolé, et souvent il se trouvait aussi attaché à son lit et bourré des neuroleptiques, car chaque rébellion était en même temps considérée comme rechute psychotique. C'est une chanson que je ne connaissais, hélas, que trop bien. Mais j'étais tout de même étonné de trouver que dans le dossier médical du jeune homme le fait qu'on l'avait détaché au bout de quelques jours, et que encore un peu plus tard on avait ouvert la porte de sa chambre étaient décrits comme « mesures d'assouplissement accordées », comme « Lockerungen » en allemand, ça veut dire par un mot du vocabulaire juridico-pénitencier. Ainsi le droit de pouvoir bouger ses bras et ses jambes, le droit de s'élever et de quitter sa chambre s'était transformé en privilège détenu et accordé par l'institution. Deux fois, pendant de tels périodes « d'assouplissement », ou on lui permettait aussi de participer à l'ergothérapie, il avait réussi de s'enfuir, et de préserver sa liberté une fois pour 6 mois, une fois pour un an. Les deux fois, il avait trouvé du travail, une fois aussi une petite amie, et il n'avait eu pendant ces temps aucun ennui avec les forces d'ordre. Un cousin lui avait même confié le poste de gérant d'un hôtel qui lui appartenait. Pendant tout ce temps il ne prenait aucun médicament. Il m'a dit que son but était aussi de prouver à la justice qu'il était parfaitement capable de se débrouiller hors hôpital tout seul. Mais ni la justice ni l'hôpital, avec leur grilles de compréhension moralisatrices, n'entendaient cela pas de la même oreille, car d'accepter sa bonne conduite pendant les deux fuites comme preuve d'inutilité de son enfermement aurait pu inciter d'autres enfermés à tenter l'évasion. Ainsi, après son retour à l'hôpital, une fois de son propre gré, en espérant d'obtenir la légalisation de sa sortie, suivaient les mesures disciplinaires habituelles : enfermement, attachement, neuroleptiques. Et parce que on soupçonnait ses parents d'avoir été au courant de ses projets de fuite sans les avoir dénoncés, on leur interdisait d'abord de parler russe avec lui (la seule langue qu'ils maîtrisaient), et quand ils ne conformaient pas à ce nouveau règlement, une interdiction définitive de visite était prononcée. La mère approchait néanmoins de loin le pavillon où était interné son fils, dans l'espoir de l'apercevoir au moins par la fenêtre. Alors, tout le terrain de l'hôpital lui fut interdit.

Nous sommes ici replongés en plein dans les institutions totalitaires de Goffman. Le pire était que les médecins et les infirmiers étaient convaincus d'accomplir un bon travail thérapeutique, selon le concept comportementaliste, assortie de traitement neuroleptique, qu'ils avaient adoptés. Ils ne se rendaient pas compte que les droits de l'homme les plus élémentaires étaient néanmoins bafoués. J'ai proposé une libération conditionnelle, et avec seule condition une consultation chez un psychiatre de son choix tous les 6 mois. Malheureusement, la cour ne m'a pas suivi, elle voulait une affirmation qu'il n'y aurait jamais une rechute, affirmation que bien sûr je ne pouvais pas donner.

Session : Soigner en prison, punir à l'hôpital ?

Ulrich Kobbé

Sécurité, Traitement & le Vide de l'Évidence concernant la pataphysique des mesures d'internement, de traitement et de sécurité allemandes.

»Ainsi parlait Zarathoustra.
Et dès lors, il demeura dans la ville qui est surnommée :
La Vache bariolée«¹⁹
(Nietzsche 1891, p. 22)²⁰

En résumant le développement des pratiques et discours dans le champ des traitements de malades délinquants — « mesures d'internement, de traitement et de sécurité dans un hôpital psychiatrique » selon l'article 63 du code pénal allemand — dans les hôpitaux juridico-psychiatriques en Allemagne, il nous reste à constater :

- une période de *›différenciation, qualification et changement‹* avec une abolition de la psychiatrie de répression et d'abandon et son remplacement par un prononcé engagement thérapeutique et éthique pendant les années quatre-vingts ;
- une période de *›réorganisation, sérialisation et totalisation‹* en se servant d'une crainte publique concernant toute dangerosité contre ces engagements socio- et psychothérapeutiques dans les sens d'un changement de perspective sur ces sujets, d'une obligation des soins et d'une injonction thérapeutique pendant les années quatre-vingt-dix ;
- une période de *›restauration, réduction et ré-exclusion‹* avec la réinvention d'une approche thérapeutique imposée sous les angles d'efficacité – voire, de productivité – et de sécurité garantie dans les années deux mille.

