

**Université Lille 2
Université Paris 13
APHM/CHU Saint Marguerite, Marseille
CCOMS, EPSM Lille Métropole**

Mémoire pour le Diplôme inter-universitaire "Santé mentale dans la communauté"

La stigmatisation des patients-détenus et les incidences sur leurs trajectoires en « portes-battantes ».

**Emilie Gonnot
Année 2018
Tutorat: Simon Vasseur-Bacle**

"Les étiquettes, c'est pour les habits"

Anonyme, slogan d'une banderole à la fada pride de Marseille le 12 juin 2015

SOMMAIRE

SOMMAIRE	2
1. La santé mentale en milieu carcéral	7
1.1. Psychiatrie et justice, des réalités qui s'entremêlent, des enjeux distincts	7
1.1.1. Historique	7
1.1.2 La situation de la maison d'arrêt de Varcès	9
1.2 Qui sont les patients-détenus ?	11
1.2.1.. La santé mentale en milieu carcéral, une clinique à part entière	11
1.2.2. Le profil socio-démographique des personnes écrouées	13
1.3. Le syndrome de la porte battante	15
1.3.1. Description du phénomène	15
1.3.2. Situation de Monsieur J	16
2. La stigmatisation chez les patients-détenus sortants d'incarcération	20
2.1. La stigmatisation chez les patients détenus.....	21
2.1.1. Qu'est-ce que la stigmatisation	21
2.1.2. Les patients-détenus: images et réalité	24
2.2. Conséquences de la stigmatisation dans leurs parcours de réintégration dans la communauté.....	27
2.2.1. La question de la stigmatisation des patients-détenus dans le cadre de leurs accompagnements à leur sortie: entre le soin et la justice	27
2.2.2. Le point de vues des patients détenus	31
2.2.3. Le dispositif "un chez soi d'abord": une porte ouverte pour éviter des porte battantes	36
3. Conclusion	41
4. Bibliographie	43
Annexes.....	46

INTRODUCTION

La mise en place en 1986 des Services Médico Psychologiques Régionaux (SMPR) au sein des lieux de détention, a officialisé de manière pérenne la prise en compte de la maladie psychique en milieu carcéral et l'indépendance de cette prise en charge par un service hospitalier dans les murs de l'administration pénitentiaire. Les missions du SMPR de Varces, aujourd'hui appelé Unité Sanitaire de Niveau 2, sont en 2017 le repérage de manière précoce les troubles psychiques et le risque suicidaire dans le cadre de la détention, la prise en charge des conduites de dépendance et l'organisation du soin et du relai des soins à la sortie d'incarcération et le retour dans la communauté.

Si pour certains patients détenus, le passage par la case prison est simplement décrit comme un accident de parcours, il est une réalité trop bien connue pour d'autres. Dès lors, nous avons pu observer en équipe que certains, comptant souvent derrière eux plusieurs années d'incarcération, semblaient trouver d'apaisement et ne s'intégrer socialement que dans ce contexte carcéral. Sans pour autant revendiquer l'espace de la prison comme un lieu de vie à part entière (ils sont généralement en demande d'en sortir) la réalité de leur parcours démontre que la vie carcérale présente des repères qu'ils ne trouvent pas ailleurs et qui semble leur unique moyen de se maintenir dans un espace où ils se sentent en sécurité.

Je n'ai jamais eu de réelle position quant à la question d'être pour ou contre l'enfermement carcéral, concevant l'incarcération comme un phénomène social inscrit dans la société occidentale moderne. Ma volonté de travailler en prison était donc davantage centrée sur l'accompagnement spécifique de publics marginalisés et mis à l'écart de la société et le désir de comprendre le fonctionnement et l'intérêt réel de cette sanction. Néanmoins, en tant que travailleur social dans un service de psychiatrie en milieu carcéral, il m'est toujours apparu comme inacceptable de cautionner les discours régulièrement tenus à l'égard de certains patients-détenus: "*Ben alors, tu sors demain? Tu sais avec l'autre surveillant on a parié sur ta date de retour*"¹, "*De toute manière il faut se faire à l'idée, Monsieur X n'est bien qu'en prison*"². Accompagnant ces personnes dans leur parcours et dans leur projet social, j'ai pu même ressentir parfois à mon égard un certain discrédit de la part de mes collègues quant aux démarches que je pouvais entreprendre avec ces patients-détenus. Un certain fatalisme à peine dissimulé me laissant comprendre que du point de vue de ces professionnels, tout avait été tenté avec ces patients et que la vie en société n'était pas pour eux.

Ce point de vue est effectivement nourri par une réalité puisque ces patients détenus ont généralement déjà initié plusieurs projets qui ont été mis en échec par le passé, que ce soit en lien avec des structures de réinsertion sociale ou en lien avec des structures davantage tournées vers la santé mentale. De mon

¹ Discours d'un surveillant à l'égard d'un patient détenu qui sortait le lendemain de détention.

² Discours d'un soignant à l'égard de ce même patient détenu.

point de vue, la spécificité de mon travail est donc justement centrée sur ce constat: ces personnes à la fois patients et détenus, ne parviennent pas, peut-être du fait de cette double identification, à trouver réponse dans les dispositifs existants.

Au-delà de leur parcours carcéral ces publics présentent souvent les mêmes profils. La typologie des publics incarcérés démontre une fragilité et une précarité prépondérante à de nombreux niveaux par rapport à la population générale: niveau de vie, d'études, fragilité dans le lien social, public davantage représenté comme ayant des problèmes de santé et plus particulièrement de santé mentale. Ces éléments favorisent l'absence de stabilité au niveau du logement et a minima une expérience de sans abris, un réseau social et familial très restreint voir inexistant, une problématique de santé mentale et une fragilité au niveau des addictions nécessitant un suivi qui, présent pendant la détention, est difficile à maintenir à l'extérieur. Il est toujours complexe de trouver un terme adapté pour parler des personnes que nous accompagnons: "usagers", "suivi", "personne que j'accompagne", rien ne semble jamais convenir. J'utiliserai donc l'expression "patient-détenu" pour parler de ce public, terme qui peut paraître stigmatisant mais qui est utilisé dans le cadre de mon service et qui me semble être également parlant dans le cadre de ce travail, mais qui n'est en aucun cas symbole d'une "case" spécifique réservée à ces personnes.

Je suis donc partie d'un constat: nous demandons à ces publics très spécifiques qui ont des parcours complexes et des problématiques multiples de s'adapter à des dispositifs mais rares sont les initiatives qui réfléchissent leur intervention à l'inverse. C'est à dire en tentant de s'adapter aux difficultés de ces personnes et individualiser les prises en charge en fonction de chacun.

Ce phénomène que j'avais pu observer dans ma pratique me semblait donc être en lien avec la stigmatisation des personnes du fait de cette double étiquette "psychiatrie" et "justice" qui rendait l'accès difficile au milieu de la psychiatrie et donc du soin d'une part et au milieu de la réinsertion en lien avec un parcours judiciaire d'autre part.

Lors d'une visite prévue pendant les trois semaines de formation du DIU "santé mentale dans la communauté", j'ai pu trouver un appui théorique quant à ce phénomène. En effet, l'organisation non gouvernementale Médecins du Monde a initié à Marseille un projet expérimental "d'Alternative à l'Incarcération par le Logement et le suivi Intensif" qui nous a été présenté. Entre autres constats (que nous verrons plus en détail à la fin de ce travail) apparaît l'absence "d'étude en France sur le problème du revolving-door" (trajectoires en portes battantes rue-hôpital-prison) (Annexe I, p 46). Ce phénomène décrit les situations de ces personnes dont l'agrégation des problématiques ne permet pas de trouver une stabilité en dehors des institutions et dont les parcours sont marqués par des passages réguliers entre la vie à la rue, des hospitalisations et des phases d'incarcération. En me penchant sur la file active 2017, j'ai pu remarquer que le parcours de 19 patients-détenus pouvait entrer dans le cadre

de cette définition. Il me semble indispensable de se pencher de plus près sur ces profils car l'expérience m'a démontrée que ce sont des enjeux de l'ordre du vital qui concernent ces personnes. Leurs comportements hors norme les amènent à des conduites à risques et à des situations de mise en danger extrême où leur vie ou leur liberté est sans cesse en jeu.

En partant donc de ces constats liés à mes observations de terrain et les apports du DIU j'ai pu construire la question de départ de mon travail:

Dans quelles mesures la stigmatisation des patients-détenus participe-t-elle à leurs trajectoires en "portes battantes"?

L'objectif de ce travail sera donc, dans un premier temps de resituer la question du soin psychiatrique en milieu carcéral dans l'histoire afin d'en comprendre les enjeux et objectifs et ce notamment par rapport aux objectifs judiciaires. Par la suite, il m'importera de décrire plus précisément le public concerné par cette question et enfin de préciser davantage le concept de parcours en portes-battantes en illustrant cela par une situation de terrain.

Dans une seconde partie, je développerai la notion de stigmatisation que ce soit par rapport aux personnes touchées par les problèmes de santé mentale mais aussi par rapport aux personnes ayant connu une expérience d'incarcération. Enfin, et de manière à terminer ce travail sur des perspectives encourageantes, je souhaiterais présenter des exemples d'initiatives visant à déstigmatiser ces populations ou en tous cas, cherchant à modifier les perspectives d'insertion assignées à leur profil préconçu par les institutions.

Afin de nourrir ma réflexion j'ai donc construit mon travail au fil de lectures concernant la stigmatisation, la santé mentale et le milieu carcéral notamment. Je me suis penchée sur des ouvrages en lien avec la stigmatisation, "Stigmates" d'Erwing Goffman, "Outsiders" d'Howard Becker, puis plus en lien avec la santé mentale l'ouvrage présenté par Jean-Yves Giordana "La stigmatisation en psychiatrie et en santé mentale" regroupant différentes contributions sur ce thème. J'ai également souhaité davantage comprendre le milieu carcéral et la question de la peine en lisant "Suveiller et Punir" de Michel Foucault et un historique du soin en milieu pénitentiaire présenté par Jean-Louis Senon. Enfin, j'ai lu de nombreux articles via le site CAIRN, la revue Rhizome ou d'autres revues médico-sociales traitant particulièrement du sujet de la stigmatisation en santé mentale. J'ai cependant eu des difficultés à trouver une littérature sur le thème de la stigmatisation pour des personnes ayant été placées sous main de justice. A noter que j'ai parfois eu le sentiment d'être noyée au milieu de deux domaines très spécifiques (domaine judiciaire et de la santé notamment) qui, malgré une histoire qui vient se recouper à certains moments, relèvent de philosophies et compétences très différentes.

Enfin, j'ai souhaité compléter ces recherches théoriques par quatre entretiens semi directifs afin de confronter mes questionnements au terrain et à la réalité des personnes concernées et des professionnels associés à leur accompagnement.

J'ai ainsi interrogé deux patients détenus actuellement incarcérés, Monsieur B. et Monsieur K., dont le parcours me semblait correspondre à cette notion de "portes battantes". Du fait des contraintes carcérales, je n'ai pas pu enregistrer ces entretiens mais les ai retranscrits à l'écrit. De plus, je devais interroger deux patients détenus fraîchement sortis d'incarcération mais, n'ai jamais pu réussir à prendre ce temps avec eux, l'un ayant été réincarcéré entre temps, et l'autre ne venant à ses rendez-vous que de manière irrégulière, ceci démontrant la difficulté à maintenir le suivi à l'extérieur.

J'ai également interrogé, Nicole, qui a travaillé durant 2 années au SMPR et qui désormais a un poste dans un Centre médico-psychologique de l'agglomération et Madame S. conseillère pénitentiaire d'insertion et de probation en milieu ouvert depuis deux années et qui auparavant avait travaillé entre autres en milieu fermé à la maison d'arrêt de Varcès.

J'ai également souhaité utiliser mon expérience de terrain afin d'enrichir cette recherche d'une observation quotidienne de quatre années.

Ce travail sera donc divisé en deux parties. Dans la première je vais tenter de mieux comprendre les enjeux de la clinique en milieu carcéral, essayer de cerner davantage le profil des patients détenus et de relier cela avec le concept de portes battantes. Dans un deuxième temps, j'ai voulu mieux cerner la notion de stigmatisation et ce notamment par rapport au public cible de ce travail, les conséquences de cela en lien avec leurs parcours et enfin j'ai souhaité présenter le dispositif du "Chez-soi d'abord" qui, me semble-t-il, représente une des réponses possibles par rapport à cette problématique.

1. La santé mentale en milieu carcéral

Les mondes de la psychiatrie, de la justice et du milieu carcéral, ont une histoire commune et des réalités d'exercice qui vont sans cesse se croiser au fil de leurs évolutions. Il me paraît nécessaire de décrire ici cette évolution commune qui va participer à la confusion des représentations sociales tant à l'égard du détenu qu'à celui du malade.

1. 1. Psychiatrie et justice, des réalités qui s'entremêlent, des enjeux distincts

1.1.1. Historique

Comme l'indique le philosophe Michel Foucault, l'hôpital public au XVIIème siècle, était un lieu où étaient rassemblées les personnes repérées comme déviantes ; "*à la fois les mendiants, les malades mentaux et les délinquants marginalisés*" (1, p 8); un lieu donc où se côtoyaient plusieurs problématiques sociales, la précarité, la maladie psychique et la question de la transgression des normes. Ce n'est qu'après la Révolution française de 1789 et la création des asiles d'aliénés que les deux profils seront davantage différenciés comme l'indique Philippe Pinel, scientifique et médecin dit "aliéniste", un des précurseurs de la psychiatrie : « *Les aliénés, loin d'être des coupables qu'il faut punir, sont des malades dont l'état pénible mérite tous les égards dus à l'humanité souffrante* »(1, p 9). A partir de cette époque donc, où les « aliénés » sont séparés des criminels, ils seront moins rejetés par la société, ou en tous cas différemment traités au regard de la loi. Par conséquent, les représentations sociales concernant la maladie mentale s'en verront modifiées et plus uniquement assimilées à un trouble de l'ordre public. Cela aura cependant pour autre effet une « *opposition encore très actuelle entre malade mental irresponsable, secouru et soigné et criminel, responsable et puni* » (1, p 9), une dichotomie simpliste concernant la question de la responsabilité.

La loi du 30 juin 1838 dite « loi des aliénés » précisera les modalités d'hospitalisation des patients (les notions d'hospitalisation libre et d'hospitalisation d'office sont légiférées, un psychiatre peut donc contraindre une personne à être hospitalisée) et affirmera la création d'établissements spécialisés dans chaque département sous forme de services fermés pour assurer leur accueil et leur prise en charge. Cette loi, est en partie critiquée du fait que la notion de privation de liberté est désormais légiférée et donc que la société répond aux problématiques de santé mentale de la même manière qu'à celles de la délinquance et du crime, par l'enfermement et la mise à distance de la société.

Dans *Asile*, ce sera d'ailleurs au travers du concept d'"institution totale" qu'Erving Goffman rapprochera par leur mode de fonctionnement, l'hôpital psychiatrique et la prison comme des lieux: *"de résidence et de travail, où un grand nombre d'individus, placés dans la même situation, coupés du monde extérieur pour une période relativement longue, mènent ensemble une vie recluse dont les modalités sont explicitement et minutieusement réglées."*(2, p 41). Par cette notion, est alors questionnée celle de norme imposée à tous et sans aucune distinction entraînant une dépendance à l'institution, la rupture avec le monde extérieur liée à l'enfermement et ayant pour conséquence l'aliénation des individus. Goffman aborde également les failles de ces institutions et le système clandestin mis en place par les personnes enfermées et symbole d'une résistance individuelle fortement reprise dans les mouvements anti-psychiatriques d'après-guerre. Ces derniers donneront naissance à la psychiatrie de secteur visant à réintégrer la personne dans la cité car considérée comme capable de réinvestir son existence en dehors de l'institution hospitalière.

