

Kamo de Socapsyleg

La Société Caraïbéeenne de Psychiatrie et de Psychologie Légales



N° 3-2010

Apprenez donc, Messieurs, combien vos lois sont odieuses par l'horreur invincible qu'inspirent ceux qui les font exécuter; honorez au contraire votre Code d'une loi analogue à votre Constitution, propre à fortifier les sentiments qu'elle a voulu inspirer aux Français, d'une loi qui a fait la gloire et la sûreté des peuples anciens, d'une loi que le despotisme a bien osé promulguer avant vous, et maintenir avec succès dans les pays voisins; d'une loi que les peuples esclaves adopteront, si, comme vous, ils sont appelés un jour à fonder leur Constitution; d'une loi enfin sollicitée par cette opinion saine de tous les hommes éclairés, qui ont su dérober leur raison à l'influence des préjugés anciens et à celle des circonstances du moment». Adrien DUPORT, Discours sur la peine de mort, Assemblée nationale, 31 mai 1791.

SOMMAIRE

1. Sommaire	1
2. Editorial : Lassitudes.....	2
3. CPU : le retour de la médecine pénitentiaire.....	3
4. Plan d'actions stratégiques 2010 –2014 pour les personnes sous main de justice	26
5. Expertises judiciaires en crise	34
6. De l'injonction de soins	38
7. Je vous salue	39
8. De la prostitution ? Un échange tabou	64
9. Rapport CGLPL : la maison d'arrêt de Caen	65
10. Il y a 100 ans dans les Archives d'Anthropologie Criminelle	69
11. Notes de lecture et documentation	70
12. Agenda	72
13. Sites internet et lettres d'information	72
14. Où trouver les anciens numéros de Kamo ?	73

EDITORIAL

Lassitudes

Le rythme de parution de Kamo a très nettement diminué cette année : huit numéros en 2008, six en 2009 et seulement trois en 2010. A l'heure des indicateurs quantitatifs (pas assez d'actes), le président de Socapsyleg va peut-être envisager de licencier le rédacteur de Kamo.... Heureusement, que la TAA/VAP ne s'applique pas encore à Kamo !

C'est votre soutien et vos questions sur l'absence de parution de Kamo qui m'encouragent à faire ce dernier et seulement troisième numéro de l'année 2010. De lourds, désagréables et pénibles problèmes professionnels ont accaparé mon énergie et ce n'est pas fini. Il est triste que de déplorables et ridicules litiges en arrivent à diminuer la créativité et à entraver le travail. Face à ces situations, j'ai pris pour parti, comme il se doit dans toute situation de maltraitance, de refuser la loi du silence. Cela m'a permis de constater que de nombreux médecins hospitaliers chefs de service/secteur/pôle rencontrent le même type de problème et les mêmes impossibilités à les résoudre. Le service public hospitalier dysfonctionne plus souvent qu'on ne le pense à cause du comportement individualiste de certains dans la plus parfaite indifférence. Le démantèlement des services de l'Etat a beau être particulièrement visible, touchant l'organisation des institutions ou les statuts des personnels, souvent dans de grandioses incohérences¹, les réactions ne se limitent qu'à celles de quelques hurluberlus s'indignant face aux incohérences dangereuses de notre évolution sociétale. Leurs opposants ne s'en inquiètent guère, sachant parfaitement que les cris de ces contestataires se noieront dans le bruit fugace d'une actualité changeante, ne faisant plus trace sur le long terme dans nos psychismes. Cris et licenciements mondialisés se succèdent sans surprise. L'indifférence individualiste de ceux qui en auront profité jusqu'au bout pâtiendra surtout à nos successeurs. Espérons toutefois que l'excès de zèle de ceux qui construisent ces champs de ruine finira par créer un sursaut collectif pour reconstruire. Après tout peut-être est-ce le destin d'une civilisation, suivant en cela le fonctionnement de notre armature osseuse et son histophysiologie : ostéoclastes et ostéoblastes qui œuvrent de concert pour détruire et reconstruire en permanence notre squelette, ce qui tient l'Homme, debout, dressé pour résister, pour s'indigner². Il convient pourtant de se demander d'où vient ce désenchantement collectif et tout particulièrement chez les psychiatres, pourtant si combattifs après la seconde guerre mondiale.

Outre des problèmes locaux, les préoccupations liées à l'évolution des hôpitaux, de leur gouvernance (loi HPST), de la dépressivité collective, des perspectives des disparitions du secteur âgé de seulement 60 ans (ne pourrait-on pas lui repousser son âge de départ à la retraite ?), des incertitudes quant à la réforme de la loi de 1990, des questions d'importance en relation avec les soins ambulatoires sans consentement et à leur contrôle judiciaire et non plus administratif, des doutes sur un projet de loi relatif spécifique à la psychiatrie, de la prééminence de l'économique et du bureaucratique dans le travail hospitalier au détriment du soin, ne sont pas là pour susciter l'enthousiasme. Le pire semble être le renoncement du citoyen face au rouleau compresseur des réformes qui démantèlent l'Etat et cassent le service public (cf. note de lecture), en dépit de mobilisations nombreuses mais souvent sans répercussions concrètes positives.

Nous voilà confrontés au risque de perdre notre indépendance professionnelle de soignants par rapport à l'administration pénitentiaire en siégeant aux commissions pluridisciplinaires uniques (CPU). Le plus afflignant est de ne pas réussir à faire passer le message que la participation aux CPU contribuera à

¹ Cf. p. ex. le sort fait aux expertises médicales alors que le législateur multiplie les motifs d'expertises.

² Référence obligée à l'interpellation de Stéphane Hessel « *Indignez-vous* », Indigène Éditions, 2010 : « *Je vous souhaite à tous, à chacun d'entre vous, d'avoir votre motif d'indignation* ».

diminuer notre efficacité, déjà minime, dans les soins. La perte de confiance des personnes détenues envers les soignants sera définitivement acquise et les informations données aux CPU seront habilement instrumentalisées par nos interlocuteurs. C'est étonnant cette capacité des technocrates à gober les propos qui leur conviennent. Quelle naïveté ! Ou plutôt, ce qui compte n'est pas le soin, mais plutôt l'illusion du contrôle de la psyché d'autrui et l'affichage d'une mesure sans en prendre en compte le bien-fondé. La question de la CPU est emblématique d'une évolution de société qui sous l'habillage fallacieux d'une communication tous azimuts, signe de modernité, d'une pluri ou multidisciplinarité bienvenue pour faire bouger les lignes, n'est là que pour répondre aux angoisses d'une société peureuse, aux tentations « totalisantes ».

D'un côté, on rend plus difficile la menée des expertises judiciaires, de l'autre on utilise les soignants comme experts (CPU et injonctions de soin) « gratuitement ». Logique, quand la rationalisation économique est le primat de l'action. Il est dommage que ce sujet soit trop spécialisé pour pouvoir être médiatisé, d'autant plus qu'il s'agit de l'intimité des méchants dont on se demande bien pourquoi il faudrait y porter un quelconque intérêt. Les psychiatres seront sollicités entre autre avis sur la vulnérabilité³ et la dangerosité des personnes incarcérées⁴. Toujours une demande de prédictivité. Les rares experts peuvent imaginer ce qui leur arrivera quand ils feront une prévision erronée en s'inspirant des critiques, émanant des plus hauts niveaux de l'Etat, qui ont « plu » sur Météo France pour une erreur d'1 cm de neige pendant qu'un autre ministre, lui bien dans le présent, « en direct », affirmait que tout allait bien, déniant une belle pagaille en cours. Et on demande au psy de prédire l'imprévisibilité du comportement humain alors qu'avec tous les moyens de l'Etat, il n'est pas possible de décrire un présent évident. Après tout, il ne s'agit que d'une faute véniale à côté de la défense des mensonges qui auraient pu conduire un homme innocent à être condamné à perpétuité. C'est toujours la faute de l'autre.... Les « risk managers »⁵ devront aussi gérer les risques liés à leurs erreurs prévisionnelles. Mais doit-on s'étonner de ces évolutions quand une société accepte des modifications profondes de notre législation telle celle de la loi de rétention de sûreté qui permet l'enfermement à vie de manière préventive, qui rend la limite confuse entre mesures de sûreté et peines, qui ose dire avec une honteuse indécence qu'un enfermement à vie n'est pas une peine et qui ne trouve aucune contradiction entre l'exemption de peine pour une personne déclarée irresponsable du fait de ses troubles mentaux et le fait qu'elle sera tenue responsable et susceptible d'emprisonnement (deux ans) si elle ne respecte pas les mesures de sûreté prononcées au moment de l'ordonnance d'irresponsabilité. Et toute cette incohérence ne se rendue possible qu'avec le concours des psychiatres (experts).

La présentation détaillée du livre de Rose Dufour, anthropologue à l'Université du Québec, sur la prostitution fait suite à mon propos précédent. Le monde de la prostitution comme celui des prisons n'intéresse guère notre bienpensante société. Communauté de destin de « racailles » ? On aime en parler que de manière sulfureuse, grivoise quand le frisson de la transgression vient titiller le bourgeois. La présentation détaillée de ce livre difficile, vraiment difficile, méritait plus qu'une courte fiche de lecture. Les parcours des vingt femmes présentés dans ce numéro de manière résumée, mais suffisamment dérangeante, montrent tous les traumatismes de ces vies hachées, décousues, malmenées. Les psychothérapeutes d'adulte font souvent le constat que dans le récit de leurs patientes (patients aussi, mais plus rarement) leur sont livrés les expériences anciennes de violences sexuelles survenues dans l'enfance ou l'adolescence. Le chiffre noir de ces violences, on le sait, est notable. Mais si l'on écoutait la population des femmes et hommes prostitués, on serait effaré de l'importance des offenses (mieux qu'abus)

³ Et vous voyez comme nous sommes bons : nous nous intéressons à la vulnérabilité des personnes une fois incarcérées (mais pourquoi pas avant ?); en tant que gentils médecins, vous devriez être sensibles à nos humanistes intentions.

⁴ Pour information, une audition publique vient de se tenir le 10 décembre à Paris sur la dangerosité chez les personnes souffrant de schizophrénie et les troubles bipolaires. Les informations sur ce sujet sont disponibles sur le site de la HAS.

⁵ Expression d'A. Garapon, *La raison du moindre État, le néolibéralisme et la justice*, Paris. Odile Jacob, 2010 et citée par Jean DANET in *Comment a évolué récemment le droit et quelles sont les préoccupations du législateur quand il évoque la « dangerosité des malades mentaux » ?*, HAS, Audition publique du 10 décembre 2010 *Dangerosité psychiatrique : étude et évaluation des facteurs de risques de violence hétéro-agressive chez les personnes ayant une schizophrénie ou des troubles de l'humeur.*

sexuelles subis dans l'enfance, de manière répétée, fréquemment par plusieurs personnes et très souvent de la part de l'entourage familial. L'abus sexuel est la source principale de leur prostitution pour sept d'entre elles et seulement trois femmes n'ont pas été abusées sexuellement avant de se prostituer. Avec l'allongement de la prescription des infractions sexuelles à compter de la majorité, si les personnes vivant de leur corps portaient plainte, la justice, pauvrement lotie en moyens humains et financiers, serait bien en mal pour répondre à ces demandes. L'auteure, dans une interpellation finale adressée aux lecteurs précise que ces femmes ont « *voulu que les mécanismes qui ont joué pour elles soient compris afin de déjouer et de briser les cycles qui en mènent d'autres sur cette voie* ». Et si le destin de ces femmes illustre très ouvertement la brutalité et la domination masculine par une prostitution professionnellement assumée, il ne doit pas faire oublier que les femmes subissent bien souvent des pressions bien cachées pour avancer dans leur carrière moyennement certaines « faveurs » octroyées à une hiérarchie masculine sans scrupules⁶... S'il est bien complexe de débattre de la prostitution, il est en tout cas certain que de nombreux criminels qui ont fait souffrir ces femmes et ces hommes dans leur jeune âge poursuivent leur existence en toute impunité et peut-être en continuant à sévir. La prostitution pourrait être un sujet de réflexion pour les CRIAJS (centres de ressources pour les intervenants auprès des auteurs de violences sexuelles) ou des associations spécialisées comme l'ARTAAS (Association pour la Recherche et le Traitement des Auteurs d'Agression Sexuelle) ou SOCAPSYLEG. L'auteure de l'analyse de ce livre dérangeant conclut ainsi : « *Un livre après lequel vous ne pourrez plus regarder le trottoir du même œil.... Ce livre appartient à ces femmes. Elles en sont la raison, le cœur, et le moteur. C'est d'elles qu'il s'agit, de leur intimité qu'elles ont accepté d'exposer au grand public dans une tentative ultime pour se le réapproprier. C'est à elles que j'offre ce livre, c'est à vous qu'elles l'offrent en retour* ».

Pour faire suite à la présentation de ce livre important, un chapitre d'un livre récent de Jean Danet consacré à l'échange tabou que représente la prostitution permet de compléter notre réflexion sur cette pratique humaine ancienne qui, si elle doit rester sous la forme d'un invisible échange pour ne pas être pénalisée, ne doit pas pour autant être suivie d'un déni de la pensée.

Kamo inaugure aussi une nouvelle rubrique en vous faisant partager la partie des rapports de l'équipe du contrôleur général des lieux privatifs de liberté (CGLPL) relative aux soins, somatiques et psychiatriques, en milieu pénitentiaire. Vous pouvez trouver tous ces rapports sur le site du CGLPL mais Kamo espère ainsi vous faciliter l'accès à cette importante information. Elle est évidemment utile pour tous les services de soins qui peuvent s'inspirer des expériences des autres équipes pour améliorer le service rendu aux patients. Ne pas se limiter uniquement à l'information sur les soins psychiatriques, mais en reproduisant celle relative aux soins somatiques, permet d'insister sur la communauté de « territoires » (pour causer la novlangue HPST) et de partage d'un exercice médical pour une même population, dans un même lieu et en lien avec une même administration (pénitentiaire) ayant d'autres missions et objectifs.

Et pour finir l'année, permettez-moi une formule éthiquement correcte, contrairement à d'autres très nettement choquantes, pour qui a à s'occuper des agresseurs et des victimes d'infractions sexuelles :

Amis Kamophiles, à l'année prochaine !

Michel DAVID

⁶ *Combattre le viol, c'est s'attaquer à la domination masculine*, Clémentine Autain fondatrice de Mix-Cité, Le Monde.fr, 24/11/2010.

