

Bulletin national santé mentale et précarité

Danger, dangerosité et peur : récuser le pouvoir prédictif

édito

Jean FURTOS
Christian LAVAL

Il n'y a de danger qu'en situations et, dans ces cas-là, reconnaissons que le déni ou la banalisation sont à déconseiller. Le danger situationnel s'évalue comme un risque effectif à traiter correctement, si possible de manière préventive. Il ne doit pas être confondu avec une dangerosité sociale définie comme un état « accroché » à certains types de personnes, de parcours, de pathologies, sur le « modèle » de ce qu'on appelait au XIX^e siècle « les classes dangereuses ». Cette époque précise fut, rappelons-le, celle des premières émeutes urbaines : la révolte des canuts. Un tel « modèle », qualifié de scientifique, serait surtout risible s'il ne risquait de produire ce qu'il dit redouter.

Pour éviter le déni autant que la généralisation abusive, il faut et il suffit de s'abstenir de penser en termes de « tout ou rien », que cela porte sur les enfants de trois ans, les jeunes des banlieues, les étrangers, les malades mentaux... et cette liste n'est pas exhaustive.

Il s'agit de penser, tout simplement, sans éluder la vraie question: de quoi et de qui faut-il avoir peur aujourd'hui ? A cet égard, rappelons tout de même que les crimes de sang sont devenus rarissimes ; est-ce pour cette raison qu'ils sont passés de la rubrique des faits divers à la une de nos journaux ? Rappelons aussi que les malades mentaux ne commettent pas davantage de meurtres que le tout venant de la population.

Penser la peur, cela signifie notamment évaluer les situations de danger :

- à partir de l'expérience des acteurs engagés dans l'action et de leur appréciation du risque,
- à partir d'un contexte à l'élaboration duquel concourent la réflexivité, l'histoire, et une temporalité qui va au-delà de l'urgence et du « sensible »,
- à partir de l'approche du politique dont la légitimité du pouvoir sur autrui doit passer par l'ascèse de se démarquer de cette pensée du tout ou rien. En particulier, l'usage et le mésusage des chiffres et des mots méritent d'être soigneusement discutés, au sein d'un espace critique où le point de vue du terrain et l'expertise scientifique ont leur place.

L'enjeu est d'importance : on sait qu'une prédiction a fortement tendance à se réaliser, surtout si elle émane d'une personne en situation de pouvoir symbolique. Il s'agit de ne pas confondre l'obligation d'une prévention raisonnée avec le pouvoir d'une prédiction suspicieuse, à récuser.



DOSSIER

Pas de zéro de conduite pour les enfants de trois ans *Bernard COLSE*

p. 2-3

La naissance des classes dangereuses : entre mythe et concept *Olivier FAURE*

p. 4

La dangerosité, un discours d'ordre ou l'histoire "d'un pousseur de métro" *Jean-Pierre MARTIN*

p. 5

Libres paroles sur chambre fermée *Natalie GILOUX*

p. 6

Perte de la transmission vive des savoirs : danger *Evelyne VAYASSE*

p. 7

Quand psychiatrie et prison sont convoquées au chevet de l'insécurité sociale *Catherine PAULET*

p. 8

Le risque d'un effacement *Gilles RAYMOND*

p. 9

De la peur du danger à l'estimation des risques dans la relation d'aide *Christian LAVAL*

p. 10

Lien social et insécurité : (de quoi) faut-il avoir peur ? *Laurent MUCCHIELLI*

p. 11-12

RUBRIQUE : CONTEXTE EUROPÉEN

Une tendance européenne : séparer le juridique du médical *Philippe BERNARDET*

p. 13-14

La notion de dangerosité après la fermeture des hôpitaux psychiatriques en Italie *Pierangelo DI VITTORIO*

p. 15

ACTUALITES

p. 16

Au sommaire

RHIZOME est téléchargeable sur le Web : www.ch-le-vinatier.fr/orspere

Pas de zéro de conduite pour les enfants de trois ans

Tout ne va pas toujours comme on pourrait le souhaiter, et c'est le cas aujourd'hui pour la pédopsychiatrie dont l'axe psychopathologique se voit attaqué de différentes parts, et avec une insistance répétitive : par l'expertise collective

INSERM sur les troubles des conduites bien sûr, mais aussi par le projet de loi sur la prévention de la délinquance, les deux ayant été menés de manière indépendante, mais finissant par s'étayer mutuellement de manière plus que problématique.

Bernard GOLSE

Professeur de Psychiatrie,
Service de
Pédopsychiatrie, Hôpital
Necker-Enfants Malades,
Paris.

Bibliographie

- Ehrenberg A., "Malaise dans l'évaluation de la santé mentale", *Revue Esprit*, mai 2006.

- Collectif (sous la direction de A. Jacquart), *Pas de zéro de conduite pour les enfants de 3 ans !*, Ed. Erès, juin 2006.

Les quatre grands risques de l'expertise collective INSERM sur les troubles des conduites

Les pédopsychiatres soucieux de psychopathologie ne peuvent être que très profondément choqués par cette dernière expertise INSERM, parue en septembre 2005, et qui a soulevé, fort heureusement, un grand nombre de protestations (avec plus de 180.000 signatures de la pétition dite « Pas de 0 de conduite »).

Prétendre qu'il y a un lien linéaire quasi-direct entre les TOP (Troubles Oppositionnels avec Provocation) du jeune enfant et la délinquance à l'adolescence, constitue en effet une malhonnêteté scientifique porteuse, d'au moins quatre risques principaux :

- *Un risque de confusion épistémologique*, car le concept de TOP ne renvoie qu'à une pure description comportementale de surface rassemblant des enfants en réalité fort différents les uns des autres, alors que le

concept de délinquance est un concept extrêmement complexe se situant à l'interface de différents domaines (psychopathologique, sociologique, juridique, culturel, politique...)

Etablir un lien prédictif direct entre les deux s'avère donc éminemment fallacieux, et fait l'économie de l'évidente influence de l'éducation, de la vie familiale et sociale qui viennent s'interposer entre la petite enfance et l'adolescence, et qui permettent toute une série de remaniements structuraux, de transformations et de recompositions psychiques (car, contrairement à ce que l'on a trop souvent dit, tout ne se joue pas avant trois ans !).

Ajoutons, en outre, que ce rapport laisse entièrement de côté les jeunes enfants qui n'expriment aucun trouble ni aucune agressivité, du fait d'une armure défensive coûteuse, et qui sont pourtant en grand danger psychopathologique quant à leur avenir en tant qu'adolescents.

- *Un risque éthique*, car aucun enfant ne peut vivre toute son enfance sous le regard pesant d'un entourage anxieux de le voir devenir délinquant, ceci devrait tomber sous le sens.
- *Un risque thérapeutique*, car ce rapport ouvre à l'évidence aux laboratoires pharmaceutiques un argument dit scientifique qui va inmanquablement leur permettre d'étendre de manière inconsidérée le champ de la

prescription des psychotropes en deçà de quatre ans, ce qui s'avère contraire à tout principe élémentaire de précaution.

- *Un risque politique* enfin, avec la possibilité d'utiliser ce rapport méthodologiquement contestable pour cautionner une politique sécuritaire ou répressive qui n'aurait alors plus rien à voir avec une véritable prévention prévenante, ce à quoi nous assistons désormais avec la présentation du projet de loi sur la prévention de la délinquance, projet initié dès 2003 mais qui trouve, dans cette expertise INSERM, des arguments pseudo-scientifiques semblant venir le crédibiliser dangereusement.

Bien entendu, nous pouvons et nous devons toujours tenter de faire mieux en matière de prévention précoce, mais nous ne pouvons pas nous laisser enfermer dans des modèles qui ne sont pas les nôtres.

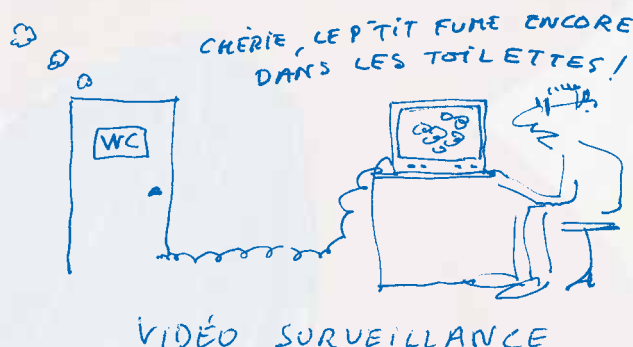
La question est de protéger l'enfant d'un certain nombre de souffrances, et non pas de protéger la société des enfants qu'elle a fait naître.

Il y a là un véritable problème socio-culturel et, qu'on le veuille ou non, notre réflexion sur le dépistage précoce de la souffrance psychique des bébés ne saurait en faire entièrement abstraction.

C'est ainsi que lors du prochain congrès mondial de la WAIMH (World Association for Infant Mental Health), un symposium préliminaire sera spécifiquement consacré à cette question de la démarcation difficile entre prévention et prédiction (La Villette, du 8 au 12 juillet 2006).

Mais, au delà de ces critiques, nous nous devons également de faire des propositions

Nous espérons beaucoup que nos discussions en cours avec l'INSERM pourront désormais faire avancer les choses de manière constructive.



Pas de zéro de conduite pour les enfants de trois ans (suite)

- Il nous semble tout d'abord qu'un organisme comme l'INSERM n'est sans doute pas le mieux placé pour effectuer de telles expertises collectives. Son rôle serait plutôt celui d'une assistance technique, en rassemblant par exemple la littérature internationale sur tel ou tel sujet (mais sans confondre littérature internationale et littérature anglo-saxonne, et en laissant toute sa place à la littérature clinique qui ne peut certes pas toujours être quantitative dans notre domaine), et de laisser le travail d'expertise proprement dit aux associations scientifiques représentatives telles que, par exemple, la Société Française de Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent (SFPEA) dans le domaine qui nous concerne.
- Il importe également de reconnaître que le modèle pédo-psychiatrique est un modèle qui emprunte à la fois au modèle médical et au modèle des sciences humaines (anthropologie, sociologie, éthologie, linguistique, philosophie, histoire...) et que, de ce fait, ces dernières doivent, d'une manière ou d'une autre, impérativement participer à la réflexion.
- Les experts doivent tous être des personnalités de premier plan et véritablement représentatif, chacun, de leur discipline respective, ceci étant très important car la dimension psychopathologique de la pédo-psychiatrie n'est en rien menacée par les cognitivistes ou les neuroscientifiques de haut rang, alors même qu'elle se trouve en permanence attaquée par les biologistes de second niveau, voire plus encore par les psychiatres « biologisants ».
- Enfin, une fois réalisés ce recueil de la littérature internationale et ce premier temps d'expertise, il importe, sur des sujets de société aussi brûlants que celui envisagé par cette expertise INSERM (mais en pédo-psychiatrie, il y a de nom-



breux sujets qui posent de tels problèmes de société ou de santé publique) d'organiser ensuite une conférence véritablement critique, et qui donne la parole aux acteurs de terrains (pédiatres, représentants de diverses structures tels que les PMI, les CMPP, les responsables de secteurs de psychiatrie infanto-juvénile, de secteurs juridiques ou sociaux, les hospitalo-universitaires...) dont beaucoup se sont vus éhontement et incompréhensiblement écartés de cette expertise-ci.