En 1927, la psychiatrie fait son entrée en milieu judiciaire fermé de manière très singulière et expérimentale, au travers des consultations carcérales pour repérage des troubles mentaux qui seront renforcées dès 1936 par les services d'examen psychiatrique. Il ressort de ces expériences, une réticence de l'administration pénitentiaire à l'intervention psychiatrique par crainte de simulation de problématiques psychiatriques de la part des personnes incarcérées dans le but d'améliorer leurs conditions de détention. C'est à la sortie de la seconde guerre mondiale en 1945 que la réforme Amor (du nom du nouveau Directeur de l'administration pénitentiaire) va humaniser les conditions de détention des personnes incarcérées et ce notamment sur le plan sanitaire et social. La question des troubles psychiques chez ce public va donc être l'objet d'une prise en charge spécifique: *"Il s'agit d'une catégorie de délinquants qui doit retenir notre attention non seulement parce qu'il est juste de leur donner les soins que réclame leur état, mais parce que, de toute évidence, ils sont à la sortie de prison un facteur important de récidive"* (1, p 14). La volonté de la réforme était davantage centrée sur le dépistage des situations de troubles psychiques, mais, faute de moyens dans le suivi des prises en charge et la gestion par la pénitentiaire du volet sanitaire, celle-ci fut détournée au profit d'une judiciarisation, de signalements aux autorités judiciaires visant la production de statistiques et mettant à mal le lien de confiance soignant/soigné.

La loi du 30 juillet 1967 (-à l'initiative du judiciaire et sans concertation avec le ministère de la santé-) donnera naissance aux Centre médico-psychologiques Régionaux (CMPR), lieux de consultations thérapeutiques en milieu carcéral mais où le personnel médical reste sous l'autorité des chefs d'établissements pénitentiaires. Il faudra attendre 1977 et l'arrivée de Simone Veil au ministère de la santé pour proposer la création de 17 CMPR gérés par le champ sanitaire au travers des hôpitaux. Ce sera cette fois-ci les psychiatres qui exprimeront leur scepticisme quant à ces nouveaux lieux de consultations qui viennent amputer le budget des hôpitaux au profit du judiciaire et qui ramènent le

psychiatre en milieu fermé ce qui n'est pas dans l'évolution du secteur psychiatrique qui vise à soigner hors de l'hôpital. Ils s'inquiètent aussi d'avoir pour rôle d'être au service du judiciaire. Le décret du 14 mars 1986 marque la création de secteurs de psychiatrie en milieu pénitentiaire, les CMPR deviennent services médico-psychologiques régionaux avec pour objectifs le dépistage, qualité du soin, continuité du soin et importance des enjeux sanitaires dans le cadre de la réinsertion sociale.

1.1.2 La situation de la maison d'arrêt de Varcès.

Un CMPR sera créé à Varcès constitué d'un seul psychiatre et avec pour mission la prise en charge des maladies mentales en milieu carcéral. Dès 1978 cependant, des locaux spécifiques sont créés au sein de la prison permettant d'accueillir 20 patients-détenus mis à l'écart de la détention classique dans el cadre d'un hôpital de jour en milieu carcéral avec une équipe soignante pluridisciplinaire.

Depuis la création des CMPR les personnels psychiatrique en milieu pénitentiaire ont été contraints de réélaborer une clinique spécifique liée à ce type de public. A la lecture des rapports d'activités du CMPR puis SMPR de Varcès, nous retrouvons l'élaboration de cette clinique par le chef de ce service, le Docteur Claude Balier qui au travers de sa pratique cherche également à étudier le profil des personnes qu'il accompagne afin d'adapter au mieux la clinique du service. Dans le rapport d'activité de 1978 il précise alors le rôle du psychiatre dans ce contexte: "*S'il est vrai que dans nos statistiques nous avons beaucoup de sujets qui vont tantôt à l'hôpital psychiatrique, tantôt à la prison, ce n'est pas parce qu'ils forment une cohorte homogène caractérisant un certain type de déviance, mais parce que l'acte délinquant s'articule avec un trouble de l'organisation dans le développement de la personnalité. Comme l'a dit Henri EY, c'est de cela dont s'occupe le psychiatre et non de la délinquance en tant que telle.*". Aujourd'hui, le service est divisé en plusieurs lieux d'exercice afin d'accompagner le patient détenu tout au long de son parcours de soin: l'hôpital de jour, pour les personnes nécessitant un suivi renforcé, le suivi ambulatoire, l'intervention au quartier mineur et le suivi post-carcéral. Ce dernier lieu d'intervention mis en place en 2016 a été créé afin de faciliter la poursuite des soins en partant du constat de terrain de la difficulté à faire correspondre les besoins des patients-détenus (flexibilité et réactivité quant aux sorties imprévues, besoins sociaux élevés) et la réalité des services de secteurs (3 mois de délais de rendez-vous avec un psychiatre dans les CMP³, la sectorisation rendant l'orientation compliquée pour les personnes sans domicile, réticence repérée de certains services à accueillir ce type de patients). En 2014, 268 patients sur une file active de 934

³ Enquête faite en 2014 auprès des CMP du Centre Hospitalier alpes Isère.

avaient été repérés comme nécessitant un suivi post-carcéral. Le service post-carcéral est donc de plus en plus sollicité depuis son ouverture. Néanmoins, se pose la question du volet transitoire de cette prise en charge qce d'autant plus puisqu'il est de plus en plus difficile de passer le relai au niveau des CMP.

Au travers de cet historique nous voyons donc combien le monde de la justice et de la santé mentale ont intérêt à travailler ensemble, mais également dans quelle mesure un grand écart existe entre les pratiques, les objectifs et les moyens mis en œuvre afin d'accompagner les patients-détenus, ce qui peut donc parfois placer le professionnel du soin dans des enjeux qui ne lui appartiennent pas. Bien que travaillant ensemble les personnels de ces différentes institutions entretiennent une méfiance qui peut parfois avoir des incidences sur les accompagnements effectués.

Il faut également rappeler qu'à partir des années 70, la justice quelque peu désemparée par certaines situations et notamment avec l'augmentation inquiétante des situations de toxicomanie parmi les détenus, a convoqué le soin au secours de la peine, en imposant à certains une mesure d'obligation de soin (3). La loi du 17 juin 1998 est venue renforcer cela au travers des mesures d'injonction de soin, plus contraignantes et élargies à une plus grande partie de la population pénale (tous les auteurs de violences sexuelles, puis depuis la loi du 12 décembre 2005, les auteurs d'actes considérés comme des atteintes graves aux personnes). Comme le précise Madame S. intervenante au SPIP de Grenoble: "*A partir du moment où tu as été condamné pour violence, tu as une obligation de soin. Et faut faire avec même si ça nous semble pas forcément opportun.*". Même si le nombre d'obligations et injonctions de soin imposées dans le cadre de mesure de suivi socio-judiciaire reste difficile à évaluer, il semble pour tous les intervenants que j'ai pu interroger à ce sujet qu'il y en ait de plus en plus. En effet, comme le précise également Sophie Baron-Laforet dans son article sur ce thème "*Les soins pénalement obligés se multiplient à la demande de la justice, de son ministère, de ses acteurs désemparés, au nom d'une société qui réclamerait un risque zéro que les psychiatres pourraient garantir*"⁴(3, p 753). Et ceci a bien évidemment des conséquences évidentes quant à la confusion entre criminalité et maladie mentale comme le précise Jean-Luc Roelandt: "*pour aggraver cette confusion, le suivi médico-judiciaire des personnes présentant des perversions sexuelles en prison ou des personnalités pathologiques, entraîne une explosion des expertises et des obligations de soins judiciaires en ambulatoire. Si le délinquant enfreint son suivi, il retourne en prison et non pas à l'hôpital! D'où là encore, un facteur additionnel de confusion entre justice et psychiatrie, hôpital et prison.*" (4, p528)

1.2 Qui sont les patients-détenus ?

1.2.1.. La santé mentale en milieu carcéral, une clinique à part entière

La santé est définie par l'Organisation Mondiale de la Santé comme "*un état complet de bien-être physique , mental et social, et [qui] ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité*". Dans ce contexte "*La santé mentale englobe la promotion du bien-être, la prévention des troubles mentaux, le traitement et la réadaptation des personnes atteintes de ces troubles.*"(5). La santé mentale dépend donc d'un ensemble de facteurs qui peut rendre son analyse et sa prise en charge complexe et pouvant nécessiter l'intervention de plusieurs champs du médico-social, afin de favoriser l'empowerment de la personne, c'est à dire, la reprise du pouvoir de décision sur sa propre vie.

La part des personnes incarcérées en France ne cesse d'augmenter depuis 20 ans. Environ 55000 personnes étaient placées sous écrou en août 1998. Au 31 août 2018 ce chiffre était de 70519. 338 hommes détenus l'étaient à la maison d'arrêt de Varcès pour un taux d'occupation de 145%(6). La maison d'arrêt de Varcès accueille, en théorie, des détenus prévenus dans l'attente de leur procès ou condamnés à une peine inférieure à deux ans.

La prévalence des troubles psychiatriques en milieu carcéral n'est plus à démontrer bien qu'elle questionne toujours autant tant par ses enjeux sociétaux que par la difficulté à favoriser l'accès et la continuité du soin dans un contexte aussi précaire que la prison. En effet la surpopulation carcérale, l'insalubrité des lieux, l'isolement social et la surveillance permanente sont des éléments qui ne peuvent que favoriser des fragilités existantes ou en développer certaines jusqu'à ce qu'elles débouchent sur un problème psychiatrique comme résumé dans cette citation issue d'un ouvrage de promotion de la santé en milieu pénitentiaire: « *La promotion de la santé se heurte au paradoxe du séjour en détention, qui peut être à la fois pathogène, en particulier sur le plan de la santé mentale, mais qui constitue également une véritable occasion pour cette population vulnérable, cumulant souvent divers facteurs de risques et présentant un état de santé négligé ou dégradé, d'entrer dans le droit commun et d'accéder au système de soins, y compris dans son volet éducatif et préventif* » (7, p 25). Malgré tout donc, pour certains dont l'état de santé avant l'incarcération est très dégradé, la détention sera le seul lieu où ils seront dans une démarche d'accès aux soins et d'accès aux droits. Ceci peut s'expliquer par la proximité des soignants et la facilité de les solliciter, la prise en charge garantie par le régime de sécurité sociale des détenus et la valorisation judiciaire du soin dans les remises de

peines supplémentaires. Pour certains patients détenus, le moment de l'incarcération peut être considéré inconsciemment comme un moment de repos dans leur parcours de précarité extrême

En 2003 on estimait que 40% des détenus avaient été reçus au minimum une fois par le service de psychiatrie (8). L'enquête des prévalences des troubles psychiatriques en milieu carcéral rendue en 2004 démontre que 8 hommes détenus sur 10 présentent au minimum un trouble psychiatrique parmi lesquels sont recensés les troubles anxieux (56%), des troubles thymiques (47%), 38% présentent une dépendance à des produits illicites et 30% à l'alcool. Il est également démontré que l'association de ces troubles (au moins deux) concerne 20% de cette population (9). En définitive on retrouve une prévalence des troubles de santé mentale à hauteur de 70% en milieu carcéral contre 38% en population générale. A la maison d'arrêt de Varcès en 2017, seulement 15,9% des entrants n'ont été orientés vers aucune consultation de suite, 27,5% ont été suivis par un psychiatre, 24,8% par un psychiatre et le Centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA) et 30,3% uniquement par un psychologue ou infirmier du CSAPA⁵.

J'ai demandé à Nicole, l'infirmière que j'ai rencontrée, dans quelle mesure la clinique en prison était différente de celle en CMP: "*Les patients suivis au CMP qui ont connu la prison par exemple qui ont une maladie psy, qui sont psychotiques schizophrènes, ils ont souvent une maladie associée, ils sont psychopathes aussi. C'est à dire, ils sont intolérants à la frustration, faut que ça aille là maintenant tout de suite.*" Cette observation est également développée par le psychiatre Jean-Louis Senon qui indique que les patients-détenus dits "états limites"⁶ à expression psychopathique représenteraient entre 10% et 60% de la population pénale selon les établissements. Il précise à propos de ces patients-détenus: "*Limites sur le plan de la structure de la personnalité, ces sujets le sont aussi dans leur positionnement face aux acteurs de la prison : limites entre socio éducatif et psychiatrique, entre pénitentiaire et psychiatrique, entre judiciaire et psychiatrique : ils sont souvent victimes d'un « ping-pong » qui les fait dire délinquants à l'hôpital, et malades dans le cabinet du magistrat ou à la prison ; ce sont pour ceux-ci que les pénitentiaires sollicitent le psychiatre en urgence et avec insistance tellement leur comportement perturbe la vie carcérale et réactive les tensions*" (1, p 18). Il indique également que les addictions, surreprésentées également en milieu carcéral⁷, aggravent les

⁵ Ces données sont issues du rapport d'activité de l'USN2 de Varcès 2017.

⁶ Il définit les états limites "comme des personnalités dont l'aménagement défensif n'a pas pu se structurer du fait d'un arrêt du développement psychoaffectif à des stades pré-génitaux liés à une carence affective et éducative"

⁷ « Les pathologies liées à l'alcool arrivent au premier rang des affections dépistées par les soignants de la prison. [...] Chez les hommes, un entrant sur quatre présente une alcoolodépendance ou une alcoolopathie. ; un entrant sur trois a des problèmes liés à l'alcool. » (1, p 43)

comportements à tendance psychopathique. et que ces modifications de l'état de conscience par des produits (alcool ou drogues) majoraient l'impulsivité et les actes violents de toutes sortes.

Nicole me précisera également: " *En SMPR il est vrai que l'on ne suit pas que les personnes malades psychiatriquement. Par exemple quand on va aux arrivants, ils sont pas tous malades. Enfin ils n'ont pas tous un problème psychique. Mais on va les voir, et parfois on les rencontre lors des entretiens en détention, alors qu'ils n'ont pas de traitement psychotrope, pas de problème psychique c'est juste un entretien de soutien par exemple. Mais c'est très spécifique à ce milieu. Et je pense que quelqu'un comme ma collègue qui a travaillé au SMPR, je pense que ce qui l'ennuyait vraiment c'était les patients qui n'étaient pas psychiatisés, de s'en occuper.*" Lorsque je lui demande s'il existe une différence entre un patient "psychiatisé" et un autre type de patient, elle répond: " *Moi perso non, je ne trouve pas qu'il y ait de différence. Je pense que c'est des gens qui à un moment donné ont besoin de soutien... Et aussi ça peut être des gens qui sont malades psychiquement mais qui sont aussi psychopathes. Et du coup ils ont du mal avec ça. Et je pense qu'ils (certains de ses collègues) aiment bien les gentils patients disciplinés peut-être (rires). Je sais pas. Qui sont dans le cadre.*"

En milieu carcéral donc, le cadre de travail amène à rencontrer des personnes qui ne sont pas forcément en demande puisque chaque détenu doit être vu par un infirmier du SMPR à son arrivée. Le milieu carcéral étant pathogène amène certaines personnes à développer des troubles psychiques et à avoir besoin de soutien. Ces patients n'auraient pas forcément été confrontés à la psychiatrie sans parcours judiciaire et s'ils ne présentent pas de pathologies psychiatriques plus couramment observées en CMP (schizophrénie, troubles bipolaires...), la nécessité de la continuité du soin à l'extérieur semble poser question à certains soignants. Dans le cadre des obligations et injonctions de soin notamment, le suivi est une condition imposée par la loi au risque de retourner en détention. Il semble donc y avoir un décalage entre les attentes de la justice vis à vis du soin et les missions et moyens donnés aux CMP et aux soignants pour accompagner ce public très spécifique.

1.2.2. Le profil socio-démographique des personnes écrouées

A partir de l'article d'Annie Kensey paru en 2012 dans La revue du MAUSS, penchons nous davantage sur le profil sociodémographique des personnes écrouées. N'ayant pas trouvé d'étude spécialement dédiée aux patients détenus sur ce sujet, nous nous appuyerons donc sur cette étude plus générale visant le public sortant de détention, qui n'a fait que confirmer les hypothèses que je pouvais faire quant à cette question au travers de mon travail quotidien.

Nous pouvons déjà noter que les détenus sont majoritairement des hommes (94,3% en août 2018), jeunes (la catégorie des 21-30 ans est surreprésentée mais également les 18-21 ans et les 30-40). En effet, les plus de 50 ans représentaient en 2012 seulement 11% (10) dont la moitié sont condamnés pour délit sexuel, ce qui semble être moins en lien avec un défaut d'insertion sociale ou de précarité. Les étrangers sont également davantage représentés que dans la population générale, ce taux ayant pu atteindre jusqu'à 17,6% au 1er janvier 2012, même si les chiffres annoncés sont plutôt de l'ordre de 12 à 15%. Notons que cette surreprésentation peut être également expliquée par une précarité accrue chez les personnes étrangères, je pense notamment ici aux personnes en France en attente d'une régularisation et sans droit de travail que nous croisons régulièrement dans les couloirs de la détention.