CPU : Le retour d'une médecine pénitentiaire ? Entre norme et liberté

Michel DAVID

(Communication aux XXI^{èmes} Journées des SPMP et UMD – Montpellier octobre 2010)



« *COLERE : Fouette le sang ; hygiénique de s'y mettre de temps en temps* »
Dictionnaire des idées reçues. Gustave FLAUBERT

« *Choisir un mot plutôt qu'un autre est toujours un acte politique.
Parce qu'ils créent du sens, les mots ont du pouvoir* »
Sofi OKSANEN, Interview Contact, octobre 2010
Auteur de « *Purge* », Prix FNAC 2010 – Prix Femina auteur étranger 2010

Le titre de cette communication⁷ « *CPU : Le retour d'une médecine pénitentiaire* » que j'ai aussi sous-titré « *Entre norme et liberté* » en référence au dernier congrès de la Société de l'Information Psychiatrique qui a eu lieu à Nancy début octobre 2010 est un thème qui correspond bien à l'air du temps. L'année qui vient de se dérouler a été difficile professionnellement pour moi. Pour une fois, je ne proposais pas de communication à ces journées. Les organisateurs m'ont rattrapé. Tentant d'échapper au burn-out et au désespoir de ne pouvoir insuffler une atmosphère soignante dans le service où je travaille, je prenais un repos mérité, bien loin (géographiquement et psychiquement) du SMPR de la Guadeloupe. Raté ! Les

⁷ Ce texte est la retranscription d'une communication orale. La rédaction a été légèrement retravaillée mais le style reste oral d'où des tournures peu littéraires, dues aussi à des improvisations autour de chaque diapositive. En outre, certains ajouts ont été incorporés suite aux échanges avec la salle qui ont suivi la présentation.

organisateurs de ces journées m'ont rattrapé dans mon refuge que je croyais secret et m'ont suggéré ce titre que je n'aurais pas osé proposer, même avec un point d'interrogation. Tout compte fait, je me le suis totalement approprié. Il me convient. J'assume totalement les interrogations qu'il suscite et les prises de positions qu'il implique.

Je voudrais aussi dédier cette intervention au Dr Jacques LAURANS, ancien chef de service de Fresnes, médecin chef créateur du SMPR de Fresnes et qui est l'un des pionniers de la psychiatrie en milieu pénitentiaire. Il nous a quittés le 5 février de cette année. Le Dr Laurans avait un humour remarquable et une culture impressionnante. Il m'a initié, sans compter son temps ni ses efforts, avec une pédagogie élégante, plaisante et savante, à la psychiatrie en milieu pénitentiaire. Je lui en suis fortement reconnaissant. Toutes mes pensées vont vers lui ce jour. Évoquant les praticiens hospitaliers – les PH –, il nous auto nommait les « presque-humains ». C'est donc un presque humain qui désespérément fait appel à notre commun et modeste noyau d'humanité pour réfléchir à notre implication dans les soins en milieu pénitentiaire.

Les journées de Secteur de Psychiatrie en Milieu Pénitentiaire – UMD ont souvent été imprégnées d'un esprit pionnier, provocateur, d'autant plus que nous sommes dans un contexte professionnel général assez difficile⁸. Je vais tenter de rester aussi aujourd'hui dans cette même veine. Ne soyez pas étonnés si mon ton est provocateur, avec des propos et des positions assez radicales afin de rester dans l'ambiance pionnière de ces rencontres et en espérant susciter le débat tout en ayant un profond respect pour tous les professionnels, soignants et non soignants qui interviennent en prison.

Appuyons nous sur quelques dates en ayant recours avec légèreté à la mythologie moderne de la guerre des étoiles.

1994 : le soleil se lève sur une nouvelle aube. La force sera avec nous ou Éros ou pulsion de vie.

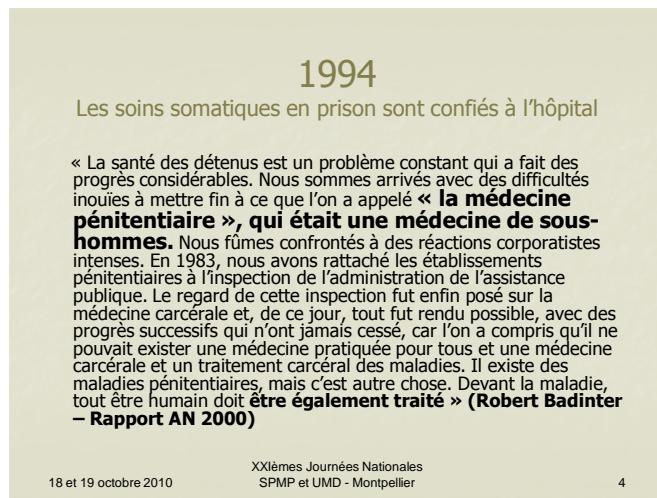


2008-2010 : on peut se poser la question si le crépuscule des soins n'indique pas un retour vers une « médecine pénitentiaire ».

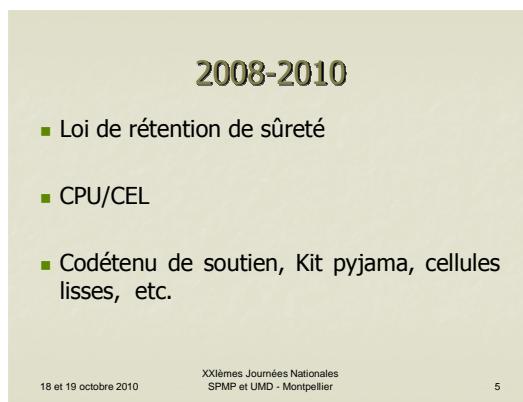
⁸ Hyper sécurisation, conséquences de la loi HPST, restriction aux sorties d'essai, questionnement sur la révision de la loi de 1990, modalités futures des soins ambulatoires sous contraintes, entraves à la réalisation des expertises avec la révision du statut de PH, diverses contraintes budgétaires et tout particulièrement pour les secteurs de psychiatrie dans les hôpitaux généraux (cohabitation difficile TAA/DAF) etc.



Le crépuscule des soins avec aussi un point d'interrogation ? 1994, pourquoi était-ce une bonne année ? 1994 est l'année où les soins somatiques en prison sont rattachés au régime général de la sécurité sociale. L'hôpital prend en charge les soins de toutes les personnes détenues. Les UCSA sont créées. En 2000, les deux rapports parlementaires (Sénat et Assemblée nationale) sur les prisons ont fait sensation. Dans celui de l'Assemblée nationale, Robert BADINTER évoquait **« la médecine pénitentiaire comme une médecine de sous-hommes »** [1].

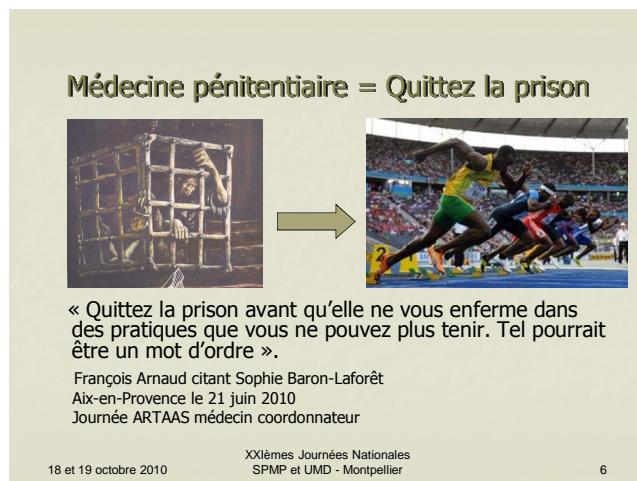


2008-2010 que se passe t-il ? La fameuse loi de rétention de sûreté qui n'est pas très glorieuse est promulguée. Les commissions pluridisciplinaires uniques (CPU) et le cahier de liaison électronique apparaissent ainsi que les codétenus de soutien, les kits pyjama, les cellules lisses etc.



Qu'entend-on par médecine pénitentiaire ?

Ne serait-ce pas ce qui pourrait nous obliger à quitter la prison ? Lors de journées ARTAAS organisées au mois de juin dernier à Aix-en-Provence, consacrées au médecin coordonnateur dans la loi de 1998, François Arnaud qui a fait ce matin une synthèse brillante, remarquable et remarquée, de notre journée d'hier en l'articulant à ce qui pouvait se dire aujourd'hui citait notre collègue Sophie Baron-Laforêt qui est responsable du CRIAVS Ile de France et qui a beaucoup travaillé en prison. Dans un échange de mail que nous avions entre nous sur nos questionnements professionnels, notre collègue avait écrit « *Quittez la prison avant qu'elle ne vous enferme dans des pratiques que vous ne pouvez plus tenir. Tel pourrait être un mot d'ordre* ».



Quelles sont ces pratiques nous ne pourrions plus tenir ? Je cite à nouveau Paul Ricœur que j'avais également évoqué lors de mon intervention de l'année dernière aux mêmes journées des SPMP et UMD à Strasbourg consacré aux « *Épines éthiques en milieu pénitentiaire* ». Dans son livre intitulé : « *Soi comme un autre* » [2], Paul Ricœur considère que le choix « *pour le médecin individuel* » - et il parle du médecin qui exerce en milieu pénitentiaire - « *est entre appliquer sans concession les exigences issues du serment d'Hippocrate, au risque d'être éliminé du milieu carcéral, et consentir aux contraintes constitutives de ce milieu le minimum d'exceptions compatibles avec le respect de soi, le respect d'autrui et celui de la règle* ».



Cette phrase est importante, il faudra même la relier aux propos d'un autre philosophe que je citerai tout à l'heure et l'articuler avec les problématiques que l'on se pose. Nous avons chacun à prendre des

positions et à assumer nos responsabilités.

Qu'est ce que la médecine pénitentiaire ?

Il n'y a pas plus de médecine pénitentiaire qu'il n'y a de médecine sportive mais plutôt une médecine du sport car la médecine n'est pas en soi sportive... (Quoique....). Recourir à l'expression « psychiatrie ou médecine pénitentiaire » au lieu de dire « psychiatrie et médecine **en milieu** pénitentiaire », représente une vision rétrograde.

En quoi consistait la médecine pénitentiaire ? Les soignants étaient rémunérés par le ministère de la justice et non le ministère de la santé. Il y avait aussi des pratiques assez emblématiques comme « la fiole », préparation d'une mixture indéterminée, « cocktail » de psychotropes, pour calmer l'ensemble de la population pénale. Souvent, la fiole était préparée à l'avance. La précipitation était la règle, et la mixture peu ragoûtante. Les surveillants étaient affectés à l'infirmérie en faisant fonction d'infirmiers, même s'il y avait aussi des infirmiers diplômés. Ils faisaient aussi office de secrétaires médicaux. Ils classaient les dossiers et avaient accès aux informations médicales. Le secret professionnel n'était pas garanti.

Les médecins à l'époque étaient aussi considérés comme des sous-soignants, des sous médecins. On entendait souvent les patients déclarer, surtout si la relation pouvait être tendue, conflictuelle, quand nous refusions un psychotrope supplémentaire par exemple : « *De toute façon vous êtes de mauvais médecins parce que pour venir vous occuper de nous, nous les méchants, les mauvais...* ». Ces patients aux blessures narcissiques importantes ne pouvaient donc « maléficier » que de médecins ou d'infirmiers sous qualifiés. Ces représentations ont beaucoup changé. Les modifications de l'organisation institutionnelle ont très fortement modifié nos pratiques et notre image dans la prison. Sur ce sujet, si cela vous intéresse, le livre de Bruno Milly [3], sociologue, est particulièrement intéressant. Il fait des comparaisons entre les représentations des médecins des UCSA et des médecins des SMPR et entre les médecins des UCSA et les médecins des SMPR avec leurs collègues hospitaliers. C'est intéressant de voir comment chacun voit l'autre, le considère. Cela peut expliquer certaines difficultés qui peuvent persister ici ou là encore entre médecins/soignants des UCSA et médecins/soignants des SMPR.

**Retour
sur la médecine pénitentiaire**

- Psychiatrie/médecine pénitentiaire
- Soignants rémunérés par le ministère de la justice
- Fiole
- « Surviseillants/infirmiers »
- Sous-médecins/soignants (Évolution des représentations)
- Dossier médical unique « pénitentiaire » ?
- Rapport d'activités « pénitentiaire » ?

18 et 19 octobre 2010 XXIèmes Journées Nationales
SPMP et UMD - Montpellier 8

Dans notre actualité, que serait le **retour de la médecine pénitentiaire** ? Cela pourrait être un dossier médical unique pénitentiaire. Importante question du moment qu'il convient d'étudier attentivement. Il est certes tout à fait intéressant d'envisager un dossier médical unique UCSA/SMPR qui permettrait de réunir nos différentes informations. Toutefois, on devine les difficultés considérables d'un tel chantier, les complexités de la mise en place des systèmes d'information hospitaliers, la lourdeur et le coût des équipements informatiques, des logiciels MCO et psychiatriques aux contraintes et architectures informatiques différentes. Les inter-opérationnalités, les interfaces seront délicates à trouver sans compter que les hôpitaux de rattachement des UCSA et des SMPR/DSP seront la plupart du temps

différents. Évidemment, il faut penser aux exigences de la loi pénitentiaire de novembre 2009 qui prévoit qu'un dossier médical unique devra être en place deux ans après la promulgation de la loi. L'essentiel consiste à conserver un dossier médical hospitalier, confidentiel, sans fusion envisageable dans un quelconque cahier électronique de liaison.

Il y aurait également un projet de rapport d'activité pénitentiaire. On ne comprend pas pourquoi élaborer un rapport spécifique alors que nous avons les rapports d'activités de notre hôpital. Les SMPR sont des services rattachés à un établissement de santé. Nous ne devons pas sortir du droit commun de l'hôpital. La procédure de nos rapports d'activités doit suivre la voie institutionnelle. Les données d'activités chiffrées doivent être transmises à l'Administration pénitentiaire après validation des différentes instances de l'hôpital. Il faut que nous insistions pour que les soins aux personnes détenues s'alignent sur les mêmes modalités que celles des soins à la population générale (ce que les pouvoirs publics clament sans cesse, en apparence tout au moins). Il n'y a aucune raison médicale (politique c'est une autre affaire) pour que toute l'informatisation et la sécurisation des informations médicales des personnes détenues que nous avons en charge suivent une voie autre que celle de nos patients hospitalisés en MCO ou en psychiatrie.

En résumé, un retour vers une médecine pénitentiaire impliquerait la perte d'indépendance professionnelle des soignants, une sortie de l'institution hospitalière, ce que la problématique de la CPU annonce insidieusement.

Abordons maintenant directement la question de la CPU.

CPU veut dire Commission Pluridisciplinaire Unique. Le principe en est acté avec la circulaire de l'Administration pénitentiaire du 14/01/2009 [4]. Il y est question de la poursuite de l'implantation progressive des règles pénitentiaires européennes (RPE), selon 5 priorités, notamment avec l'élaboration d'une procédure d'accueil labellisée et validée par la CPU, la mise en place d'un cahier électronique de liaison (CEL) devant collecter toutes les informations (y compris médicales) relatives à la personne détenue.



Les objectifs de la CPU.

Il s'agit avant tout améliorer l'accueil des arrivants et de mettre en cohérence les interventions des différents partenaires – pénitentiaires, médicaux, enseignants etc. Un des principaux objectifs est de limiter les effets du choc carcéral qui est un des moments où les tentatives de suicide ou les suicides ont le plus de risques de survenir, en particulier pour les personnes détenues dites « primaires » (ceux qui entrent pour la première fois en prison dans le langage pénitentiaire).