Pseudo-science et réductionnisme politique

Il existe depuis longtemps une sorte de consensus tacite entre les medias et le grand public pour toujours évacuer la complexité qui nous confronte immanquablement à la question de la sexualité, de la souffrance psychique et de la mort. Or, la vie psychique n'est pas simple, et les troubles de la vie psychique non plus. Vouloir le faire croire est une escroquerie, mais une escroquerie qui se fonde sur ce paradoxe que l'humain s'attaque toujours à ce qu'il a de plus précieux, à savoir sa propre capacité de penser. Quoi qu'il en soit, on voit bien aujourd'hui la collusion qui menace de s'instaurer entre une

vision scientifique et linéaire de la pédopsychiatrie, et la tentation politique de confondre prévention et prédiction.

Repérer les sujets en souffrance et à risque de marginalisation est une chose, enfermer les enfants dans une suspicion prédictive étroite et stigmatisante en est une autre.

Il y a une démagogie évidente à vouloir faire croire à la population qu'on peut pourvoir à sa sécurité par une supposée capacité de prédire, et il y a une erreur scientifique à vouloir rabattre le modèle pédo-psychiatrique sur un modèle biologique ou génétique exclusif.

Si la démagogie politique fait alliance avec l'erreur scientifique, c'est inéluctablement la pédopsychiatrie qui en fera les frais, par l'évacuation pure et simple de la dimension psychopathologique, pourtant seule à même d'ouvrir un espace de liberté dans notre vision du développement de l'individu.

Heureusement, le pire n'est pas toujours sûr, car les faits sont têtus, et les faits cliniques en particulier.

Alors ne faisons pas de prédiction: l'expertise INSERM et le rapport Benisti n'auront pas nécessairement raison des principes qui forment le vif de notre pratique ! ■

La naissance des classes dangereuses : entre mythe et concept

Bien connue depuis un demi siècle¹ et souvent citée la formule « classes laborieuses, classes dangereuses » sert à résumer et à condamner l'attitude de la bourgeoisie du XIX^e siècle face à ce que l'on appelle volontiers à l'époque la question sociale. Avec le développement de certains projets contemporains, ce réflexe de défense sociale qui vise à confondre coupables et victimes semble revenir en force. La force de ce raisonnement ne réside pas tant dans son simplisme que dans son apparente scientificité et ses objectifs affichés. Il ne paraît donc pas inutile de revenir sur l'inventeur de l'expression classes dangereuses qui est aussi l'un des fondateurs de la démarche qui mélange description objective et préjugés, volonté d'amélioration sociale et stigmatisation des populations fragiles.

En effet l'expression classes dangereuses constitue le titre d'un ouvrage célèbre, publié en 1840, qui n'est pas un pamphlet rapidement écrit par un polémiste exalté mais un pesant ouvrage² rédigé par le très sérieux Henri Frégier, chef de bureau à la préfecture de la Seine, en réponse à un concours lancé deux ans plus tôt par l'Académie des sciences morales et politiques. «L'appel d'offres» demandait aux candidats «de rechercher d'après des observations positives quels sont les éléments dont se compose cette partie de la population qui forme une classe dangereuse par

ses vices, son ignorance et sa misère; indiquer les moyens que l'administration, les hommes riches, les ouvriers intelligents et laborieux pourraient employer pour améliorer cette classe dangereuse et dépravée». Ce texte illustre un projet politique de grande ampleur. Face à une conjoncture politique délicate (la monarchie de Juillet établie en 1830 est violemment contestée par les légitimistes et les républicains) et une situation sociale tragique marquée par la conjonction des émeutes politiques et des premières révoltes sociales urbaines (révolte des canuts en novembre 1831), il ne s'agit pas seulement de réprimer mais de connaître les populations pour améliorer les hommes sans changer la société. Bref, dès sa naissance, la recherche «sociologique» est intimement liée aux préoccupations du gouvernement et marquée par le contexte social. Elle est aussi fortement inspirée par le modèle préventif de «l'étiologie médicale». Le projet de Frégier s'inscrit parfaitement dans cet objectif. Loin de se limiter à une simple mesure de la délinquance et une description de ses auteurs, l'enquête se donne pour but de repérer les milieux plus larges où se recrutent les malfaiteurs de façon à agir en amont de la délinquance. En cela il se calque sur le modèle de la médecine d'observation qui, faute de guérir les maladies, recherche d'abord les circonstances qui favorisent leur développement. Le projet semble d'autant plus convaincant qu'il s'appuie sur une enquête scientifique. Pourtant celle-ci présente de nombreuses failles. Les données statistiques sur lesquelles il s'appuie sont utilisées sans recul et amalgamées «deux espèces de données» : «Les unes reposent sur des chiffres positifs, les autres sur des aperçus et des évaluations approximatives» dont il reconnaît lui-même que «ces dernières ont quelque chose de vague et d'arbitraire». Cette démarche «scientifique» s'accompagne de

choix idéologiques et d'amalgames franchement assumés. Frégier affirme d'emblée que «les classes pauvres et vicieuses ont toujours été et seront toujours la pépinière la plus productive de toutes les sortes de malfaiteurs : ce sont elles que nous désignerons sous le titre de classes dangereuses ; car lors même que le vice n'est pas accompagné de la perversité, par cela même qu'il s'allie à la pauvreté, il est un juste sujet de crainte pour la société». Pourtant, ce n'est pas contre la pauvreté qu'il invite à lutter mais contre le vice car c'est lui seul qui avilit. Ecartant toute responsabilité majeure de l'organisation sociale, Frégier fait de la dépravation morale la cause génératrice du crime. Il propose non des réformes sociales mais bien «un plan de perfectionnement moral du pays».

Ce plan s'ordonne autour de trois axes. Outre des mesures attendues contre le jeu, la prostitution, l'ivrognerie (l'alcoolisme n'existe pas encore), Frégier compte plus encore sur l'école que sur la famille pour rendre meilleures les classes pauvres, dangereuses et vicieuses. Au-delà il fait preuve de quelques rêves prémonitoires inquiétants. Tout en refusant de «transformer le journaliste en prédicant», il invite la presse à «propager de saines doctrines d'économie sociale, les vertus de la famille, de la simplicité, de l'ordre et de la décence». Il regrette aussi que «notre civilisation, quoique fort avancée, ne supporterait pas des mesures préventives de police qui auraient pour effet de signaler les ivrognes et les joueurs dans la vue de leur ôter les moyens de se livrer à leurs habitudes vicieuses».

Bref, en même temps qu'une volonté affirmée d'intégration, le rêve d'une société voulant exclure tout risque en repérant à l'avance les sujets potentiellement dangereux. ■

Olivier FAURE

Professeur d'histoire,
Université Lyon 3.

Bibliographie

¹ Grâce au titre donné par Louis Chevalier à son ouvrage de 1958 (disponible en collection Pluriel).

² *Des classes dangereuses dans la population des grandes villes et des moyens de les rendre meilleures*, 2 volumes, 435 et 527 p. Reprint Slatkine/Mégariotis Genève, 1977.



La dangerosité, un discours d'ordre ou l'histoire « d'un pousseur de métro »

Jean-Pierre MARTIN

Psychiatre,
Chef de service,
Hôpital Esquirol
(Saint Maurice).

Un homme de 30 ans est admis en hospitalisation d'office dans notre service, après avoir poussé un voyageur sur les rails du métro. Dès le premier entretien il apparaît qu'il s'agit d'un patient schizophrène en voyage à Paris et en rupture de traitement. L'acte est commenté par lui comme une volonté d'éloigner un homme qui lui masquait une jolie fille sur le quai. Il n'a pas conscience de l'aspect délictueux du geste. Au-delà des explications psychopathologiques possibles dont la recherche et le traitement est notre travail de clinicien, quel est le statut de cet acte ?

Du point de vue de la norme sociale il s'agit bien d'un acte dangereux, avec une sanction par la loi. Sur le plan clinique, il s'agit d'une impulsion psychotique agressive qui appelle une obligation de soin. Pourtant la mesure de police que représente l'hospitalisation d'office en fait un acte qui associe irresponsabilité et dangerosité sociale, amalgamant le délit à l'obligation de soin, le coupant d'une reconnaissance juridique qui aiderait à inscrire psychologiquement son geste dans le travail clinique comme celui d'un sujet social de droit: il ne sera pas poursuivi pour son acte mais seulement soigné, donc seulement objectivé socialement comme schizophrène. La pulsion psychotique est détournée de sa fonction de défense du sujet désorganisé vers l'anéantissement de ce qui fait de lui un sujet au profit de la défense d'un corps social indifférencié. Il s'agit d'un véritable déni de citoyenneté, de tout débat contradictoire sur le sens et la nature de l'acte.

Cette mesure de police tend à traiter l'acte comme un pur objet médical, remettant en cause sa place dans la reconnaissance du sujet. Elle fait du clinicien un pur agent de l'ordre établi, donc d'une seule norme unique. Or la finalité créative de la clinique est justement d'inter-

roger ces interstices du social où se construit et s'exprime la personnalité du sujet, loin des normes administratives dites de tutelle. Est-ce que cette liberté humaine fait du clinicien ou du psychothérapeute un danger pour l'ordre social ?

L'histoire de ce que l'usage appelle « un pousseur de métro » nous amène à élargir la réflexion. Le retour à des politiques de contrôle des « classes dangereuses »¹ prend toute son ampleur avec le projet de loi actuel de lutte contre la délinquance qui fait du trouble mental une cause potentielle de délit au même titre que toutes les autres : le sujet est objectivé du côté de la délinquance, et le clinicien désigné pour détecter et soigner la dangerosité potentielle. Le discours politique sur la dangerosité trouve son prolongement dans l'ordre assigné à la psychiatrie comme outil de maîtrise des comportements violents ou toxicomaniques dès le plus jeune âge².