Est également observé que la majorité de ces hommes incarcérés sont issus des milieux socioculturels et professionnels bas et cumulent plusieurs difficultés également synonymes de précarité (niveau scolaire faible puisque 70% ont un niveau CAP, peu ou pas de formation professionnelle, en situation d'isolement ou d'instabilité familiale). Sont également surreprésentées les "catégories à bas revenu" (origine sociale composée à 47% du milieu ouvrier). A leur arrivée, seulement 30% déclarent avoir un emploi (souvent un emploi précaire), 29% être demandeurs d'emplois et 35% sans situation.

En partant de ces données et d'une enquête auprès de 1208 libérés, l'article ciblé sur la question de la sortie d'incarcération indique que dans leur grande majorité, les personnes avaient dû faire face à des "difficultés matérielles" et d'isolement social. D'après une échelle de cumul de difficultés construite sur cinq critères (absence d'emploi, absence de ressource, pas de logement, aucune visite pendant l'incarcération et ne pas être attendu à la sortie), seulement 13% des sortants n'avaient aucune difficulté, la moitié connaissaient une ou deux de ces problématiques et 30% en cumulaient au minimum trois. Est souligné également le fait que la précarité de la situation (notamment l'absence de travail, de famille et de logement) incitait davantage les juges à la mise sous écrou, afin de pouvoir garantir que la personne se présentera à une audience proposée ultérieurement.

Notons que cette étude n'évoque à aucun moment la question de la santé psychique. Est simplement précisé que *"la personnalité du condamné fait partie intégrante des critères de détermination des peines"*, ce qui peut sous entendre qu'une personne se présentant face au magistrat dans un état psychique fragilisé, aura davantage de risques d'être incarcérée.

Sachant néanmoins que les personnes en situation de maladie psychique sont également discriminées dans les domaines du quotidien, que sont l'accès à l'emploi (- de 15% des personnes atteintes de schizophrénie auraient un emploi) et l'accès au logement, et que cette population est très touchée par la précarité (absence d'emploi et difficulté d'effectuer les démarches pour bénéficier de leurs droits) (11, p 15), on ne peut que fortement supposer que le fait d'être dans cette situation et de sortir de détention peut encore aggraver les difficultés.

1.3. Le syndrome de la porte battante

1.3.1. Description du phénomène

J'ai donc découvert le concept de "syndrome des portes battantes" au travers d'une visite dans le cadre du DIU, auprès de Thomas Bosetti et Camille Allarie, tous deux engagés auprès de Médecins du monde pour développer un dispositif d'alternative à l'incarcération par le logement et le suivi intensif des personnes déferées en comparution immédiate vivant avec une maladie psychiatrique sévère et sans domicile.

Les deux chercheurs insistent sur le peu d'études en France concernant le lien entre précarité et santé mentale et notamment l'absence de recherche sur le phénomène du revolving-door ou trajectoire en portes battantes. Ayant tenté de rechercher l'origine de ce concept, je n'ai effectivement retrouvé que peu d'écrits à ce sujet, l'essentiel provenant du Canada et globalement d'Amérique du Nord.

J'ai donc pu comprendre qu'à la fin des années 70 début des années 80, ce syndrome est évoqué car il est remarqué dans certains services hospitaliers de psychiatrie, qu'une partie des patients étaient déjà connus des services et faisaient des allers-retours réguliers entre services fermés et sorties. En 1987 une étude plus approfondie est donc initiée à l'hôpital Louis H. Lafontaine à Montréal au Québec auprès de 1024 patients, en vue d'étudier le lien "*entre les variables cliniques et socio démographiques dans les réadmissions*"⁸ au sein de leurs services qui représentait 75% des entrées. En amont de l'enquête et en se basant sur les quelques recherches préalables, l'auteur nous indique que ce phénomène est davantage constaté chez de jeunes adultes, célibataires qui vivent une situation d'instabilité résidentielle (et ce notamment lié aux différentes hospitalisations qui ne permettent pas de conserver un logement). Plus qu'à une question directement en lien avec la santé mentale, ce phénomène est présenté comme la conséquence de "*l'échec de la resocialisation, de la réinsertion sociale, l'absence de places en structures spécialisées et la difficultés d'adaptation pour les patients aux "exigences de la vie en société"*"(12, p 81). En effet, les résultats démontrent que les consultations en urgence sont précipitées du fait de problèmes d'ordre sociaux, l'auteur indiquant que "*l'individu est reconnu malade pour autant que son comportement dérange l'ordre social*"⁹(12, p 82). 79,5% des consultations sont donc en lien avec des facteurs sociaux (problème familiaux, trouble de l'ordre public, difficultés liées à la solitude) dont 8% pour des personnes sans revenu ni hébergement et

4,30% de situation de "misère sociale" qui sont définies comme des personnes qui ne parviennent plus à recourir aux services de droits commun du fait de leurs difficultés.

Les parcours en portes-battantes peuvent donc facilement être mis en lien avec la précarité. Thomas Bosetti et Camille Allarie vont plus loin dans ce sens puisqu'ils établissent un parcours plus large pour ces publics qui sollicitent tantôt les services d'urgence en matière d'hébergement, tantôt, les services hospitaliers et qui se retrouvent également incarcérés. Leur étude et leur projet en cours d'expérimentation sont également partis d'un constat: les problématiques de santé mentale et de précarité peuvent être repérés par l'intermédiaire des services judiciaires. En impulsant un travail d'observation en lien avec les Juges il ont pu repérer sur le territoire de Marseille en 2016 que sur 2000 comparutions immédiates, 304 personnes semblaient présenter une problématique de santé mentale, 500 personnes n'avaient pas de logement et 90 cumulaient les deux problématiques. Ils font aussi le constat en ce qui concerne la stigmatisation des personnes présentant un trouble psychique, qui à délit équivalent sont davantage incarcérées. Ils insistent également sur la question des addictions puisqu'une grande majorité de ces patients présentent une problématique de polyaddiction.

Les parcours en porte battantes décrivent donc une instabilité chronique ayant pour conséquence, non seulement une difficulté pour ces personnes à entamer un engagement régulier dans un accompagnement quelconque (que ce soit dans une démarche de soin mais aussi dans des démarches d'accès aux droits et à l'hébergement durable), mais également une difficulté à repérer le service spécialisé qui sera le plus compétent pour initier cela. Est-ce les services sociaux? Est-ce la psychiatrie? Est-ce la justice? Ce qui démontre également que la précarité peut être facteur de stigmatisme.

Ayant observé cela à plusieurs reprises dans mon activité professionnelle, il me semble donc ici intéressant de présenter une situation qui de mon point de vue, permet d'illustrer ce concept de parcours en portes battantes et de comprendre les effets de la stigmatisation.

1.3.2. Situation de Monsieur J

Monsieur J. était âgé de 34 ans lorsque je l'ai accompagné pour la première fois dans son projet de sortie. Il a grandi dans une commune semi-rurale avec ses parents qui ont divorcé lorsqu'il avait 12 ans période à partir de laquelle Monsieur situe le début de ses difficultés (addictions, troubles du comportement, arrêt de la scolarité). Par la suite il a vécu de manière alternée chez sa mère et chez son père puis chez son frère aîné et ce jusqu'à ses 20 ans, date approximative de sa première incarcération. Après cela, il a connu un parcours instable, régulièrement placé en détention alternant

avec des périodes d'hébergement chez des tiers (père, mère, cousin...) ou de manière très précaire (dehors, squat d'un garage aménagé) toujours dans son secteur d'origine dont il expliquait ne pas pouvoir s'éloigner. Monsieur J. n'arrivait pas à trouver sa place dans la société et nous avions des difficultés en tant qu'équipe de soin à l'accompagner vers cela, malgré les évolutions visibles dans son comportement. Pour mieux comprendre la situation, j'ai étudié son dossier afin d'analyser son parcours.

En 2002, Monsieur est pour la première fois en contact avec la psychiatrie, en détention classique, il a 22 ans. Il a déjà connu plusieurs incarcérations. Le lien familial existe même s'il semble complexe (père qui vient le voir au parloir, sa mère lui écrit mais ils sont en conflit, il a une compagne). Le travail de l'équipe de soin est davantage centré sur la question des addictions et le lien de confiance. Monsieur est condamné à 50 mois d'incarcération. Un projet de réinsertion professionnelle est évoqué mais Monsieur est transféré en centre de détention. En 2005, il revient à Varces en provenance du centre pénitentiaire de Saint Quentin Fallavier. Il est plus en confiance avec les soignants. Les troubles psychotiques sont évoqués. L'accroche au soin est davantage centrée sur les questions des traitements. Malgré tout, il fuit le dialogue et la psychothérapie et se met en danger dans ses mésusages de consommation en détention. Il semble mobilisé sur des démarches de réinsertion, mais sans que rien ne se concrétise vraiment. En 2006 il est réincarcéré et condamné à 4 ans pour violence. A ce moment là, il est noté dans son dossier ce que Monsieur attend du soin : « il le précise bien, un lieu déversoir qui fasse apaisement, alors qu'il le sentiment d'être fou et d'appartenir à une famille folle ». A ce moment là, sa famille épuisée par les comportements de Monsieur et désemparée, rompt le lien. Monsieur J. se raccroche davantage à l'équipe de soin qui évoque chez lui "un vécu abandonnique". Le lien de confiance est créé. Il est cependant noté qu'il n'a jamais adhéré à un suivi psychologique en dehors des périodes d'incarcération, ce qui peut expliquer que sans suivi et sans traitement à l'extérieur Monsieur présente un comportement de plus en plus violent (et notamment à l'égard de sa mère qui en a peur et ne veut plus l'héberger) et se retrouve de plus en plus isolé. En 2011, dans un contexte délirant, Monsieur agresse un patient du CMP de son secteur et la victime restera lourdement handicapée. Il est hospitalisé sous contrainte durant deux mois à cette période. Une grande difficulté est observée au niveau relationnel dans ce cadre. La violence est un des seuls moyens qu'il connaît afin d'entrer en relation avec l'autre. Pendant cette hospitalisation, il exprime se sentir continuellement en insécurité car il est impliqué dans des trafics qui risquent de le ramener en prison. De nouvelles observations sont faites en février 2012 au CMP, Monsieur vient alors de sortir de prison: "Suite à l'agression de Monsieur J. sur un patient qui fréquente le CMP, et de menaces vis-à-vis des infirmières, et devant la demande de Monsieur J. d'un suivi (obligation de soins du SPIP), il n'est pas envisageable de prendre en charge Monsieur J. au CMP." Le CMP proposera donc une solution alternative de soin, un suivi en intra hospitalier (à 30 kilomètres de chez lui sachant que Monsieur n'est

pas véhiculé). Un calendrier des consultations lui sera remis ainsi qu'au SPIP. Le jour de ces observations, Monsieur sera incarcéré et dans la foulée hospitalisé dans le cadre d'une mesure de soin à la demande d'un représentant de l'état (SDRE) entre autres pour délire de persécution. En juillet 2012, il acceptera pour la première fois d'intégrer l'hôpital de jour du SMPR (après avoir alterné le quartier disciplinaire et les hospitalisations contraintes depuis son incarcération). Il sort en décembre 2012 et souhaite un logement et un travail. Les structures d'hébergement d'insertion refusent de l'accueillir. Le service social de son secteur refuse de l'accompagner car ils ont des craintes de passage à l'acte violent, alors qu'ils n'ont jamais eu de difficultés avec lui mais accompagnent sa mère et ont eu vent de ses passages à l'acte.

Monsieur sortira donc sans solution et un rendez-vous en suivi post carcéral à Grenoble sera proposé par l'équipe de soin du fait de l'absence de réponse dans le droit commun. Monsieur ne s'y rendra pas mais juste avant sa sortie, acceptera de déposer une demande d'allocation adulte handicapé, symbole d'une acceptation à minima de ses fragilités et de sa volonté de se réinsérer ne serait-ce qu'en ayant des ressources régulières. En février 2013 et de sa propre initiative, Monsieur, qui n'a pas le permis, se rend en taxi à l'hôpital demander une hospitalisation "pour se reposer". Il retrace son parcours en expliquant ses 14 ans d'incarcération et en précisant le diagnostic fait au SMPR le concernant: « schizophrène psychotique paranoïaque ». Sa demande de soin n'est pas entendue et Monsieur réagit de manière agressive, la gendarmerie est sollicitée. Un bon VSL est fait pour que Monsieur se rende à son rendez-vous en consultation post carcérale le lendemain et une consigne est laissée : « au vu des antécédents et de la dangerosité du patient il est recommandé que s'il se présente à nouveau sur le CHAI il soit reçu en présence des infirmiers d'accueil qui assurent la sécurité. ». Monsieur est donc exclu de son CMP de secteur et contrôlé lorsqu'il est en demande de soin. Il sera finalement hospitalisé le lendemain car orienté par son médecin traitant. En mai 2014, il est de nouveau accueilli à l'hôpital de jour du SMPR pendant une incarcération. Il indique ne plus faire confiance aux psychiatres et aux psychologues et refuse de prendre son traitement qui le rend "tout mou". Il se rend compte que lorsqu'il consomme des alcools forts, il "pète des plombs" et indique donc qu'il a arrêté cela. Dans le cadre du SMPR, Monsieur est stabilisé, participe aux ateliers collectifs. Monsieur prend confiance en l'équipe et le dit, construit un projet d'hébergement et professionnel cohérent. Il parvient même à travailler au sein du service.

A mon arrivée en septembre 2014, une demande d'hébergement est en cours car Monsieur sort le mois suivant. Le seul projet envisageable pour Monsieur serait d'être accueilli au CHRS Ozanam, le plus proche de sa ville d'origine, à sa sortie en octobre 2014 car la perspective d'habiter dans un contexte inconnu est inenvisageable et trop angoissante pour lui. Le CMP du secteur refusant toujours de l'accompagner, l'équipe du SMPR s'engage à assurer un suivi avec des visites à domicile. Au bout de 3 semaines, Monsieur B. a quitté l'hébergement sans prévenir mais sans incident. Il nous expliquera plus

tard que le cadre du CHRS était difficile à tenir et que le rythme du travail était trop soutenu. Cette expérience lui a permis cependant de comprendre la difficulté à envisager pour l'instant de reprendre une activité professionnelle, la nécessité de donner la priorité à une stabilisation au niveau du logement et dépose une demande de logement social. Monsieur est à nouveau incarcéré le 12/05/2015 et condamné à une année de prison ferme et deux ans avec sursis avec obligation d'un suivi au niveau du soin et socio judiciaire. Il n'est pas possible d'envisager une nouvelle expérience au CHRS car Monsieur craint de ne pouvoir tenir le rythme au niveau du travail et son départ imprévu n'incite pas la structure à réitérer l'expérience. L'équipe du SMPR va donc échanger avec l'équipe du CMP de sa ville afin d'expliquer où en est la situation de Monsieur, son évolution, sa stabilité dans le cadre de l'hôpital de jour et la nécessité en vue de l'a continuité du soin et la pertinence d'un accompagnement pluridisciplinaire de proximité puisse être de nouveau envisagé. L'équipe du CMP accepte de le recevoir à nouveau et dans un contexte de soin, le père de Monsieur acceptera de l'héberger à nouveau à sa sortie. Un mois plus tard, le patient décèdera brutalement d'une crise cardiaque.

Nous voyons donc bien au travers de cette situation, dans quelle mesure l'accès aux soins est difficile à mettre en place pour Monsieur et en même temps comme il est indispensable à sa réinsertion dans la société. Le parcours de Monsieur et l'image qu'il renvoie aux institutions et à ses proches le devançant continuellement dans les projets qu'il veut entreprendre. Les faits de violences pour lesquels il a été condamné à plusieurs reprises semblent être la seule représentation que peuvent avoir les personnes extérieures de ce Monsieur ce qui fait que toute perspective d'évolution est considérée comme inenvisageable et ce qui rend l'accès au soin difficile voire impossible (et c'est un cercle vicieux). Egalement, on voit bien dans quelle mesure la parole de ce patient n'est plus du tout prise en compte lorsqu'il effectue ses démarches seul et la nécessité d'être représenté par une personne considérée comme légitime, y compris lorsqu'il est en demande de soin. Monsieur ne se sent donc pas entendu, rejeté et rejette à son tour un monde qui ne semble pas vouloir de lui par les seuls moyens par lesquels on l'entend: la violence. Afin d'atténuer ses angoisses, Monsieur trouve refuge dans les consommations de toxiques, et on peut également émettre l'hypothèse que ces conduites à risque répétées et la précarité de son quotidien sont en partie à l'origine de son décès prématuré.