D'un point de vue de ma pratique en psychiatrie sociale, qui se veut psychothérapeutique et freudo-lacanienne, il me reste à souligner que l'actuel discours juridico-psychiatrique allemand avec son identification à un objet incarnant la jouissance ne représente qu'un glissement du discours du maître. Il n'est qu'un simulacre cachant le discours qui ignore le sujet désirant et sa subjectivité, qui installe un discours médical globalisant son objet technique par des pratiques technoscientifiques. Tout ceci se trouve parfaitement dans la logique d'un réformisme qui devait déjà être dénoncé en 1991 comme étant un

¹⁹ Notre traduction de «Vache bariolée» pour l'original allemand "die bunte Kuh" diffère du terme plutôt faible de «Vache pie», choisit par M. de Gaudillac (Paris : Gallimard 1995), et se réfère à la traduction de G. Bianquis (Paris : Flammarion 1996) ; Bianquis nous apprend qu'il s'agit d'une expression populaire ironique servant à désigner de petites agglomérations urbaines disparates et elle poursuit : »Pour reprendre la dérision du texte de Nietzsche, il faudrait traduire de façon irrévérencieuse par *›Trifouillis-les-Oies‹*« (Bianquis 1996, p. 397, note 24).

²⁰ Nietzsche, F. 1891/1976. Also sprach Zarathustra. Ein Buch für alle und keinen. München: Goldmann. Cette remarque de Nietzsche concerne le (re-)centrement de Zarathoustra, interprété comme un sujet se décentrant.

mouvement oubliant ce ›feu arrière absolu‹ de la psychiatrie allemande, comme étant un manœuvre et/ou simulacre cimentant ces éta(t)blissements juridico-psychiatriques dans leur statut d'éléments arbitraires d'une branche oubliée par toute psychiatrie sociale.²¹

Ayant quand même tenté de réaliser l'idéal d'une psychothérapie institutionnelle, l'idée avant-gardiste d'un travail qui donnait la primauté à la socio- et psychothérapie, une telle dominance psychothérapeutique dans une institution totale impose des autocritiques quant à notre contrôle psychothérapeutique : Quand l'effet répressif de l'institution cesse-t-il sous l'effet d'une thérapie total(itair)e ? Dans cette période d'une réforme aussi modeste que contradictoire, on se demandait encore quand ce thérapeutisme irait involontairement élever son caractère totalitaire au rang de puissance en devenant elle-même une terreur sous forme de ›psychotherreurpie‹. Mais le temps de telles doutes éthiques sont finis : Ce qui importe tout à l'heure, ce sont des solutions ›efficaces‹ qui promettent plus d'effet que d'effectivité, plus de pose que de positionnement, c'est à dire on favorise des solutions de simulation, de thérapies manualisées, d'entraînements modularisés, ... d'empathie par exemple. Les périodes de réformes passées, ce sont les simulacres de solutions qui parfois prennent le caractère de solutions définitives ou finales en visant une détention préventive ou en créant des soi-disants "long-stay units", terme anglais qui désigne comme terme technique néo-allemand les nouvelles formes d'une ségrégation psychiatrique sans fin.

Résumons alors déjà maintenant qu'un symptôme et moyen de ce dispositif technoscientifique serait le système actuel de classement chiffré des maladies mentales, le DSM IV, dont le fondement est technologique et non pas scientifique. A proprement parler, l'essence de ce discours n'est pas vraiment une technoscience, néanmoins une psychotechnique scientifique, mais un discours politico-moral qui – comme nous exemplifie Lacan – promet aux sujets déviants et aspirés au comblement de leur manque-à-jour de s'enrichir jusqu'à pouvoir jouir de tout²²: il fonctionne par un plus-de-jouir promis au cas de renoncement, par un plus-de-jouir anticipé comme étant satisfaisant mais qui se révèle inaccessible à la fois, voire, par un jouir du renoncement à la jouissance. Car le concept implicite derrière le simulacre de la dangerosité a comme point de départ et pour but la jouissance « d'un corps qui, l'Autre, le symbolise, et comporte peut-être quelque chose de nature à faire mettre au point une autre forme de substance, la substance jouissante. »²³ Ainsi, cet impérialisme d'ordre contient une dimension substantielle qui doit être comprise comme représentant une dimension de ›dit-mensonge‹, c'est-à-dire la promesse impérative d'une jouissance autonome, la possibilité illusoire de jouir sans aucun autre.