Ce retour prend son ampleur du côté du social où la notion d'insécurité amalgame et stigmatise les immigrés, les chômeurs, comme de jeunes « casseurs » potentiels, la banlieue étant le territoire de tous les dangers³. Dans tous les cas, le sujet par son histoire sociale et ses aléas est objectivé du côté du « monstre » à combattre (versions administratives modernes : l'inadéquat, l'inadapté, le violent, le maltraitant...) et non sujet dont le statut social est à réhabiliter. En effet l'enjeu alternatif à ce cours répressif est bien ce que repèrent les sociologues : mettre du lien social là où la désaffiliation fait danger.

Depuis la loi du 30 juin 1838, le placement d'office, mesure administrative préfectorale d'ordre public, se réfère au « danger pour autrui et pour soi-même ».

Le soin est amalgamé à des nécessités de police sociale. Le discours politique et le sens commun en font un critère absolu : la dangerosité serait le risque intrinsèque de la folie mais aussi objet d'un traitement spécifique. Soulignons ici ce glissement de langage : le danger, notion objective caractérisant un symptôme passager, devient dangerosité, c'est-à-dire un état permanent.

Mais l'histoire de la clinique, depuis deux siècles, met également en évidence un autre élément critique fondamental : si la notion de danger a du sens dans un ordre social, elle ne rend pas compte de l'émergence du sujet social moderne et de ses capacités normatives (G. Canguilhem). La socialisation n'est pas réductible au discours de pouvoir social et la clinique psychodynamique est dans cette perspective résolument subjective comme rapport du sujet au social. L'obligation sociale de soin est un rapport subjectif socialisé et non un impératif d'ordre répressif. Les pratiques de la clinique sont donc le lieu où les notions de danger et de dangerosité doivent être clairement distinguées, afin de ne pas réduire la diversité humaine à une normativité unique (en terme psychanalytique : le symbolique est barré). Elles se dégagent donc de la notion de gestion des risques qui traite uniquement des conditions sociales de la dangerosité qui fait partie des idéaux normatifs de chaque société.

Conclusion toute provisoire : les pousseurs de métro ne sont pas tous schizophrènes et le quotidien est plutôt ceux qui se suicident « en se poussant » sous le métro. Il apparaît également qu'être plus présent à l'autre sur les quais du métro (une histoire de lien social) rendrait peut-être celui-ci moins dangereux ! ■

¹ Se reporter à l'article d'Olivier Faure.

² Se reporter à l'article de B. Golse « Pas de zéro de conduite pour les enfants de trois ans ».

³ Henry Rey, *La peur des banlieues*, Ed. Les presses de Sciences Po, 1999.



Libres paroles sur chambre fermée

C'est un fait indéniable, nous sommes contraints d'isoler certains de nos patients en chambre fermée et sécurisée. Les indications sont précises et médicales : quand la désorganisation psychique est si sévère qu'elle rompt complètement le contact avec l'autre et qu'une dangerosité s'y associe, ces chambres sont là pour sécuriser et l'environnement et le patient. Elles ne sont pas pour autant un lieu de rupture de liens avec l'environnement. Elles sont un moyen de traitement intensif pour que les soignants rentrent progressivement en contact avec le patient et l'aident peu à peu à dépasser cet épisode aigu de désorganisation sévère et de dangerosité. Cette prise en charge relationnelle et très professionnelle s'appuie bien évidemment sur des traitements médicamenteux.

Natalie GILOUX

Praticien hospitalier,
service Pr. Terra,
CH Le Vinatier (Bron).

Pour approfondir la question de l'évaluation du risque de comportements violents, notamment mais non exclusivement avec les personnes psychotiques, au vue de la littérature internationale, la prudence s'impose. Il est bien difficile de conclure sur la question de l'association entre violence et psychose. On pourra lire avec profit :

- Gravier B, Lustenberger Y., "L'évaluation du risque de comportements violents : le point sur la question", *Annales Médico Psychologiques* 163 (2005) 668-680.

- Macheret-Christie F, et Gravier B., "Schizophrénie, psychose et prison", *Lettre de la Schizophrénie*, N° 22, mars 2001.

NDLR

Une expérience dans notre équipe a permis de recueillir les témoignages de plusieurs patients admis comme particulièrement dangereux et ayant des antécédents le confirmant. Après avoir dépassé le stade critique, ils ont été interrogés sur l'expérience traversée et ont fait le point sur leur épisode de dangerosité ainsi que sur la période fondatrice d'isolement et de soins intensifs.

Contraints un jour d'être protégés d'eux-mêmes et de se soigner, ils attestent de ce qui motiva leur enfermement : une forte agitation, la « fièvre de la folie », la bulle, le plus bas du désespoir, le fond. Ils en reconnaissent l'aspect rude mais secondairement admettent le

bien fondé de cet espace à la fois de sécurité et de recueillement. Ainsi ils évoquent ce cheminement progressif et l'impact positif du soin psychique par la relation soignante intensive.

Bernard compare la chambre d'isolement avec la plongée « du grand bleu » en évoquant une remontée par palier. Le début est rude pour lui : l'incompréhension, l'hostilité perçue de toute part, une extrême impulsivité chez lui avec un manque de contrôle. Puis progressivement son état s'améliore, une distance, une critique de l'état premier s'instaure et les relations avec les soignants s'apaisent.

D'autres patients parlent encore d'étape : « je me suis soigné par étape avec une sortie progressive de l'enfermement en chambre puis de l'enfermement à l'hôpital » dit Emile.

Roger reconnaît également que cet enfermement contribue à le protéger et insiste sur l'intérêt des visites infirmières plus intensives que dans un lit normal.

Tous reconnaissent clairement leur dangerosité : « j'étais violent, les chaises volaient, j'avais agressé un professeur de médecine ». « Je délirais, j'entendais des voix, je voulais me suicider... ». « Je cassais des voitures, je voulais donner des leçons à tous les gens de la rue ». Puis une fois apaisés physiquement et grâce aux effets des traitements neuroleptiques, un processus de rémission par étape se déclenche. Il se fait sous contrôle soignant régulier et très progressif. Tous insistent aussi sur la nécessité de se recueillir, de se



retrouver, de se rassembler soi-même et de l'importance de trouver chez les soignants qui interviennent intensivement, des repères structurants pour eux. Tous insistent également sur l'importance de l'empathie, de la gentillesse des soignants, toujours associées avec une fermeté structurante. Ces témoignages sensibles révèlent qu'une situation particulièrement grave, dangereuse, infernale peut, si elle est bien traitée et bien accompagnée sur le plan du soin relationnel, avoir des effets tout à fait bénéfiques et fondateurs.

Au-delà des représentations de la maladie mentale, nous devrions entendre davantage ce que nous disent ces sujets sur les effets hautement bénéfiques d'un soin très spécialisé. Ces témoignages conduiraient assurément à désigmatiser la maladie mentale et parfois la dangerosité qui lui est associée en encourageant la prévention et le recours aux soins. ■

Violence et psychiatrie

Profusion de rapports en complément du plan Psychiatrie et santé mentale (2005-2008) :

- Dernier rapport en date, celui des sénateurs J.P Goujon et Ch.Gautier intitulé « *Les délinquants dangereux atteints de troubles psychiatriques : comment concilier la protection de la société et une meilleure prise en charge médicale ?* ». Il a été approuvé à l'unanimité par la commission des lois et rendu public le 27 juin 2006.
- Une nouvelle mission a été confiée à J.P Garraud, député de Gironde, le 23 février 2006 sur « *L'évaluation de la dangerosité des auteurs d'infractions pénales atteints de troubles mentaux* ». Ses conclusions devraient être rendues après l'été.
- Une autre mission, confiée à l'Inspection générale des affaires sociales et à l'Inspection générale des services judiciaires par les ministres de la santé et de la justice, devrait communiquer prochainement ses recommandations sur « *La prise en charge des patients présentant des risques de dangerosité* ».

Perte de la transmission vive des savoirs : danger

Evelyne VAYSSE

Psychiatre, EPS de Ville Evrard.

Il y a trente ans les infirmiers psychiatriques expérimentés et en nombre apprennent aux jeunes internes à repérer les attitudes et les situations dangereuses : des détails inoubliables comme ne pas porter de foulard (autour du cou), ne pas laisser son adresse dans la corbeille, demander une issue de secours dans un nouveau local... Les risques faisaient partie du quotidien dans tout lieu de soin, le savoir faisait partie du métier. Aujourd'hui les conditions de travail ont changées ; les risques sont-ils accrus ? Les réflexes sont-ils conservés ? Notre préoccupation portera sur le CMP, « le pivot du secteur » encore pour quelque temps, avec une allure de dépôt de bilan.

Pour les risques, certes la société est globalement plus violente, les files actives plus importantes, la consommation de toxiques massive, les obligations de soin (pour violence) frappent à nos portes et nombre de patients sont contrôlés dehors pour leur mesure de placement. Il y a du monde au portillon. Mais deux facteurs nouveaux mettent à mal les stratégies habituelles de lutte contre la violence en psychiatrie, ils touchent l'organisation même du travail ; ce sont la baisse des effectifs infirmiers et parallèlement la sollicitude de l'administration.

En CMP, seule structure de proximité à soin gratuit qui attire tant la demande alentour des médecins, des travailleurs sociaux et directement de la population, la réduction du nombre des infirmiers de secteur est un facteur indéniable de vulnérabilité. Comment continuer à assurer les multiples tâches qui leur sont dévolues et qui ont trait à la sécurité ? Accueil et connaissance de tous les consultants, bonne marche de la salle d'attente, surveillance et fonctionnement des locaux, intendance, (sans parler des soins et des suivis proprement dits!), quand ils ne sont que trois ou deux ? La raréfaction de l'équipe diminue les regards, les transmis-

sions orales, le repérage des situations à risque et l'énoncé des paroles anticipatrices. Le filet de protection du dispensaire se relâche. Tout travail hors du dispensaire aggrave encore plus la pénurie, VAD et accompagnements sont comptés, reportés, voire impossibles. Les tâches transversales comme les appartements associatifs, les placements familiaux, sont un casse tête du planning. Sortir du dispensaire devient problématique. Et pourtant ça ne serait pas de refus, quelques journées de formation non plus.