A partir des éléments développés au travers de cette partie, nous avons évoqué la question du soin chez les personnes placées sous main de justice, tenté de mieux comprendre le profil de ces personnes et précisé ce que représente le syndrome de la porte battante. Dans une seconde partie donc, je vais donc tenter de faire le lien avec la question de la stigmatisation de ces personnes, qui ne parviennent pas à trouver leur place dans les cases préconstruites par notre société.

2. La stigmatisation chez les patients-détenus sortants d'incarcération

La stigmatisation est définie par Jean-Yves Giordana comme : "*une attitude générale, de l'ordre du préjudice, induite par la méconnaissance ou ignorance [et qui] va générer des conduites et des comportements de discrimination*" (11, p 8). Ce phénomène social qui est donc décrit comme complexe et multidimensionnel nécessite une attention toute particulière de la part de nous autres, professionnels de l'intervention médico-sociale. En effet, de par nos formations centrées sur la relation à l'autre, nous pensons avoir intégré ce concept et le prendre en compte dans nos pratiques quotidiennes. Néanmoins, se questionner et mieux comprendre les enjeux de la stigmatisation m'apparaît comme indispensable afin d'accompagner au mieux des individus fragilisés et donc potentiellement stigmatisés; et ce d'autant plus dans le cadre de la société occidentale moderne où certains types de performances normés et survalorisés laissent peu de place aux personnes en situation de handicap, que ce soit du point de vue de la santé ou d'un point de vue social.

En matière de santé publique, cette question est de plus en plus prise en compte, et ce notamment dans le domaine de la santé mentale où les conséquences dramatiques de la stigmatisation ont pu être démontrées: retard dans l'accès aux soins, baisse de l'estime de soi chez les personnes concernées, diminution de leurs possibilités d'accéder au droit commun et notamment à l'emploi et au logement. Ainsi, dans la feuille de route "Santé mentale et psychiatrie" élaborée par le ministère de la santé en juin 2018 est rappelé concernant les personnes en souffrance psychique, "*L'insertion sociale et l'accès à une vie active et citoyenne correspondant aux capacités et aux choix des personnes sont insuffisants, et la stigmatisation relative aux troubles psychiques est encore trop prononcée.*" (1, p 4). Parmi les actions proposées afin d'améliorer la question de la santé mentale, l'action numéro 3 est "Informer le grand public sur la santé mentale, lutter contre la stigmatisation" (1, p 6) afin de lutter contre les tabous liés à la question de la maladie mentale notamment. Egalement, comme nous avons pu le décrire dans la partie précédente, il existe un lien étroit entre la question de la santé mentale et les parcours judiciaires.

J'ai cependant été interpellée par le peu de travaux existants concernant la question de la stigmatisation de personnes ayant connu un parcours carcéral. Pourtant, il me semble évident que, comme dans le domaine de la santé mentale, les représentations et fantasmes associés aux individus ayant connu la prison ont un impact quant à la prévention de la récidive, un des objectifs principaux énoncé dans les missions de l'administration pénitentiaire et du SPIP.

2.1. La stigmatisation chez les patients détenus

2.1.1. Qu'est-ce que la stigmatisation

L'interactionnisme symbolique est un courant sociologique développé par l'Ecole de Chicago dans les années 50 dont les théories défendent l'idée que les faits sociaux sont le résultat des interactions entre les individus et du sens que ceux-ci attribuent à ce qui se passe autour d'eux et non pas de déterminismes sociaux et biologiques. Les représentations sociales sont donc au cœur de ce courant en tant que système d'interprétation de la réalité permettant aux individus de donner du sens à la vie en société. Ce sont donc ces idées préconstruites partagées par un groupe social donné qui vont permettre de faciliter la compréhension et l'analyse des faits sociaux mais qui vont parfois favoriser l'association d'un élément individuel à un attribut socialement dévalorisé et dévalorisant. Par exemple, un individu peu soigné, mal rasé, donnant l'impression de manquer d'hygiène observé au travers des représentations sociales, être assimilé à une personne sans domicile et précaire. Partant de cette définition, ces représentations sociales seront à l'origine de l'interprétation des stigmates et donc de la stigmatisation. Erving Goffman, un des sociologues représentant de ce courant, a développée à partir de ce principe une sociologie centrée sur la question de la stigmatisation et ce notamment chez les populations en situation de handicap.

Pour lui, la stigmatisation est une *"situation de l'individu que quelque chose disqualifie et empêche d'être pleinement accepté par la société"* (14, p 7). L'attribut discriminant peut être de plusieurs ordre et n'aura pas le même sens selon le contexte social et historique dans lequel il est interprété. Pour Goffman, il existe trois types de stigmates. Ce qu'il nomme "les monstruosités du corps" et "diverses difformités" des stigmates qui sont donc visibles et qui peuvent discréditer d'emblée une personne, sauf si celle-ci parvient à les cacher. Il cite également les "stigmates tribaux" (la nationalité, la religion, la couleur de peau) et enfin, *"les tares du caractère qui, aux yeux d'autrui, prennent l'aspect d'un manque de volonté, de passions irrépressibles ou antinaturelles, de croyances égarées et rigides, de malhonnêteté, et dont on infère l'existence qu'un individu parce que l'on sait qu'il a été, par exemple, mentalement dérangé, emprisonné, drogué, alcoolique, homosexuel, chômeur, suicidaire ou d'extrême-gauche"* (14, p 14). La question de la santé mentale et d'avoir vécu une incarcération rentrent donc a priori dans ce troisième type. Ce sont des stigmates pas forcément visibles et dont les conséquences seront interprétées par une responsabilité individuelle, souvent associées à un groupe d'individus agissant de la même manière et socialement dévalorisés. Ainsi, ce type de stigmate ne discrédite pas directement la personne puisqu'il peut être caché, mais le rend discréditable s'il est repéré. Ceci peut donc avoir des conséquences sur le comportement les personnes conscientes de leur

stigmaté et notamment en terme d'autostigmatisation et d'auto-exclusion, comme nous le verrons plus tard.

Goffman précise que les personnes porteuses de stigmates ne peuvent exister uniquement du fait qu'il existe des gens "normaux" auxquels ils sont comparés. L'individu normal, nous dit-il, pense "*qu'une personne ayant un stigmate n'est pas tout à fait humaine*" (14, p 7) et que la conséquence logique de cela est d'avoir un comportement discriminant à son égard qui diminue les perspectives et potentiels de la personne stigmatisée. Notons que ce comportement de discrimination n'est pas forcément volontaire et peut-être mis en œuvre inconsciemment, ce qui nécessite donc une vigilance particulière.

D'après Madame S. du SPIP: "*Le public sortant de prison a une étiquette qui n'est pas forcément positive, qui peut faire peur aux gens. Après pour moi la stigmatisation, c'est vraiment l'étiquetage donc, un peu la mise à l'écart aussi. Pour moi ce serait ça la définition de la stigmatisation.*". En effet, comme l'énonce le sociologue Howard Becker, les règles de vie en société sont des constructions sociales que l'on définit comme des normes. Ainsi, certaines actions sont considérées comme prescrites par la société et d'autres interdites. "*Quand un individu est supposé avoir transgressé une norme en vigueur, il peut se faire qu'il soit perçu comme un type particulier d'individu, auquel on ne peut faire confiance pour vivre selon les normes sur lesquelles s'accorde le groupe*" (15, p 25), c'est ce qu'il appelle la théorie de l'étiquetage (The Labelling theory). Ainsi, la personne étiquetée est considérée comme "étrangère"¹⁰ à la société. Becker cherche à comprendre dans son travail pourquoi les individus deviennent déviants. Il nous invite pour cela à changer de point de vue en nous plaçant du côté de la personne étiquetée. D'après lui, celle-ci peut avoir volontairement refusé la norme par principe, par rapport à son propre mode de vie. Egalement, elle peut considérer que ceux qui la jugent et lui collent cette étiquette sont eux-mêmes "étrangers à son univers". Sa théorie précise donc bien que la déviance est une construction sociale qui existe uniquement car une norme a été imposée par un groupe social donné, pas forcément représentatif de l'ensemble de la population sur un territoire. Comme le précise Jean-Yves Giordana: "*le problème serait moins lié à telle ou telle caractéristique qu'à l'étiquette qu'elle a contribué à faire porter par le groupe social*" (11, p 32), l'objectif étant donc davantage de travailler sur la construction de cette étiquette que sur le stigmate en lui-même. Aussi, la question de l'étiquette induit que la personne sera définie en priorité par rapport à cette étiquette donnée et que l'on ne cherchera pas à comprendre son parcours, le contexte social dans lequel elle s'inscrit et sa réalité à un instant T. L'étiquette d'ancien détenu pourrait donc être synonyme de danger potentiel, tout comme celle de patient de CMP, pour les personnes extérieures à ces groupes, sans qu'elles comprennent la réalité des situations.

¹⁰ "Etranger" est la traduction d'"Outsiders", titre de l'ouvrage de Howard Becker.

On peut observer le phénomène de stigmatisation et donc de discrimination au travers de trois niveaux:

-Au niveau sociétal: la personne est mise à distance de la vie publique et sa participation à la vie en société est difficile, c'est le cas pour Monsieur J. qui ne peut accéder aux services sociaux de sa ville.

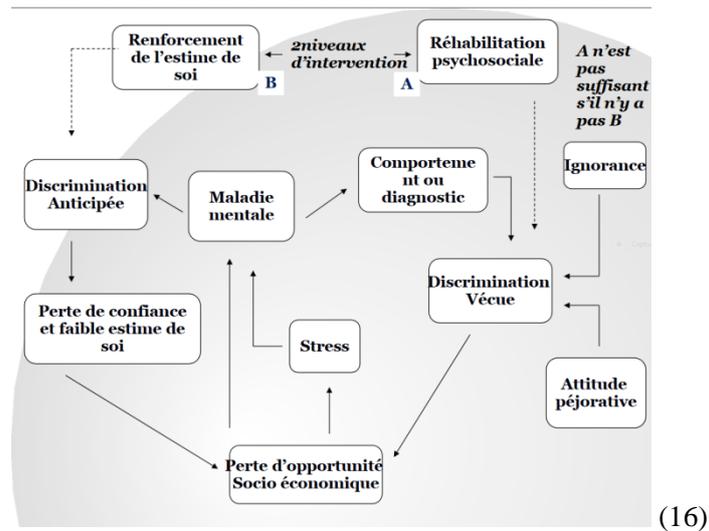
-Au niveau interpersonnel: la stigmatisation de la personne a des incidences sur son réseau social, son lien avec les autres, sa mise à distance du groupe. Dans l'histoire de Monsieur J., son parcours et la renommée qu'il a dans sa ville ont pour conséquences un comportement d'abandon et d'évitement de la part de ses proches et un isolement social progressif.

-Au niveau individuel, l'autostigmatisation et la stigmatisation individualisée : la personne intègre qu'elle est porteuse de stigmates par rapport aux représentations sociales qu'elle a de ses propres difficultés et s'exclut ou évite certaines situations afin de ne pas être stigmatisée. Ceci est donc directement en lien avec ce qu'évoque Goffman quant au caractère discréditable donné au stigmaté invisible. Pour ne pas être stigmatisé, l'individu va d'emblée s'exclure. On peut citer Monsieur K. qui me racontait lors de notre entretien: " *Je vois, y'a mon cousin il m'avait invité chez des amis à lui pour manger. Chez des gens jsais pas comme tout le monde quoi. Mais c'était trop bizarre. On avait pas le même langage on dirait. J'avais le langage vulgaire, des fois on aurait dit qu'ils me comprenaient pas.*". Suite à cette expérience, Monsieur K. ne retournera plus chez ces personnes et évitera de se retrouver dans ce genre de situation.

Il est évident que ces trois niveaux de stigmatisation sont souvent observés chez les patients détenus. Il faut également noter que l'enfermement en tant que tel peut déjà entraîner formellement une mise à distance de la société qui peut être considérée comme une discrimination organisée et pouvant donc devenir stigmatisante.

Comme déjà évoqué en introduction, les effets de la stigmatisation, considérés par l'Organisation Mondiale de la Santé comme " *l'obstacle le plus important à surmonter par la communauté en matière de santé mentale*" (5), sont un frein évident à l'intégration des personnes. Au fil de leur parcours, elles peuvent être exclues, mises à distance des dispositifs de droits communs et des lieux de socialisation habituels du simple fait qu'" *elles perturbent la représentation idéale que les membres de la société ont d'eux mêmes.*" (11, p 33). A travers la stigmatisation, nous entrons donc dans un processus de déshumanisation progressif.

Le mécanisme de la stigmatisation et de la lutte contre ce phénomène en santé mentale est parfaitement illustré dans ce schéma proposé par Jean-Yves Giordana:



Maintenant que nous cernons mieux le concept de stigmatisation et ses conséquences nous allons nous pencher plus précisément sur ce phénomène chez le public cible de notre travail, les patients-détenus, et tenter de comprendre en quoi cette double étiquette peut être un frein à leur réintégration au sein de la société et peut favoriser leur mise à distance de certains services leur étant pourtant a priori destinés que ce soit au niveau du soin, de la réinsertion sociale et professionnelle ou du suivi socio-judiciaire.

2.1.2. Les patients-détenus: images et réalité

Si j'ai pu repérer au travers de mon expérience de terrain ce principe de double stigmatisation, il m'a été beaucoup plus compliqué de l'analyser, ne sachant pas si je devais opposer ces deux stigmates, les comparer, les associer ou les cumuler. Il m'est donc apparu comme logique de prendre comme point de départ l'étude existante portée le CCOMS "Santé mentale en population générale: images et réalité" visant à repérer la manière dont est perçue la santé mentale par les sociétés modernes occidentales. Cette analyse m'a d'ores et déjà fait comprendre que l'amalgame entre santé mentale et délinquance était prégnante dans les représentations sociales comme nous le précise Olivier Vanderstukken, psychologue il y a "*confusion fort répandue entre crime et maladie mentale, récurrence criminelle et rechute clinique*" (17, p 281).

Comme l'a indiqué Jean-Yves Giordana lors de sa présentation lors du DIU (16), la stigmatisation de la maladie psychique repose sur trois représentations qui vont elles-mêmes engendrer trois types de comportement:

-Le caractère imprévisible de la personne et sa tendance à ne pas respecter les règles entraineront une réaction d'autoritarisme envers l'individu à qui on imposera un fonctionnement, sans prendre en compte de son point de vue.

- La dangerosité et la violence auront pour conséquence un sentiment de peur et donc une réaction d'exclusion, d'enfermement.

- La naïveté, la notion de déficience et donc la remise en question de la capacité de discernement de la personne et donc de son autonomie (dans son sens étymologique strict : du grec « auto » = soi et « nomos » = loi : agir selon ses propres lois) qui devrait être davantage prise en charge par l'entourage ou les institutions.

Les deux premières caractéristiques peuvent me semble-t-il également être mises en lien avec les représentations que l'on peut avoir des personnes ayant connu la prison. La dernière en revanche l'est moins.

Ainsi, on peut repérer que selon les mots les plus couramment employés pour décrire la maladie mentale, que ce soit le "fou", le "malade mental" ou le dépressif", les représentations associées ne seront pas les mêmes.

Le "fou" est davantage associé à quelqu'un d'"anormal", de violent, de non maitrisable et d'imprévisible, qui ne pourra a priori pas guérir et qui doit obligatoirement prendre un traitement au risque sinon de représenter un danger pour autrui. Les personnes qui ont des problèmes de santé mentale et qui sont incarcérées sont souvent associées à cette image: "*Les comportements très largement anormaux et dangereux qui sont l'apanage des délinquants et qui conduisent généralement en prison lui sont attribués majoritairement. (11, p 58)*".