Avec ceci, ce paradigme exploite les sujets désirants en leur faisant croire « que l'objet manquant, le plus-de-jouir, existe fabriqué par la science et mis à disposition par le marché ». Quel serait alors le message fondamental, le fond mental de ce discours normalisant ? L'obligation normative ne connaît ni une économie imaginaire ni une économie désirante dans le réel ni une loi symbolique mais une économie d'action dans la réalité comme symbole d'un schéma impératif. L'idée auto-référentielle et tautologique non pas d'une production-reproduction de plaisir mais du paradoxe d'un comportement abstinent caractérise ce discours et sont l'effet de sa logique fermée, d'un système technoscientifique qui a déjà été décrit comme monde des huis clos.

²¹ Kobbé, U. 1991. La psychiatrie judiciaire. Branche oubliée par la psychiatrie sociale. In : Chanoit, P. F. & Verbizier, J. de (éd.). 1991. Psychiatrie sociale à l'heure européenne (pp. 146-154). Toulouse : Érès

²² Bruno, P. 2001. Le Nom-du-Père. In: Le Web de l'Humanité (14.04.2001). Web-Publ: <http://www.humanite.presse.fr/journal/2001/2001-04/2001-04-14/2001-04-14-048.html>

²³ Lacan, J. 1972. A Jacobson (p. 33). In: Lacan, J 1975. Le séminaire, livre XX Encore (pp. 23-35). Paris : Seuil

Si en dernière analyse, l'asservissement des pratiques ›psy‹ au discours impératif entraîne une destruction du code clinique par un code arbitraire qui ne connaît ni le registre d'un inconscient ni un sujet concret, ce discours stratégique ne représente qu'un discours du symptôme social: il implique des stratégies fatales de simulation (de solutions, d'un savoir scientifique ...) qui peuvent être précisées comme flottements de signifiants détachés de leurs signifiés. Par conséquent la théorie même devient simulatrice. Ajoutons qu'en tant que discours pseudo-scientifique, cette pratique semble avoir perdu non seulement son sujet mais aussi son objet et se révélait comme étant »inaccessible à l'analyse, éternellement versatile, réversible, ironique, décevant et se jouant des manipulations. « La conséquence inoxérable de cette pseudoscience serait que son contenu soit à la limite de la transparence et de l'insignifiance », c'est-à-dire que « la bonne communication passe par l'anéantissement de son contenu. »²⁴

Là, nous y sommes arrivés²⁵ sans doute: Le monde technoscientifique essaye actuellement de nous imposer comme standard des pratiques d'une soi-disant ›evidence-based psychotherapy‹ – d'une psychothérapie basée sur la preuve ou sur l'évidence – qui se veut être une aide inévitable. On se demande comment nous – comme des sujets supposés savoir – comment nous nous y retrouverions et comment les clients se reconnaîtraient jusqu'ici ... Car, le but ultime de ces promotions de pratiques empiriques est « d'augmenter l'efficacité des praticiens par la facilitation de l'usage des meilleures interventions efficaces »²⁶. Pourquoi ? Tout simplement, parce que –c'est le biais de cette logique– parce que les soi-disant ›traitements basés sur l'évidence‹ seraient des traitements « dont l'efficacité a[urait] été prouvée à partir d'essais contrôlés randomisés. »