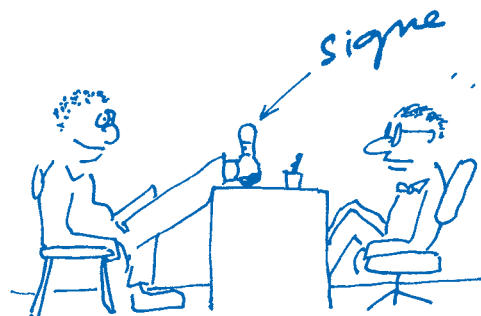
Si un clash se produit, l'administration intervient généreusement et le piège tend à se refermer. En effet les consignes sont de remplir une fiche « d'événement indésirable » et ce faisant entraînent la confusion et l'évaporation des données. Car toute violence psychiatrique est dénaturée au titre de n'importe quelle nuisance ; et l'expertise administrative promet un retour, mais imprécis. Mieux, on peut selon le protocole accompagner l'« indésirable » d'un dépôt de plainte au commissariat, obligatoirement nominatif ; ce faisant, tout soignant est isolé, judiciaire, pourquoi pas fautif, en attendant victime avec mise à disposition bienveillante à la médecine du travail d'un psychologue ad hoc, et d'un conseil pour arrêt de travail si besoin.

Cette sortie du collectif tend à rendre aléatoire la culture du milieu psychiatrique qui juste-

ment est sous-tendue par le travail d'équipe. C'est sur le champ et dans le lieu même que l'analyse de la pathologie, de la relation avec le patient, des défauts d'organisation et de cohérence des soignants, que cette discussion clinique à la base permet la compréhension et l'anticipation des situations à risque. C'est elle qui donne sens et justifie notre travail. C'est cette réflexion qui nous rend forts. A l'heure qu'il est, court-circuitée, manquant de présences et de temps, elle semble en passe d'être abandonnée. Danger.

Si nous ne pouvions plus exercer collectivement dans le service public, comment ferions-nous ? Il serait bon de garder l'efficacité de ce filet fait de mémoires, transmissions vives, regards et adresses de paroles, qui nous protègent tous les uns et les autres. Il serait bon d'entendre la fonction d'accueil des infirmiers, éminemment intellectuelle et si peu comptabilisée en informatique, alors que les déplacements visibles qui mobilisent la musculature sont valorisés. Il serait bon que tous les corps de métiers soient attentifs à ce que font journallement les infirmiers, les consultants dans leur bureau, les animateurs dans leur groupe, la secrétaire au secrétariat, et les patients dans la salle d'attente ; tous défendent le bien commun qu'est le lieu de soin, participent, se signalent, interviennent.

En psychiatrie, c'est la présence et la parole qui contiennent et ordonnent. ■



à quel signe puis-je repérer
que je suis en prise
de risque ?

Quand psychiatrie et prison sont convoquées au chevet de l'insécurité sociale

Catherine PAULET

Psychiatre, praticien hospitalier, secteur de psychiatrie en milieu pénitentiaire 13P01.

Les prisons ont beaucoup de succès. D'ailleurs elles prospèrent : 13200 nouvelles places sont prévues. Les 60000 détenus se partageant les 50000 places du parc pénitentiaire pourront ainsi se déployer et bénéficier de conditions d'hébergement décentes.

Les efforts consentis par les pouvoirs publics visent à «mettre en place des conditions favorables à une réinsertion réussie», tout en «garantissant la sécurité» des citoyens¹. Le maître mot est bien sécurité.

De fait, l'emprisonnement a de beaux jours devant lui : 21% d'augmentation de la population pénale en 5 ans (49700 en 2001, 59000 en 2005), triplement de la durée des peines en 30 ans, périodes de sûreté de plus en plus longues, libérations conditionnelles anecdotiques (7%).

¹JF Copé, Repères, n° 75, 13-04-06.

Qui est le détenu aujourd'hui ? Pour l'essentiel un homme jeune issu d'un milieu défavorisé.

Il a une chance sur deux de souffrir d'un trouble psychiatrique ou addictif.

De fait, les équipes psychiatriques sont venues travailler en prison dans une optique clinique sectorielle, c'est-à-dire pour proposer un dispositif de soin au plus près de la population, fût-elle captive.

Bien que toute causalité soit plurifactorielle, force est de constater que nous sommes victimes de notre succès d'estime ; les personnes souffrant de troubles mentaux affluent et confluent :

- sur fond théorique humaniste : le malade mental n'est pas hors champ, hors raison, il est un sujet souffrant et un citoyen appartenant à la communauté des hommes, et en tant que tel peut répondre pénalement de ses actes,
- et sur fond de discours sociétal crispé sur le sentiment d'insécurité et la victimisation, avec pour corollaire l'abandon du fatum, la recherche de responsabilité et la revendication d'un risque zéro.

Le diagnostic, la prédiction et la prévention de la dangerosité deviennent une priorité absolue et les psychiatres sont convoqués à cet endroit situé au-delà du raisonnable, du côté de l'émotion, pour expertiser, prédire et prévenir la récidive pour tout délinquant, singulièrement auteur de violence(s).

Les préoccupations concernant la dangerosité criminologique, en d'autres termes, la prévention de la récidive, ne sont pas indifférentes au psychiatre.

Cependant, les mots et les concepts n'ont pas le même sens dans le champ pénal et dans le champ psychiatrique. Dangerosité criminologique (risque de commettre une infraction pénale) et dangerosité psychiatrique (risque de passage à l'acte agressif en raison de troubles mentaux) sont des concepts (et des réalités) différents, parfois liés mais non nécessairement.

Les psychiatres des pays d'Amérique du Nord ont élaboré des outils d'évaluation de la dangerosité criminologique des auteurs d'infractions pénales.

La plupart de ces outils sont des statistiques rétrospectives du grand nombre dont on ne peut inférer un cas particulier (par définition tous les auteurs de meurtre par arme à feu disposaient d'une arme à feu, mais tous les possesseurs de fusils de chasse ne sont pas des meurtriers en puissance). Quant aux échelles, nombre d'entre elles mélangent des éléments objectifs et subjectifs qui renseignent davantage sur le point de vue du coteur que sur le score de la personne enquêtée. Enfin, les tests projectifs sont conçus pour éclairer le fonctionnement mental du sujet, pas pour établir une preuve telle que la réalité d'une agression sexuelle.

De surcroît, la psychocriminologie n'est pas une discipline scientifique mais un axe de recherche (au demeurant intéressant) au carrefour de plusieurs disciplines hétérogènes : sciences criminelles, sciences juridiques, humaines...

En tant qu'expert, le savoir clinique permet au psychiatre de se

prononcer sur la dangerosité psychiatrique non sur la dangerosité pénale. S'il prédit la récidive délinquante, par définition incertaine, aléatoire et multifactorielle, il fait référence non à sa science mais à son intime conviction. La compétence (et le rôle) de l'expert psychiatre porte sur la compréhension psychodynamique du sujet et non la prédiction d'une récidive délinquante.

En tant que psychiatre traitant, la prévention de la récidive ne peut être l'objectif premier du traitement. La réussite du traitement repose sur un long et difficile travail d'élaboration psychique permettant au sujet qui s'engage dans le soin, de repérer et comprendre son fonctionnement mental, son mode relationnel et ses conséquences, et, le cas échéant, d'y remédier. C'est ce travail qui contribuera, de surcroît, à la prévention de la récidive.

Le sentiment diffus d'insécurité lié aux changements de type de société générant des inquiétudes fortes sur les fondamentaux (travail, logement, sécurité sociale, solidarité sociale) et lié aux paradoxes des discours (revendication d'autonomie et de liberté avec un risque zéro !?) s'est cristallisé sur l'insécurité liée à la délinquance et aux figures exceptionnelles mais fortement médiatisées du fou criminel et du criminel sexuel, avec une coagulation des termes criminel-fou-dangereux : à neutraliser.

Il est dès lors difficile, mais nécessaire, de ne pas confondre tous les registres, pour éviter instrumentalisation de la médecine et contresens.

La médecine est avant tout centrée sur la personne et ses besoins avec son accord, la contrainte demeurant l'exception (gestion des épidémies, hospitalisation psychiatrique sans consentement...). Elle concourt ainsi à la prévention du risque. Mais elle ne peut répondre que dans le champ limité de ses compétences, en interrelation avec les acteurs des champs social ou judiciaire. ■

Le risque d'un effacement

Gilles RAYMOND
Chargé d'études,
Protection Judiciaire
de la Jeunesse.

Il est certain que l'expression « dangerosité sociale » devrait être à jamais proscrite du langage éducatif. Son caractère prédictif assigne l'individu à une potentialité négative et aux inéluctables conséquences institutionnelles que sont les divers placements (prison, hôpital, l'établissement pénitentiaire pour mineurs...). Mais l'effacement de l'idée de dangerosité n'est pas sans répercussions sur une pensée professionnelle, spécialement dans un contexte actuel, indubitablement sécuritaire.

L'effacement est d'autant plus solide que certaines formules semblent suffire à rendre compte d'une réalité professionnelle. Ainsi, dans notre profession, on parlera de jeunes "violents" ou "très difficiles". Mais, les éducateurs savent qu'il faut déchiffrer dans ce langage euphémisant ou abstrait un danger possible, danger qui peut les atteindre eux, en premier lieu, surtout lorsqu'ils travaillent dans des services d'hébergement. Si un jeune commet un acte violent à l'égard d'un éducateur, il est considéré comme profondément intolérable. Il est alors, le plus souvent, exclu du foyer. L'éducateur agressé peut se retrouver dans une situation paradoxale, considérant à la fois qu'il a été l'objet d'une violence profondément étrangère à ce qu'il est vis-à-vis de ces jeunes et se revendiquant pourtant d'être leur éducateur. C'est peut-être dans cette contradiction que cette dangerosité s'efface.

Cet effacement interdit à l'éducateur d'entrer dans la réalité de l'autre, et de constituer sa propre pratique. En excluant la dangerosité, cette part de l'autre qui entre si difficilement dans l'idéologie du projet éducatif, il s'interdit de prendre en compte la part d'une réalité profondément destructrice au profit d'un réel donné sous sa forme la plus acceptable, pour que le professionnel puisse continuer à attendre de l'autre qu'il s'y conforme.