L'image du "malade mental" est associé à celle du "fou" dans les caractéristiques, à la différence que l'origine de la maladie est expliquée par un handicap et diminue donc le principe de responsabilité de la personne. Le "malade mental" doit donc être pris en charge par la société au travers de l'hôpital psychiatrique et ce même s'il a commis des actes criminels. "*De nombreux comportements violents et dangereux sont associés à l'image du "malade mental": commettre un viol (46%versus 39% pour le "fou"), un inceste (46% versus 37,6%), être violent envers soi-même (45% versus 22%), être violent envers les autres (43% versus 29%) et battre régulièrement son conjoint ou ses enfants (40%).*" (11, p 51). Considérant cela, le soin en psychiatrie devient garant de la possibilité pour les personnes de pouvoir vivre dans la communauté, puisque la majorité des actes délinquants sont associés à la maladie mentale. Ceci induit donc que le "fou" et le "malade mental" ont de fortes chances d'être violents et explique alors l'augmentation des mesures d'obligation et d'injonction de soin. Par ce biais-la, la justice répond alors aux inquiétudes véhiculées par ces représentations sociales, mais vient également renforcer celles-ci ce qui questionne sur la possibilité pour les patients-détenus à décoller ces deux étiquettes à leur sortie d'incarcération.

A l'inverse du "fou" et du "malade mental", l'image à laquelle est associé le "dépressif" renvoie davantage à une image commune, à quelqu'un d'intégré qui peut être soutenu et qui ne sera pas dans des comportements déviants. Il est aussi intéressant de noter que les personnes ayant des difficultés davantage en lien avec des problèmes sociaux et culturels (les items repérés dans l'enquête sont "être négligé", "sale", "comportement bizarre") où un problème d'addiction sont considérés comme n'appartenant à aucune de ces trois catégories, donc n'ayant a priori pas de problème de santé mentale. Les addictions qui concernent plus de la moitié des personnes entrant à la maison d'arrêt de Varcès (pour 55,1% des entrants est préconisé un accompagnement par l'unité d'addictologie) ne sont donc pas considérées comme étant un problème de santé mais davantage comme un enjeu culturel et social. Ceci peut donc être également un frein à l'accès aux soins en matière d'addictologie puisque davantage réfléchi en tant qu'enjeu culturel et somatique. Globalement donc, les représentations liées au monde carcéral et la stigmatisation qui en découle peuvent se résumer à ce que nous dit Olivier Vanderstukken: *"La société semble cristalliser sur el milieu pénitentiaire et les personnes qui y sont détenues de nombreuses peurs et angoisses qui l'étreignent: on retrouve en prison tout ce que rejette la société, la pauvreté, l'illettrisme, la marginalité et la maladie mentale"* (17, p 679).

L'ensemble de ces représentations sont véhiculées au travers de différentes modalités d'interactions. Néanmoins, lorsque celles-ci concernent des univers peu visibles, comme l'instruction d'affaires judiciaires ou des milieux fermés comme la prison ou les unités d'hospitalisation fermées de psychiatrie, c'est de plus en plus au travers des médias que celles-ci sont alimentées. Comme nous l'indique Olivier Vanderstukken: *"les représentations concernant la prison sont souvent construites sur base de préjugés élaborés à partir d'expériences indirectes véhiculées par les médias, les groupes de pression ou les partis politiques."*(17, p 679). Pour illustrer cela, je vais prendre l'exemple du journal local grenoblois "le Dauphiné libéré" qui, jusqu'à l'année dernière était distribué gratuitement et quotidiennement aux détenus de la maison d'arrêt. Ce journal entretient une partie de son succès au travers de la rubrique "faits divers locaux" et des affaires judiciaires qui y sont relatées, sans être ni un journal spécialisé dans les questions de criminalité et encore moins dans la question de la santé mentale. Ce sont donc deux pages quotidiennes où vols de sac, agressions sexuelles, accidents ou meurtres sont évoquées, souvent sur le même registre d'écriture. Ajoutons à cela, le non respect de la présomption d'innocence et de l'anonymat puisque les personnes concernées sont régulièrement citées, laissant une trace facilement repérable sur Internet. Enfin, les articles incluent régulièrement une évaluation psychiatrique faite par un journaliste, ou retranscrite maladroitement à partir d'une observation psychiatrique évoquée au tribunal.

Tous les médias (presse écrite, télévision, cinéma) apparaissent comme des espaces où les malades sont décrits comme des personnes violentes et dangereuses et ce sans aucune évolution depuis une trentaine d'années. En 2008, un patient de l'hôpital psychiatrique de Grenoble poignarde mortellement

un passant, sans raison, dans le cadre d'une permission accordée pendant son hospitalisation sous contrainte. Cet évènement est souvent cité par les professionnels de l'hôpital où je travaille car sa diffusion médiatique de cette affaire de "l'étudiant poignardé par un schizophrène" a eu des conséquences à Grenoble et même dans tout l'hexagone. Cet évènement certes dramatique mais repris systématiquement par les médias sous cet intitulé et de manière durable (le procès étant toujours d'actualité, des articles sur ce thème ont été publiés encore en 2018, 10 ans après l'incident) a eu des incidences sur l'opinion public tant dans le domaine des représentations de la maladie, que par rapport à la question de la responsabilité du personnel soignant et notamment des psychiatres quant à la paix sociale. Au travers de ces observations, on peut comprendre en quoi les médias participent à créer la confusion entre la maladie mentale et les actes délinquants. En cherchant à relater des histoires sensationnelles, beaucoup plus vendeuses pour le public, ils réinterprètent la réalité ou la dramatisent et renforcent, encore le processus de stigmatisation.

2.2. Conséquences de la stigmatisation dans leurs parcours de réintégration dans la communauté

Au travers de cette partie je vais tenter de rendre compte des éléments que j'ai vu émerger des quatre entretiens que j'ai eu concernant les causes et conséquences de la stigmatisation des patients-détenus. Ces remarques ne se veulent donc pas exhaustives car l'échantillon des personnes interrogées est minime. Je souhaite préciser également que si j'ai cherché à souligner les facteurs stigmatisants des dispositifs ou organisations mises en œuvre quant à l'accompagnement de ce public, néanmoins, cela ne remet pas en question la pertinence des objectifs visés par ces derniers ni les compétences des professionnels.

2.2.1. La question de la stigmatisation des patients-détenus dans le cadre de leurs accompagnements à leur sortie: entre le soin et la justice

Les préconisations faites par la justice en matière de prévention de la récidive peuvent avoir un effet stigmatisant. Tout d'abord, notons que la lenteur du traitement judiciaire des affaires (parfois les condamnations interviennent plusieurs mois voire, plusieurs années après les faits) peut devenir un facteur de stigmatisation comme l'indique Madame S. référente au SPIP: "*Ca peut être contre productif parce que tu as des personnes qui ont envie d'avancer ou qui ont d'ailleurs avancé et qui se retrouvent confrontées à des actes qu'ils ont commis il y a des années en arrière et on leur dit "ben voila faut faire une obligation de soin". "Oui mais j'en ai plus besoin parce que j'ai déjà fait tout ce*

qu'il fallait à l'époque". Et du coup, y'a plein de choses qui ont pu se passer entre temps. Et du coup on les ramène à ce qu'ils ont fait à ce moment là et la justice prend pas en compte qu'ils ont évolué entre temps et que y'a ça aussi qui est à prendre en compte quoi. C'est très stigmatisant ça!"

Madame S. et les deux patients détenus évoquent également , le casier judiciaire en tant que facteur stigmatisant. Concernant l'accès à l'emploi, en effet, il est nécessaire de rappeler qu'une personne ayant des condamnations sur son casier judiciaire ne peut accéder à une emploi dans la fonction publique que ce soit en tant que titulaire comme contractuel, ainsi qu'à certains emplois dans le privé. Ce casier judiciaire va également être repris à chaque nouveau lien avec la justice ce qui aura son incidence comme l'indique Madame S.: " *à un moment donné ils ont quand même l'étiquette de leur casier judiciaire et même s'il proclame son innocence et que ce qu'il dit est vrai ben y'aura toujours cette étiquette qui va le poursuivre, comme Monsieur X qui a plus de 40 condamnations à son casier judiciaire et qu'à un moment donné ben entre la parole de Monsieur X. et la parole de sa femme ben la justice va plus retenir la parole de sa femme donc. Malheureusement ouai c'est comme ça."*

Madame S. nous précise également que le simple fait d'avoir un suivi socio-judiciaire via le SPIP, est en soi stigmatisant: " *Ben oui, car dès que tu parles du SPIP ça veut dire problème justice. Après c'est une réalité mais c'est ce que je te disais, y'en a qui arrivent à se faire griller à cause du suivi SPIP parce qu'ils le disent ou que la personne en a connaissance. Oui j'ai déjà vu des employeurs dirent: "bon ben on arrête la parce qu'avec tes problèmes de justice. Une personne suivie elle a de comptes à rendre, elle doit venir aux rendez-vous et il faut qu'elle arrive à tout concilier. après nous on essaye d'être souple sur les convocations et tout ça mais faut quand même qu'on les voit."* Elle nous précise également que c'est la représentation que les professionnels vont avoir de la prison et des faits commis qui vont créer cela: " *Ca peut faire peur et notamment si l'infraction commise peut être grave et importante. Nous après on dit jamais aux employeurs le motif de l'incarcération. On a même des personnes qui sont suivies en bracelet électronique dont les employeurs sont même pas au courant qu'ils sont en bracelet."* Ici, on peut donc comprendre l'effet stigmatisant que peut avoir le suivi socio-judiciaire concernant l'accès à l'emploi en milieu ordinaire. Elle souligne cependant que parfois, selon la sensibilité des professionnels avec qui elle est en lien, cela peut avoir un effet positif: " *Après c'est pas pour tout le monde mais parfois je signale quelqu'un à Pole Emploi, et ils leur font intégrer un dispositif de suivi intensif. On sent qu'il y a une attention particulière."*

Du point de vue du soin

La question des obligations et injonctions de soin affiche également une problématique de justice quand la personne vient prendre un rendez-vous dans un service de santé. En effet, Madame S. évoquera à plusieurs reprises l'impossibilité de prendre rendez-vous dans les CMP de son secteur,

même lorsqu'elle fait l'intermédiaire en tant que référente du suivi socio-judiciaire, dès lors que la personne évoque une obligation ou une injonction de soin. L'engorgement des CMP n'est pas pour rien dans cette réponse mais démontre aussi que ces dispositifs ne sont pas une priorité repérée par certains CMP. Comme nous l'avons vu en première partie, les obligations et injonctions de soin sont imposées dès qu'il y a notion de violence dans les faits commis et également chez les auteurs de violence sexuelle. La fait d'avoir cette mesure imposée est donc forte de signification pour les personnels des CMP. Madame S. nous précise cependant que ces mesures ne sont pas forcément adaptées: "*A partir du moment où tu as été condamné pour violence, tu as une obligation de soin. Et faut faire avec quoi même si ça nous semble pas forcément opportun.*"

Nicole, infirmière au CMP évoque en effet la difficulté pour certains de ses collègues d'accompagner le public sortant de prison: "*Donc ma collègue elle avait bossé en prison dans le passé et maintenant elle ne veut plus jamais suivre les sortants de prison. Et j'ai un collègue qui le dit hein, il ne pourrait jamais bosser en prison. Les sortants de prison, ça ne fait pas partie de leurs missions.*". Lorsque je lui demande qu'elle en est la raison elle émet l'hypothèse que ces patients ne sont pas "psychiatisés" et elle définit cela en indiquant: "*Je pense que c'est des gens qui à un moment donné ont besoin de soutien... Et aussi ça peut être des gens qui sont malades psychiquement mais qui sont aussi psychopathes. Et du coup ils ont du mal avec ça. Et je pense qu'ils aiment bien les gentils patients disciplinés peut-être*". Cela sous entend donc qu'un patient-détenu peut facilement être catalogué en tant que "psychopathe" et susciter le rejet chez certains soignants du fait qu'ils ne sont pas considérés comme des patients légitimes, puisque pas uniquement "psychiatisés", et donc potentiellement dangereux. J'émet l'hypothèse que ces patients multiplient les problématiques et que de ce fait, il peut-être plus complexe de les accompagner. Nicole indique clairement que ces patients ainsi stigmatisés sont exclus de certaines activités thérapeutiques: "*Par exemple on va faire un groupe une activité à l'extérieur, on va faire une promenade ou autre chose, je pense que ces patients là ne vont pas être invités par exemple. Parce qu'ils sont compliqués à gérer*¹¹. *Y'a peut-être une certaine peur aussi. Comment il va agir avec les autres, et puis il a dit l'autre jour qu'il se baladait toujours avec un couteau. Ben non on va pas l'inviter. Donc ils sont traités un peu différemment des autres patients je pense.*". C'est également ce que nous avons pu remarquer lorsqu'un médecin du service a orienté un patient sortant vers une prise en charge en hôpital de jour et que cela a été refusé sous prétexte que son profil n'était pas adapté. A noter que Nicole m'a précisé que dans la formation initiale des infirmiers, la stigmatisation n'était pas une thématique traitée et que la sensibilité plus particulière aux questions de justice et précarité, viennent d'une curiosité personnelles qui l'a amenée à se former par elle-même à ces thématiques et ainsi mieux en comprendre les enjeux.

¹¹ Ceci doit être mis en lien avec l'exemple de Monsieur K. qui a été refusé à l'hôpital de jour.

Dans ma pratique, j'ai également pu observer que les informations collectées à propos d'un patient, et ce notamment via un logiciel partagé par tous les membres de l'hôpital, peut avoir un effet stigmatisant. En effet, après chaque consultation les professionnels sont tenus d'inscrire dans leur rubrique concernée la situation à un instant T du patient. Souvent alors, le professionnel qui prend le relai va partir de ces observations quant à sa prise en charge. Bien qu'indispensable dans certains cas, ce relai d'information peut parfois avoir un effet stigmatisant et déformer le regard du professionnel lors de la première rencontre avec son patient. Je mettrai également cela en lien avec la prise en charge des patients-détenus lorsqu'ils reviennent en détention, qui retrouvent les mêmes référents soignants que lors de leur précédente incarcération. Généralement donc, et ce d'autant plus quand cela fait maintes et maintes fois que la personne revient, la prise en charge reprend quasiment là où elle s'est arrêtée, comme si le patient n'avait pas évolué entre temps. Cela a été exprimé par Monsieur B. qui m'indique ne prendre du Subutex que lorsqu'il est incarcéré, cet élément n'étant pas évoqué avec son psychiatre qui reconduit la prescription à chaque retour en détention, comme un automatisme.

Du point de vue du droit commun

Cette double entrée justice et psychiatrie, comme nous l'avons vu peut-être un frein à l'accès au droit commun. Nous avons pu évoquer cela avec Monsieur J. qui ne pouvait plus prétendre aux services sociaux ni au CMP de son secteur. Citons l'exemple de Monsieur H. qui avait été accueilli dans un centre d'hébergement et de réinsertion sociale (CHRS) dans l'attente d'une place en foyer d'accueil médicalisé pour personnes en situation de handicap psychique (plusieurs mois voire années d'attente) dont le projet avait été initié pendant l'incarcération. Monsieur avait fugué de la structure d'hébergement en "empruntant" une voiture dont les clés étaient sur le contact, à un habitant du village. Pris de remord et conscient de son erreur, il ramènera le véhicule au bout de quelques heures mais se fera exclure du lieu d'hébergement se retrouvant donc à la rue, puis réincarcéré. Une nouvelle demande d'hébergement sera alors déposée au service d'insertion d'accueil et d'orientation de l'agglomération (SIAO) censé "apporter à chaque demande la réponse la plus adaptée, que celle-ci relève de l'hébergement, du logement accompagné ou du logement ordinaire" (18), qui refusera cette demande argumentant qu'aucune structure ne pourra correspondre au profil de Monsieur qui se retrouvera donc sans aucune perspective de lieu de vie à l'échelle du droit commun. A supposer donc par cette réponse, que la vie à la rue est plus adapté à son profil. Cet exemple démontre qu'à partir d'une expérience, ce Monsieur a été catalogué et assigné à un profil ne correspondant à aucune case existante au niveau de la réinsertion et que de ce fait, aucune solution ne peut lui être apportée. Concernant les dispositifs d'hébergement, j'ai également remarqué que quelle que soit la demande ou le profil du patient détenu qui sort de détention, ils sont orientés 95% du temps sur des dispositifs

CHRS en collectif, ce qui n'est souvent pas leur demande et ne reflète pas leurs besoins en accompagnement et ce qui peut induire que la mise en échec de l'accueil.

