

## **« Les urgences n'étaient pas moins urgentes, elles étaient même plus aiguës »**

Sébastien, psychologue clinicien hospitalier de psychiatrie publique de secteur en milieu carcéral

Parole de mars 2021, mise en texte avec Christine

Il n'est jamais évident de témoigner d'une clinique institutionnelle de manière « individuelle », cela engage toujours une certaine subjectivité. Il s'agit ainsi d'avoir la préoccupation de la lier à l'expérience du collectif soignant.

Quand j'arrive au travail, après l'entrée dans la prison, je dois d'abord déposer dans un casier tout ce qui y est interdit, comme le téléphone ou les appareils numériques. Au portique de sécurité, tout ce qui sonne comme métaux doit passer au scan. Ensuite je dois franchir un sas, une autre porte, puis une autre, puis la cour d'honneur, avant d'entrer dans le lieu de détention où ne circulent que les professionnels et les personnes détenues. Après plusieurs portes, plusieurs sonnettes, plusieurs contrôles, j'arrive dans l'infirmerie, l'unité de soins. C'est là qu'il y a toutes les consultations, celle du généraliste, du dentiste, ou encore la radio, et les bureaux du personnel de notre équipe de psychiatrie de secteur.

Depuis plus de vingt-cinq ans c'est la loi, toute personne détenue doit pouvoir recevoir des soins dispensés par des soignants des hôpitaux publics. Ces soins dépendent de l'hôpital public de secteur du lieu de détention. A la fois l'hôpital général, pour le somatique, et l'hôpital psychiatrique pour le soin psychique. Pour ma part, je travaille pour l'hôpital psychiatrique et essentiellement en maison d'arrêt, au sein d'un des lieux de détention les plus importants au niveau national, et ce sans prendre en considération la surpopulation actuelle. Le taux de suicide est très élevé, compte tenu qu'il est déjà sept à huit fois supérieur en détention. C'est un sujet délicat à aborder, mais on ne peut pas séparer ce phénomène des enjeux spécifiques liés au système carcéral, à la surpopulation, à la « froideur » des lieux, là où il y a de plus en plus de surveillance, de caméras, de contrôles, de dispositifs d'ouvertures à distance ... et de moins en moins de rencontres, d'échanges, et de parole dans les différents espaces de la prison compte tenu de l'aspect drastique de la circulation des personnes détenues. Cela manifeste un lien social primordial qui se délite.

Il est essentiel de relever que la pathologie psychiatrique est au premier plan dans de nombreux cas. Certains patients font de fréquents allers-retours entre l'« extérieur » et l'enfermement et ont un suivi psychiatrique lourd depuis des années. C'est un point très interrogeant vu l'état de décompensation de personnes arrivant en détention, une situation de plus en plus fréquente et des hospitalisations de plus en plus difficiles à mettre en place. Mais au-delà de ces situations, la plupart de nos patients ont eu des vies abîmées, des histoires extrêmement compliquées de déchirement, de séparation, d'insécurité, de divers placements ou déplacements, de violences, de précarité, de rue, ou de toxicomanie. Avant leur passage à l'acte, parmi les patients que nous suivons, nombreux sont ceux qui n'ont pas pu recevoir de soins à l'hôpital ou en consultation ambulatoire alors qu'ils en auraient eu besoin. Ce constat signe l'état du système du soin psychiatrique de secteur actuel, et plus largement celui de nombreuses institutions sociales ou médico-sociales. C'est un véritable problème sanitaire et politique qui dénote une dégradation des moyens en personnels et en structures d'accueil depuis maintenant des années.

Au sein de la prison, paradoxalement, le service de soins de secteur de psychiatrie est assez conséquent, il se compose d'infirmiers, psychiatres, psychologues cliniciens, assistantes de service social, psychomotricienne, secrétaires. Nous proposons un dispositif sur le modèle de ceux des Centres Médico-Psychologiques, les CMP, ces lieux d'accueil de soins au pied de la cité. Nous proposons aussi de nombreux groupes thérapeutiques quotidiens, un dispositif qui s'inspire de celui des hôpitaux de jour. Ils permettent aussi à des personnes qui ne sont pas forcément engagées dans un travail psychothérapeutique individuel de prendre néanmoins la parole. Nous utilisons par exemple des temps dits d'« accueil café », ou encore de photo-langage, de sophrologie clinique, d'atelier d'écriture, de psychomotricité ou d'autres médiations encore en élaboration. Nous recevons tous plusieurs dizaines de patients par semaine et ce, quel que soit notre statut, même si les fonctions de chacun sont délimitées et pensées au sein de notre projet de service. Notre dispositif évoque une spécificité d'un savoir y faire avec l'angoisse et la folie. C'est à la fois l'engagement d'un désir soignant, une pratique, et un questionnement éthique en continu.