- Ces psychotechniques se réduisent sur des manuels ou des guides thérapeutiques de l'›American Psychiatric Association‹ (APA) qui remplacent toute psychothérapie compétente par un simple système régularisé, par des règles-bizuths²⁷. On est tenter d'ajouter avec Lacan²⁸, qu'›une pratique n'a pas besoin d'être éclairée pour opérer ...«.
- C'est-à-dire que ces guides de pratique de psychothérapie basés sur la preuve constituent une sorte d'auto-déstruction dont les conséquences dégraderont pas seulement tout traitement qui mérite d'être nommé ›psychothérapie‹, mais qui bricolent jusqu'à leur propre échec à combler le vide béant du réel. Pourtant on sait bien que c'est juste ce réel qui permettrait d'identifier la nature du conflit ou – comme Lacan²⁹ s'exprime – »de dénouer effectivement ce dont le symptôme consiste, à savoir un nœud de signifiants«.
- Ces psycho-machins se fêtent comme étant des réussites scientifiques qui se décomposent sous forme de module, construit pour servir comme standard du soin psychothérapeutique. Modularisées, ces techniques poursuivent une effectivité méthodique, voire, une standardisation, donc, une uniformisation d'un traitement modique et ne valent plus ce titre ›psychothérapie‹.
- Ces programmes à la mode se trouvent comme réduisant tout autrui sur un sujet-objet, comme traitant les trous du désir déjà cités, les béances de la tension de "Fort" et "Da" comme des vices discursives mais plus du tout comme des bifurcations dialectiques.

²⁴ Baudrillard, J. 1990. La transparence du Mal. Essai sur les phénomènes extrêmes (p. 56). Paris : Galilée

²⁵ Kobbé, U. 2005. Tant va l'autruche à l'eau Psychothérapies basées sur l'évidence d'une science sans conscience. Intervention. XXIII^{èmes} Journées de Reims pour une clinique du toxicomane. Reims 02.-03.12.2005

²⁶ Sanderson, W.C. 2002. Evidence-Based Psychotherapy Practice Guidelines. Pourquoi nous avons besoin de guide pratiques de psychothérapie basée sur la preuve. Web-Publ. :

<http://www.techniquespsychotherapiques.org/Documentation/Articles/sanderson.html>

²⁷ Legewie, H. 2000: Psychotherapie unter Rationalisierungsdruck (p. 45). In : psychomed, vol. 12, n° 2, pp. 108-116

²⁸ Lacan, J. 1973a. Télévision (p. 17). Paris : Seuil

²⁹ Lacan, J. 1973a (op. cit.) p. 22.

Et non seulement que les sujets délinquants se voient fonctionnalisés comme étant des marionnettes qui gigotent dans les structures sociales. Plus encore les amateurs de ces thérapies programmées – notamment les confrères TCC (thérapie comportementale et cognitive) – se montrent comme artisans de programmes formalisés et stéréotypes qui serviraient dans le cadre du traitement des malades délinquants comme des moyens pragmatiques et protecteurs : elle négligeraient toute référence sur une théorie de conflits et suivraient un paradigme déficitaire de la déviance sociale, c'est-à-dire elles emploient des formes d'entraînement et de maturation supplémentaire, mais elles impliquent également un agissement de fantaisies de salut ou de délivrance pour les faibles. Ces programmes – ou plutôt les thérapeutes concernés – ne respectent plus du tout le sujet malade et délinquant, ne renouent pas ses conflits mais ils tentent à le former et modifier, le traitant comme un objet. Pas seulement que ces thérapeutes se ravalent eux-mêmes au rang d'objet, se réduisent sur une institution exécutant des interventions préprogrammées, mais leur politique scientifique permet aussi, comme nous explique Lacan³⁰, « de faire provigner notre monstre », tout cela sans que ceci puisse « être par quelque imbécillité qu'il[s] vien[nen]t à en être la dupe. »