Les professionnels du droit commun peuvent également représenter un frein à l'accès aux droits du fait de leurs représentations. En effet, je me rappelle que lors de la sortie d'un patient en aménagement de peine en bracelet électronique, j'avais tenté de faire le lien avec le centre médico-social départemental de sa commune afin de préparer sa fin de peine et également de travailler sa recherche de logement ou d'hébergement. J'ai donc accompagné ce Monsieur au rendez-vous avec l'assistante sociale afin de faire le lien et de voir dans quelles mesures nous pouvions nous répartir les différents volets de l'accompagnement social. Ce Monsieur étant complètement réticent à l'éventualité d'accéder à un hébergement, j'évoque le fait que nous avons déposé une demande de logement social. L'assistante sociale répondit alors que de toute manière ce Monsieur ne pouvait pas dépendre du logement social et vivre de manière autonome. Monsieur argumente alors son choix de refus de l'hébergement sans être entendu. Nous continuons l'entretien en évoquant d'autres points à aborder. Monsieur refusera par la suite de retourner voir cette assistante sociale. Je me questionne toujours aujourd'hui sur la réponse donnée par cette assistante sociale et dans quelle mesure elle s'est sentie légitime d'interdire l'accès au droit commun à une personne.

Il semble donc que les professionnels, par manque de formation, méconnaissance ou préjugés peuvent parfois orienter leur accompagnement de manière différente du fait de ce statut d'ancien détenu ou de patient. Il me semble également important de noter que ces différents services, et notamment les services du SPIP en milieu ouvert et des CMP n'ont que très rarement l'occasion d'être en lien, ce qui laisse supposer une méconnaissance des réalités de terrain et des pratiques de chacun ayant certainement des conséquences sur quant à la stigmatisation et l'accompagnement des patients-détenus à leur sortie.

2.2.2. Le point de vues des patients détenus

Les deux patients-détenus interrogés

Afin d'introduire cette partie, il me semble intéressant de décrire rapidement, au travers des deux entretiens effectués, l'essentiel des points de vues et parcours de ces deux personnes.

-Monsieur B.

Agé de 51 ans, Monsieur B. est le 3ème enfant d'une famille de cinq. Originaire d'Algérie, sa famille est arrivée en France l'année de sa naissance. Au décès de son père, Monsieur a 13 ans, il est placé

dans des foyers et peu de temps après connaît sa première expérience avec la prison. A 16 ans, il a sa première peine qu'il qualifie de longue, passant 7 mois en détention et dès sa majorité, enchaine les longues peines. Il compte ses années d'incarcération au mois près, cela fait donc 35 ans et demi qu'il a passé en détention. Il était en couple durant 10 ans et de cette relation est née sa fille, âgée aujourd'hui de 17 ans qui est elle-même placée en famille d'accueil, avec qui il est en contact. Cette relation s'est avérée de plus en plus nocive à Monsieur au fil des ans et a même été à l'origine d'une de ses incarcérations. Il est toujours en lien avec ses frères et sœur et sa mère mais, chacun ayant fait leur vie, il ne souhaite pas les solliciter pour quelconque soutien matériel. Malgré le fait qu'il soit suivi par l'équipe du SMPR durant chacune de ses détentions, Monsieur B. justifie cet accompagnement dans l'objectif d'avoir des traitements *"pour planer un peu, pour que la peine passe plus vite"*. Il différencie le lien qu'il entretient avec la psychiatrie et celui des *"vrais cachetonnés qui sont des zombies"*. Comme cela, il ne se sent pas stigmatisé par ce suivi et ne continue pas à sa sortie. Globalement, il a des difficultés à reconnaître la nécessité d'être accompagné à l'extérieur. Il est malgré tout titulaire d'une allocation adulte handicapé depuis 2016. Monsieur se sent surtout stigmatisé par la justice qui d'après lui ne le juge plus que sur son parcours judiciaire et ne prend pas en compte ses fragilités, son instabilité et ses difficultés d'insertion à l'extérieur. Il explique également que la vie à l'extérieur est très difficile, qu'il parvient à s'y contraindre après sa sortie et puis qu'à un moment donné il va baisser les bras et abandonner les démarches, ce qui lui vaut généralement un retour en détention. Monsieur a eu plusieurs expériences de vie à la rue, d'accueil en Centre d'hébergement et réinsertion sociale, d'accueil ponctuel chez des connaissances, sans réussir à trouver un lieu de vie serein et revenant toujours à la prison. Il ne se sent plus à sa place en détention, faisant partie des anciens détenus et indiquant qu'il n'y a plus de respect de la part des jeunes et que l'organisation sociale propre à la prison par le passé n'existe plus. Monsieur a été réincarcéré en juin 2018 nous travaillons sur un projet de maison relai pour sa sortie en décembre

-Monsieur K.

Monsieur K. est né en 1972 et aujourd'hui âgé de 46 ans. Originaire de la Lorraine, il est le deuxième enfant d'une famille originaire d'Algérie. Monsieur est père de deux fils âgés aujourd'hui de 19 et 16 ans et est séparé de leur mère depuis plusieurs années. Il n'est pas en contact avec eux actuellement. Il a connu sa première incarcération en 1998 pour une longue peine regroupant plusieurs affaires différentes. Il explique avoir tellement côtoyé les établissements pénitentiaires qu'il a du mal à retracer son parcours précisément. Il a été en lien avec la psychiatrie durant une de ces incarcérations et sera accueilli au SMPR de Toulouse durant plusieurs mois. Il a également intégré le dispositif, à l'époque en expérimentation, du *"un chez soi d'abord"* durant environ deux ans. Conscient de la pertinence du dispositif qui a su parfaitement s'adapter à ses difficultés, Monsieur explique que la seule donnée manquante à sa réinsertion à cette époque était le travail, qu'il avait mis de côté. Il a donc été réincarcéré

puis est sorti en décembre 2017 sans aucune préparation du projet de sortie, Monsieur expliquant qu'il n'était plus en lien avec le SPIP du fait d'une incarcération difficile. Il est donc venu en Isère afin de s'éloigner de son réseau habituel et est venu vivre chez son cousin. Il a été réincarcéré en mars 2018 et a intégré le SMPR de Varcès en juin 2018. Monsieur est aujourd'hui sorti en CHRS et travaille sur son projet professionnel, ce qui lui semble indispensable et la condition de sa réintégration de la communauté. Monsieur est conscient de la nécessité du soin psychiatrique dans son parcours. Il indique cependant ne pas en parler et notamment à sa famille qui ne comprendrait pas, du fait peut-être de la culture algérienne qui ne donne pas de légitimité à la psychiatrie. Il perçoit une AAH depuis plus de 10 ans. Monsieur K. explique bien que ses années d'incarcération lui ont fait perdre les codes de fonctionnement en société et a tendance à s'exclure du fait de ce manque. Il est également conscient de sa problématique d'addictions qui sont repérées comme un moyen d'éviter les difficultés du quotidien et qui, en même temps, sont en partie la cause de ses réincarcérations.

La stigmatisation pendant l'incarcération.

Même si le sujet de ce travail concerne plutôt la question de la stigmatisation en dehors de la prison, il me semble important d'aborder rapidement la question de la stigmatisation en milieu carcéral qui est très codifiée et qui peut avoir une incidence quant à la santé mentale du fait du stress qu'elle peut provoquer et également du frein qu'elle peut être par rapport à l'accès aux soins. La spécificité du public cible de ce travail est d'avoir connu plusieurs incarcérations. La vie carcérale en tant que milieu fermé est une organisation sociale à part entière avec ses propres normes, valeurs et codes, une violence quotidienne, qu'elle soit symbolique ou réelle, que ce soit entre détenus ou avec le personnel pénitentiaire. Ainsi, si certains signes distinctifs sont reconnus et valorisés (certains tatouages, les tenues, coupe de cheveux, manières de communiquer) d'autres entraînent une stigmatisation pouvant avoir des conséquences sur la vie quotidienne en détention. Aussi, les personnes dont le motif d'incarcération est en lien avec des violences sexuelles (appelés les "pointus" ou "pointeurs") sont très stigmatisés, ceci entraînant automatiquement une maltraitance à leur égard de la part d'autres détenus et donc très souvent un isolement total afin d'éviter cela. Il est important de souligner que certains codes valorisés en prison deviennent stigmatisant à l'extérieur, comme l'indique Monsieur B.: "*Moi j'ai tous ces tatouages sur les bras, franchement, dès que je sors j'ai toujours des manches longues. Ça se fait pas t'es tout de suite repéré. J'aimerais les faire enlever franchement.*". Nous avons d'ailleurs été confrontés à un détenu qui s'est enlevé lui-même ses tatouages au couteau afin de ne plus se sentir stigmatisé. Enfin, notons que les personnes repérées comme suivies par l'équipe de psychiatrie peuvent être susceptibles d'être stigmatisées comme "cachetonnés" ce qui peut également être un frein quant à l'accès aux soins. Globalement, le milieu carcéral est un lieu hostile qui ne favorise pas la question de la

confiance en autrui et ni en soi même et invite les personnes à développer une méfiance synonyme de survie qui pourra représenter un frein à l'accès au droit et au soin.

La sortie et l'autostigmatisation

Si on parle du choc de l'incarcération, il me semble que nous pouvons également évoquer le choc de la sortie qui n'est pas une totale libération, et plus particulièrement pour les personnes évoquées dans le cadre de ce travail dont les conditions de sortie sont souvent très précaires (sans logement, sans ressource, sans être attendus à l'extérieur), et ce même si elles ont impulsé des démarches en amont. Monsieur K. évoque cette sensation de se sentir à part, mis à l'écart du reste de la population: "*tu es à l'opposé, tu es pas la même choses que les gens dehors, tu te sens surveillé, regardé. Ce qui est dur ouai c'est le regard des gens, t'es pas comme eux. Déjà tu es mal, tu crois que sur ton front, y'a écrit prisonnier ou jsais pas quoi. Tu t'habitues au bout d'un moment quand même, jsais pas au bout d'un an mais au début c'est trop dur. Même on est pas habillé pareil, quand tu prends le métro le tram, les gens ils se parlent pas, en fait c'est leur problème mais t'as aussi l'impression que c'est par rapport à toi.*", Monsieur B. lui aussi nous dit: "*C'est vrai que quand on sort de prison on est un peu parano. on a l'impression que c'est écrit sur notre front qu'on est "libérable". Ca rend parano, t'as l'impression que les gens savent que ça fait un an ou deux ans que t'étais en prison. C'est pour ça que les gens ils vont boire. Pour se détendre. Au début encore ça va, tu tiens tu tiens, puis y'a toujours à un moment donné où t'en peux plus, c'est trop l'angoisse. Et tu lâches et ça recommence.*" Au travers de ces deux citations, on peut bien percevoir comment l'autostigmatisation à la sortie d'incarcération peut avoir des effets sur les comportements à risque. Ici, Monsieur B. évoque la prise de substance afin d'échapper à cette sensation de paranoïa.

Ce statut de détenu intégré par ces messieurs comme leur seul statut social à l'extérieur va également avoir des incidences sur les liens qu'ils peuvent créer. En effet, Monsieur K. m'indique lorsque nous évoquons la question de son lien à l'autre: "*Alors avec les autres c'est très bizarre même se remettre en couple. Moi je sais pas, tu sais pas quoi dire aux gens, à la fille. Tu veux que je lui parle de quoi, de la prison?*". Cette remarque peut être mise en lien avec la difficulté à se resocialiser et à côtoyer des personnes qui ne sont pas en lien avec le milieu carcéral. S'il semble plutôt facile de pouvoir éviter de parler de l'incarcération, il semble en revanche plus compliqué de trouver les codes sociaux visant à entrer en lien avec autrui. Ainsi, comme nous avons pu le voir dans l'exemple où monsieur K. avait été invité chez des amis de son cousin, les patients-détenus à la sortie vont éviter les rencontres avec des personnes hors du circuit "prison". Par conséquent, ils vont plus facilement se rapprocher de ceux qui ont les même codes qu'eux, c'est à dire des anciens détenus, ce qui peut favoriser différents types de conduite à risque pouvant entraîner un franchissement de la norme ayant généralement une incidence négative sur leur parcours que ce soit l'exclusion des lieux d'hébergement, un retour en

détention, des violences et globalement des mises en danger allant jusqu'au danger de mort. Nicole évoque également cela: "*Et sur la resocialisation et la réintégration dans un milieu ordinaire en fait, le notre, avec toute la complexité qu'il peut y avoir pour eux qui sortent de prison, pour le travail, pour les formations tout ça. Et après avec cette rupture de temps... Faut reprendre le rythme, et puis dans quelles conditions! Parce que si ils sont abandonnés par la famille. La question du logement... Puis les gens, leur entourage, les gens sur qui ils peuvent compter vraiment. Moi j'ai l'impression qu'ils sont (silence) rares en fait. Et puis peut-être la peur de refaire une connerie parce que... ben on le voit, ceux qui reviennent en prison, ils n'ont pas de formation, ils n'ont pas de boulot "normal". Ben ils refont des vols ou des braquages... Parce que c'est aussi leurs fréquentations. Ils sont aussi peut-être influençables. Et du coup, ils ont vite fait de partir dans des actes délictueux.*".

Nicole amène un élément supplémentaire dans cette citation, c'est la difficulté à retrouver le rythme, à comprendre le fonctionnement complexe de toutes les démarches qu'ils ont à effectuer. Le fait de ne pas savoir gérer cela peut avoir un effet stigmatisant et inciter à l'abandon des démarches comme le dit Monsieur K.: "*Quand tu sors de prison il faut tout faire sur internet. Maintenant ça va mieux mais si tu vas à un bureau et que la femme elle te dit: "il faut faire la démarche sur Internet" et que tu lui dis que tu sais pas faire, la meuf elle te regarde avec des yeux comme ça genre, tu sors d'une forêt ou quoi et toi franchement t'as trop honte.*". La complexification des démarches administratives et l'utilisation généralisée et quasi obligatoire d'Internet, peuvent être facteur de stigmatisation chez ceux qui ne sont pas familiarisés avec cela (on parle d'ailleurs de l'exclusion numérique). Il me semble également que les interdictions fixées dans le cadre de la détention (pas d'accès à Internet, contrôle des appels téléphoniques rendant impossible les démarches administratives...) ne favorisent pas la prise d'autonomie des patients-détenus qui à la sortie ne savent pas faire ces démarches et se sentent stigmatisés de ne pas savoir les faire et souvent, abandonnent et se retrouvent en marge au niveau administratif et quant à la prise en charge de leur santé.

Enfin, j'évoquerais la situation d'un patient détenu que j'accompagne actuellement dans le cadre de son aménagement de peine au Centre de Semi-Liberté. Monsieur avait fait une demande de domiciliation à la ville de Grenoble afin d'avoir une adresse administrative sans lien avec la justice. Cela a été refusé car, il doit obligatoirement utiliser l'adresse du Centre de semi Liberté. Monsieur me disait donc qu'il en avait marre de devoir indiquer cette adresse à ses interlocuteurs et dans ses démarches car il sentait une réaction négative de la part de ses interlocuteurs lorsqu'ils comprenaient où se situait le "51 rue Abbé Grégoire"¹². De même, les personnes sous écrou incarcérées ou en aménagement de peine, sont inscrites à un régime spécifique de la sécurité sociale, le Centre National des Personnes écrouées (CNPE) géré par la Caisse Primaire d'Assurance Maladie (CPAM) de Cahors. Ainsi, lors de ses

¹² Cette adresse est l'adresse du Centre de Semi Liberté, bien repérée comme telle.

démarches de santé, et notamment à la pharmacie, il m'indiquait qu'il percevait une réaction négative lorsque le pharmacien prenait conscience par cette affiliation, qu'il était face à une personne sous main de justice. De plus, pour avoir accompagné une autre personne chercher son traitement à la pharmacie, je sais que certains professionnels ne sont pas informés de ce détail et questionnent les personnes quant à cette bizarrerie administrative: "Mais pourquoi vous êtes affilié à la CPAM du 46, c'est très bizarre, vous devriez être à la CPAM 38?", la personne que j'accompagnais essayent d'expliquer discrètement la situation mais étant très mal à l'aise. On comprend donc aisément comment ce genre de situation peut créer un frein quant à l'accès au soin.