La personne détenue devient un patient à partir du moment où elle a franchi le seuil du lieu de soin, l'Unité Sanitaire que nous préférons appeler Unité de Soins. Ce statut hospitalier se spécifie dès l'accueil, une prise en considération de proximité, une présence soignante qui fait sentir tout de suite que l'espace proposé n'est pas le même qu'ailleurs dans la prison. Il est très important de nous situer à distance mesurée et réfléchie des équipes pénitentiaires et des autres intervenants. Je me souviens par exemple de ce patient qui se demandait jusqu'où il pouvait me faire confiance pour déposer sa parole, après avoir été témoin d'une forme de complicité entre un soignant et un surveillant. Il y a vraiment une place, une posture et une éthique à régulièrement resituer dans la clinique du quotidien.

En théorie, il y a essentiellement des personnes dites « prévenus », les détenus étant placés en Centre de Détention ou en Centrale après leur condamnation. Mais la surpopulation ne permet plus cette précaution, ce qui n'est pas sans effets sur les situations cliniques. Par exemple, une personne incarcérée depuis quelque temps ne traverse pas le même moment psychique une fois condamnée que celle qui vient d'être incarcérée. Elle peut commencer un peu à se projeter, s'imaginer dehors, se situer dans un autre temps. Les personnes qui arrivent sont confrontées à ce qu'on appelle le « choc carcéral », un effondrement psychique sérieux à traiter. En ce moment, avec la « crise sanitaire », il y a une très vive effervescence de tout ce contexte, nous recevons de plus en plus d'urgences. Le travail thérapeutique doit souvent d'abord se situer du côté de la contenance de ce qui déborde nos patients au niveau de la souffrance et des angoisses. Des problématiques psychiques sérieuses sont au premier plan tous les jours. Beaucoup de patients se coupent, se font du mal, sont au bord du passage à l'acte, ou entrent en grève de la faim lorsqu'ils ne se sentent pas entendus, certains décompensent au niveau psychique ou somatique. Ils doivent ainsi être reçus en urgence puis traités de manière quotidienne.

Dans le service nous sommes tous concernés par les urgences, même s'il s'agit tout d'abord de la responsabilité médicale. Le psychiatre ne fait pas qu'organiser les soins et prescrire le traitement, l'infirmier n'est pas que le garant des soins quotidiens, et le travail du psychologue clinicien ne se situe pas exclusivement là où le patient peut élaborer et demander un travail de parole. Ici, nous essayons de décroquer tout cela pour travailler autrement en collectif. Nous nous situons dans une orientation dite de psychothérapie institutionnelle, sans découpages trop stricts des statuts et des fonctions s'il n'y a pas bien sûr une prééminence

médicale. Cela permet à chaque soignant de mieux appréhender le quotidien des patients et l'engagement institutionnel. Ainsi, nous pouvons recevoir en entretien individuel ce que l'on appelle les premiers rendez-vous d'accueil, engager des suivis psychothérapeutiques classiques, et aussi recevoir certaines situations urgentes.

Les urgences font souvent suite à un signalement, par les surveillants, par les conseillers de probation, ou par un collègue somaticien qui a constaté en consultation que la personne est dans un état préoccupant. Il y a aussi de nombreuses personnes détenues qui nous écrivent tous les jours pour demander à venir parler, pour engager ou poursuivre un suivi. Mais en aucun cas une personne détenue ne peut être contrainte de venir, en terme légal en tout cas. C'est très important d'un point de vue clinique. Le jugement ne peut prononcer d'obligation de soin qu'à la sortie de détention, ou comme condition de maintien en liberté. Nous ne sommes néanmoins pas dupes dans la pratique de certains effets implicites de ce contexte. Un juge peut avoir dit quelque chose de l'ordre de : « quand vous serez en prison, allez parler, vous pourrez vous faire soigner. » Nous savons aussi que cela peut aider les détenus à obtenir des remises de peine, même si ce n'est pas systématique, nous ne traitons pas la même « peine ». D'ailleurs, nous voyons arriver des patients qui le précisent, mais ce que j'entends quand les personnes viennent s'exposer et parler d'elles, c'est qu'il est toujours possible d'attraper quelque chose qui les aident. La plupart du temps, il se passe quelque chose. Cela me rappelle le temps où j'intervenais en CMP avec des adolescents, beaucoup disaient « je viens parce que mon père le demande, parce que ma mère le veut ». Engager sa parole nécessite pour certains sujets de dire que cela vient de quelqu'un d'autre.