Pour concrétiser ce provin de monstre dans notre contexte, inutile de dire qu'il ne faudra point du tout aller discuter le différend entre ›impossible‹ et ›interdit‹ chez Foucault³¹ ou entre « monstruosité » et « monstrueux » chez Canguilhem³² : en tant que Lévi-Strauss³³ souligne « que la relation entre monstre et maladie », qu'alors la relation « conscient[e] ou inconscient[e] » entre monstruosité et perversion serait « une relation de symbole à chose symbolisée, [...] de signifiant à signifié », il ne suffit que les thérapies basées sur l'évidence se centrent de tel façon sur le symptôme addict qu'il prend la qualité d'un fétiche et tire un filet de causalité sur toute la biographie du sujet devenu « anormal », d'un « monstre humain » du type des « anormaux » (Foucault). D'un sujet ubuesque alors, qui doit être normalisé par ce que j'appellerais une évidence capitaliste visant à fabriquer un sujet complété d'une jouissance qui se trouve transformée en force de production et de consommation. L'obligation normative de se comporter correctement, de n'être soi-même qu'un objet produit et consommé, ne connaît ni une économie imaginaire ni une économie désirante dans le réel ni une loi symbolique mais une économie d'action dans la réalité comme symbole d'une thérapie schématisée et effective, d'un schéma impératif. C'est une idée auto-référentielle et tautologique du paradoxe d'une vie ›normopathe‹ comme un mode d'une mort remise caractérise ce discours d'effectivité, son système technoscientifique et les effets d'une logique fermée qui ont déjà été décrits comme monde des huis clos.

Par conséquent, toute psychothérapie est compréhensible comme « un événement qui ne peut pas être déterminé nettement, qui confronte avec des réalités sans protection préparée, qui exige de varier les règles en dépendance des nécessités de la situation respective »³⁴. Par contre, la loi de causalité avec sa logique d'une « loi de l'action et de la réaction » n'est imaginable que comme « un seul tenant », tout au contraire du principe antagoniste où « chaque fois que nous parlons de cause, il y a toujours quelque chose d'anticonceptuel, d'indéfini ». Lacan³⁵ précise « qu'il y a un trou dans ce réel » et quelque chose qui vient osciller dans l'intervalle. Bref, il n'y a de cause que de ce qui cloche.

³⁰ Lacan, J. 1956. Le séminaire sur ›La lettre volée‹ (p. 31). In: Lacan, J. 1966. Écrits (pp. 11-61). Paris: Seuil

³¹ Foucault, M. 1999. Les Anormaux. Cours au Collège de France, 1974-1975. Paris : Seuil / Gallimard

³² Canguilhem, G. 1972. Le normal et le pathologique. Paris : PUF

³³ Lévi-Strauss, C. 1974. Anthropologie Structurale, tome 1 (p. 226). Paris : Plon

³⁴ Lang, H. 2000. Psychotherapie als Kunst (p. 87). In : Lang, H. 2000. Das Gespräch als Therapie (pp. 3^e87-99). Frankfurt am Main : Suhrkamp

³⁵ Lacan, J. 1964a (op. cit.) p. 30

Exprimé autrement avec Lacan : s' « il n'y a de vérité comme telle possible que d'éviter le réel »³⁶, ce réel ne prendra son sens, son sens clinique, que quand l'analyse de la dynamique du sujet, de sa subjectivité particulière s'occupe très spécialement de ce qui ne marche pas, c'est une fonction [...] impossible [...], mais grâce au fait qu'elle s'occupe de ce qui ne marche pas, elle s'occupe de cette chose qu'il faut bien appeler par son nom, [...] et qui s'appelle le réel »³⁷. Lacan nous apprend que « c'est qu'incontestablement de la vie«– du jouir de la vie – », de la vie nous ne savons rien d'autre et tout ce à quoi nous induit la science, c'est de voir qu'il n'y a rien de plus réel, ce qui veut dire rien de plus impossible, que d'imaginer comment a pu faire son départ cette construction chimique qui, d'éléments répartis dans quoi que ce soit et de quelque façon que nous voulions le qualifier par les lois de la science, se serait mis tout d'un coup à construire [...] quelque chose dans le réel– et pas rien, la vie même ... »³⁸