Globalement, on peut au travers du discours des patients-détenus que la stigmatisation et l'autostigmatisation favorisent un isolement social, constituent un frein dans la mise en œuvre des démarches d'insertion pourtant indispensable à la poursuite de leur parcours dans la cité et aboutissent à une auto-exclusion dommageable.. Le système administratif de gestion des détenus peut favoriser la stigmatisation des détenus lors de leur sortie et leur impose d'afficher leur statut, ce qui peut-être très compliqué du point de vue de l'intégration sociale. Comment peuvent-ils ne plus s'identifier à ce statut de détenu si celui-ci est indissociable de leurs documents administratifs?

2.2.3. Le dispositif "un chez soi d'abord": une porte ouverte pour éviter des porte battantes

Il me semblait important de terminer ce travail en évoquant ce dispositif innovant auquel nous avons été sensibilisés durant les semaines de formations du DIU, que ce soit par la rencontre de l'équipe du "Un chez soi d'abord" à Lille ou en rencontrant deux des protagonistes à l'origine du projet à Marseille. En parallèle, il se trouve que ma ville d'exercice a été choisie parmi dix autres villes de France pour mettre en œuvre de manière pérenne le "Chez soi d'abord à partir de 2018-2019 et que mon service, comme définit par les décrets d'applications, est désigné parmi les trois unités (avec l'équipe mobile psychiatrie précarité et un CSAPA) au sein de l'équipe d'orientation. A contre courant des dispositifs actuels en matière d'accès à l'hébergement et au logement pour les publics les plus précaires, le Chez soi d'abord m'apparaît comme une proposition visant à déstigmatiser ces publics, à individualiser les réponses qui leurs sont données et ce dans un principe d'égalité de traitement et de prise en compte de leurs souhaits.

Emergence du dispositif

En 2007, l'association le Marabout du 46 voit le jour, portée par Vincent Girard et Hermann Handluber, respectivement psychiatre et médiateur santé pair à Médecins du monde. Partant de leurs expériences respectives, l'un de ses observations aux Etats-Unis du "housing-first" et de la démarche d'intégration des travailleurs pairs, l'autre en tant que détenteur d'un savoir expérientiel de la vie à la rue et de la maladie mentale, ils décident de construire une expérience commune: squatter un immeuble à Marseille afin d'y héberger des personnes sans domicile ayant une problématique de santé mentale afin de favoriser leur accès aux soins. Partant effectivement du principe que la vie à la rue en tant que telle est facteur de problématique de santé mentale (expérience de la survie, stress permanent, addictions, manque d'hygiène, difficulté de satisfaire des besoins primaires...) et que les dispositifs actuels d'accueil de ce public étaient trop exigeants et stigmatisant pour que les personnes puissent y adhérer, ils se sont basés sur l'idée que la logique du rétablissement passait déjà par le fait d'avoir un toit. Défendant cette idée et profitant d'une fenêtre d'opportunité politique questionnant le lien entre précarité, santé mentale et dangerosité (en 2006 mouvement des enfants de Don Quichotte, le Droit Au Logement Opposable apparaît en 2007, le fait divers à Grenoble de l'étudiant poignardé par un schizophrène ...) Roselyne Bachelot, alors ministre de la santé, viendra à leur rencontre afin d'observer cette expérience unique et innovante. Suite à cela, le squat sera légalisé en 2008 et Roselyne Bachelot sollicitera cette équipe afin d'écrire un rapport partant de cette expérience. Celui-ci sera donc rédigé en 2010 préconisant une expérimentation sur le modèle du Logement d'abord, Dès 2011, quatre villes, Lille Marseille, Paris et Toulouse, expérimenteront le dispositif "Un Chez soi d'Abord" et ce jusqu'en 2016, le tout chapeauté par la Direction Interministérielle à l'hébergement et à l'accès au logement (DIHAL).

Pour prétendre au dispositif, les personnes doivent justifier d'un parcours d'itinérance absolue¹³, avoir une pathologie mentale sévère¹⁴, des besoins sociaux élevés, pouvoir prétendre sur le court ou moyen terme à des ressources, adhérer à un accompagnement et enfin et surtout, de souhaiter avoir un logement. Contrairement à la plupart des dispositifs d'hébergement d'insertion, il n'y a pas obligation de sevrage des addictions ni de suivi psychiatrique. Cette expérimentation étant réfléchiée dans le cadre d'un programme de recherche a nécessité une randomisation, c'est à dire une comparaison entre les publics bénéficiant du dispositif et ceux restant dans le parcours classique. 705 personnes ont donc été intégrées au programme de recherche dont 353 tirées au sort pour bénéficier du "Un chez soi d'abord".

¹³ L'itinérance absolue est définie par le fait d'être "sans domicile fixe depuis au moins sept nuits et d'avoir peu de chances de trouver un logement au cours du mois suivant ou d'être en situation de logement précaire.

¹⁴ Sont considérées comme pathologie mentale sévère la schizophrénie et les troubles bipolaires.

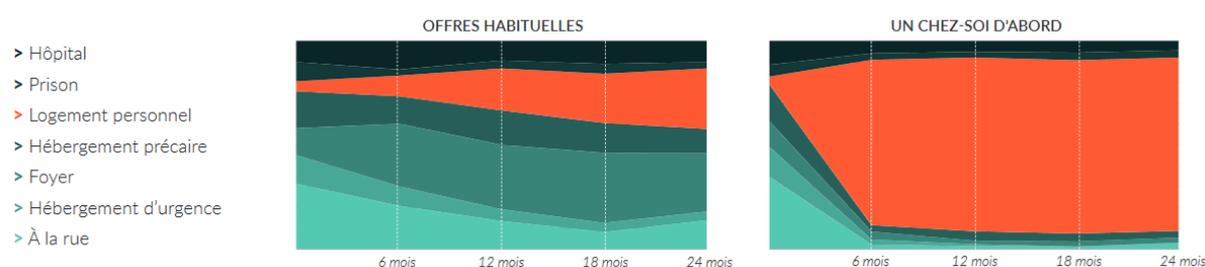
Une fois la personne intégrée au dispositif, l'équipe a 60 jours pour trouver un logement à la personne, en fonction de ses souhaits et selon les disponibilités et les situations administratives, dans le parc privé ou public, en intermédiation locative ou directement au nom de la personne.

La philosophie du dispositif "un chez soi d'abord"

La logique du dispositif veut que lorsque l'équipe reçoit les personnes qui lui ont été orientées, elles n'ont aucun élément médico-sociaux en amont et, dans un objectif de non stigmatisation, va démarrer l'accompagnement à partir de ce que la personne elle-même veut en dire. Cette équipe pluridisciplinaire d'accompagnement réfléchit sur un principe horizontal (chaque professionnel est un représentant du chez soi d'abord et non pas un représentant de sa fonction professionnelle) inclue les compétences d'un psychiatre, un médecin généraliste, des infirmiers, des travailleurs sociaux et, grande innovation, des médiateurs santé pair. L'objectif sera alors par des visites régulières, allant de minimum une fois par semaines à plusieurs fois par jour lorsque cela est nécessaire, d'accompagner la personne dans son projet de vie vers les services de la cité qui lui sont nécessaires dans une logique de rétablissement en santé mentale. Cette notion est définie par William Anthony l'un des fondateurs du concept comme *"une démarche personnelle et unique visant à changer son attitude, ses valeurs et sentiments etc. et qui remet en question l'hypothèse pessimiste selon laquelle la maladie mentale serait incurable."* (19). Comme l'ajoute Patricia Deegan le rétablissement est un *"processus dont le but n'est pas de devenir "normal". Le rétablissement est une façon de vivre, une attitude et une façon de relever des défis de la vie de tous les jours [...] c'est l'aspiration à vivre, à travailler à aimer et ce dans une communauté dans laquelle il est possible de prendre sa place pleine et entière"* (20, p 9). Au travers de la notion de rétablissement à laquelle sont formés tous les membres de l'équipe, on comprend bien que le dispositif est donc davantage réfléchi dans une dimension éthique et politique de l'accompagnement en santé mentale que seulement dans une logique médicale. La personne est donc considérée dans sa globalité comme membre à part entière d'un groupe ayant des capacités d'agir sur sa propre existence et non pas comme un schizophrène, un ancien détenu ou un toxicomane. L'accompagnement sera alors réfléchi dans cette logique d'empowerment, c'est à dire de la reprise du pouvoir de la personne sur sa propre vie. De plus, l'intégration au dispositif n'a pas de durée prescrite de manière à respecter la temporalité de ces personnes, pour qui l'accès à un logement bien que souhaité, n'est pas une évidence. La personne s'expérimentant à la vie autonome est accompagné de manière inconditionnelle tant qu'elle respecte la loi et qu'elle adhère à l'accompagnement proposé et même si des difficultés d'occupation du logement sont remarquées, il n'y a pas de rupture dans l'accompagnement selon le principe de réversibilité, laissant une part de droit à l'erreur sans que cela soit considéré comme un échec.

Vers la pérennisation et la généralisation du dispositif

Cette expérimentation a donc démontré que 85% des personnes intégrées dans le dispositif étaient toujours logées 2 ans après, 78% en étaient satisfaites de cela et globalement, une meilleure qualité de vie est observée, la plupart ayant par exemple repris des contacts avec leur famille ou leur entourage proche. L'âge moyen des personnes accueillies est de 37 ans, 69% présentent une schizophrénie et 31% des troubles bipolaires, 83% sont des hommes et 79% souffrent d'une addiction. Le recours à l'hospitalisation est diminuée de moitié par rapport au groupe témoin et le taux d'incarcération est également diminué comme on peut l'observer sur le schéma ci-dessous:



(21)

Les motifs de l'accompagnement concernent pour 32% la santé et le bien-être, pour 32% des visites de soutien et de maintien du lien, 14% par rapport au logement, 11% pour de l'accompagnement juridique et social et 11% pour une aide au quotidien et aux loisirs, le tout étant géré par un professionnel pour 10 locataires. Globalement donc, le coût lié à l'intégration d'une personne sur le dispositif est de 14000 euros pour une année contre 19000 euros en ce qui concerne les parcours classiques.

Ce sera donc le décret 2016-1940 du 28 décembre 2016 relatif aux dispositions d'appartement de coordination thérapeutique "un Chez soi d'abord" (22) qui entérinera l'existence de ce dispositif. En conséquence, le dispositif a été pérennisé dans les quatre villes expérimentales et entre 2017 et 2022, 16 villes (quatre par an) vont également être porteuses du projet (23). Dans ce contexte donc, Grenoble a été choisie pour la première année et 100 places sont donc prévues afin d'accueillir du public sur cette agglomération (50 places la première année puis 50 places la seconde). Un travail en amont visant à réfléchir la mise en œuvre du projet, à constituer un Groupement de Coopération Sociale et Médico-sociale et à organiser la commission d'admission du dispositifs a permis, au-delà de la mise en place du projet, un travail de réflexion global durant plusieurs mois des professionnels de différentes

institutions sociales et médico-sociales ainsi qu'une meilleure connaissance mutuelle de ces différents intervenants.

Le dispositif "Un chez soi d'abord", porté par la philosophie du rétablissement, centré sur l'individualisation des mesures d'accompagnements, partant de la parole des personnes et acceptant le droit à l'erreur dans un parcours, me semble être une proposition répondant aux difficultés abordées précédemment en terme de stigmatisation et d'autostigmatisation et ce dans une logique de santé mentale communautaire. Sans être une solution miraculeuse, il ne faut pas oublier que les publics accueillis sont dans des situations extrêmement complexes et dans des difficultés ancrées, il reste une des rares propositions où l'on tente de s'adapter à la personne en difficulté et non pas l'inverse, ce qui en soi est déjà une manière de ne pas stigmatiser.

3. Conclusion

J'ai voulu profiter de cet espace de recherche et de réflexion afin de tenter d'éclairer les multiples interrogations qui se posent dans ma pratique professionnelle au quotidien, au sein d'une équipe de psychiatrie en milieu carcéral, et ce dans une logique de santé mentale communautaire. Le sujet étant très large et mes questions, beaucoup trop nombreuses, il a fallu que je fasse des choix quant aux thématiques à traiter. J'ai donc volontairement laissé de côté certains sujets qui pourtant mériteraient d'être intégrés à ce travail, en particulier ce qui concerne les questions d'irresponsabilité pénale mais aussi, l'évolution de la justice et des peines au fil des siècles, et ce notamment en étudiant l'œuvre du philosophe Michel Foucault.

Pour ce travail de recherche, j'ai avant tout souhaité partir du point de vue des premiers concernés, (qui sont paradoxalement souvent les derniers sollicités dans les réflexions les concernant) les patients-détenus, afin de comprendre leur point de vue par rapport à cette question de la stigmatisation. Si l'on parle de LA stigmatisation, au travers des réflexions évoquées tout au long de ce mémoire, j'ai pu voir que l'on peut davantage parler des différents types de stigmatisations. Leurs conséquences, également multiples (discrimination, auto-stigmatisation, auto-exclusion...), peuvent mettre à mal les objectifs fixés dans nos accompagnements de ce fait, il est indispensable de comprendre plus en détail ce phénomène et les procédés de lutte contre la stigmatisation.

Nous avons pu voir que les patients-détenus sortants d'incarcération sont davantage susceptibles de présenter des stigmates qui leur donneront le sentiment d'être mis à distance de la société dans laquelle ils essaient de s'intégrer. Si pour les professionnels il est difficile de faire abstraction des périodes d'enfermement dans la compréhension de leurs parcours, les réflexions engagées dans ce travail laissent penser que cela semble pourtant indispensable afin qu'eux-mêmes puissent s'en dégager et éviter de s'exclure d'emblée de dispositifs qui leurs sont pourtant destinés. Dans ce but, il apparaît également comme indispensable que les multiples professionnels gravitant autour de ces personnes, parviennent à travailler ensemble afin de mieux comprendre leurs pratiques respectives et d'accompagner les personnes dans leur globalité dans une logique de déstigmatisation. J'évoquerais ici l'exemple de la réunion maillage santé justice qui existe actuellement sur Grenoble et ce depuis plusieurs années et qui rassemble trimestriellement les professionnels de la santé mentale (USN2, CMP disposant de plateformes référentielles à destination des auteurs de violences sexuelles, médecins coordonnateurs des mesures d'injonction de soin, association de victimes ou d'agresseurs) et de la justice (SPIP, Juges d'Applications des Peines) et qui me paraît être un espace de travail idéal afin d'élaborer une philosophie commune pour ces publics complexes.

J'ai évoqué en introduction le dispositif projet expérimental "d'Alternative à l'Incarcération par le Logement et le suivi Intensif" (voir Annexe I, p 46) qu'il me semble important de citer à nouveau en

conclusion, tant cette expérimentation est intéressante dans une logique de lutte contre la stigmatisation au travers de la prévention. En effet, en partenariat avec le Tribunal de Grande Instance de Marseille, le dispositif propose aux personnes passant en comparution immédiate, repérées comme ayant une problématique de santé mentale et sans domicile fixe, d'intégrer le dispositif afin d'entrer dans un parcours de suivi intensif en matière de santé mentale pour une durée de 24 mois, dans une philosophie similaire à celle du dispositif d'Un Chez soi d'abord. Les porteurs de cette expérimentation font le pari que les personnes intégrées au dispositif auront un parcours de rétablissement et de réintégration de la société davantage facilité s'ils évitent l'incarcération, ce qui en conclusion de ce travail, semble être une piste intéressante à travailler.

Enfin, il me semble important de préciser que si ce travail évoque la stigmatisation dans le domaine de la santé mentale, du parcours en lien avec la justice et de la précarité, la stigmatisation, comme l'a développé Erving Goffman, est à comprendre dans sa globalité afin d'en effacer durablement les effets indésirables.