Quelles méthodes se donne la CPU ?

La prise en charge doit être pluridisciplinaire afin d'évaluer le profil du détenu, apprécier ses besoins sanitaires, psychologiques, sociaux, matériels etc. Un bilan individualisé devra être établi en s'attachant tout particulièrement à la **dangerosité** (sans en préciser la qualification) et à la **vulnérabilité**. J'ai mis

entre parenthèse sur ma diapositive la référence à Etienne Klein [5], le physicien, qui nous a livré hier son opinion quant au pronostic de la dangerosité par les psychiatres (regard peu complaisant pour les psychiatres mais bienvenu...), nous conseillant de ne pas avoir la prétention de prédire l'avenir.

Bien entendu, les travaux de la CPU doivent se faire dans le respect de la dignité et des droits de la personne. Personne n'en doute, mais comme on risque de l'oublier autant l'affirmer. Une CPU devrait se tenir dans chaque prison en consacrant le caractère pluridisciplinaire de l'évaluation.

CPU

- Objectifs :
 - Améliorer l'accueil des arrivants
 - Mise en cohérence des interventions des différents partenaires –pénitentiaires, médicaux, enseignants etc.)
 - Limiter le choc carcéral
- Méthode :
 - PEC pluridisciplinaire afin d'évaluer le profil du détenu et évaluer ses besoins sanitaires, psychologiques, sociaux, matériels.
 - Bilan individualisé, notamment relatif à la dangerosité (cf. Etienne Klein) et à la vulnérabilité.
 - Dans le respect de la dignité et des droits de la personne
 - Une CPU dans chaque prison consacre le caractère pluridisciplinaire de l'évaluation

L'article D. 91 du code de procédure pénale en préparation dans le chapitre qui traite du parcours de l'exécution de la peine (PEP) doit préciser le fonctionnement de la CPU.

Projet art. D. 91 CPP (du PEP)

Vous voyez que j'ai rayé sur cette diapositive toute la partie du troisième paragraphe qui stipule que « **...un représentant des équipes soignantes de l'unité de consultations et de soins ambulatoires et, le cas échéant, du service médico-psychologique régional, désigné par l'établissement de santé de rattachement** ». Le quatrième alinéa suffit : « *le chef d'établissement peut faire appel...* » - il peut faire appel, mais les appels comme celui du 18 juin 1940, tout le monde n'y répond pas et là ce sera un appel à résister à l'appel et à ne pas participer aux CPU. Chacun aura à se déterminer. Cela renvoie à l'allusion à la phrase de Paul Ricœur citée tout à l'heure.

Examinons maintenant un autre point, une mesure qui ne manque pas de « CEL ».

Une mesure qui ne manque pas de CEL

- Livret de suivi individuel (PEP)
- Extension du cahier électronique de liaison
 - Partage des informations par l'ensemble des acteurs pluridisciplinaires
 - PEC plus fine en **temps réel**
- Reprise du compte moral
- Livret ouvrier (société de contrôle et de surveillance)

Toutes les informations qui concernent une personne détenue devront figurer dans un livret de suivi individuel, le **cahier électronique de liaison** (CEL), qui autorise le partage des informations par l'ensemble des acteurs pluridisciplinaires et permettre une prise en charge plus fine en temps réel (souligné en rouge sur la diapo). Le thème de nos journées est consacré au temps. On constate qu'avec cette mesure, l'immédiateté est recherchée de manière prioritaire. Il faut que tout se sache tout de suite, rapidement, immédiatement. En fait le CEL c'est une reprise du **compte moral** dont je vais vous parler tout de suite qui était déjà une pratique pénitentiaire du 19^{ème} siècle et que je vais aussi relier au **livret ouvrier**. L'ensemble s'inscrit dans une société de contrôle et de surveillance.

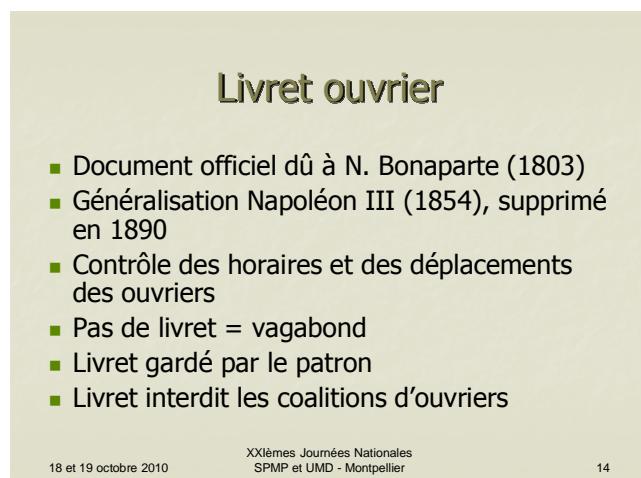
Qu'est-ce que le compte moral ?

Le retour du compte moral

- Panoptique pénitentiaire = système de documentation
- Bulletin individuel obligatoire où sont consignées les observations de tous. (directeur, aumônier, personnels pénitentiaires etc.) vers 1850
- Crée un profil du délinquant à l'origine du « dédale criminologique » et de l'entremêlement discours pénal et discours psychiatrique (M. Foucault, S&P)

La vision panoptique pénitentiaire du 19^{ème} siècle consistait à créer un système de documentation pour finalement tout voir et tout savoir sur la personne détenue. Le **compte moral** était un bulletin individuel obligatoire en vigueur autour de 1850 où étaient consignées les observations de tous les intervenants de la prison : directeur, aumônier, personnels pénitentiaires etc. Le compte moral correspond tout à fait au CEL avec les performances incomparablement améliorées que peut permettre l'informatique par rapport aux manuscrits du 19^{ème} siècle. Pour Michel Foucault, cela aboutissait à créer un profil du délinquant à l'origine de ce qu'il appelait le « *dédale criminologique* » et de « *l'entremèlement du discours pénal et du discours psychiatrique* » [6].

Le **livret ouvrier** relève de la même démarche de surveillance et de contrôle d'une population (à risque ? dangereuse ? pour qui ?). Il existait déjà à la fin du 18^{ème} siècle. Napoléon Bonaparte l'a officialisé puis il a été généralisé par son neveu, Napoléon III (1854), et a été supprimé en 1890. Le livret ouvrier permettait le contrôle des horaires et des déplacements des ouvriers. Si l'ouvrier n'avait pas de livret, il était considéré comme un vagabond. Le livret était gardé par le patron. Le livret permettait aussi l'interdiction des coalitions d'ouvriers. Il s'agissait donc d'un outil de contrôle de la population ouvrière.



Radotons maintenant avec le **secret professionnel** et le **code de santé publique**. Les textes relatifs au secret professionnel sont légion et sont censés être bien connus. Je me limiterai à ce que la loi du 4 mars 2002 a reprécisé. Toute personne à droit au respect de sa vie privée et au secret des informations. Tout ce qui est venu à la connaissance des soignants doit être gardé secret. Le code de déontologie médicale (reprenant les termes du serment d'Hippocrate) stipule que doit être tu « *tout que l'on a vu, entendu, ou compris* » et je rajoute toujours ce que « *l'on a compris de travers* ». On peut comprendre tellement de choses de travers. Si on véhicule de surcroît des informations incomprises ou mal comprises, on va faire en sorte que tout le monde se fourvoie, sauf à considérer qu'à force de mettre tout de travers, l'endroit va être retrouvé....

Radotage : SP et CSP

- « Art. L. 1110-4. - Toute personne prise en charge par un professionnel, un établissement, un réseau de santé ou tout autre organisme participant à la prévention et aux soins a droit **au respect de sa vie privée et du secret des informations** la concernant.
- « Excepté dans les cas de dérogation, expressément prévus par la loi, ce secret couvre l'ensemble des informations concernant la personne venues à la **connaissance** du professionnel de santé, de tout membre du personnel de ces établissements ou organismes et de toute autre personne en relation, de par ses activités, avec ces établissements ou organismes. Il s'impose à tout professionnel de santé, ainsi qu'à tous les professionnels intervenant dans le système de santé.
- « Deux ou plusieurs professionnels de **santé** peuvent toutefois, **sauf opposition de la personne dûment avertie**, échanger des informations relatives à une même personne prise en charge, afin d'**assurer la continuité des soins ou de déterminer la meilleure prise en charge sanitaire possible**. Lorsque la personne est prise en charge par une équipe de soins dans un établissement de santé, les informations la concernant sont réputées confiées par le malade à l'ensemble de l'équipe.

Deux professionnels de santé ne sont *autorisés* - sauf si la personne s'y oppose - à échanger des informations relatives à une personne prise en charge, qu'afin d'assurer **la continuité des soins ou de déterminer la meilleure prise en charge sanitaire possible**. On croit parfois que le secret professionnel entre soignants n'existe pas. Non, le secret professionnel reste une obligation entre soignants. C'est pour moi un éternel étonnement de ne pas arriver pas à faire entendre qu'il y a une obligation légale à se **soumettre** (l'inverse du supposé pouvoir médical) au secret professionnel. Etrange qu'on (le pouvoir politique) veuille essayer de contourner une loi qui serait obsolète alors qu'il s'agit d'une disposition d'ordre public, un devoir général et absolu comme le dit la jurisprudence. Le secret professionnel n'est pas un outil simple. Parfois, on se dit que ce serait tellement plus facile, plus « confortable » de parler ; mais voilà le devoir de se taire s'impose à nous.

Encore quelques éléments de droit. Le code civil parle du droit à l'intimité. Chacun à droit au respect de sa vie privée (article 9 cc). Sa transgression est une sanction pénale prévue par l'article 226-1 du code pénal (1 an d'emprisonnement et 45 000 € d'amende). La jurisprudence dit aussi que la sphère d'intimité de chacun par opposition à la vie publique est ce qui dans la vie de chacun ne regarde personne d'autre que la personne concernée et ses intimes (sauf s'il a consenti à dévoiler ces informations) : vie familiale, vie conjugale, sentimentale, la maternité et des sphères moins intimes, les loisirs par exemple.

Vous pouvez trouver des références dans un livre récent intitulé « *Politiques de l'intime* » de la socio-logue Isabelle Berrebi-Hoffman [7]. J'insisterai sur le fait que le secret professionnel est un outil de soin dont on a besoin pour travailler comme nous l'a rappelé avec force François Arnaud lors des récentes journées d'Aix-en-Provence que j'évoquais précédemment. Si on n'a plus l'usage du secret professionnel, on ne pourra plus travailler et tout le monde sera perdant.

Encore quelques éléments de droit

- Code civil et le droit à l'intimité : art. 9 : Chacun a droit au respect de sa vie privée
- Sanction pénale de l'atteinte à la vie privée (art. 226-1 CP)
- Jurisprudence : La sphère d'intimité de chacun par opposition à la vie publique est ce qui dans la vie de chacun ne regarde personne d'autre que lui et ses intimes (s'il n'a consenti de le dévoiler) : vie familiale, vie conjugale, sentimentale, la maternité et des sphères moins intimes, les loisirs p. ex)
- Code pénal et secret professionnel : outil de soins (F. Arnaud à Aix en juin 2010)
- Loi du 4 mars 2002 : responsabilisation vs infantilisation (*« Le plus simple est encore et toujours d'écouter et d'entendre la personne concernée elle-même et non de parler à sa place ou de penser que d'autres en sauraient plus. Est-il prévu que la personne détenue soit présente lorsque son cas est évoqué ? » C. Paulet*)

18 et 19 octobre 2010

XXIèmes Journées Nationales
SPMP et UMD - Montpellier

16

Je reviens encore sur la loi du 4 mars 2002 qui insiste sur responsabilisation de l'usager vs l'infantilisation. Vous savez qu'on reproche souvent aux médecins de faire preuve de paternalisme médical, de ne pas délivrer une information précise, souvent aussi par manque de temps et de piètres qualités pédagogiques. Effectivement, l'information continue à ne pas être délivrée de manière satisfaisante. Il nous faut nous assurer que le patient a bien compris l'information pour qu'il puisse prendre la bonne décision quant aux soins à entreprendre. Tout doit passer par lui (même si cette obligation est parfois quelque peu démagogique, surtout dans les pathologies psychiatriques les plus graves). Comme le dit Catherine Paulet dans des échanges autour de la CPU : *« Le plus simple est encore et toujours d'écouter et d'entendre la personne concernée elle-même et non de parler à sa place ou de penser que d'autres en sauraient plus. Est-il prévu que la personne détenue soit présente lorsque son cas est évoqué ? »*.

Un communiqué des associations de professionnels soignants intervenant en milieu pénitentiaire, l'APSEP, l'ASPMP, le SPEEP, qui précise bien les outils de communication que nous devons partager.

COMMUNIQUE APSEP – ASPMP - SPEEP

- Il existe deux types de réunions pluridisciplinaires :
 - celles traitant de **questions de santé en termes généraux** d'organisation et d'articulation (élaboration de procédures, conduites à tenir ...)
 - celles traitant de cas particuliers
- Les premières ne posent pas de difficultés particulières, au contraire (comité santé et comité de coordination prévus par le guide méthodologique).
- Les secondes sont pertinentes pour la **prise en compte du risque suicidaire** et de vulnérabilités particulières (commission santé centrée sur le risque suicidaire).
- Etant bien entendu que, lorsqu'un patient court ou fait courir à autrui un risque vital en raison de son état de santé, en accord avec lui ou en l'en informant, les professionnels de santé statuent et/ou alertent son entourage pour que lui soit apportée l'aide requise.
- Le **Conseil de l'Ordre des Médecins** déconseille aux professionnels de santé de participer à une CPU globale examinant les cas individuels des personnes détenues et **considère comme une faute ordinaire d'y parler d'un patient** (Congrès des UCSA, Bordeaux, 28 et 29 janvier 2010).
- Etant bien entendu que les soignants délivrent au patient une information complète, claire et loyale, lui remettent tout document utile pour faire valoir ses droits et lui communiquent, à sa demande, copie de son dossier médical.

18 et 19 octobre 2010

XXIèmes Journées Nationales
SPMP et UMD - Montpellier

17

Le **Conseil de l'Ordre des Médecins** déconseille aux professionnels de santé de participer à une CPU globale examinant les cas individuels des personnes détenues et **considère comme une faute ordinale d'y parler d'un patient** (Congrès des UCSA, Bordeaux, 28 et 29 janvier 2010).

Alors comment en est on arrivé là ?

Nous vivons dans une société de reality-show où l'intime est dévoilé partout. Tout le monde parle publi-médiatiquement de sa vie sexuelle, sentimentale, de son travail, de ses problèmes existentiels de toutes sortes, de ses maladies. Avec Facebook, on n'a plus besoin de vidéo surveillance⁹. Inutile de s'offusquer d'être contrôlé, surveillé par le pouvoir politique puisque tout un chacun donne spontanément des informations qui permettent de tout savoir sur sa vie privée.

Comment en est-on arrivé là ?