Alors l'éducatif peut parfois se réduire à un simple contrat, entre une partie qui doit se conformer à l'aide qu'on lui apporte et une autre qui se "compassionne" pour ce jeune. C'est un échange à valeurs nulles.

On parlera d'autant moins de dangerosité que ce sont avant tout un "jeune", un "usager", c'est-à-dire l'unité d'une série qu'il faut s'interdire de nommer. Par exemple, il est mal vu de dire



qu'il est délinquant, même si le mineur répète ses délits. Cet effacement peut être lourd de conséquences et atteint un langage professionnel qui, en excluant la part de sa violence sociale, adopte des discours moralisants du type : « La société exclut », un quasi truisme ; « tout le monde n'a pas la chance », une logique déconcertante... Ces énoncés imparables font silence sur une réalité.

Ces jeunes sont « dé-nommés » pour faire contre-pied aux discours qui, selon la profession, les « sur-nomment ». On se souvient, dans le milieu professionnel, du tollé qu'avait provoqué Jean-Pierre Chevènement en les qualifiant de sauvages. Pourtant il indiquait que l'éducation était une question de greffe : il suffit d'une petite part de civilisation ou de raison pour

que ce jeune advienne à grandir. Ainsi privés d'une quelconque affirmation d'existence, ils ne sont plus que les supports d'attributions positives. Au bout du compte, seul leur propre langage ou notre propre compassion peut les qualifier. Cette qualification passera par l'expression de respect. Dans leur langage cela signifie qu'il faut accepter leur violence : « Maximum respect ! » dit le délinquant pour signifier la soumission qu'il veut infliger. Ou, pour certains professionnels, il faut les respecter, parce qu'ils sont de pauvres gosses. Mais alors sous quels prétextes aurais-je moi, éducateur, à respecter ce garçon qui a commis un vol, un viol ou une quelconque agression ! Au nom de sa pauvreté, de son exclusion ? Éducativement, cela n'a aucune valeur.

La catégorie "dangerosité" se présente peut-être moins comme un danger - employée, après tout faute de mieux - qu'une manière de parler d'une part de l'autre. Cette catégorie n'est qu'un moyen pour entrer dans une pratique. La véritable « dangerosité » résiderait plutôt dans le fait de ne pas écouter ce jeune qui veut résilier ce qui, dans un regard collectif, le réifie. Ce jeune garçon qui a plusieurs fois volé se rebiffé alors, dans le cabinet du juge des enfants, pour proclamer que voler n'est pas son métier, ou le jeune roumain qui se prostitue place Dauphine ne veut pas admettre d'être pris dans un acte homosexuel. Tous les deux disent qu'ils sont autre chose que ce qu'ils font. Ils sont sujets parce qu'ils ont su se cabrer et déclarer qu'ils ne sont pas déterminés. En cela ils disent qu'être sujet n'est pas une question de statut donné d'emblée à tout individu au nom du respect qu'on veut à tout prix lui accorder, mais relève d'un vrai mouvement d'existence.

Cela démontre bien que le déterminisme de l'idéologie sécuritaire a vraiment ses limites. ■

De la peur du danger à l'estimation des risques dans la relation d'aide

Par rapport à la notion de dangerosité, le réflexe sociologique est d'abord critique. Dans le contexte sécuritaire qui est le nôtre, cette critique dénonce la récurrence sourde d'une rhétorique de l'ordre et de la discipline qui a souvent associé dans l'histoire, folie et dangerosité. Le discours de la peur n'est pas loin et l'on sait qu'il est à la racine du racisme et de l'exclusion des gens « différents ».

Christian LAVAL
Sociologue ONSMP- Bron.

La critique s'exerce encore sur ce que l'emploi de cette notion porte de charge idéologique et de non-dits politiques lorsqu'elle charrie une figure essentialisée d'un individu « biologiquement » dangereux pour la santé d'un corps social métaphoriquement « agressé » (le délinquant de trois ans en est la figure même risible la plus actuelle). Cette naturalisation empêche de penser les processus construits de violences



sociales qui visent de façon inégale des individus et des communautés.

La critique pose donc un doute légitime sur le risque de dérapage idéologique intrinsèque au maniement de la notion de dangerosité sociale.

Ceci dit, alors qu'ils en connaissent aussi la composante sulfureuse, pourquoi des professionnels de la santé mentale, insistent-ils pour mettre cette notion au travail? A quoi le terme de dangerosité peut-il bien faire écho dans leur expérience de pensée ou de pratiques? A quelle sorte de réalité fait-il référence?

D'abord, il me semble que parler en terme de danger leur permet de mieux circonscrire des objets/limites à leur savoir psychiatrique. Bien sûr, le malade mental dangereux reste LA figure de référence mobilisée; mais elle s'avère finalement peu apte à rendre compte de l'expérience la plus ordinaire que les psys font du monde qu'ils rencontrent ou dont ils ont connaissance (agression de professionnels, violence dans les espaces publics, délinquance juvénile et urbaine, risques de terrorisme etc.). Décoder ces événements en terme de danger est une manière de pointer les limites des savoirs ordinairement disponibles : dominant/dominé, fou/normal, victime/bourreau lorsqu'elles ne suffisent plus à rendre compte de la réalité des situations. Ce n'est pas tant à un savoir catégorisant auquel renvoie le danger mais à une situation et à une expérience pragmatique : A quel signe puis-je considérer que je ne suis pas en danger ou que telle personne dont je suis en charge ne se met pas en danger ? Dois-je encore accorder et faire confiance à celle-ci ? Et jusqu'où ?

La dangerosité rend compte d'une expérience totalement imprévisible mais à laquelle les professionnels font de plus en plus ordinairement face. *Le thème de la dangerosité se présente chaque fois que les professionnels vivent une rupture d'évidence sur ce qu'il convient de faire ou de ne pas faire en situation de rencontre problématique. Quel est le psychiatre ou l'intervenant social qui n'a pas une anecdote en réserve sur la manière dont il a affronté un patient dangereux ou qui se mettait en danger pour lui-même en marchant sur le bord d'un toit par exemple? Il suffit alors d'un regard, d'un mot, d'une allusion, d'une connivence pour que tout s'apaise ou, au contraire, pour que tout bascule...! En pratique, l'interrogation sous-jacente est celle de la perception et du calcul*

de probabilité d'un risque dans un contexte qui n'est pas celui (anonyme) de la statistique mais de la rencontre (singulière). *En ce sens la dangerosité serait le pendant intersubjectif d'un risque objectivement prévisible.* Alors que le risque s'anticipe et se prévient et donc peut se réduire, le danger se perçoit dans le présent d'une situation irréductiblement singulière. Le danger se sent et se pressent dans l'expérience de la rencontre. Il n'y a pas de danger en soi, mais un danger en situation.

Ainsi, ce qui fait l'actualité de la notion de dangerosité dans le champ de la santé mentale ne renvoie pas seulement à une problématique sociopolitique de l'ordre et du contrôle social. Elle renvoie aussi à une tension entre situation dangereuse et prise de risque.

Ce qu'il faut alors comprendre c'est que toute situation dangereuse est préformée en amont par une construction a priori du risque encouru mais est aussi à considérer par le fait que des corps et des âmes y sont mis en présence (et éventuellement en danger). Si le risque est abstrait, le danger porte toujours un enjeu corporel et psychique. Ce double aspect du cadre préformé de l'expérience du risque nécessite d'être mieux approprié par les professionnels qui « prennent des risques relationnels ». Un véritable enjeu de formation est posé pour une évaluation raisonnée des risques en amont et en aval de la situation de rencontre. Les acteurs sont-ils toujours suffisamment informés pour ne pas avoir peur de tous et de tout, ou a contrario, quand ont-ils de réelles raisons d'avoir peur ? Et de retirer leur confiance ?

Dit autrement, lorsqu'il n'existe pas d'espace de communication qui organise la prévention et améliore sans cesse la mesure du risque encouru (et la qualité de son traitement), la notion de dangerosité risque d'aboutir à des préconisations réactives, voire réactionnaires. ■

Lien social et insécurité : (de quoi) faut-il avoir peur ?

Laurent MUCCHIELLI

Sociologue et historien,
Chercheur au CNRS,
Enseignant à l'université
Versailles/Saint-
Quentin en Yvelines,
Directeur du Centre de
Recherches
Sociologiques sur le
Droit et les Institutions
Pénales (CESDIP).



L'« insécurité » occupe une place centrale dans la société française, à la fois comme peur, comme plainte, comme sujet de débat et comme objet de mobilisation des pouvoirs publics. Dans un contexte de désenchantement du monde et de perte de crédibilité des élites, l'avenir est devenu incertain. Si l'on y ajoute la précarité d'une frange grandissante de la population, le développement d'un processus de « ghettoïsation » – processus contraint et subi dans les quartiers populaires, processus visant à la recherche d'un entre-soi protecteur dans les zones péri-urbaines ou sélectif dans les quartiers huppés des centres-villes – et l'affaiblissement de nombreuses formes de solidarités, l'avenir est aussi devenu inquiétant. Dès lors, le sensationnalisme médiatique et la démagogie d'une bonne partie de la classe politique aidant, il n'est guère surprenant qu'une partie de la population exprime fortement un sentiment d'insécurité et que quelques actes de violence spectaculaire (tel crime particulièrement sordide) ne reçoivent d'autre signification que celle d'une menace de destruction imputable à la « barbarie », à la folie ou à la méchanceté foncière de leurs auteurs.

Que savons-nous de la nature, de l'intensité et de l'évolution de cette « violence », à la lumière des évolutions qui travaillent réellement la société française ? Contrairement aux stéréotypes ambiants, les violences physiques ne constituent pas le cœur de la délinquance et des risques de victimation qu'elle entraîne pour nos concitoyens. Par exemple, dans une enquête réalisée sur la région Ile-de-France en 2001, avec un échantillon représentatif de 10 500 personnes, près d'un quart des ménages déclarent avoir subi au cours des trois années précédentes un vol ou un cambriolage, tandis que moins de 0,5 % des personnes déclarent avoir subi une agression ayant entraîné un dommage corporel¹. Qui plus est, près de la

moitié des agressions déclarées sont liées en réalité au vol ou à sa tentative. C'est donc là qu'est le cœur de la délinquance. Avec ou sans violence, le principal risque dans notre société est de se faire voler des biens, dans son commerce, chez soi ou dans l'espace public : voiture, scooter, argent, téléphones portables, lecteurs de CD, bagages, ordinateurs, jeux vidéos, etc. Et c'est aussi là que réside la principale évolution des cinquante dernières années.