Sans détours : la dialectique de conscient et inconscient ne connaît ›*ni dieu ni mètre*‹ et cette science psy avec ses idées techniques d'une évidence d'efficacité se révèle comme ›un truc pour combler le trou dans le Réel, pour plomber ce qui fait ›troumatisme‹ ›³⁹ et il est à craindre que nous en Allemagne n'échapperons pas, comme s'exprime Baudrillard, « à cette montée de puissance, à cette trajectoire exponentielle, à cette véritable pataphysique des effets incommensurables »⁴⁰. Il nous faudra rappeler que ce qui se trouve masqué par cette fixation sur l'épreuve empirique, sur l'évidence scientifique, c'est que tout sujet se voit confronté par la Chose – le "*Ding*" – comme un objet perdu et que la Chose est désigné par Lacan⁴¹ comme « la *causa pathomenon*, la *causa* de la passion humaine la plus fondamentale ». Quand cette dynamique inhérente aux êtres humains surgit, nous avons tendance à répondre avec un discours aporétique, à proférer le discours des droits de l'homme – valeur pieuse, faible, inutile, hypocrite, qui repose sur une croyance illuministe en l'attraction naturelle du Bien, sur une idéalité des rapports humains« qui se révèle comme étant ›toujours conçu de façon protectionniste, misérabiliste, négative, réactionnelle »⁴². Mais si déjà les principes de liberté, égalité et fraternité se contredisent dans leur incommensurabilité, ce système des droits de l'homme « devient tout à fait inadéquat et illusoire dans une telle conjoncture » ; le sujet de la science comme expert juridico-psychiatrique n'est ni un sujet de droits ni un sujet droit mais « c'est un tecticien et un promoteur de sa propre existence [professionnelle], il ne se réfère plus à quelque instance de droit, mais à la seule qualité de son opération ou de sa performance »⁴³.

C'est-à-dire qu'il nous faut dénoncer ces psychothérapies basées sur l'évidence comme étant des leurres, des symptômes d'une impasse, donc ›maculature‹. C'est-à-dire toute politique d'autruche se défend, pas pour des raisons substantielles mais à cause de la nécessité d'un discours stratégique. Il est clair que cette réflexion n'est que réflexe par suite des offensives du côté d'institutions administratives ainsi que juridico-psychiatrique et de confrères qui activent l'affaire des recherches d'efficacité en psychothérapie quoi quel motif ils invoquent comme raison. Mais ce qu'il nous reste c'est un discours plutôt stratégique que professionnel concernant la conception, l'estimation et l'éthique du

³⁶ Lacan cité chez Assoun, P.-J. 2003 (op. cit.) p. 58

³⁷ Lacan, J. 1974b. Conférence de Presse du docteur Jacques Lacan au Centre culturel français, Rome, le 29 octobre 1974 [transcription du 29 octobre 1974, p. #]. Web-Publ. : <http://www.ecole-lacanienne.net>

³⁸ Lacan, J. 1974c. La Troisième. [transcription du 7^{ème} Congrès de l'École freudienne de Paris à Rome, 1 novembre 1974, p. 15]. Web-Publ. : <http://www.ecole-lacanienne.net>

³⁹ Lacan, J. 1974c (op. cit.) p. 97

⁴⁰ Baudrillard, J. 1990 (op. cit.) p. 113

⁴¹ Lacan, J. 1960b. Les pulsions et les leurres (p. 116). In : Lacan, J. 1986 (op. cit.) pp. 105-119

⁴² Baudrillard, J. 1990 (op. cit.) p. 92

⁴³ Baudrillard, J. 1990 (op. cit.) p. 94

traitement de malades délinquants devenus des cobayes de l'institution⁴⁴, un discours qui n'est pas vu de l'esprit mais qui paraît assez basé dans le concret pour que les stratèges de l'efficacité psychothérapeutique, répondants du tac au tac, vous écoutent.

Afin de conclure en soulignant les relations incertaines de ces discours aussi disparates que désespérés, je renvoie aux paroles de Breytenbach⁴⁵ qui suggère que l'idéal de marginalité partagée et mélangée qui ne se laisse pas réduire serait peut-être exprimé le mieux chez Nietzsche⁴⁶ au centre préféré de Zarathoustra, »la Vache bariolée«. Ceci est pour sûr une analyse fragmentée, réalisée – et seulement réalisable – dans un décentrement de l'auteur comme cascadeur de l'expert, voire, comme un con dans sa situation excentrique et ex-centrée à la fois. Mais elle se réfère au sujet sérialisé, totalisé et aliéné ainsi qu'au sujet éclaté et morcelé en essayant de le ré-centrer, de récupérer l'individu concret et de déchiffrer ses simulacres juxtaposés par cette allusion poétique et paradoxale⁴⁷. On a l'impression que Nietzsche pensait à un vers de l'ancien grec qui décrit l'homme sage, peint de diverses couleurs : La vache folle perdra toutes ses couleurs, si elle veut piétiner le vide de laquelle nous nourrissons notre imperfectibilité ...