- Reality show, Face book, Twitter et Cie
- Pipolisation de la vie politique
- Incompréhension sur la complexité de la vie psychique
- Confusion des rôles : conflit d'intérêt; mélange public/privé; les mensonges etc.; le codétenus de soutien (l'Etat n'assume plus)
- L'émergence de l'extime
- Famille 360
- *L'Etat démantelé. Enquête sur une révolution silencieuse. Laurent Bonelli et Willy Pelletier, La Découverte/le Monde diplomatique.*

18 et 19 octobre 2010 XXIèmes Journées Nationales SPMP et UMD - Montpellier 18

Pipolisation de la vie politique. Toute l'intimité de la vie de nos hommes et femmes politiques et même dans les délicieux lapsus intimes (de la fellation aux empreintes génitales) témoigne de ce déballage public de l'intime, tellement facilité par internet, la télévision et les médias. On n'a l'impression qu'il y a une méconnaissance totale de la complexité de la vie psychique. Je suis assez surpris de constater qu'il va de soi que puisqu'on nous dit ça, alors on va pouvoir le répéter et que tout le monde va comprendre, faisant fi des heureux méandres de notre inconscient. Je m'interroge vraiment sur la façon dont beaucoup de nos concitoyens réfléchissent sur leur propre fonctionnement psychique pour en arriver à considérer que celui d'autrui serait d'un abord aussi simple. Peut-être effectivement que celui des méchants, des détenus serait peut-être plus rudimentaire que celui de l'ensemble de la population.

Il y a également beaucoup de **confusion de rôle** dans notre société. On assiste aux débats actuels sur les conflits d'intérêt. Les mensonges sont de pratique courante. On ne peut pas faire confiance aux personnes détenues puisque tout le monde ment. Le codétenus de soutien est un exemple extrêmement important de la confusion des rôles. On voit bien que l'État n'assume plus. Il suffit de lire le troisième alinéa du protocole des codétenus de soutien. On voit parfaitement que l'État n'assume plus ses responsabilités en reconnaissant cet abandon dans une magnifique dénégation : « *Il ne s'agit pas de confier aux personnes détenues une nouvelle mission et une nouvelle responsabilité en les retirant aux personnels pénitentiaires et aux personnels sanitaires, acteurs principaux de la prévention du suicide : la personne détenue en tant que membre de la communauté carcérale, joue un rôle dans la prévention du suicide et notamment du passage à l'acte suicidaire, et elle doit être reconnue et formée en conséquence* ».

⁹ Je suis inconditionnellement fidèle à la « old school » pour parler la novlangue et foncièrement opposé aux dérives possibles de Facebook et consorts.

Apparaît aussi la notion de l'extime. Par exemple, le « concept » **Famille 360**. Je ne sais pas si vous le connaissez. J'ai trouvé cette information dans le livre dont je viens de vous parler « *Politiques de l'intime* » [7]. Famille 360 est issu - pour la famille - d'un programme dénommé « Management 360 » à destination des cadres dans les entreprises. Famille 360, cela consiste en quoi ? Et bien vous prenez un bon cabinet d'audit, de conseil, ce que vous voulez, qui va venir faire un bilan extensif de la famille. Par exemple, constater que le père de famille est un aussi vraiment bon père de famille qu'il doit être un bon cadre. On va donner des questionnaires à tout l'entourage de l'intéressé. Bien sûr à sa femme, à ses enfants, ses parents, peut-être à sa ou ses maîtresse(s) allez donc savoir, éventuellement les voisins. Et puis on regarde s'il remplit bien les critères. Aide-t-il bien aux devoirs, aux tâches ménagères ; fait-il des balades avec ses enfants, joue-t-il avec eux, est-ce qu'il les gronde, les réprimande, comment est sa conduite éducative, affective etc. Et puis à la suite de ce bilan extensif, des recommandations lui seront faites, même pour l'avenir. Il faut construire un futur. Ainsi comment créer des souvenirs ? Parce qu'il y a des familles qui n'auraient pas de souvenirs familiaux. Alors il faut les inciter à créer des souvenirs : allez au Parc Astérix. Mais vous n'allez pas au parc Astérix pour vous amuser, non, non ! Vous y allez pour vous créer le souvenir d'être allés au parc Astérix, de pouvoir collecter des images, voire de les éterniser dans un album photo sur internet, dans Facebook etc. Et voilà comment cette espèce de panoptisme, Famille 360, comme 360 degrés, envahit la vie des familles qui le veulent. On voit tout sur tout et ce n'est pas du Spielberg. Cela existe et des gens paient pour cela. C'est laisser autrui prendre le contrôle et la direction de sa vie.

Cette pratique de « coaching » (les coachs, futurs remplaçants des psychiatres en voie de disparition, dépositaires de nos transferts de compétence) est à relier à un livre à la parution récente, extrêmement intéressant : « *L'État démantelé. Enquête sur une contre-révolution silencieuse* » [8]. Les auteurs montrent comment se déconstruit l'Etat dans différents domaines et se développent les mélanges public/privé. Ces démantèlements où l'on ne sait plus qui fait quoi, où les repères se diluent dans l'indifférenciation.

Alors, cela n'est-il pas une illusion ? Mais une illusion qui semble dominante pour l'instant ? Cette illusion de tout savoir, tout voir sur autrui, a-t-elle un avenir ?

Pour illustrer cette illusion, M. Foucault évoquait le « *gouvernement des consciences* », le philosophe et sociologue allemand J. Habermas parle lui de la « *colonisation des mondes vécus* ». Mais finalement ce panoptisme n'est-il pas inefficace ? Est-ce que l'on est vraiment persuadé que l'on va tout savoir sur l'autre ? Est-ce que tout savoir d'autrui est quelque chose que l'on peut imaginer ? Est-ce que ce n'est pas un malentendu que l'on est toujours en train de projeter sur l'autre, sujet supposé savoir ? Notre collègue Laurence Fanjoux-Cohen nous en a très bien parlé hier dans son intervention [9]. Et puis finalement, il faut reconnaître que les psychologues n'ont pas beaucoup d'efficacité sur la psyché d'autrui. Il faut peut-être des dispositifs totalitaires pour arriver à casser l'esprit d'un être humain : les camps de concentration, de déportation, d'extermination, des Khmers rouges, aux goulags, camps nazis ou hôpitaux psychiatriques politiques. Et encore, nombreux sont ceux qui ont su résister. Il faut quand même admettre et faire savoir que l'on n'est (heureusement) vraiment pas très efficace pour agir sur la psyché d'autrui. Pourtant, certains psychologues sont assez mégalomanes laissant croire que l'on peut tout savoir sur l'autre. C'est ce terme de mégalomanie du psychiatre qu'ont justement repris G. Laurencin et W. Albardier [10] dans leur intervention d'hier. Il y a un leurre de l'efficacité du partage pluri professionnel et du savoir psychiatrique. En fait, cette volonté de partage d'information cache un mécanisme de dilution de responsabilité. Comme on ne sait pas trop comment faire, on met en place des procédures en disant que l'on a essayé de faire quelque chose (Comme lors des visites de certification des hôpitaux, quand le critère n'est pas atteint, on trouve quelques documents montrant que l'action est engagée : c'est en cours....). Comme les résultats ne seront pas au rendez-vous, on reporte toujours sur l'autre l'échec de l'action ou l'espoir de réussir dans un futur incertain. Le psychologue est en bout de chaîne, l'ultime responsable d'un système qu'il cautionne s'il y participe. C'est ce que disait déjà M. Foucault en évoquant « *le psychiatre qui soulage le juge de l'angoisse de juger* », en parlant surtout des experts [11].

La réussite d'une illusion a-t-elle un avenir?

Du « *gouvernement des consciences* » (M. Foucault)
et de « *la colonisation des mondes vécus* » (J. Habermas)

- L'inefficacité du triomphe du panoptisme
- Tout savoir d'autrui ? (le malentendu, le sujet supposé savoir, Laurence Fanjoux-Cohen)
- La faible efficacité des psy sur la psyché d'autrui (heureusement, sauf révolution culturelle, Khmers rouges, goulags et camps nazis...) vs la mégalomanie des psy (G. Laurencin)
- Leurre de l'efficacité du partage pluri professionnel (et du savoir psy) ou plutôt un mécanisme de dilution de responsabilité (Le psychiatre soulageant l'angoisse du juge – M Foucault)

Encore un autre exemple d'illusion. Un député a posé une question écrite le 01/06/2010 à la ministre de la justice en s'appuyant sur une recommandation du rapport 2009 de la Commission Nationale de Déontologie et de Sécurité. La question était la suivante : « *Avant toute extraction médicale, il faudrait qu'il y ait une concertation systématique entre médecin¹⁰ et administration pénitentiaire pour fixer le niveau de sécurité lors des extractions pour consultation à l'hôpital* ».

Un exemple d'illusion

- Question posée par un député le 01/06/2010 qui cite recommandation rapport 2009 CNDS:
 - Avant toute extraction médicale concertation systématique entre médecin et AP pour fixer le niveau de sécurité
 - Partage d'informations se ferait au sein de la CPU
- Combien d'unités d'incidents pour des milliers d'extractions ?
- Faisabilité ?

Ce n'est évidemment pas aux médecins de fixer le niveau de sécurité. En outre, le partage d'information se ferait au sein des CPU. Les extractions sont bien souvent difficiles à organiser. Les UCSA éprouvent des difficultés à obtenir des rendez-vous à l'hôpital. Si en plus, il leur faut s'occuper du niveau de sécurité et en discuter en CPU, les consultations connaîtront un ralentissement incompatible avec les nécessités du soin. Sans même parler de la contestation du principe de l'implication des UCSA sur le niveau de sécurité, du principe philosophique ou éthique si vous voulez, ne serait-ce que

¹⁰ Ce sont surtout nos collègues des UCSA qui sont concernés, mais nous sommes souvent solidaires des difficultés qu'ils rencontrent, car en milieu pénitentiaire UCSA et SMPR sont confrontés aux mêmes problématiques.

sur le plan pratique, opérationnel, c'est irréaliste. Les politiques qui posent de telles questions n'ont vraiment pas conscience du fonctionnement quotidien des prisons. Ces prises de position sont politiciennes, un affichage désolant. Quant à l'administration pénitentiaire, elle sait bien mieux que les médecins mettre en place le niveau de sécurité nécessaire. Et puis finalement, combien y-a-t-il d'incidents pour des milliers d'extractions par an ? On entend bien parler de temps en temps d'une évasion lors d'une consultation à l'hôpital mais il y en a vraiment bien peu par rapport aux milliers d'extractions. Pourquoi vouloir des mesures complètement inutiles autrement que dans une perspective électoraliste ?

Alors quelles sont nos obligations de soignants ?

Et bien, c'est une obligation absolue de **confidentialité**. C'est s'assurer de la dignité de la personne. Principe vague que la dignité, certes. On peut y mettre ce que l'on veut, mais en tout cas il faut la penser. Elle disparaît quand on ne respecte pas l'autre dans son intimité, dans la confidentialité, dans la qualité de la relation à l'autre. Là aussi on pourrait renvoyer aux interventions de François Arnaud et de Gilles Tanvez, psychologue¹¹, lors des journées consacrées aux médecins coordonateurs. Comment doit-on respecter la personne détenue qui consulte ? Ne pas le faire attendre en salle d'attente, lui serrer la main, ne pas parler de lui dans son dos etc. Le respect inconditionnel de l'intimité psychique est d'autant plus nécessaire dans le contexte pénitentiaire où on sait bien - et ce n'est pas du tout une critique négative de la pénitentiaire, c'est la réalité de la prison - qu'il y a une intrusion constante dans la vie quotidienne. L'intimité et la dignité doivent d'autant plus s'imposer en prison que justement ces principes ont souvent été oubliés par les personnes détenues au travers des actes qu'elles ont perpétrés (viols, violences de toutes sortes, vols etc.). Alors faudrait-il que nous fassions la même chose ? L'action thérapeutique consiste à ne pas se comporter en miroir avec les comportements répréhensibles de nos patients. C'est cela notre travail thérapeutique et c'est extrêmement important. Si l'Etat veut se comporter comme les délinquants, c'est son problème. En tant que psychiatre en milieu carcéral, mon travail doit consubstantiellement être investi du sens de la loi dans ses aspects fondamentaux les plus profonds pour justement faire en sorte que nos patients puissent travailler ce rapport à l'autre dans un profond respect d'autrui (probablement, sans le dire ainsi, un espoir de non récidive, mais allez faire comprendre cela...).

Les obligations des soignants

- Une obligation absolue de confidentialité
- L'assurance de la dignité de la personne
- Un respect inconditionnel de l'intimité psychique dans un contexte d'intrusion de la vie quotidienne (ces intimités et dignités oubliées chez les victimes)
- Ne pas se comporter de la même manière que ce que l'on reproche
- Des principes anciens et fondamentaux de devoirs civiques des soignants comme tout citoyen

Quelques principes essentiels.

Celui d'assistance à personne en danger est une des plus importants. Il semble évident que lorsque

¹¹ « *Le soignant en milieu pénitentiaire et le médecin coordonnateur : articulations ?* ». Actes des Journées en préparation.

l'on sait qu'il y a une dangerosité vraiment avérée, que la personne délire, qu'elle est psychotique, que l'on sait que peut-être il ne va pas falloir entrer dans sa cellule brutalement sinon le surveillant risque de se prendre un « pain », que l'intrusion dans sa bulle peut être ressentie de manière insupportable, nous avons alors le devoir d'agir (prévenir, hospitaliser, proposer un isolement etc.). Il y a des moments où il faut dire : « attendez faites attention ». On signale aussi les questions des suicides, des risques suicidaires. Il y a des moyens de communiquer sans participer aux CPU et en travaillant ces informations avec notre patient. Donc les dispositions de la loi du 25/02/2008 faisant état de l'obligation d'information s'il y a un danger, sont inutiles et redondantes avec une obligation juridique fondamentale.

Un principe essentiel

Assistance à personne en danger (CP art.223-6)

- (Dénonciation d'un crime obligatoire (art 434-1 - sauf pour les parents ou les personnes tenues au SP 226-13 CP)
- Inutilité loi 25 février 2008 : « Dès lors qu'il existe un risque sérieux pour la sécurité des personnes au sein des établissements mentionnés au premier alinéa du présent article, les personnels soignants intervenant au sein de ces établissements et ayant connaissance de ce risque sont tenus de le signaler dans les plus brefs délais au directeur de l'établissement en lui transmettant, dans le respect des dispositions relatives au secret médical, les informations utiles à la mise en œuvre de mesures de protection. « Les mêmes obligations sont applicables aux personnels soignants intervenant au sein des établissements pénitentiaires. »

XXIèmes Journées Nationales
SPMP et UMD - Montpellier

18 et 19 octobre 2010

22

Quel sens donner à la CPU ?

Les CPU sont dans l'air(e) du temps. Petit jeu de mot sur l'aire(e) du temps. Prison égale espace limité et temps aux bornes floues.

CPU dans l'air(e) du temps

Quel sens à donner à la CPU ?