L'essor de la société de consommation s'est accompagné du développement d'une délinquance d'appropriation qui constitue une sorte de redistribution violente opérée généralement par ceux qui sont, sinon totalement exclus, du moins aux marges de cette société, au détriment souvent des classes moyennes. Nous ne sommes certes pas la première société où sévissent des écarts entre les nantis et les démunis.

Mais la première différence avec les époques passées, c'est que les désirs de promotion sociale, les aspirations à la réussite ou les promesses de réalisation personnelle, sont aujourd'hui largement partagés, y compris par ceux qui n'auraient même pas songé y prétendre il y a encore quelques années. Lorsqu'une société exalte partout et de façon massive la possibilité de réussir par le mérite individuel à l'échelle d'une vie, il ne faut pas s'étonner que chacun veuille exister, paraître, posséder, jouir de la consommation comme les autres (et, pour certains, en faire aussi une activité de recel et revente).

La seconde différence est qu'une partie de ceux qui se tiennent aux échelons les plus bas de l'échelle sociale sont condamnés à y rester. Or, être pauvre ou connaître la précarité lorsque se dessine, individuellement et collectivement, la perspective d'une embellie future, est nettement plus supportable que vivre ces mêmes situations lorsque rien ne permet d'imaginer qu'il sera possible d'en sortir un jour. Ce qui

est le cas d'une partie notable de la population.

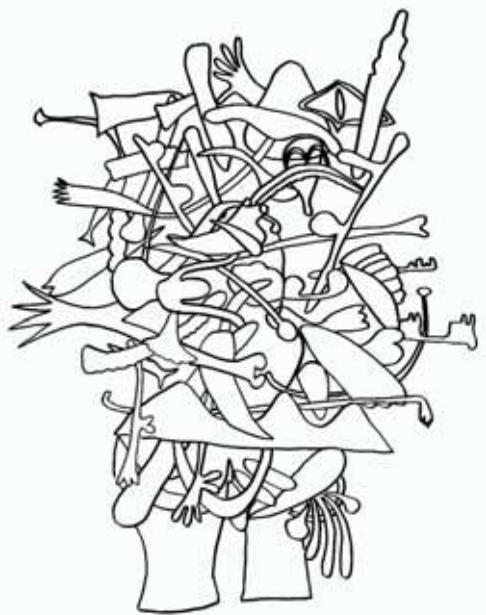
L'anonymat qui caractérise les relations entre le voleur et le volé facilite en outre grandement ces délinquances d'appropriation. En cause aussi la relative facilité avec laquelle il est possible de voler des biens qui se retrouvent sans la surveillance bienveillante de l'ancienne communauté de voisinage, qui pâtissent à la fois du désintérêt d'une police urbaine ayant depuis longtemps abandonné la surveillance préventive de proximité au profit de l'intervention réactive et de la disparition progressive des petits métiers de contrôle qui jadis quadrillaient une partie des lieux publics. Ceci a entraîné en retour le développement continu de la sécurité privée par des moyens humains (vigiles) et techniques (vidéosurveillance, portails de détection, puces électroniques, etc.). Cette évolution pose cependant un sérieux problème : est-il établi qu'il est préférable d'embaucher moins de surveillants dans les écoles, par exemple, pour mettre à leur place des caméras de vidéosurveillance ? Rien n'est moins sûr. Il est au contraire probable que ce mouvement accentue une certaine déshumanisation des rapports sociaux, dont se plaignent à juste titre nos concitoyens.

Venons-en maintenant au cœur de l'inquiétude contemporaine : la violence physique et son augmentation supposée faramineuse. La peur est telle que cette violence est de plus en plus conçue comme une sorte de menace anonyme prête à frapper au hasard des rues. Les médias ne cessent en effet de prétendre que « aujourd'hui, on tue pour rien », et les pouvoirs publics laissent accréditer l'expression consternante de « violence gratuite ». Autant dire que l'on refuse d'analyser les problèmes. Certaines enquêtes sociologiques invitent à un autre regard.

La première représentation qui ne résiste pas à l'analyse est celle

¹ Voir ces travaux sur www.cesdip.com

Lien social et insécurité : (de quoi) faut-il avoir peur ?



Bibliographie de l'auteur

- *Violences et insécurité. Fantômes et réalités dans le débat français*, Paris, Ed. La Découverte, 2002.
- « L'évolution de la délinquance juvénile en France (1980-2000) », *Sociétés contemporaines*, 2004, 53, p. 101-134.
- « Les caractéristiques démographiques et sociales des meurtriers et de leurs victimes. Une enquête sur un département de la région parisienne dans les années 1990 », *Population*, 2004, 59 (2), p. 203-232.
- *Le scandale des « tournantes »*. Dériver médiatiques et contre-enquête sociologique, Paris, Ed. La Découverte, 2005.
- *Quand les banlieues brûlent. Retour sur les émeutes de novembre 2005*, Paris, Ed. La Découverte, 2006, avec V. Le Goaziou.

de la menace anonyme. A l'inverse des vols, et sauf dans les cas où elle est liée précisément au vol, la violence se déroule essentiellement dans le cadre de l'interconnaissance, elle est constituée par des délits et des crimes que l'on pourrait dire « de proximité ». Ainsi les crimes de sang mettent aux prises des auteurs et des victimes qui se connaissent dans plus de 85 % des cas. Dans un premier cercle, ce sont les conjoints, les amants et les maîtresses. Dans un deuxième cercle, l'on trouve la famille (infanticides, parricides, matricides, etc.). Dans un troisième intervient le voisinage. Le crime du rôdeur anonyme est ici l'exception qui confirme la règle. Le même constat vaut du reste dans les violences non mortelles où l'essentiel se joue d'une part dans la violence conjugale, d'autre part dans les bagarres entre jeunes. La règle vaut enfin également dans les affaires sexuelles où le poids de la famille est prépondérant.

Une deuxième représentation doit être battue en brèche, celle d'une croissance exponentielle de la violence physique, qu'elle soit accompagnée des discours décadentistes évoqués plus haut, ou bien de considérations d'apparence savante sur une violence prétendue inhérente à l'humanité et qui se libérerait à mesure que la moralité s'amoinerait.

Au regard des siècles passés où l'on se faisait souvent justice soi-même et où l'on était fréquemment armé, la criminalité de sang est aujourd'hui rarissime. S'agissant des violences non mortelles, les enquêtes de victimation sont trop récentes en France pour pouvoir tracer une évolution historique de longue ou même de moyenne durée. Par contre, sur les vingt dernières années, ces enquêtes indiquent que si l'ensemble des agressions déclarées par les victimes a effectivement augmenté, cette croissance d'une part est alimentée pour l'essentiel par la hausse des agressions verbales, d'autre part n'implique pas nécessairement un plus grand nombre de victimes mais plutôt une plus grande répétition des violences subies par les mêmes personnes. On retrouve sans doute ici les situations de huis clos familial et d'enfermement résidentiel (certains « quartiers sensibles »). Quant à cette hausse des violences verbales, il est difficile de savoir si elle tient à une modification des comportements ou à un déplacement des seuils de tolérance.

Cette dernière hypothèse trouve immédiatement un prolongement en matière de délinquance sexuelle. Ces formes de violence augmentent beaucoup dans les statistiques administratives (et concerne tous les âges). Cela signifie-t-il que les comportements sexuels se sont soudainement transformés dans la société française ? Ou bien cette augmentation des faits dénoncés aux autorités est-elle la conséquence d'une évolution de l'attitude des victimes et de leur entourage ? Il s'agit en effet d'un type d'agressions classiquement sous-déclarées et beaucoup d'indices vont dans le sens de l'hypothèse principale d'une évolution des plaintes. Depuis une vingtaine d'années, la loi pénale s'est beaucoup durcie, des associations d'aides aux victimes et des numéros d'appel gratuits ont été créés, des campagnes sont réalisées dans les écoles et dans les médias, l'ac-

cueil des victimes s'est amélioré dans les commissariats et les palais de justice, les professionnels de l'éducation nationale et du travail social sont de plus en plus sensibilisés, etc. La justice pénètre aujourd'hui dans des domaines de la vie sociale à la porte desquelles elle s'arrêtait jadis : le domicile familial, les écoles, les lieux d'encadrement de la jeunesse, publics et privés, laïques et religieux. En réalité, la société française est en train d'opérer une véritable révolution à l'échelle historique, dans le sens d'une reconnaissance symbolique et d'une meilleure prise en charge des violences faites aux femmes et aux enfants. Et si l'on ne peut que s'en féliciter sur le plan moral, il convient de demeurer très prudent quant à l'interprétation de l'augmentation des chiffres officiels.

Enfin, l'analyse sociologique permet de pointer un certain nombre de processus qui favorisent l'émergence et/ou l'enracinement de la violence dans les relations interpersonnelles. Mentionnons la problématique de la transmission intergénérationnelle de certains rapports à la violence, celle des carences affectives et des graves troubles familiaux ayant marqué l'enfance de certaines personnes (problématique très différente de celle de la famille monoparentale qui est abusivement dramatisée dans le débat public), celle – massive – de l'échec scolaire, celle du lieu de vie et enfin celle du contexte de chômage de masse qui pèse sur les familles et les jeunes tant matériellement que psychologiquement, provoquant une forte anxiété et un rapport négatif à l'avenir, handicapant gravement le travail de prévention et d'insertion auprès des jeunes. Quant aux styles de vie et mode d'interactions, soulignons le poids du huis clos familial ou conjugal, du style de vie juvénile nocturne (a fortiori lorsqu'il est associé à l'alcool et aux drogues) et du caractère presque ritualisé de certains rapports violents opposant les jeunes hommes et les policiers dans certains quartiers populaires. ■



Une tendance européenne : séparer le juridique du médical

Philippe BERNARDET

Sociologue et juriste,
Chargé de recherche au
C.N.R.S.,
Mandataire devant la
Cour européenne des
Droits de l'Homme
de Strasbourg.

Les événements de Pau ont remis sur le devant de la scène psychiatrique la question de la sécurité et de la dangerosité liée à la pathologie mentale. Certaines législations européennes, notamment celle italienne de 1978, se sont ainsi efforcées de libérer la psychiatrie et le malade mental de l'impératif de sûreté en gommant toute référence à la dangerosité sociale du patient pour orienter l'intervention vers la notion d'accès aux soins. Il n'est pas certain qu'elles y soient véritablement parvenues.