⁴⁴ Kobbé, U. 1995. *Le toxico-pervers comme cobaye de l'institution*. Intervention. XIV^{èmes} Journées de Reims pour une clinique du toxicomane »Le destin du toxicomane / Le dessein des institutions«. Reims, 01.-03.12.1995

⁴⁵ Breytenbach, B. 1996. Notizen aus der Mittelwelt. In: *Lettre internationale*, n° 34, pp. 6-10, ici: p. 8

⁴⁶ Nietzsche, F. 1891 (op. cit.) p. 149; dans le texte original: « Ainsi parlait Zarathoustra dans la ville, qu'il aimait et qui est surnommée : »La Vache bariolée« ».

⁴⁷ Blanchot, M. 1969. *L'entretien infini*. Paris: Gallimard

Session : Soigner en prison, punir à l'hôpital ?

Pierangelo Di Vittorio

La dangerosité sociale selon la loi italienne

La loi 180, votée par le Parlement italien en mai 1978, a été l'aboutissement d'un processus dans lequel le combat contre l'« institution asilaire » s'est entrelacé avec des expériences de gestion alternative de la maladie mentale. Franco Basaglia, depuis son séjour à New York auprès du Community Mental Health Center du Maimonides Hospital de Brooklyn, a développé une attitude qui peut sembler à première vue contradictoire : il dénonce les excès de pouvoir du dispositif « disciplinaire » asilaire, mais il demeure fort vigilant par rapport à toute stratégie « bio-politique » déplaçant l'intervention psychiatrique, de l'internement à la gestion médicalisée des populations⁴⁸. Cela explique certaines de ses affirmations qui prennent à contre-pied l'image stéréotypée du militant obsédé par la destruction de l'hôpital psychiatrique. Il dit par exemple que cette destruction « n'est pas suffisante à nous assurer que, quel que soit le chemin qu'on aura pris, il sera mieux que le précédent »⁴⁹. Après la votation de la loi 180, il arrivera jusqu'à dire que le vrai « manicomio » est la médecine. L'attitude ambivalente de Basaglia par rapport à la loi 180 est donc tout à fait cohérente avec ces prémisses. Comme l'a reconnu Jacques Postel, la loi 180 est une « réforme radicale » : elle supprime la loi Giolitti de 1904 régissant l'internement sur un mode voisin à la loi française de 1838⁵⁰. La réforme 180 ouvre une nouvelle époque dans la législation psychiatrique, car elle coupe les branches du dispositif disciplinaire mis en place par l'aliénisme. L'abolition des hôpitaux psychiatriques en est l'aspect le plus éclatant, mais Basaglia insiste surtout sur le fait qu'« on ne parle plus de dangerosité »⁵¹. En outre, la combinaison de ces deux éléments permet l'« intégration » de la loi 180 par la loi 833 de 1978 instituant le Service sanitaire national, de la sorte qu'il n'y a plus une législation ni « spéciale » ni « spécifique » de l'assistance psychiatrique. Cela dit, Basaglia a été le premier à comprendre qu'à la coupure des branches du dispositif disciplinaire correspondait la poussée d'autres branches, celles de la gestion médicalisée des populations : 1) l'asile est aboli, mais on rentre dans le cadre beaucoup plus large et plus difficile à évader de la médecine générale ; 2) on ne parle plus de dangerosité – car le malade mental est reconnu comme un malade parmi les autres – mais cette reconnaissance s'avère une nouvelle camisole lorsque son expérience humaine et sociale est rabattue sur la maladie ; 3) il n'existe plus une loi proprement psychiatrique, mais ce qui en reste, dans la loi générale de réforme sanitaire, est une série d'articles à l'aspect fort « prophylactique » régissant les

⁴⁸ Cf. M. Colucci, P. Di Vittorio, *Franco Basaglia. Portrait d'un psychiatre intempestif*, trad. de l'italien par P. Faugas, Ramonville Saint-Agne, Éditions érès, 2005.

⁴⁹ F. Basaglia, *Scritti*, 2 tomes, Torino, Einaudi, 1981-82, t. I, p. 418.

⁵⁰ J. Postel, *Dictionnaire de Psychiatrie et de Psychopathologie clinique*, Paris, Larousse-Bordas, 1998, p. 41.