- Une société dépassée par l'état de ses prisons
- Une société malade de son sentiment d'insécurité (M Serres et la guerre)
- Une société « incestuelle », confusion des rôles et places de chacun (codétenu de soutien)
- Une société autopenoptisée (internet et vidéosurveillance)
- Une société déresponsabilisée et déresponsabilisante (c'est la faute à Voltaire, c'est la faute à Rousseau...)
- Une société déstabilisée par des messages contradictoires (jurys populaires, Jean Danet) ou messagers
- Une société paralysée par sa complexité (thérapies pour lutter contre la récidive avec 0 psychothérapeute en France - décret du 20 mai 2010)
- Une société soit en faillite financière (F Fillon septembre 2007) soit faisant certains choix budgétaires (quid de la TAA/VAP en prison ?)
- Une société qui n'a pas les moyens de ses objectifs (expertises, SSJ avec IS)

XXIèmes Journées Nationales
SPMP et UMD - Montpellier

18 et 19 octobre 2010

23

La société est dépassée par l'état de ses prisons. L'encellulement individuel en maison d'arrêt n'est pas possible ; la surpopulation pénale est là ; construire ou rénover les prisons coûtent cher. Ce n'est pas la

faute à la pénitentiaire qui est obligée de gérer la population que la justice lui adresse. Elle ne contrôle ni flux d'entrée, ni flux de sortie. Une surconcentration de personnes dans un espace restreint, même si ses personnes sont « équilibrées », pose un problème. On sait bien comment cela se passe quand il y a une dizaine de personnes sur un voilier avec des tensions qui surgissent rapidement.

En fait, la société est malade de son sentiment d'insécurité. J'entendais il y a peu le philosophe M. Serres dans une émission à la télévision où il était question d'insécurité. Je cite de mémoire ses propos « *mais enfin arrêtez de parler d'insécurité, vous trouvez qu'on est en insécurité ? Il y a 60 ans pendant la guerre j'ai connu autre chose* ». Il y a certes des endroits où c'est extrêmement tendu mais le sentiment d'insécurité n'est pour beaucoup que l'insécurité véhiculée par les médias.

C'est aussi une société incestuelle qui confond les rôles et les places de chacun (le codétenu de soutien en est un exemple typique). On pourrait (et on doit) faire le détail du protocole du codétenu de soutien qui désarme par son incohérence et sa naïveté¹². C'est impossible d'accepter ce genre de proposition qui déconsidère le travail de la pénitentiaire et qui vont mettre des détenus dans des positions extrêmement difficiles, ainsi que les soignants qui devront rattraper des situations épouvantables.

On est donc dans une société autopanoptisée comme je l'ai déjà dit avec internet et la vidéosurveillance mais aussi dans une société qui se déresponsabilise et est déresponsabilisante c'est toujours la faute à l'autre par ricochet.

C'est une société qui est déstabilisée par des messages contradictoires. Jean Danet en a parlé également hier [12]. On nous dit que l'on va supprimer les jurys d'assises et le lendemain, on annonce qu'on va les instaurer en correctionnel... La télévision ne laisse rien passer sur ce point, permettant de mettre en évidence les contradictions majeures dans les discours à quelques jours d'intervalle. Mais cela n'a pas d'importance, le principe de non contradiction n'est absolument pas respecté et se contredire semble ne pas poser problème.

C'est une société qui est aussi paralysée par sa complexité. Les lois s'empilent. On voit les difficultés rencontrées par les juges d'applications des peines à suivre le rythme des nouvelles lois. Et les efforts pour expliquer les nouvelles dispositions ne sont souvent guère explicites comme cette lumineuse définition de la récidive : « *Il n'y a nouvelle récidive légale ... que lorsqu'une personne commet une infraction qui constitue le deuxième terme d'une récidive dont le premier terme constituait le second terme d'une précédente récidive, ou, plus précisément, dont le premier terme est une condamnation prononcée pour une infraction qui constituait le second terme d'une précédente récidive, à condition que ce précédent état de récidive ait été relevé par la juridiction de jugement* » [13].

On nous sommes de faire des thérapies pour lutter contre la récidive mais ces techniques ne sont pas répertoriées dans les livres de médecine¹³. De toute façon, à ce jour, il n'y a plus aucun psychothérapeute en France depuis le décret du 20 mai 2010. Pour être psychothérapeute, il faut s'inscrire sur une liste. Seuls, les psychiatres peuvent le faire sans autre contrainte qu'une démarche d'inscription, même les psychologues cliniciens doivent accomplir un stage supplémentaire.

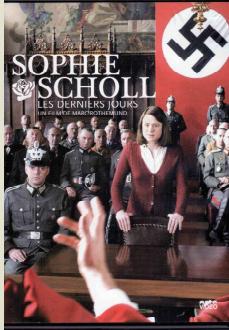
C'est une société qui est en faillite financière a déclaré le premier ministre F. Fillon en septembre 2007. C'est une société qui n'a pas les moyens de ses objectifs. Les expertises sont en souffrance et la situation ne risque pas de s'arranger avec le récent décret de réforme du statut des praticiens hospitaliers du 29/09/2010 où disparaît la lisibilité de l'action expertale qui serait laissée à l'autorisation du directeur. Le suivi socio-judiciaire (SSJ) avec injonction de soins fonctionne mal. Pas la peine de s'étendre sur ce sujet, il y a très peu de médecins coordonnateurs.

Résister contre son propre camp. Pour finir, aggravons la provocation avec cette diapositive où le drapeau nazi attire d'emblée le regard.

¹² Par exemple, les critères de sélection du codétenu de soutien sont surprenants : « 1) volontaires motivés présentant une solidité psychique, une capacité d'écoute, d'altruisme, un respect de l'autre et le sens des responsabilités ; 2) « installés durablement » dans l'établissement ou ayant une certaine expérience de la prison, *sans avoir* eu de problèmes de comportement ou *fait l'objet récemment de sanctions disciplinaires* ; 3) condamnés avec un reliquat de peine à purger d'*au minimum un an*, ou *prévenus*, si non opposition du magistrat en charge du dossier ; 4) qui n'est *pas usager de substances psycho-actives*. ». S'agit-il d'une prison ou d'une communauté monastique ?

¹³ Comptons sur le DSM-V et la CIM-11 pour résoudre ce problème, le tout relié à une bonne codification tarifaire VAP.

Sophie et Hans SCHOLL : La rose blanche Résister contre son propre camp



« Quoi d'étonnant si la prison ressemble aux usines, aux écoles, aux casernes, aux hôpitaux, qui tous ressemblent aux prisons »

Michel Foucault, *Surveiller et punir*
In fine du chapitre sur le panoptisme

XXIèmes Journées Nationales
SPMP et UMD - Montpellier

18 et 19 octobre 2010

24

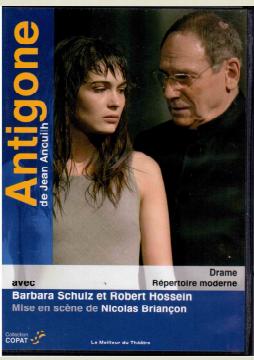
Alors pourquoi cette image ? Résister contre son propre camp est difficile. J'ai pris l'exemple d'un très beau film qui est l'histoire de la Rose blanche, petit mouvement de résistance d'étudiants allemands sous le régime hitlérien. Hans et Sophie Scholl se sont opposés à Hitler et ont été guillotinés en 1941. Il faut résister. Il faut dire non à ce que l'on nous propose sur de nombreux points où notre champ professionnel est d'ailleurs particulièrement sollicité.

Alors la CPU : non, non et non !

Voilà ma position sans ambiguïté sur ce point. Il faut respecter l'intimité. Antigone contre Créon, cela veut dire qu'il y a des lois légitimes qui transcendent la loi du tyran même si c'est une loi légale qu'il faut savoir contester. En même temps, il faut essayer de ne pas finir comme Antigone. Nous n'en sommes (peut-être) pas encore là !

CPU : NON, NON et NON

- Respect de l'intimité
- Antigone et Créon
- Être sujet c'est faire usage de soi dans les normes (Guillaume Leblanc) cf. P. Ricœur.
- Le seul espace de liberté en prison concerne la confidentialité du contenu du consultation
- Les lustres (Bernard Odier)
- Philosopher, c'est anticiper (Michel Serres)
- Dans l'intérêt et le respect du patient, de l'AP, des soignants, de la société...
- Les modalités d'articulation existent.



XXIèmes Journées Nationales
SPMP et UMD - Montpellier

18 et 19 octobre 2010

25

Lorsque je citais P. Ricœur, je vous avais dit que je vous parlerai d'un autre philosophe Guillaume Leblanc que j'ai entendu début octobre lors des journées de la société de l'information psychiatrique. Le philosophe nous dit : « *Être sujet c'est faire usage de soi dans les normes* » [14]. Cette remarque se recoupe bien avec les propos de P. Ricœur. Dans ces situations, c'est aussi à chacun de trouver sa place. Même si

l'ASPM fera peut-être des recommandations pour essayer de donner du soutien, des aides, des prises de positions, finalement c'est à chacun dans la place qu'il occupe de décider de ce qu'il doit faire. Mais n'oublions pas que la confidentialité du contenu des consultations est le seul espace de liberté en prison. C'est le seul endroit où une personne pense pouvoir déposer quelque chose et que ce quelque chose restera là, en dépôt, protégé des intrusions.

Bernard Odier, le psychiatre qui présentait le rapport introductif aux journées de la SIP citait des cas cliniques Il disait qu'il faut souvent un lustre (soit cinq ans) pour donner un soin et qu'il faut souvent quatre lustres, donc 20 ans, pour évaluer nos actions [15]. Alors l'évaluation en temps réel, dès l'arrivée en prison, n'en parlons pas.....

Il est important aussi d'anticiper. Philosopher, c'est anticiper dit Michel Serres [16]. Oui anticiper c'est se demander quelles seraient les conséquences de la participation à la CPU, de sa répercussion sur l'ensemble du dispositif médical et psychiatrique ? Quelle pourrait être l'évolution de la psychiatrie en milieu pénitentiaire si on suit les voies vers lesquelles on veut nous emmener ? Ne devons nous pas prendre des positions de prévention mais non de précaution par rapport aux excès que l'on nous demande. Tout cela est dans l'intérêt et le respect du patient, de l'administration pénitentiaire, des soignants, de la société. Je n'ai peut-être pas pu insister parce que je n'en n'avais pas le temps sur le fait qu'exiger de ne pas aller à la CPU, exiger le respect du secret professionnel, c'est aussi penser la qualité de notre relation avec l'administration pénitentiaire. Elle y perdra si on est dans des confusions de rôle et personne n'y gagnera. Des modalités d'articulation existent. Les commissions de santé existent, les réunions de coordination sont indispensables pour pouvoir mieux travailler, cela je crois que personne ne les remet en question. Mais tout ce qui est évocation de cas particuliers ne peut que poser un problème. Face à ces situations désarmantes, certaines positions soignantes (médecins ou cadres infirmiers) sont déroutantes. Ne sachant s'opposer, certains assistent aux CPU résignés, mais ne disent rien. D'autres y vont, ne disent rien, mais le font pour obtenir unilatéralement une information. D'autres participent bilatéralement. Assister aux CPU en voyeur, voire pour connaître « les problèmes de la pénitentiaire » (et en faire de manière perverse des gorges chaudes) n'est pas respecter cette institution. D'autres enfin y vont pour se donner l'illusion d'une importance, l'exercice d'un certain pouvoir ou le besoin d'exister....

Alors pour terminer, puisque le thème de nos journées est consacré au temps, je voulais rappeler un des sujets que M. Foucault a eu à traiter quand il a été reçu à l'agrégation de philosophie dont un est relatif au temps : « *Imaginer une rencontre entre Bergson et Spinoza au pays endormi du souvenir pur où ils engagent un dialogue sur le temps et l'éternité en vue de définir le genre de considération que la philosophie doit accorder à ces deux notions* » [17].

Impressionnant. Et il fallait plancher pendant six heures...

Je vous propose une version adaptée peut-être plus aisée à traiter pour les non philosophes : « *Imaginer une rencontre entre un directeur d'établissement pénitentiaire et un psychiatre au pays de l'avenir insécuré où ils engagent un dialogue sur le temps et l'éternité en prison en vue de définir le genre de considération que la démocratie d'opinion doit accorder à ces deux notions* ».

Le temps dans l'épreuve de l'agrégation de philosophie de M. Foucault et notre modeste épreuve

Imaginer une rencontre entre Bergson et Spinoza au pays endormi du souvenir pur où ils engagent un dialogue sur le temps et l'éternité en vue de définir le genre de considération que la philosophie doit accorder à ces deux notions.

Imaginer une rencontre entre un directeur d'établissement pénitentiaire et un psychiatre au pays de l'avenir insécuré où ils engagent un dialogue sur le temps et l'éternité en prison en vue de définir le genre de considération que la démocratie d'opinion doit accorder à ces deux notions.

18 et 19 octobre 2010

XXIèmes Journées Nationales
SPMP et UMD - Montpellier

26

Et tout à fait pour finir, une image qui peut vous surprendre. Obtenir, maintenir une psychiatrie en milieu pénitentiaire de qualité est un travail de longue haleine. C'est un véritable marathon et ce marathon il ne faut pas y renoncer. Il faut tenir le coup, il ne faut pas baisser les bras. D'où l'expression créole « *Kyenbé red pa moli* » (chastement traduite : tiens le coup, ne renonce pas).

Et pourquoi des pom-pom girls ? Parce que ces journées se tiennent à Montpellier et que ce sont ces dynamiques et charmantes pom-pom girls qui ont soutenu les participants au premier marathon de Montpellier de dimanche dernier. Comptons donc sur elles pour nous encourager dans notre marathon et continuer nos efforts sans mollir.

Merci de votre écoute et de votre intérêt.