En effet, la notion de danger reparaît habituellement sous celle de l'urgence à intervenir, soit pour éviter l'aggravation de l'état de santé physique ou mentale de l'intéressé, soit pour le protéger des réactions d'autrui, soit encore pour assurer la sûreté des personnes, voire de l'ordre public et, en tout état de cause, lorsqu'il s'agit de prendre en considération les délinquants et criminels atteints de pathologie mentale.

Au titre de l'article 203 du code pénal italien, est ainsi socialement dangereuse la personne éventuellement non punissable alors que le risque de récidive demeure probable. Plus encore : au titre de la dangerosité sociale, la maladie mentale constitue, en Italie, une circonstance aggravante, puisqu'elle double le délai au-delà duquel la présomption de dangerosité ne peut plus s'appliquer, non plus que la mesure de sûreté. Jusqu'aux arrêts de 1982 et 1983 de la Cour constitutionnelle italienne (Thomais-Douraki, 1994¹), l'assimilation de la pathologie mentale à la dangerosité sociale était postulée pour tout délinquant ou criminel atteint de troubles mentaux. Par ailleurs, le jugement de dangerosité sociale débouche, en l'espèce, sur une mesure d'internement en hôpital psychiatrique judiciaire, où les conditions de vie et d'hospitalisation ont pu être vigoureusement dénoncées, notamment par le Comité européen de prévention de la torture. C'est donc dire combien la césure entre dangerosité sociale et maladie mentale est loin d'être assu-

rée, même en Italie, malgré la promulgation de la loi de 1978. C'est en réalité l'Espagne qui, en 1983, en intégrant le droit de l'hospitalisation psychiatrique au Code civil et en le liant à l'incapacité de la personne, a opéré une nette rupture avec la notion de dangerosité. La loi espagnole laisse ainsi tout pouvoir au juge d'apprécier l'opportunité de l'hospitalisation sous contrainte, dès lors qu'il constate l'incapacité de la personne à consentir au traitement envisagé. La loi ne lui demande ni de tenir compte d'une urgence particulière, ni d'une nécessité de traitement impérative, non plus que d'un quelconque danger pour l'ordre public ou la sûreté des personnes. Le Code civil espagnol tend ainsi à donner la priorité aux critères thérapeutiques sur ceux répressifs, rétributifs ou de défense sociale (José-Maria Mena, 1989²). Mais cette extrême latitude laissée au juge ne comporte-t-elle pas un grand danger de dérive et d'arbitraire pour les libertés individuelles ? Pour autant, la dangerosité du malade mental subsiste dans le droit pénal espagnol pour le traitement des médico-légaux.

La rupture du couple dangerosité/incapacité, jusqu'alors associé à la pathologie mentale est toutefois le motif du Traitement sanitaire obligatoire (TSO) italien. Pourtant, l'article 2 de la loi de 1978 prévoit que le TSO n'est possible que « si la nature du trouble mental nécessite des interventions thérapeutiques d'urgence, si le malade refuse de se soumettre au traitement et si les conditions et les circonstances ne permettent pas de prendre à temps les mesures sanitaires extra hospitalières opportunes et appropriées ». Or, que désigne une telle situation, si ce n'est, précisément, un danger ? Les commentateurs soulignent d'ailleurs que le TSO entend répondre « au risque qui, en psychiatrie, est structurel du fait que la souffrance psychique s'associe, plus ou moins souvent, à des comportements antisociaux, ou susceptibles d'être perçus comme tels, et à des formes de grave indigence et/ou de perte grave de la contractualité sociale » (Maria-Grazia Giannichedda, 1993³).

Le débat sur le lien entre pathologie mentale et dangerosité,

notamment sociale est, finalement l'exemple même du faux débat ; car ce lien n'existe que dans quelques cas marginaux, qu'il faut certes traiter, mais qui ne constituent pas l'essentiel de la clinique, et au traitement desquels ne saurait bien évidemment se réduire la prise en charge psychiatrique. La notion de danger et de dangerosité n'a d'intérêt et de pertinence que pour fonder non le soin, mais la mesure de sûreté ou pour légitimer une contrainte. Il convient donc de distinguer clairement ce qui relève du soin de ce qui relève de la sûreté. On remarquera d'ailleurs que les législations européennes, mais également mondiales tendent toutes davantage à intégrer ce critère de dangerosité, voire même à réduire l'hospitalisation sous contrainte ou la contrainte de soin à la prise en compte d'un tel critère. Il serait absurde d'en déduire pour autant que la pathologie mentale est liée à la dangerosité. Elle ne l'est que dans les cas où une mesure de contrainte ou de sûreté s'impose.

Du point de vu du juriste néerlandais, l'aggravation de la santé mentale de la personne ne constitue pas, toujours, un réel danger pour l'intéressé au point de justifier son placement sous contrainte, tant que cette aggravation ne compromet pas sa santé physique et, par suite, ne porte pas atteinte à sa sûreté. Pour la Cour de cassation des Pays-Bas, la forte diminution de chances de guérison, sur le plan psychiatrique, ne saurait être vue comme une forme de « danger que l'intéressé représente pour lui-même » et, par suite, ne saurait, à elle seule, justifier la contrainte.

Les droits fédéraux allemand et helvétique, apportent une note intéressante à cette appréciation du danger en lien, non avec la pathologie mentale, mais avec la nécessité d'une contrainte. Le droit fédéral conduit en effet généralement à distinguer, d'une part, les libertés fondamentales, codifiées à l'échelon national (Code civil, Code pénal), des mesures particulières, telles celles d'ordre sanitaire ou social qui sont l'objet d'une réglementation propre à chaque état, pays ou canton formant la fédération ou

Bibliographie

¹ « Dangerosité, traitement psychiatrique et Convention des droits de l'homme », *Revue internationale de criminologie et de police technique*, Genève, 1994.

² « L'internement u malade mental : actualité juridique en Espagne », in *Actes de la journée du 30 juin 1988, Les 150 ans de la loi du 30 juin 1838*, Saint-Denis, Paris, Association Pierre-Sémart, 1989.

³ In Cl. Louzoun, *Santé Mentale et Réalités européennes*, Toulouse, Erès, 1993.



Danger, dangerosité et peur : contexte européen

Une tendance européenne : séparer le juridique du médical (suite)

la confédération. Le Code civil helvétique n'autorise ainsi la privation de liberté à des fins d'assistance du patient qu'en raison « *de maladie mentale, de faiblesse d'esprit, d'alcoolisme, de toxicomanie ou de grave état d'abandon* » dès lors que « *l'assistance personnelle nécessaire ne peut lui être fournie d'une autre manière* » ; dernière restriction dont il convient de souligner l'importance et qui fait écho à celle relevée en droit italien lorsque la loi n'autorise le TSO que « *si les conditions et les circonstances ne permettent pas de prendre à temps les mesures sanitaires extra-hospitalières opportunes et appropriées* ». On notera également que le droit fédéral helvétique ne renvoie à aucune notion de dangerosité, sauf en cas de « *grave état d'abandon* » qui l'induit implicitement. Il appartient en fait à la réglementation cantonale d'intégrer ou non, dans son droit sanitaire particulier, la notion de danger pour justifier l'internement. C'est entre autres ce que fait le canton de Genève en conditionnant l'internement psychiatrique à trois critères cumulatifs : 1. Le malade présente des troubles mentaux ; 2. Son état constitue un danger grave pour lui-même ou pour autrui ; 3. Un traitement et des soins dans un établissement psychiatrique s'avèrent nécessaires. On remarquera ainsi que le danger, d'une part, ne concerne que les personnes, non l'ordre public ou les biens, à la différence du droit français, notamment ; d'autre part, que ce danger doit également être grave.

La loi belge du 26 juin 1990 se réfère, quant à elle, expressément à celle de 1964 dite de « *défense sociale à l'égard des anormaux et des délinquants d'habitude* ». Le danger -si ce n'est la dangerosité sociale du malade- est donc très clairement affirmé comme référence centrale de la loi « *relative à la protection de la personne des malades mentaux* ». Les motifs de sûreté exclusivement appréciés par le juge, sont cependant inopportunement limités à « *une menace grave pour la vie ou l'intégrité d'autrui* », ou bien encore au péril pour la santé et la sécurité de l'intéressé ; ces deux dernières conditions étant cumulatives. L'atteinte

aux seuls biens ou à l'ordre public du fait du trouble mental n'autorise plus en Belgique de même qu'à Genève, l'internement psychiatrique.

En France, la loi du 4 mars 2002 a également intégré la notion de gravité, mais pour la réserver, en revanche, au « *trouble à l'ordre public et à la sûreté des personnes* » et justifier une mesure d'hospitalisation d'office. Il convient encore de souligner que l'admission en urgence sous HDT, renvoie, elle-même, à la notion de péril imminent pour l'intéressé, donc à une situation de danger et d'état critique pour ce dernier. Néanmoins, l'hospitalisation à la demande d'un tiers est, en situation habituelle et hors urgence, désormais légitime en dehors de tout danger, même si l'exigence de la nécessité de « *soins immédiats* » comporte, en elle-même, une référence implicite à une certaine urgence et, par voie de conséquence, à un certain danger en cas d'absence d'intervention.

En vérité, la prise en compte du danger va de pair avec la situation d'urgence. Le droit britannique de l'hospitalisation sous contrainte repose d'ailleurs sur la notion d'« *urgente nécessité* » à traiter la personne souffrant d'un trouble mental. L'association de l'urgence et de la nécessité de l'intervention pour la santé ou la sûreté de l'intéressé, voire pour assurer la protection d'autrui, renvoie, en définitive, à la notion de danger, puisque l'absence d'intervention débouche sur un risque de voir se dégrader la santé de la personne, ou mise en cause sa sûreté ou celle de tiers. Mais l'on voit que ce danger n'est pas seulement celui de la pathologie mentale. Il est également celui du contexte social et économique dans lequel évolue le patient. L'entourage, la situation faite au patient, peuvent être source de danger tant pour lui que pour les tiers du fait, entre autres, de l'exclusion ou de l'état de relégation dans lequel les proches et le corps social le fait vivre et le force à réagir de façon souvent inopportune, maladroite ou incohérente. Pour autant, tous ces cas de figure et toutes ces situations doivent être traités, notamment sur le plan juridique, pour éviter, précisément, que la dangerosité ne soit

systématiquement rabattue sur la maladie mentale. Ce n'est pas en niant la question de la dangerosité liée à la pratique psychiatrique que l'on parviendra à trouver les solutions les plus humaines à la souffrance de tous.