4. Bibliographie

- (1) SENON Jean-Louis. Psychiatrie de liaison en milieu pénitentiaire. [En ligne] Paris cedex 14: Presses Universitaires de France, 1998 "Médecine et société"[Consulté le 25/04/2018], Disponible à l'adresse: <https://www.cain.info/psychiatrie-de-liaison-en-milieu-penitentiaire--9782130493983.htm>
- (2) GOFFMAN, Erving. Asiles: études sur la condition sociale des malades mentaux et autres reclus. Paris: les éditions de Minuit , 1968.
- (3) BARON-LAFORET Sophie. "Guide des nouvelles obligations de soin", L'information psychiatrique 2009/8 (Volume 85), p 753-757. DOI 10.3917/inpsy.8508.0753 [Consulté le 24/09/2018].
Disponible à l'adresse: <https://www.cairn.info/revue-l-information-psychiatrique-2009-8-p-753.htm>
- (4) ROELANDT Jen-Luc. "Pour en finir avec la confusion entre psychiatrie et justice, hôpital psychiatrique et prison, soins et enfermement", L'information psychiatrique 2009/6 (Volume 85),(6), 525-535. doi: 10.3917/inpsy.85060525
Disponible à l'adresse: <https://www.cairn.info/revue-l-information-psychiatrique-2009-6-page-525.htm>
- (5) Organisation Mondiale de la Santé [en ligne]. 2018 [Consulté le 24/09/2018]
Disponible à l'adresse: <http://www.who.int/about/mission/fr/>
- (6) Ministère de la Justice. Statistiques mensuelles des personnes écrouées et détenues en France: situation au 1er août 2018. [En ligne] [Consulté le 3/09/2018]
Disponible à l'adresse: http://www.justice.gouv.fr/art_pix/mensuelle_aout%202018.pdf
- (7) CHEMLAL Khadoudja, ECHARD-BEZAULT Pascale, DEUTSCH Paule. Promotion de la santé en milieu pénitentiaire: référentiel d'intervention. Saint-Denis: Collection Santé en action, 2014, 228 pages.
- (8) Direction de la Recherche des Etudes de l'Evaluation et des Statistiques (DREES) Coordonné par COLDEFY Magalie. La prise en charge de la santé mentale: recueil d'études statistiques. [En ligne]. Paris: La Documentation Française, 2007. Collection Etudes et Statistiques. [Consulté le 25/08/2018]
Disponible à l'adresse: https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/sante_mentale_2007-2.pdf
- (9) DUBURCQ Anne, COULMOB Sandrine, BONTE Juliette, MARCHAND Cédric, FAGNANI Francis, FALISSARD Bruno. Enquête de prévalence sur les troubles psychiatriques en milieu carcéral (Phase 1 de l'étude épidémiologique). [En ligne] Bourg la Reine: 2004. Référence 2001-148. [Consulté le 12/09/2018]
Disponible à l'adresse: http://www.justice.gouv.fr/art_pix/rapport_detenus_MS_2004pdf.pdf
- (10) KENSEY Annie. Que sait-on de la situation socioéconomique des sortants de prison ? [En ligne] Revue du MAUSS 2012/2 (n° 40), p. 147-160. [Consulté le 12/10/2018] DOI 10.3917/rdm.040.0147
Disponible à l'adresse: <https://www.cairn.info/revue-du-mauss-2012-2-page-147.htm>
- (11) GIORDANA Jean-Yves, La stigmatisation en psychiatrie et en santé mentale. Issy les Moulineaux: Masson, 2010. Congrès de Psychiatrie et de Neurologie de Langue Française. 241 pages.
- (12) DOURVIL Henri. Les caractéristiques du syndrome de la porte tournante à l'Hôpital Louis-H. Lafontaine. [En ligne] Santé mentale au Québec, 1987 12(1), 79-89. DOI:10.7202/030374a [Consulté le 17/07/2018]
Disponible à l'adresse: <https://core.ac.uk/download/pdf/59310984.pdf>

- (13) Ministère des solidarités et de la santé. Feuille de route santé mentale et psychiatrie. [En ligne] Comité stratégique de la santé mentale et de la psychiatrie. Jeudi 28 juin 2018. [Consulté le 4/07/2018].
Disponible à l'adresse: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/180628_-_dossier_de_presse_-_comite_strategie_sante_mentale.pdf
- (14) GOFFMAN, Erving. Stigmate: les usages sociaux des handicaps. Paris: les éditions de minuit, [1963], 1975. Le sens commun. 175 pages.
- (15) BECKER Howard S. Outsiders: Etudes de la sociologie de la Déviance. Paris: Métalié, 1985. 248 pages.
- (16) GIORDANA Jean-Yves. Stigmatisation et discrimination en santé mentale: état des connaissances et des pratiques. Marseille: 21/06/2018. Document non disponible publié au CCOMS.
- (17) VANDERSTUKKER Olivier, GARAY Delphine, BENBOURICH Massile et al. Professionnels de la psychiatrie et de la pénitentiaire, le poids des représentations sociales: penser une articulation sans collusion ni clivage. [En ligne] L'information psychiatrique 2015/8 (Volume 91). [Consulté le 12/03/2018]
Disponible à l'adresse: <https://www.cairn.info/revue-l-information-psychiatrique-2015-8-p-676.htm>
- (18) Délégation Interministérielle de l'Hébergement et de l'Accès au Logement. Annuaire des SIAO: septembre 2014. [En ligne] [Consulté le 14/08/2018]
Disponible à l'adresse: https://www.gouvernement.fr/sites/default/files/contenu/piece-jointe/2014/10/dihal_-_annuaire_siao_ecran.pdf
- (19) CARIA Aude. Psycom. Paris: Inovagora. Site internet du Psycom.
Disponible à l'adresse: <http://www.psycom.org/Espace-Presse/Sante-mentale-de-A-a-Z/Retablissement>
- (20) DEEGAN Patricia. The lived experience of rehabilitation. Psychosoc Rehabil J [En ligne] 1988.
Disponible à l'adresse:
https://www.patdeegan.com/sites/default/files/deegan_p._le_retablissement_lexperience_vecue_de_la_rehabilitation_1988.pdf
- (21) Délégation Interministérielle de l'Hébergement et de l'Accès au Logement. Un chez-soi d'abord Retour sur 6 années d'expérimentation.
Disponible à l'adresse:
<https://www.gouvernement.fr/sites/default/files/contenu/piecejointe/2017/04/ucsa.pdf>
- (22) Ministère des Affaires Sociales et de la Santé et Ministère du Logement et de l'Habitat Durable. Décret n° 2016-1940 du 28 décembre 2016 relatif aux dispositifs d'appartements de coordination thérapeutique « Un chez-soi d'abord ». Journal Officiel de la République Française n°0303 du 30 décembre 2016, texte n°65. [Consulté le 16/10/2018]
Disponible à l'adresse : <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/decret/2016/12/28/2016-1940/jo/texte>
- (23) Délégation Interministérielle de l'Hébergement et de l'Accès au Logement. Dispositif d'appartement de Coordination Thérapeutique "Un Chez Soi d'Abord". Organisation, bilan et perspectives. Février 2018.

Disponible à l'adresse: https://www.gouvernement.fr/sites/default/files/contenu/piece-jointe/2018/06/05_2018_presentation_ppt_generale_ucbdb.pdf

Annexe I – Projet alternative à l’incarcération par le logement et le suivi intensif. Note de synthèse.

Projet AILSI

Alternative à l’Incarcération par le Logement et le Suivi Intensif

Note de synthèse

L’ONG Médecins du Monde coordonne le développement d’un projet d’alternative à l’incarcération à l’adresse des personnes vivant avec des troubles psychiatriques sévères, sans domicile et déferées en comparution immédiate.

Cette proposition s’appuie sur plusieurs constats : 1) Grande prévalence des troubles psychiatriques en détention et dans la population sans domicile ; 2) La détention n’est pas un lieu de soin ; 3) Peu d’accès aux logements, aux appartements de coordination thérapeutiques et aux hébergements transitoire en sortie de détention, a fortiori lorsque les personnes présentent des pathologies psychiatriques sévères ; 4) Récidive importante pour les sortants de détentions, surtout pour les courtes peines et les sorties sèches ; 5) pas d’étude en France sur le problème du revolving door (trajectoires en portes battantes rue-hôpital-prison) ; 6) Les personnes déferées en comparution immédiate, vivant avec des troubles psychiatriques sévères et sans logement font l’objet d’une décision de mandat de dépôt à l’issue de la comparution immédiate statistiquement plus importante que pour la reste de la population prévenue (70,9% vs 54,4%).

Le projet AILSI propose aux prévenus (vivant avec des troubles psychiatriques sévères et sans domicile) et aux magistrats des garanties de représentations par l’accès facilité à un logement adossées à un suivi intensif en santé mentale, pluridisciplinaire orienté vers le rétablissement pendant 24 mois. Le TGI de Marseille est partenaire du projet et participe à son élaboration.

Afin d’étudier l’efficacité de cette proposition, une étude interventionnelle contrôlée est réalisée en partenariat avec l’AP-HM et le laboratoire de santé publique (AMU EA 3279). 100 personnes constituent le groupe expérimental et 120 le groupe témoin. L’inclusion des 220 personnes est prévue sur 30 mois. Les résultats définitifs seront livrés 54 mois après le début des inclusions.

Cette étude sera financée par un Contrat à Impact Social. Il s’agit d’une adaptation française des social impact bonds anglo-saxons. Un opérateur propose une solution innovante à un problème social qui peut potentiellement générer des économies à la collectivité. Un contrat est établi entre l’opérateur, des financeurs privés et une structure étatique tiers-payeurs. Ce contrat fixe des indicateurs de résultats qui vont déclencher des remboursements aux financeurs avec possibilité de rémunération.

Pour AILSI : les financeurs privés seront des structures parapubliques (CDC, Fond d’investissement européen), des fondations et des investisseurs sociaux afin de limiter les possibilités de rémunérations (autour de 1 à 3%). La majorité des remboursements sera conditionnée au respect du calendrier des inclusions des populations expérimentale et témoin, avec entrée effective dans le logement en bail de sous-location pour la population expérimentale. Une deuxième tranche de remboursement sera conditionnée à la diminution des durées de réincarcération rapportée à la période d’observation en liberté de la population expérimentale en comparaison avec la population témoin. La dernière tranche qui pourra entraîner une rémunération sera conditionnée à la diminution du précédent indicateur au-delà d’un seuil qui permette de couvrir les coûts de mise en œuvre de la proposition innovante.

Le budget global est de 7 millions d’euros dont 1 million de recherche et 600 000 de coordination et reporting.

Médecins du monde coordonne un consortium constitué de l’APCARS (repérage de la population dans les geôles), l’AP-HM (Promoteur), laboratoire de santé publique AMU EA 3279 (évaluation), Isatis et CHS Edouard Toulouse (Suivi Intensif), JUST (sas entre le jugement et l’entrée dans le logement, accueil de crise) et Soliha Provence (intermédiation locative).

Annexe II - Grilles entretiens mémoire

Grille entretien patients-détenus :

Données générales et parcours :

-D'où venez-vous ? Quel est votre âge ? Dans quel contexte avez-vous grandi ?

Parcours judiciaire et en lien avec la psychiatrie.

-Pouvez-vous me raconter votre parcours judiciaire de votre première incarcération à aujourd'hui ?

-Pouvez-vous me raconter votre parcours en lien avec la psychiatrie ? Quel suivi ? Pour quels objectifs ? Quel vécu ?

Stigmatisation vécue

-Comment avez-vous perçu le regard des autres depuis que vous avez été incarcéré ?

-Comment percevez-vous le regard de ceux qui savent que vous avez un suivi ?

-Sachant que l'on définit la stigmatisation comme le fait de coller une étiquette à quelqu'un et de le juger négativement par rapport à cette étiquette, pensez-vous avoir déjà été victime de stigmatisation ? Du fait de votre parcours carcéral ? Du fait de vos problèmes de santé psychiatrique ? Si c'est le cas, qu'est ce qui fait que vous avez toujours le sentiment d'avoir cette étiquette ?

-Avez-vous observé cette stigmatisation chez d'autres ?

-De qui selon vous provient cette stigmatisation (pendant l'incarcération, à la sortie...) ?

-Avez-vous plutôt tendance à faire facilement confiance aux autres ? A vous-même ?

Conséquences de la stigmatisation :

-Quelles conséquences cela peut-il avoir sur vous ou les personnes sortant d'incarcération ? Sur votre propre image ? Sur vos projets de réinsertion ? Sur vos liens sociaux ?

Lutte contre la stigmatisation :

-Quels moyens avez-vous expérimenté pour lutter contre ce regard négatif pendant et après l'incarcération ? Des activités/actions particulières ? Des accompagnements ?

-Selon vous qu'est ce qui pourrait être mis en place dans ce but ?

Grille entretien infirmier

Parcours professionnel/Missions actuelles/valeurs dans le travail

-Peux-tu me retracer rapidement ton parcours professionnel ?

-Peux-tu m'indiquer les missions actuelles dans ton service ?

Stigmatisation du public sortant de prison

-Pourrais tu m'indiquer les particularités de la clinique auprès de patients détenus (incarcérés ou sortants) ?

-Dans le cadre du CMP, quelle part de la file active représente ce type de public? Comment arrivent-ils jusqu'à vous ?

-Quelle serait ta définition de la stigmatisation ?

-Dans quelles mesures tu pourrais dire que ce public est stigmatisé? L'est il plus que le public classique qui fréquente les CMP ?

-Qu'est ce qui selon toi crée cette stigmatisation ?

-Les patients ont-ils conscience de cette stigmatisation ?

-Dans quelles mesures ceci a des incidences sur leur réinsertion sociale, professionnelle, sur leur rétablissement ?

Déstigmatisation

-Dans quelle mesure cette question est travaillée dans le cadre de la formation infirmière ? Au travers de la formation professionnelle ?

-Quelles actions as-tu pu observer dans le cadre de ton travail visant à déstigmatiser ces populations ?

-Qu'est ce qui pourrait être davantage travaillé ?

-Travaillez vous en lien avec la justice dans ce but ?

Grille entretien SPIP

Parcours professionnel/Missions actuelles/valeurs dans le travail

- Peux-tu me retracer rapidement ton parcours professionnel ?
- Peux-tu me dire en quelques mots le contenu de la formation de CPIP ? (place du psy et de la question de la stigmatisation dans ce contexte)
- Depuis quand interviennent les CPIP et quelles sont ses missions ? (différence entre milieu fermé et milieu ouvert)

Stigmatisation du public sortant de prison

- Quel est la définition que tu donnerais de la stigmatisation et dans quelles mesure dirais tu que le public que tu accompagnes est touché par cela ?
- Quelles conséquences cela a sur leurs situations ?

Public psy

- Dans le cadre de tes missions, tu es amenée à accompagner des personnes ayant des problèmes de santé mentale, peux-tu m'indiquer de quelle manière ces personnes te sont orientées ? Comment sais-tu qu'elles sont considérées comme public suivi par la psychiatrie ?
- Dans quelle mesure la stigmatisation de ce public est-elle différente d'une personne qui n'aurait pas l'étiquette psychiatrie ? Quelles conséquences cela peut avoir sur leur réinsertion ?
- Dans quelles mesures ton accompagnement diffère par rapport à ce type de public ?
- Quel lien as-tu avec le personnel de la psychiatrie et quel regard as-tu sur les prises en charge ?

Déstigmatisation

- Dans le cadre du SPIP quelles actions liées à la déstigmatisation sont envisagées ?
- D'après toi, qu'est ce qui pourrait être travaillé en ce sens ?

Si l'intégration du soin psychiatrique en milieu carcéral a été légiféré durablement en 1986 avec la création des services médico-psychologiques régionaux, les professionnels de la santé mentale et de la justice ont une histoire commune, et il semble toujours fondamental de se questionner par rapport à ces publics des patients-détenus. Certains d'entre eux, souvent considérés comme les plus en marge de la société, connaissent régulièrement des périodes d'incarcération et lors de leurs sorties ponctuelles alternent les périodes d'accueil à l'hôpital et dans les structures d'hébergement d'urgence: c'est ce qu'on appelle une trajectoire en portes-battantes. Lorsqu'ils sortent de ces structures, étant identifiés à la fois comme anciens détenus et comme patients, il semble que ces étiquettes représentent un frein à leur entrée dans les dispositifs de droit commun. Ce travail vise à décrire donc le concept de stigmatisation par rapport à ces patients-détenus et l'incidence de cela quant à leur parcours de réintégration de la société.

Mots-clés : stigmatisation, santé-mentale, psychiatrie, prison, justice.