Pour une psychiatrie en milieu
pénitentiaire de qualité

Kyenbé red pa moli

18 et 19 octobre 2010

XXIèmes Journées Nationales
SPMP et UMD - Montpellier

27

BIBLIOGRAPHIE

- [1] ASSEMBLÉE NATIONALE, *Rapport sur la situation dans les prisons françaises*, juin 2000.
- [2] RICOEUR P. *Soi-même comme un autre*, Points Essais, n°330, 1998.
- [3] MILLY B., *Soigner en prison*, collection sociologies, PUF, 2001.
- [4] Circulaire DAP du 14 janvier 2009.
- [5] KLEIN E., *Ce qui fait passer le temps*, XXI^{èmes} Journées Nationales des Secteurs de Psychiatrie en Milieu Pénitentiaire et des Unités pour Malades Difficiles, *Le Temps*, Montpellier, 18 et 19 octobre 2010 et *Discours sur l'origine de l'univers*, Flammarion/NBS, 2010.
- [6] FOUCAULT M., *Surveiller et punir, Naissance de la prison*, NRF, Gallimard, 1975.
- [7] BERREBI-HOFFMANN I., *Politiques de l'intime. Des utopies sociales d'hier aux mondes du travail d'aujourd'hui*. Collection Recherches. La Découverte, septembre 2009.
- [8] BONELLI L et PELLETIER W., *L'État démantelé. Enquête sur une contre-révolution silencieuse*. La Découverte – Monde diplomatique, octobre 2010.
- [9] FANJOUX-COHEN L., *L'usage du temps dans le quotidien d'une psychiatrie de ville*, XXI^{èmes} Journées Nationales des Secteurs de Psychiatrie en Milieu Pénitentiaire et des Unités pour Malades Difficiles, *Le Temps*, Montpellier, 18 et 19 octobre 2010.
- [10] ALBARDIER W et LAURENCIN G., *La valse à mille temps*, XXI^{èmes} Journées Nationales des Secteurs de Psychiatrie en Milieu Pénitentiaire et des Unités pour Malades Difficiles, *Le Temps*, Montpellier, 18 et 19 octobre 2010.
- [11] FOUCAULT M., L'angoisse de juger, Dits et Écrits II, n°205, 1977, 205, Edition août 2001.
- [12] DANET J., *Le temps judiciaire*, XXI^{èmes} Journées Nationales des Secteurs de Psychiatrie en Milieu Pénitentiaire et des Unités pour Malades Difficiles, *Le Temps*, Montpellier, 18 et 19 octobre 2010.
- [13] Circulaire DACG n°2007-10 du 13 août 2007
- [14] LEBLANC G. *Folie des normes*, 29^{èmes} Journées de la Société de l'Information Psychiatrique, Entre norme et liberté, Nancy, 6 au 9 octobre 2010.
- [15] ODIER B., *Rapport inaugural*, 29^{èmes} Journées de la Société de l'Information Psychiatrique, Entre norme et liberté, Nancy, 6 au 9 octobre 2010.
- [16] SERRES M., *Philosopher, c'est anticiper* *Philosophie magazine*, n°11, août 2007.
- [17] ERIBON D., *Michel Foucault*, Flammarion, septembre 1989.

ANALYSE COMMENTÉE DU PLAN D'ACTIONS STRATEGIQUES

2010-2014

Politique de santé pour les personnes sous main de justice

Ministère de la santé et de la justice présentation le 29 octobre 2010

<http://www.sante-jeunesse-sports.gouv.fr/prise-en-charge-sanitaire-des-personnes-detenues-presentation-du-plan-2010-2014.html>

Conjointement, ministère de la santé et ministère de la justice ont présenté le 29 octobre 2010 un plan d'actions stratégiques (PAS) pour quatre ans à destination d'une population dénommée « **personnes sous main de justice** », et pas simplement « personnes détenues ». La nuance a probablement son importance. L'évaluation du suivi du plan est confiée uniquement au ministère de la santé.

LE SOMMAIRE DU PLAN

Ce PAS se décline en 6 axes, 18 mesures et 40 actions en 88 pages. Les 6 axes et 18 mesures sont les suivants :

1. Axe I – Connaissance de l'état de santé

- 1.1. Mesure 1 : mettre en place un système national d'informations stratégiques permettant le pilotage des politiques mises en œuvre intégrant des données d'activités et un suivi épidémiologique de la santé des personnes détenues
- 1.2. Mesure 2 : mener un programme d'étude et de recherche spécifique

2. Axe II – Prévention et promotion de la santé

- 2.1. Mesure 3 : renforcer la prévention du suicide en détention
- 2.2. Mesure 4 : évaluation de l'application des recommandations de la politique de réduction des risques infectieux en milieu carcéral
- 2.3. Mesure 5 : agir sur les déterminants de la santé des personnes détenues
- 2.4. Mesure 6 : rendre les programmes de dépistage accessibles aux personnes détenues
- 2.5. Mesure 7 : améliorer la santé bucco-dentaire des personnes détenues

3. Axe III – Accès aux soins

- 3.1. Mesure 8 : évaluer la mise en place du schéma d'hospitalisation des personnes détenues
- 3.2. Mesure 9 : réorganiser le dispositif d'offre de soins en santé mentale
- 3.3. Mesure 10 : améliorer l'organisation, la gestion et le suivi de structures sanitaires de prise en charge de personnes détenues
- 3.4. Mesure 11 : conduire une évaluation de l'offre de soins spécialisée pour les auteurs d'infractions à caractère sexuel
- 3.5. Mesure 12 : améliorer la prise en charge des addictions et s'assurer de la continuité des soins
- 3.6. Mesure 13 : organiser la préparation et la continuité des soins à la sortie

4. Axe IV – Dispositif de protection sociale

- 4.1. Mesure 14 : clarifier l'accès aux soins des personnes détenues
- 4.2. Mesure 15 : organiser l'articulation entre établissement pénitentiaire/CPAM/établissement de santé

5. Axe V – Formation

- 5.1. Mesure 16 : mettre en place un plan de formation
- 5.2. Mesure 17 : promouvoir une démarche qualité et bonnes pratiques auprès des intervenants extérieurs

6. Axe VI – Hygiène, sécurité et salubrité des établissements pénitentiaires

- 6.1. Mesure 18 : s'assurer du respect des normes et règlements relatifs aux conditions d'hygiène, de sécurité et de salubrité des établissements pénitentiaires

GRANDS PRINCIPES ET PRINCIPALES MESURES

Le PAS concerne les soins somatiques et psychiatriques. Seules les mesures, directes ou indirectes, relatives à la psychiatrie (j'insiste, la discipline résiste et ne va pas se laisser tuer sans combat) sont présentées ici.

Trois grands principes animent ce plan :

1. Les personnes incarcérées doivent bénéficier de la même qualité et continuité de soin que la population générale
2. Les plans et les programmes de santé publique doivent être mis en œuvre en milieu carcéral
3. La prévention et les soins initiés ou poursuivis pendant la période de l'incarcération doivent contribuer au maintien et à l'amélioration de l'état de santé

Parmi les 18 mesures, cinq sont considérées comme des **mesures phares** :

1. Le renforcement d'une politique de prévention du suicide concerté entre les différents intervenants
2. Le développement d'actions d'éducation et de promotion de la santé
3. L'accessibilité des personnes détenues à des soins de santé mentale adaptés à leur état de santé
4. L'amélioration de l'organisation, de la gestion et du suivi des structures sanitaires
5. Enfin, l'amélioration de l'organisation, de la gestion et du suivi des structures sanitaires

1. Actions 1.1.1 et 1.1.2

Mettre en place un système national d'informations stratégiques et un observatoire des structures de santé permettant de mieux piloter les besoins du système de soin et assurer un suivi épidémiologique plus précis.

2. Action 1.3 : améliorer la qualité des données sur le phénomène suicidaire en prison

L'approche du phénomène suicidaire en prison est vue sous l'angle suivant : « *Cependant, une revue récente de la littérature portant sur une méta-analyse de 4 780 suicides en prison à partir de 34 études de pays occidentaux montre que les facteurs de risque médicaux et personnels sont ceux dont l'association avec le suicide est la plus forte. Il s'agit de l'idéation suicidaire, les antécédents de tentatives de suicide, un diagnostic psychiatrique, en particulier la dépression et la schizophrénie, une hospitalisation en psychiatrie lors de la détention, la consommation de psychotropes, de drogues et l'abus d'alcool.*

Comme on le lit l'approche du phénomène suicidaire se fait sous une lecture pathologique ou en relation avec la prise de drogue. Aucune approche « existentielle » n'est alléguée : la souffrance liée à l'incarcération, le sentiment de culpabilité en relation avec les faits, avec l'abandon des responsabilités familiales, la rupture des liens socioprofessionnels, l'incertitude sur le déroulement de procédures judiciaires, les attentes sans terme des audiences chez le juge, de la venue de l'avocat, des autorisations pour les parloirs, des questions sur tout sujet qui restent sans réponses, de la violence, de l'absence d'intimité, de la déresponsabilisation, en résumé les heureuses, confortables et conviviales conditions carcérales etc., en somme une brutale rupture dans le déroulement d'une vie.

La solution : « *Or, les données des dossiers médicaux ne sont pas informatisées et il n'existe pas de système de remontée des données des dossiers médicaux, même anonymisées. Afin d'améliorer les connaissances sur le suicide en prison, une description des diagnostics associés au suicide pourrait être faite à partir des certificats de décès. Une évaluation préalable de la qualité du remplissage des certificats de décès par suicide en prison devra être effectuée et si celle-ci s'avère satisfaisante et comparable à celle des certificats de décès par suicide en population générale, une comparaison des diagnostics associés pourra être effectuée, en particulier en ce qui concerne les pathologies mentales et les addictions.* » Comme si l'analyse des dossiers médicaux allait fournir des réponses à ces questions non pathologiques, non médicales, non psychiatriques, la plupart du temps... Tant qu'on n'admettra pas que la privation de liberté dans les conditions carcérales actuelles est une des principales causes de souffrance psychique majeure, toutes les mesures même les plus « farfelues » (comme les codétenus de soutien) seront inutiles. Cela n'a d'ailleurs aucune importance, car pour l'opinion

publique, un suicide en prison équivaut à un méchant en moins.

2. Action 3.1 : renforcer la collaboration entre les intervenants afin d'améliorer l'efficacité des interventions.

Bien entendu ce volet cache la volonté forte des pouvoirs publics de voir les soignants participer aux commissions pluridisciplinaires uniques : « *Participation des professionnels de santé sur communication préalable de l'ordre du jour, au volet « prévention du suicide » des commissions pluridisciplinaires uniques.* »

Les objectifs (repérage, définition d'une prise en charge adaptée et évaluation des mesures prises, étude de pistes d'amélioration) de ces commissions auront été préalablement précisés ainsi que les modalités de compte rendu. La nature et le contenu des informations à échanger entre le personnel soignant, pénitentiaire et éducatif sont définis par les conclusions du groupe de travail portant sur le partage d'informations piloté en 2009 par la DGS ».

Déduction logique de la mesure précédente : comme les suicides ou tentatives sont la conséquence d'une pathologie, comptons sur les soignants pour résoudre le désespoir carcéral.

3. Action 5.5 : développer et adapter des actions d'éducation à la vie affective et sexuelle et de prévention des risques liés aux pratiques sexuelles (dont IST) pour les personnes mineures détenues

Le contexte est ainsi présenté :

« ... il convient de travailler sur les représentations des mineurs détenus, sur le rapport fille/garçon, du respect de l'autre dans les relations affectives et sexuelles, sur l'orientation sexuelle, d'informer sur les IST, sur la contraception et l'IVG, des contextes à risque (prise de substances, violences...). Intervenir auprès des mineurs (filles et garçons) placés sous main de justice (y compris ceux qui sont détenus) sur le sujet de l'éducation affective et sexuelle et la prévention des risques liés aux pratiques sexuelles et aux grossesses non désirées (contraception/IVG), est un axe prioritaire du contrat-cadre conclu entre la DPJJ et la DGS, qui doit être décliné à l'échelon territorial. Ces sujets touchant à l'intime, requièrent une approche adaptée pour des jeunes sortis du système scolaire et qui ont des difficultés à les aborder ».

Les actions envisagées sont les suivantes :

- « *Développer des interventions adaptées aux personnes mineures détenues d'éducation à la vie affective et sexuelle et de prévention des risques liés aux pratiques sexuelles (dont IST) : mise en place par les UC-SA, ou renforcement et adaptation aux besoins et spécificités des mineurs détenus, des interventions ou modules d'éducation à la vie affective et sexuelle à destination et en association avec les mineurs détenus;*

- *Réaliser une étude socio comportementale (de type KABP, c.à.d. Knowledge, Attitudes, Practices, Behavior) auprès des personnes mineures détenues, sur leurs connaissances, attitudes, pratiques et comportements en matière de prévention des risques liés aux pratiques sexuelles. L'étude cherchera à faire un traitement différencié prenant en compte les filles et les garçons, notamment parmi les mineurs étrangers isolés et comprendre un focus sur les départements d'outre-mer (Réunion, Guyane, Guadeloupe et Martinique) en raison du taux d'incarcération des mineurs plus important dans ces territoires ».*

On notera que les UCSA semblent les premiers concernés, alors qu'il semble qu'un partenariat UCSA/SMPR serait le bienvenu sur ces thèmes (aspects somatiques IST pour les unes, aspects psychologiques pour les autres), d'autant plus que les psychiatres sont sollicités pour la délinquance sexuelle, et que sur ce sujet il s'agit de prévention sur ce champ (et les pouvoirs publics instaurent ainsi un clivage UCSA/SMPR que par ailleurs ils dénoncent....).

4. Action 5.7 : améliorer auprès des personnes détenues la prévention des risques liés à la sexualité et réunir les conditions du maintien d'une vie affective et sexuelle

Les objectifs sont les suivants :

- *Aboutir à la reconnaissance de l'intimité et de la sexualité des personnes détenues ;*
- *Améliorer la connaissance des personnes détenues sur la sexualité et la prévention des risques sexuels en développant les actions d'éducation pour la santé ;*
- *Améliorer la connaissance des intervenants en prison, y compris les membres des associations et les personnels sanitaires sur la prévention des risques sexuels (incluant l'accès au traitement post exposition) ;*
- *Permettre aux personnes détenues victimes d'une agression sexuelle de révéler l'agression dont elles ont été victimes et protéger les personnes les plus exposées à ces faits (personnes homosexuelles, personnes transgenres, personnes semblant l'être, personnes fragiles et isolées, personnes incarcérées pour des infractions à caractère sexuel) et être en mesure, si nécessaire, de proposer un encellulement individuel.*

Parmi les actions, on note de nouveau cette référence unique aux UCSA : « *Formation du personnel des UCSA à aborder les questions de sexualité avec les personnes détenues et les sensibiliser au recueil de plaintes d'agressions sexuelles (mise en œuvre du Traitement post exposition- TPE- et d'un soutien psychologique)* ».

Le développement des parloirs familiaux et des unités de vie familiale (UVF) ne sont pas listées comme des actions susceptibles d'améliorer la vie affective et sexuelle des personnes détenues (et de leurs partenaires).

Une autre action consiste à la « *réalisation d'études quantitatives et qualitatives sur le vécu de la sexualité en prison* » sans que soit précisé qui mène ces études.

5. Action 9.1 : améliorer l'organisation des soins psychiatriques en milieu pénitentiaire par la définition d'une offre de soins graduée

L'action n'est pas nouvelle, régulièrement répétée et souvent non réalisée.

- Offre de proximité : consultation et CATTP systématiquement développé (les activités de groupe sont rentables. Elles permettent d'avoir l'apparence d'une prise en charge en nombre (à l'aube de la VAP, des actes en perspective). Rien n'est dit sur le type de soin, les objectifs à atteindre, les résultats attendus. Les préconisations reposent sur un dispositif et non sur des critères cliniques.
- Clarifier les missions de l'hôpital de jour et les chambres d'hébergement. Une valse hésitation depuis des années : avec l'ouverture des UHSA, faut-il garder l'atypique hôpital de jour des SMPR auquel s'ajoute maintenant une nouvelle version : les cellules d'hébergement.
- Améliorer la prise en charge de personnes détenues dans les établissements de santé en attendant l'ouverture des UHSA (discours politiquement correct qui se confrontera à l'inertie du quotidien). Sur ce point, à noter un point pratique utile : l'élaboration et la diffusion d'une fiche relative aux droits des détenus hospitalisés en établissements de santé qui permettra lors aux équipes soignantes des hôpitaux de savoir s'ajuster à la situation pénale des patients hospitalisés en HO D398 (courriers, visites etc.). Une circulaire devrait être diffusée au cours du second semestre 2010 pour préciser ce dispositif.