De son côté, la législation fédérale allemande fixe qu'il appartient au juge répressif de décider, le cas échéant, de l'internement d'un délinquant ou criminel à raison de ses troubles mentaux. Elle tend ainsi à réaffirmer, comme en Italie, la dangerosité sociale des médico-légaux, mais elle laisse à chaque Land le soin de déterminer les aides et les modalités de placement des malades mentaux non délinquants.

Pour notre part, nous plaignons en faveur du juge civil pour que, dans le cadre du débat contradictoire que permet le procès, il détermine les modalités de l'éventuelle mesure de sûreté ou de contrainte qu'impose une situation critique, et pour que la nécessité du soin demeure l'apanage non de l'expert, mais du médecin en charge de l'administration et de la détermination du traitement. Le praticien doit, en effet, demeurer entièrement libre et responsable de sa prescription et doit toujours s'efforcer de recueillir, autant que possible, le consentement libre et éclairé de son patient. Si les nécessités de préserver l'ordre public et la sûreté des personnes imposent souvent une intervention rapide renvoyant à la notion d'urgence, il n'est pas certain, en revanche, que la clinique psychiatrique se satisfasse toujours d'un tel critère, car la réponse précipitée à une situation de crise n'est pas forcément, au niveau clinique, la plus appropriée à la question posée par la maladie mentale. Cela suppose bien plus fréquemment, en effet, la possibilité de se donner le temps d'intervenir, de façon adéquate, et en un temps donné, qui peut ne pas être celui immédiat de la crise et qui, en tout cas, peut nécessiter la mise en œuvre d'autres mesures que celles résultant des exigences de la sûreté. Nécessités de soin et exigences de sûreté doivent ainsi être traitées séparément pour sortir du faux amalgame entre dangerosité et pathologie mentale. ■

La notion de dangerosité après la fermeture des hôpitaux psychiatriques en Italie

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, 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 populations¹.

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 »². Après le vote 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 de la loi française de 1838³. 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 »⁴. 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 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 « 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 populations⁵. La réforme psychiatrique italienne est d'autant plus anti-disciplinaire qu'elle est bio-politique. Basaglia était conscient des pièges recelés dans ce processus : plutôt que de fêter sa victoire, il a essayé d'apercevoir les zones d'ombre entraînées par l'avancée de son mouvement. On pourrait juger son attitude comme l'expression d'une insatisfaction pathologique; il s'agit, au contraire, d'une approche lucide du 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.

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'une 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. L'abolition des hôpitaux psychiatriques a été très importante, surtout parce qu'elle s'est liée au désamorçage du concept de dangerosité. L'asile a une âme et cette 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. ■



Pierangelo DI VITTORIO

Enseignant,
Université de Bari
(Italie).

Bibliographie

¹ Cf. M. Colucci, P. Di Vittorio, *Franco Basaglia, portrait d'un psychiatre intempesitif*, trad. de l'italien par P. Faugeras, Ramonville Saint-Agne, Éd. Erès, 2005.

² F. Basaglia, *Scritti*, 2 tomes, Torino, Einaudi, 1981-82, t. 1, p. 418.

³ J. Postel, *Dictionnaire de Psychiatrie et de Psychopathologie clinique*, Paris, Larousse-Bordas, 1998, p. 41.

⁴ F. Basaglia, *Scritti, op. cit.*, t. II, p. 479.

⁵ 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.

Nous avons lu

■ Pas de 0 de conduite pour les enfants de 3 ans !

Collectif – Albert Jacquart, Ed. Erès, Juin 2006.

Sous ce cri d'indignation, des professionnels de la santé et de l'enfance se sont rassemblés pour témoigner de leur engagement en répondant à l'expertise de l'INSERM sur le trouble des conduites chez l'enfant et l'adolescent. Avec les 180.000 signataires de la pétition, ils demandent l'organisation d'un débat démocratique et citoyen sur les préventions (médicale, sociale, psychique) et la protection des enfants. Ils en posent ici les bases à partir de leur expérience, de leurs analyses et de leurs convictions.

■ Le pouvoir des commencements, essai sur l'autorité.

Myriam Revault d'Allonnes, Ed. Le Seuil, 2006.

En ces temps où la sécurité et le sécuritaire agitent les esprits et les institutions, il est judicieux de lire ce bel essai philosophique et historique sur la notion d'autorité de l'antiquité à notre hyper modernité.

■ L'exil de soi - Sans-abri d'ici et d'ailleurs.

Lionel Thelen, Publications des Facultés universitaires Saint-Louis, Bruxelles, 2006.

Ce travail propose un éclairage comparatif et multidisciplinaire sur les traits communs aux personnes sans-abris. A lire.

Agenda

■ Comment ré-enchanter la condition du vieillissement des immigrés : un enjeu pour l'action sociale.

Journée d'étude organisée le mardi 5 septembre 2006 par l'Institut de formation des travailleurs sociaux d'Echirolles (IFTS) et l'ADATE.

Contacts : Tél. 04 76 09 02 08 - Fax 04 76 09 99 77 - Mèl : ifsinfo@ifis-asso.com

■ Territoires en santé mentale : du cloisonnement au partenariat.

55^{èmes} Journées Nationales de formation continue organisées du 25 au 27 septembre 2006 par la Fédération d'Aide à la santé mentale Croix-Marine - Maison de la Mutualité - Paris.

Contacts : Tél. 01 45 96 06 36 - Fax 01 45 96 06 05 - Mèl : croixmarine@wanadoo.fr

■ Elus, santé publique, territoires.

Journée co-organisée en octobre prochain par l'ONSMP-ORSPERE avec l'Association Nationale des Villes pour le développement de la santé publique.

Le lieu et la date exacte seront précisés prochainement.

Contacts : Tél. 04 37 91 53 90 - Fax : 04 37 91 53 92 - Mèl : orspere@ch-le-vinatier.fr

■ Itinérance, sortir de la rue ?

Journée d'étude co-organisée le 18 octobre 2006 par l'ONSMP-ORSPERE, la Télé-université (UQÀM) et Santé mentale au Québec. Institut des Sciences Cognitives - Bron.

Contact : Tél. 04 37 91 53 90 - Fax : 04 37 91 53 92 - Mèl : orspere@ch-le-vinatier.fr

■ Psychiatrie et Handicap - Entre sanitaire et médico-social : un progrès vers la citoyenneté ?

Journées MNASM les 19 et 20 octobre 2006 - Fondation John Bost - 24130 La Force.

Contacts : Corinne Lallau - Tél. 05 53 58 01 03.

■ Jeunes en difficulté, difficultés des institutions : penser la question, conduire les pratiques.

Journées d'étude de Pratiques Sociales les 23, 24 et 25 octobre 2006 - Marly-le-Roi.

Contacts : Tél/Fax 01 46 63 06 31 - Mèl : www.pratiques-sociales.org

■ Urgences psychiatriques et dangerosité, de la psychiatrie à la criminologie.

18^{ème} Congrès de l'Association Francophone pour l'Etude et la Recherche sur les Urgences Psychiatriques (AFERUP) les 23 et 24 mars 2007, Centre universitaire, site du pin - Agen. Mèl : catherine.macorig@agen.aquisante.fr

Information

■ Projet de loi relatif à la prévention de la délinquance.

Ce projet a été présenté le 28 juin 2006 en conseil des ministres. Certains aspects de cette loi, notamment ceux portant sur le rôle des maires en matière d'hospitalisation d'office, seront abordés dans le prochain numéro.

Nous remercions Jean-Philippe Bui-Van (animateur de l'atelier de peinture de l'Hôpital de jour, Espace Gerland à Lyon), et Jean-Jacques Ritz, pour les œuvres et dessins illustrant ce numéro.

RHIZOME est un bulletin national trimestriel édité par l'Observatoire National des pratiques en Santé Mentale et Précarité (ONSMP-ORSPERE) avec le soutien de la Direction Générale de l'Action Sociale

Directeur de publication : Jean FURTOS

Coordinateur éditorial : J. Pierre MARTIN

Assistante de rédaction : Claudine BASSINI

Comité de rédaction :

- Guy ARDIET, psychiatre (St Cyr au Mont d'Or)
- Frédérique CATAUD, cadre de santé (Bron)
- François CHOBEAUX, sociologue (CEMEA Paris)
- Valérie COLIN, dr en psychologie, Orspere
- Jean DALERY, prof. de psychiatrie (Univ. Lyon 1)
- Philippe DAVEZIES, enseignant, chercheur en médecine du travail (Univ. Lyon 1)
- Bernard ELGHOZI, médecin (Réseau Créteil)
- Marie-Claire FILLOT, cadre socio-éducatif (Paris)
- Marie GILLOOTS, pédopsychiatre (Vénissieux)
- Alain GOUFFÈS, psychiatre (UMAPPP Rouen)
- Pierre LARCHER, DGAS
- Christian LAVAL, sociologue, Orspere
- Antoine LAZARUS, prof. santé publique (Bobigny)
- Monique LIPS, cadre socio-éducatif (Lille)
- Pierre MERCIER, directeur Habitat et Humanisme (Lyon)
- Alain MERCUEL, psychiatre (St Anne Paris)
- Michel MINARD, psychiatre (Dax)
- Gladys MONDIÈRE, dr en psychologie (Lille)
- Pierre MORCELLET, psychiatre (Marseille)
- Christian MULLER, psychiatre (Lille)
- Jean PERRET, président d'association (Lyon)
- Eric PIEL, psychiatre (Paris)
- Gilles RAYMOND, chargé d'études PJJ
- Pauline RHENTER, politologue (Lyon)
- Christiane RICON, directrice établissement social
- Olivier QUEROUIL, conseiller technique fonds CMU (Paris).

Contact rédaction :

Claudine BASSINI - Tél. 04 37 91 54 60

Valérie BATTACHE - Tél. 04 37 91 53 90



ONSMP-ORSPERE

CH Le Vinatier, 95, Bd Piel
69677 Bron Cedex

Tél. 04 37 91 53 90 Fax 04 37 91 53 92

E-mail : orspere@ch-le-vinatier.fr

Web : www.ch-le-vinatier.fr/orspere

Impression et conception : Imprimerie BRAILLY

(St-Genis-Laval) - Tél. 04 78 86 47 47

Dépôt légal : 2259 - Tirage : 9 500 ex.

ISSN 1622 2032

N° CPPAP 0910B05589