La crise sanitaire a été un moment extrêmement compliqué pour les personnes détenues. Au début, tous les parloirs ont été supprimés. Ils ont repris depuis la fin du premier confinement, mais ils sont dorénavant systématiquement vitrés. Des patients ont pu me dire « ça fait un an que je n'ai serré personne contre moi », « mon bébé a six mois, je l'ai vu deux fois et je n'ai toujours pas pu le prendre dans mes bras ». Ce sont pour eux des nouveaux ravages. Tout ce qui organise le lien social dans la prison a été stoppé net. Les activités, de formation, de sport, d'animation se sont arrêtées d'un coup et restent quasiment toutes suspendues. Pour certains ateliers professionnels, il n'y a plus assez de travail pour tous les détenus tous les jours. Certains ne sortent quasiment plus de leurs cellules que pour les promenades ou pour venir à l'unité de soin.

En ce qui concerne notre service, nos patients continuent à venir à la distribution des médicaments qui se tient tous les matins. C'est un moment important, l'occasion pour les infirmiers d'évaluer leur état, d'organiser éventuellement des rendez-vous avec un soignant de l'équipe. Pendant le confinement, nous avons fait en sorte de recevoir toutes les personnes qui allaient mal. Les médecins psychiatres avaient le souci de continuer à prescrire l'orientation en groupe thérapeutique, malgré la situation, pour tous ceux pour lesquels cela s'avérait adapté. Nous avons des restrictions importantes pour que moins de personnes circulent, les recevoir moins longtemps en entretien, qu'on ne tienne plus de groupes thérapeutiques aussi importants en termes de nombre de patients. Alors, nous avons dû inventer parce que les urgences n'étaient pas moins urgentes, elles étaient même plus aiguës. Inventer, est à entendre ici comme une limite de moyens resserrés qui se sont imposés vu le contexte. Dans les petits espaces où nous pouvions continuer à soutenir le soin, nous avons créé des petits temps quotidiens comme des petits groupes d'« accueil café ». Dans ce lieu, la parole est complètement ouverte même si évidemment le cadre est structuré. C'est un

cadre thérapeutique où l'on n'évoque pas les affaires judiciaires individuelles et où l'on respecte particulièrement les propos des uns et des autres. Parfois, les participants évoquent leurs problèmes concernant les cantines, une demande de travail ou d'autres situations organisationnelles. Quand le groupe s'embourbe autour de la thématique pénitentiaire nous mettons au travail quelques outils. Par exemple, chacun écrit un mot sur un bout de papier, on les mélange et on associe à partir des mots tirés au sort. On laisse ainsi parler ce qui a besoin d'être parlé pour faire lien social, être ensemble, mais pas uniquement. C'est ensuite à nous de mettre en pensée la question thérapeutique qui en émerge grâce à nos réunions prévues à cet effet. Ces groupes existaient déjà avant le mois de mars 2020, mais ils étaient moins fréquents. Maintenant ils se tiennent tous les jours et nous continuons à élaborer ce dispositif de soin pour qu'il perdure, parce que c'est un support clinique extrêmement intéressant, mais surtout dorénavant indispensable. Nous constatons aussi une demande plus prégnante des patients pour avoir un rendez-vous quotidien. Cette demande clinique fait sens dans notre travail, mais on ne sait pas comment celle-ci peut évoluer dans ces conditions, avec une surpopulation encore grandissante et des problématiques psychiatriques qui se multiplient.

Dans l'effervescence clinique du quotidien, il est très difficile de continuer à trouver le temps de penser. Une forme d'épuisement et de lassitude peuvent gagner le corps hospitalier. En ce qui me concerne, tout comme de nombreux collègues, j'ai besoin de nourrir mon désir d'intervention clinique en retrouvant souvent d'autres professionnels pour parler et élaborer une pensée théorique et clinique. Cependant, je pense que pour nombre d'entre nous le contexte peut être étouffant, parfois sidérant, ce qui peut nous rendre moins disponible dans la clinique quotidienne. Cette « chape de plomb » abîme la possibilité de penser et de trouver du sens à ce que l'on fait. Cette période dite de Covid est un révélateur, elle met à jour tout ce qui était déjà fragile et difficile en termes de moyens pour proposer une offre de soin adaptée. Nous témoignons d'un travail clinique et institutionnel qui tient et crée de nouvelles marges de manœuvres grâce à un travail de pensée et à l'inventivité de nos propres patients lorsqu'ils sont écoutés. Cependant, reste à savoir ce que nous voulons en faire, parce que nous sommes face à un véritable « zoom », une loupe sur l'état de nos institutions et sur la manière dont notre société considère les sujets les plus fragiles.

Parole de Sébastien, mars 2021, mise en texte avec Christine