Remarque guadeloupéenne sur l'hôpital de jour. Depuis l'ouverture du SMPR de Baie-Mahault en 1996, un hôpital de jour est prévu (8 places). Récemment, début novembre 2010, une députée de la Guadeloupe – Jeanny Marc) a interrogé la ministre de la justice à l'Assemblée nationale sur les raisons de la non ouverture de l'hôpital de jour à Baie-Mahault. Réponse de la ministre : cela dépend du ministère de la santé et non de la justice. La non ouverture de l'hôpital de jour est due à une absence d'effectif suffisant de personnels pénitentiaires pour assurer la surveillance nécessaire. L'ouverture de l'hôpital de jour est actuellement suspendue aux décisions du ministère de la justice. La question de la députée au ministre de la justice était légitime et la réponse inadéquate.

6. Action 9.2 : accompagner et évaluer la mise en place des unités hospitalières spécialement aménagées (UHSA) de la première tranche de construction

Les deux tranches prévoient 705 places. La première tranche prévoit 440 places. La première UHSA a ouvert à Lyon en mai 2010, 8 ans après promulgation de la loi.

Il s'agit essentiellement d'évaluer si ces structures répondent aux attentes en matière clinique, organisationnelle et financière.....

7. Action 9.3 : préparer et accompagner la mise en place des unités hospitalières spécialement aménagées (UHSA) de la seconde tranche de construction

La seconde tranche prévoit 265 places. L'action doit définir les lieux d'implantation des UHSA de la 2^{ème} tranche et les correctifs à apporter en fonction de l'évaluation du fonctionnement de la première tranche.

8. Action 10.1 : donner des éléments de cadrage sur l'organisation des locaux et des équipements des unités de consultation et de soins ambulatoires (UCSA/SMPR) et s'assurer de la fonctionnalité de ceux-ci.

Amusant de voir citer dans l'intitulé de l'action les UCSA mais avec entre parenthèses (UCSA et SMPR). Il est rappelé le dévouement des équipes de soins dont l'abnégation et la vocation les poussent à travailler dans ce milieu ingrat, même sous la forme du volontariat (cela annoncerait-il qu'il convient de ne plus rémunérer les professionnels, que le bénévolat s'annonce ?) : « *Cette situation a pour conséquence des conditions de travail difficiles qui impactent la qualité des prises en charge sanitaires des patients et sont souvent des éléments contribuant aux difficultés de recrutement du personnel soignant dont il convient de rappeler la notion de volontariat liée à cet exercice professionnel* ».

Quelle flatterie pour tout ceux qui dans cette période de revendication de reconnaissance vont enfin ne pas se sentir oubliés, reconnus pour leur émérite valeur.

L'objectif est que « *Chaque UCSA et SMPR doit disposer de locaux adaptés et fonctionnels, et d'équipements répondant aux technologies similaires à celles des établissements de santé* ». Et bien voilà c'est tout ce que l'on demande. Ni charité, ni pitié mais des « plateaux techniques » nécessaires à l'exercice de notre activité professionnelle. Pour cela, il serait prévu un recensement des locaux de tous les UCSA et SMPR.

9. Action 10.2 : doter les unités de soins, de consultations et de soins ambulatoires et hospitaliers, des outils informatiques nécessaires à la production de soins et la collecte d'informations.

L'informatisation est un objectif largement partagé. Toutefois, il faut être vigilant à ce que les données d'activités des UCSA et des SMPR restent bien dans le droit commun des systèmes d'information hospitaliers afin que la confidentialité des données médicales ne connaisse pas des fuites similaires à certaines données téléphoniques..... La lecture attentive de cette action est recommandée.

10. Action 11.1 : conduire une évaluation de l'offre de soins spécialisés pour les auteurs d'infraction à caractère sexuel (AICS) – (activité, financière...)

Que les AICS mobilisent les politiques !! Il est rappelé que les lois récentes insistent sur trois objectifs :

- renforcer l'incitation aux soins et la prise en charge précoce des personnes incarcérées
- assurer les conditions d'une prise en charge adaptée durant l'incarcération
- préparer le relais au moment de la sortie et prévoir la continuité de la prise en charge.

Trois actions sont prévues :

- Évaluation des projets médicaux : types de professionnels recrutés, modalités d'organisation, éventuels problèmes de locaux, type d'activité entamé (consultations individuelles ou séances collectives), comme sur celui de leur articulation avec les structures existantes en milieu ordinaire
- Définition d'un protocole avec la Direction de l'Administration Pénitentiaire concernant la mise en place de cette disposition dans les différentes régions et la coordination des actions des Ministères de la Santé et de la Justice au niveau national et régional
- Évaluation du fonctionnement du protocole notamment par le suivi des indicateurs de ressources et de résultats

Importance donc du soin protocolisé par la Direction de l'Administration pénitentiaire. Sans commentaires. Et ce magnifique dernier point quant aux indicateurs de ressources et de résultats. Ah les ressources ! Il faut les voir venir en toute transparence....

11. Action 12.1 : améliorer la coordination et l'articulation entre les différents intervenants concernés par la prise en charge des personnes détenues présentant un problème d'addiction

La coordination doit être assurée par les UCSA (sauf accord local dérogeant à cette règle générale). Les équipes hospitalières de liaison et de soins en addictologie (ELSA) doivent être renforcées. Les CSAPA sont considérés comme des intervenants privilégiés pour intervenir en milieu carcéral et leur équipe doit être renforcée en les dotant de 0.5 ETP de travailleur social supplémentaire.

12. Action 13.1 : mettre en place au sein des établissements pénitentiaires une organisation pour contribuer à la préparation à la sortie

Une préparation insuffisante à la sortie est régulièrement dénoncée : « *Concernant les soins psychiatriques, ce même défaut de préparation à la sortie et de prise en charge adaptée est souligné. Certains services de psychiatrie intervenant en milieu carcéral essaient de mettre en place des réseaux de soins psychiatriques au niveau régional. Ces quelques exemples sont néanmoins loin d'être la règle. Il faut donc évaluer leur efficacité.*

Effectivement certains services tentent de préparer cette sortie en étant bien incompris. En Guadeloupe, une démarche structurée tente de mettre en place la préparation et l'accompagnement temporaire à la sortie mais elle rencontre des oppositions multiples : d'une partie de l'équipe du SMPR, des autres secteurs de psychiatrie, des administrations et semble inutilement coûteuse. Elle a surtout le grave défaut de s'inscrire dans l'esprit du secteur qui ne serait plus à la mode et qui ne semble surtout plus intégré dans la culture soignante.

Pourtant : « *Les éléments faisant défaut portent notamment sur l'ouverture et la poursuite des droits sociaux voire des droits spécifiques aux pathologies concernées, ou le manque des structures d'accueil spécialisées pouvant recevoir les personnes sortant de détention.*

L'objectif serait de « *Permettre à chaque personne détenue sortante de pouvoir disposer d'une proposition concrète et adaptée de prise en charge sanitaire, sociale voire médico-sociale* » et de formaliser la consultation de sortie (contenu, organisation du suivi).

13. Action 13.1 : Organiser un dispositif d'accompagnement et développer des outils et des dispositifs pour faciliter la prise en charge sanitaire et sociale à la sortie de prison

« *Pour les soins psychiatriques, la psychiatrie générale a un rôle central, l'objectif étant l'accès ou le retour du patient vers le dispositif général de droit commun... Les modalités d'hébergement de ces personnes peuvent se concevoir soit au sein de structures se spécialisant dans l'accueil de sortants de prison, soit dans le cadre de dispositifs d'hébergement de droit commun en réservant des places dédiées en priorité pour des sortants de prison et en formalisant des protocoles de travail. Ces deux options peuvent être mises en œuvre de manière concomitante* » d'où un projet d'appartement thérapeutique pour les sortants de prison en Guadeloupe mais qui risque d'avoir beaucoup de mal à voir le jour.

L'action se décline ainsi : « *Les soins psychiatriques : mettre en place des modalités de prise en charge par le dispositif de psychiatrie générale (sectorielle ou intersectorielle) afin de s'assurer que la personne sortie de prison puisse bénéficier d'une prise en charge adaptée.*

Cette organisation est à prévoir par chaque secteur de santé mentale intervenant en milieu carcéral (dont SMPR) en étroite coordination avec le ou les secteurs de psychiatrie générale et prévoir également l'accueil possible de détenus sortant de prison d'autres départements et à intégrer au projet d'établissement des ETS concernés.

L'organisation et la mise en place de ce dispositif, notamment pour la psychiatrie, doit impliquer l'ensemble des acteurs de soins de cette discipline, doit être intégrée au projet régional de santé et être soumise au comité régional de coordination des soins en santé mentale (CRCM).

Dans le cadre de la programmation des ACT à venir (2010/2011), créer 48 places d'appartements de coordination thérapeutiques (ACT) spécifiques en adaptant le cahier des charges à partir des expériences existantes : convention et partenariat avec SPIP, renforcement temps éducateur, formation de l'équipe ».

14. Action 16.1 intégrer la problématique dans le cadre de la formation initiale des professionnels de santé concernés (médecins, paramédicaux, dentistes, etc.)

Bien difficile de faire entendre aux administrations hospitalières la nécessité soit d'une formation spécialisée, soit d'une adaptation à l'emploi, soit d'une expérience préalable en psychiatrie avant de venir travailler en SMPR. Des infirmiers sortant de l'IFSI ou des psychologues sans expérience en psychiatrie préalable sont affectés en SMPR, source de difficultés pour les équipes, les professionnels eux-mêmes et évidemment les patients. Personne n'est dupe que les nouveaux diplômés coûtent moins chers.

Il s'agit donc ici d'actions vagues pour sensibiliser les étudiants à la pratique soignante en milieu pénitentiaire.

15. Action 16.2 : mettre en place des formations d'adaptation à l'emploi et développer un plan de formation continue et d'évaluation des pratiques professionnelles

Le contexte réaliste est le suivant : « *Peu de personnel de santé exerçant ou amené à exercer au sein des unités de consultations et de soins ambulatoires (UCSA), des services médico-psychologique régionaux (SMPR), des unités hospitalières sécurisées interrégionales (UHSI) et des unités hospitalières spécialement aménagées (UHSA) bénéficient de formations d'adaptation à l'emploi avant leur prise de fonction et d'actions d'analyse de leurs pratiques et/ou de formation continue durant l'exercice de celles-ci.*

Plusieurs établissements de santé à l'occasion de l'ouverture de nouveaux centres pénitentiaires ont élaboré des modules de formation pour les personnels nouvellement nommés sur ces fonctions, ceux-ci intégrant des formations spécifiques aux soignants et communs aux personnels de santé et pénitentiaires. Le contenu de ces formations est néanmoins très variable d'un établissement à un autre, et le suivi très aléatoire notamment lors du renouvellement de ce personnel.

Il est indispensable que ces formations soient dispensées à l'occasion de l'ouverture de nouveaux établissements mais également lors du renouvellement des personnels au sein des structures déjà existantes.

Enfin il convient dans ce contexte d'exercice professionnel particulier de prévoir des temps de formations communs entre les professionnels de santé et les personnels relevant de l'administration pénitentiaire ».

L'objectif logique qui découle de ce contexte est le suivant :

- Faire bénéficier à tout personnel soignant d'une formation d'adaptation à l'emploi au moment de sa prise de fonction en milieu pénitentiaire
- Assurer à ces personnels une actualisation de leurs connaissances professionnelles voire l'acquisition de nouveaux savoirs faire.
- Analyser les pratiques professionnelles

Les actions prévoient un cahier des charges incluant des mises en situation professionnelles, d'institutionnaliser le tutorat et de lister des grands thèmes de formation (que l'on n'espère pas trop orientés selon l'idéologie dominante).

16. Action 16.3 : améliorer la formation pluridisciplinaire et interprofessionnelle

Le contexte est ainsi défini : L'exercice des professionnels de santé en milieu pénitentiaire revêt un caractère particulier du fait notamment :

- Des conditions mêmes de cet exercice se déroulant dans un environnement très sécurisé
- D'actes de soins très spécifiques liés à l'incarcération
- Des caractéristiques socio démographiques spécifiques de cette population

Intéressante la notion d'actes de soins spécifiques (on pense notamment au contexte de l'injonction de soin). Bien entendu, pour optimiser l'efficience des CPU, il faut un tronc commun de connaissance.

L'objectif est de « *Mettre en place un plan de formations pluridisciplinaires et interprofessionnelles adaptées au contexte de prise en charge en milieu pénitentiaire. Ce plan tiendra compte de l'existant et d'une évaluation des besoins* ».

Au total

Sur le plan psychiatrique, rien de nouveau noté. Le dispositif consultations, CATTP, hôpital de jour, UHSA et hospitalisations transitoires en établissement de santé confirme l'existant ou ce qui se met en place. Aucune référence n'est faite aux dispositifs de soins psychiatriques (DSP), que sont les interventions des secteurs de psychiatrie générale dans les UCSA.

Tout semble lisse (comme les cellules) peut-être pour éviter les suicides de psychiatres désabusés.... Les tensions carcérales apparaissent peu. Des réflexions de fond sur les soins psychiatriques en prison sont inexistantes. Le système se suffit à lui-même. Les UHSA complètent le dispositif et permettent de se passer de l'expertise, dont la pertinence a disparu avec la nouvelle version du statut du praticien hospitalier. La coïncidence est remarquable entre la concomitance de l'ouverture de l'UHSA et l'enterrement de l'expertise psychiatrique, certes prévisible¹⁴, mais qui survient plus rapidement que prévu sans la moindre pudeur.



¹⁴ « Le risque de voir la disparition complète des non lieux psychiatriques est probable. Plus besoin de se poser des questions sur « *l'abolition ou l'altération* », un dispositif sanitaire complet ségrégatif pour condamné étant présent, il n'est plus nécessaire d'avoir d'état d'âme quant au problème de la responsabilité. Le délinquant ou le criminel sera condamné à une peine d'hospitalisation en psychiatrie. Il ne s'agira plus de confusion des peines mais de confusion du sens de la peine ». M. David. L'expertise psychiatrique pénale. Coll. Psychologiques. L'Harmattan, 2006, p.136)

EXPERTISES JUDICIAIRES, MAJEURS PROTEGES, MISSIONS MEDECINS COORDONNATEURS LOI 1998 « INTERDITES » ?