⁵¹ F. Basaglia, *Scritti*, op. cit., t. II, p. 479.

« traitements volontaires et sous contrainte ». L'autre visage de l'amputation du dispositif disciplinaire et de la législation d'exception est la floraison d'un dispositif bio-sécuritaire et d'une législation de normalisation, bref, d'un management à la fois médical et politique de la santé mentale des populations⁵². La réforme psychiatrique italienne est d'autant plus anti-disciplinaire qu'elle est bio-politique. Basaglia était conscient des pièges recelées dans ce processus : plutôt que de fêter sa victoire, il a essayé d'apercevoir les zones d'ombre entraînés par l'avancée de son mouvement. On pourrait juger son attitude l'expression d'une insatisfaction pathologique ; il s'agit, au contraire, d'une approche lucide au processus de réforme, voisine de celle tenue par Michel Foucault face aux réformes du système pénal : la « modernisation » est en elle-même ambivalente. Jeu de lumières et d'ombres. Saluant la sortie de *L'Ordre psychiatrique*, Foucault reconnaît à l'ouvrage de Robert Castel le mérite d'avoir envisagé la naissance et le développement de la psychiatrie dans un contexte plus large que l'institution asilaire dans laquelle les aliénistes, au début du XIX^{ème} siècle, avaient assuré leur pouvoir : « Il ne faut pas survaloriser l'asile et ses célèbres murailles dans l'histoire de la psychiatrie »⁵³. Centrer la critique sur l'institution asilaire empêche d'analyser le projet social global dont la psychiatrie fait partie et la rationalité politique qui le soutient. Les aliénistes voulaient se faire reconnaître comme « spécialistes », mais ils sont devenus des médecins lorsqu'on les a reconnus comme des experts préposés à la gestion du « danger » social. La psychiatrie est née comme un *dispositif gouvernemental de sécurité* : en retard par rapport à la médecine scientifique de l'époque, elle a été une figure de proue pour la médecine sociale d'Etat qui allait de plus en plus nettement s'affirmer comme une technologie générale du corps social. En ce sens, l'asile était déjà une mesure de « prévention » et toute l'histoire de la psychiatrie pourrait être regardée sous l'angle d'un problématisation de la notion de dangerosité et d'un raffinement des technologies bio-sécuritaires. La psychiatrie naît comme une branche spécialisée de l'hygiène publique ; ensuite elle colonise la justice pénale avec la pratique de l'expertise et la théorie de la monomanie homicide ; enfin elle s'affirme, avec la théorie de la dégénérescence, comme science de la protection biologique de l'espèce, en ouvrant la voie au racisme d'Etat contre les anormaux et aux mesures « préventives » de l'eugénisme. Rien d'étonnant alors si la psychiatrie est touchée aujourd'hui par la vague sécuritaire qui recouvre nos sociétés. Mais elle est touchée de l'intérieur et par une vague toute à fait familière. La dangerosité est l'eau dans laquelle la psychiatrie a toujours baigné, dans laquelle elle a pensé et construit ses réponses sécuritaires. La loi 180 a fermé le robinet : on ne parle plus de dangerosité. C'est très important et on remarque les effets. En Italie, malgré les pressions médiatiques, il n'est jamais évident d'enfermer les questions relevant de la santé mentale dans la nébuleuse du danger et de la protection sociale à assurer. L'abolition des hôpitaux psychiatriques a été très importante aussi, surtout parce qu'elle s'est liée au désamorçage du concept de dangerosité. L'asile a une âme et cet âme est de répondre à la dangerosité. La dernière ruse de l'institution asilaire serait de continuer à attirer toutes les flèches sur son corps mort ou agonisant, tandis que l'âme sécuritaire de la psychiatrie fuit ailleurs et survit sous d'autres formes plus au moins institutionnalisées.

Bari, 27 mars 2006

⁵² Cf. P. Di Vittorio, « De la psychiatrie à la biopolitique, ou la naissance de l'état bio-sécuritaire », in A. Beaulieu (dir.), *Michel Foucault et le contrôle social*, Sainte Foy / Québec, Les Presses de l'Université de Laval, 2005.

⁵³ M. Foucault, « L'asile illimité », in Id., *Dits et écrits*, 4 tomes, Paris, Gallimard, 1994, t. III, p. 276.