Alors que les motifs d'expertises psychiatriques (judiciaires, tutelles) ne cessent de se multiplier (notamment en application des peines), que le suivi socio-judicaire avec injonction de soin peine à se mettre en place un décret paru le 29 septembre 2010 modifiant le statut des praticiens hospitaliers complexifie, voire rend impossible leur pratique. Ci-dessous, l'état du débat exposé par le syndicat des psychiatres des hôpitaux.

Les modifications induites par la loi HPST et ses décrets d'application concernant l'exercice des expertises par les praticiens hospitaliers

lundi 15 novembre 2010 - <http://www.sphweb.info/spip.php?article876>

La loi HPST et son décret d'application statutaire viennent très fortement contraindre la pratique des expertises en la soumettant à l'autorisation du directeur et en l'excluant du temps de travail des obligations de service. Ces mesures qui viennent encore une fois dégrader nos conditions d'exercice sont inacceptables. Avec l'Association Nationale des Psychiatres Experts Judiciaires, le SPH entend bien se battre fermement contre ces nouvelles dispositions. Des actions de blocages des missions sont en réflexion, réflexion à laquelle vous êtes conviés : faites-nous part de vos commentaires et propositions.

En application de la loi HPST et du décret modifiant le statut, la pratique des expertises par les PH est désormais subordonnée à l'autorisation du directeur et devrait s'effectuer en dehors du temps de travail. En supplément, la possibilité d'effectuer des expertises à la demande d'une personne privée n'est pas possible et reste très floue pour les expertises demandée par une autorité administrative ou la justice.

Dans l'ancien statut, l'article R6152-24 rangeait au rang des exceptions à l'interdiction de percevoir des émoluments au titre d'activités exercées tant à l'intérieur qu'à l'extérieur du ou des établissements d'affectation les « expertises ou consultations que les praticiens hospitaliers peuvent être autorisés à effectuer ou à donner sur la demande, soit d'une autorité administrative ou judiciaire, soit de personnes ou d'organismes privés. »

Ces exceptions ont été supprimées dans le nouveau statut (Article R. 6152-24) Il faut noter que l'ancien statut :

Ne subordonnait pas le droit d'exercice à l'autorisation du Directeur. Aucun texte ne l'interdisant, la pratique des expertises pouvait s'effectuer sur le temps de travail. Les expertises se déroulaient dans les locaux hospitaliers. Le texte statutaire initial prévoyait un décret d'application qui n'a jamais été pris, ce qui laissait des interprétations différentes en ce qui concerne l'utilisation des secrétariats hospitaliers dans la prise de rendez-vous et la frappe des expertises

II - La loi HPST du 21 juillet 2009, dans son article 19, modifie l'article L. 6152-4 du code de la santé publique qui rend applicable aux praticiens les règles du cumul d'activités des fonctionnaires : « *Art .L. 6152-4.- Sont applicables aux personnels mentionnés aux 1^o à 4^o de l'article L. 6152-1:1^c L'article 25 de la loi n° 83-634 du 13 juillet 1983 portant droits et obligations des fonctionnaires ;* »

Ainsi, les dispositions applicables aux fonctionnaires en matière de cumul d'activités (article 25 de la loi n°83-634 du 13 juillet 1983) sont applicables aux praticiens hospitaliers, aux praticiens contractuels, aux cliniciens hospitaliers et aux praticiens contractuels associés. »

III – L'article 25 de la Loi n°83-634 du 13 juillet 1983 portant droits et obligations des fonctionnaires, modifié en 2007, précise que les fonctionnaires et agents non titulaires de droit public consacrent l'intégralité de leur activité professionnelle aux tâches qui leur sont confiées. Ils ne peuvent exercer à titre professionnel une activité privée lucrative de quelque nature que ce soit.

Sont interdites, y compris si elles sont à but non lucratif, les activités privées suivantes :

2° Le fait de donner des consultations, de procéder à des expertises et de plaider en justice dans les litiges intéressant toute personne publique, le cas échéant devant une juridiction étrangère ou internationale, sauf si cette prestation s'exerce au profit d'une personne publique ;

D'après le ministère, il faut interpréter cette phrase globalement, c'est à dire que les expertises, même bénévoles, ne sont interdites que dans les litiges mettant en cause une personne publique, sauf si la prestation s'exerce à son profit.

Après avoir rappelé la règle générale de l'interdiction de réaliser des activités lucratives privées, le texte ouvre cependant la possibilité d'exceptions. « *Les fonctionnaires et agents non titulaires de droit public peuvent toutefois être autorisés à exercer, dans des conditions fixées par décret en Conseil d'État, à titre accessoire, une activité, lucrative ou non, auprès d'une personne ou d'un organisme public ou privé, dès lors que cette activité est compatible avec les fonctions qui leur sont confiées et n'affecte pas leur exercice.* »

La signification de l'expression « n'affecte pas leur exercice » est interprétée par le ministère comme l'obligation de réaliser ces activités en dehors de leur temps de travail. Les praticiens sont tenus d'effectuer un temps de travail de 10 1/2 journées par semaine. Aucun texte n'a jamais défini la durée de la journée en heures.

Note :

Pour tous les praticiens, l'application de la règlementation européenne fixe le plafond du temps de travail à 48H hebdomadaires calculées en moyenne sur 4 mois.

Certains praticiens travaillant dans certains services définis par les textes peuvent voir leur temps de travail compté en heures.

Si les expertises doivent se dérouler hors du temps de travail, elles ne peuvent l'être : Qu'au-delà de la journée de travail, ce qui pose la question de l'accueil du public en dehors des horaires définissant l'activité quotidienne de jour et d'ouverture des locaux hospitaliers, Ou sur la 11ème journée ouvrable de la semaine

Encore faut-il qu'elles soient réalisables dans les locaux hospitaliers. Ou sinon que le praticien puisse ouvrir un cabinet privé.

- Le décret d'application n°2007-658 du 2 mai 2007 **liste dans son article 2** les activités exercées à titre accessoire et susceptibles d'être autorisées parmi lesquelles :

« 1° Expertises ou consultations auprès d'une entreprise ou d'un organisme privés sous réserve des dispositions du 2° du I de l'article 25 de la loi du 13 juillet 1983 susvisée ; »

Ceci exclu :

- les expertises réalisées à la demande des personnes privées (notamment dans le cadre de la protection des biens).
- Les expertises réalisées à la demande d'une autorité administrative ou judiciaire, qui représentent pourtant la plus grosse partie des expertises réalisées par les praticiens des hôpitaux.
-

Ces dernières pourraient cependant, d'après une réponse verbale du ministère, être autorisées au titre de l'article 3 du décret qui précise :

« Les activités exercées à titre accessoire peuvent également :

1° Une activité d'intérêt général exercée auprès d'une personne publique ou auprès d'une personne privée à but non lucratif ; »

Cette assimilation est-elle réellement possible ?

Le ministère a apporté des éléments de réponse par mail à une question d'une de nos collègues :

Selon cette réponse qui n'a pas de caractère réglementaire, les expertises à la demande de la justice entreraient « par nature » (en tant qu'activité d'intérêt général) dans les activités accessoires autorisées. Sans doute peut-on étendre cette considération aux expertises à la demande d'une autorité administrative. Reste la question des personnes privées (protection des biens...)

Mais surtout, les expertises pourraient se dérouler pendant les horaires de consultation à l'hôpital, à la condition de négocier avec le directeur des « compensations » (???)

La réponse établit un distinguo entre les activités d'intérêt général prévues au titre des activités accessoires autorisées dans le décret des fonctionnaires, des activités d'intérêt général prévues dans le statut du PH (2 x 1/2 journées) en laissant la possibilité du cumul à la décision du directeur. Elle n'envisage pas la possibilité de réaliser les expertises à la place de cette activité d'intérêt général sur deux demi-journées mais en pratique, rien ne s'y opposerait au titre des « compensations ».

Madame,

L'article 19 de la loi 2009-879 du 21 juillet 2009 a modifié l'article L. 6152-4 du code de la santé publique qui prévoit désormais que « sont applicables aux personnels mentionnés aux 1^o à 4^o de l'article L. 6152-1 : 1^o L'article 25 de la loi n° 83-634 du 13 juillet 1983 portant droits et obligations des fonctionnaires ; [...] ». Ces dispositions législatives ont été reprises par l'article 5 du décret n° 2010-1141 du 29 septembre 2010 relatif aux personnels médicaux, pharmaceutiques et odontologiques hospitaliers modifiant la partie réglementaire du code de la santé publique dont l'article R. 6152-46, 5^o alinéa dispose que « « Les intéressés peuvent exercer une activité à l'extérieur de l'établissement dans les conditions définies par l'article 25 de la loi n° 83-634 du 13 juillet 1983 portant droits et obligations des fonctionnaires. »

Cet article 25 pose un principe général selon lequel « Les fonctionnaires et agents non titulaires de droit public consacrent l'intégralité de leur activité professionnelle aux tâches qui leur sont confiées. Ils ne peuvent exercer à titre professionnel une activité privée lucrative de quelque nature que ce soit. » Il précise notamment que « Sont interdites, y compris si elles sont à but non lucratif, les activités privées suivantes : [...] 2^o Le fait de donner des consultations, de procéder à des expertises et de plaider en justice dans les litiges intéressant toute personne publique, le cas échéant devant une juridiction étrangère ou internationale, sauf si cette prestation s'exerce au profit d'une personne publique ; » Cet article 25 est cependant indissociable du décret n° 2007-658 du 2 mai 2007 pris pour son application et qui fixe les conditions dans lesquels les fonctionnaires et agents non titulaires de droit public peuvent être autorisés à exercer, à titre accessoire, une activité lucrative ou non auprès d'une personne ou d'un organisme public ou privé « dès lors que cette activité est compatible avec les fonctions qui leur sont confiées et n'affecte pas leur exercice ».

Le chapitre 1er de ce décret est consacré au cumul d'activités à titre accessoire. Son article 1er prévoit que les personnels susmentionnés « peuvent être autorisés à cumuler des activités accessoires à leur activité principale, sous réserve que ces activités ne portent pas atteinte au fonctionnement normal, à l'indépendance ou à la neutralité du service ».

Au titre des activités accessoires susceptibles d'être autorisées et listées dans l'article 2 figurent au 1^o les « Expertises ou consultations auprès d'une entreprise ou d'un organisme privés sous réserve des dispositions du 2^o du I de l'article 25 de la loi du 13 juillet 1983 susvisée », et l'article 3 du décret ajoute les « activité[s] d'intérêt général exercée[s] auprès d'une personne publique ou auprès d'une personne privée à but non lucratif ».

Ce décret, qui est en cours de modification, précisera que l'activité accessoire « ne peut être exercée qu'en dehors de heures de service de l'intéressé ». Elle est, en tout état de cause, soumise à autorisation de l'autorité dont relève l'agent, dans les conditions prévues par les articles 5 à 8 du décret.

S'agissant des expertises médicales que des psychiatres, praticiens hospitaliers, peuvent être amenés à réaliser pour le compte et à la demande des tribunaux, elles entrent, par nature, dans le cadre des activités à caractère accessoire susceptibles d'être autorisées. Cependant, s'il est évident que la rédaction des rapports d'expertise doit impérativement se faire en dehors des heures de service des médecins qui les réalisent, il se peut que l'examen des personnes pour lesquelles ces expertises sont demandées puisse difficilement se faire en dehors des horaires normaux de consultation du service. Il revient au directeur et à l'intéressé de définir, le cas échéant, les modalités de compensation. Il appartiendra en conséquence aux praticiens hospitaliers désireux de poursuivre ou d'entreprendre cette activité d'expertise d'en fixer clairement les modalités avec le directeur de l'établissement afin qu'elle s'exerce en conformité avec ces nouvelles règles législatives et réglementaires. J'ajouterais qu'il n'y a pas d'incompatibilité de principe entre le fait d'avoir une activité d'intérêt général au sens de l'article R.6152-30 du CSP (AIG spécifique aux PH) et la réalisation d'expertises à titre accessoire, sous réserve de l'appréciation par le directeur du caractère accessoire de l'activité expertale et, par conséquent, de son autorisation.

Claude David Ventura Directeur d'hôpital Hors Classe Chargé de mission Direction Générale de l'Offre de Soins Sous-direction des ressources humaines du système de santé Bureau RH4

ANPHEJ – SPH - IPP

Réunion Ministère de la Justice Mercredi 8 décembre 2010

Suite au mouvement des experts concernant les restrictions à l'exercice de l'expertise induites par le décret du 29 septembre 2010, nous avons été reçus au Ministère de la Justice par Vincent Montrieu, conseiller pénal et Amélie Duranton, conseillère technique auprès du garde des Sceaux.

Après l'exposé de la situation que nous avons été obligés de préciser, nos interlocuteurs n'étant pas au courant des détails du statut de Praticien Hospitalier, ceux-ci nous ont fait part de leur intérêt et de leur attachement au travail des experts, en même temps que de la méconnaissance de ce dossier qui n'a jamais fait l'objet de négociations concernant les décisions antérieures entre le Ministère de la Santé et le Ministère de la Justice.

Nos interlocuteurs, magistrats d'origine, nous ont signifié leur compréhension du problème posé et leur engagement dans la recherche de solution.

Dans un deuxième temps, nous avons élargi le thème en abordant le thème plus général des conditions de réalisation des expertises et l'abord de la psychiatrie médico-légale.

En conclusion

Le ministère de la justice :

- Interviendra rapidement auprès du Ministre de la Santé en recherchant des modalités de maintien de l'activité des experts psychiatres hospitaliers sur leur temps de travail, au titre d'exception ou au titre d'activité d'intérêt général à l'intérieur du statut.
- Si nécessaire, cette question sera inscrite à l'ordre du jour de la réunion interministérielle prévue en janvier.

L'ANPHEJ et le SPH communiqueront un dossier de travail reprenant les analyses et les propositions plus larges élaborées antérieurement avant le décret sur les autres points des modalités pratiques de réalisation de l'expertise pénale et restées sans réponse satisfaisante.

Pour l'instant, les experts hospitaliers demeurent dans l'impossibilité de répondre aux missions qui leurs sont demandées et le font savoir.

JC. Pénochet
G. Rossinelli

DE L'INJONCTION DE SOIN EN COURUE : APPEL A UN FORUM SUR CE SUJET

Michel DAVID

Le SMPR de Baie-Mahault étend à un plus large public des échanges partagés entre les bureaux de l'Association pour la Recherche sur les Auteurs d'Aggression Sexuelle (ARTAAS) et l'Association des Secteurs de Psychiatrie en Milieu Pénitentiaire (ASPM) sur un des avatars de la loi de 1998 et sur le suivi socio-judicaire avec injonction de soin.

En effet, il semblerait que de plus en plus, le soin en prison, qui devrait rester libre de toute obligation, se voit de plus en plus constraint, augurant des soins ambulatoires sous contraintes à venir pour la psychiatrie générale, et sans avis médical mais uniquement sur prescription judiciaire. Sans soins en prison : pas de remise de peine (RPS), pas de permissions, pas de libération conditionnelle etc.

Rappelons que le principe initial de la loi de 1998 était de créer l'injonction de soins pour certaines infractions (exclusivement de nature sexuelle au départ) après qu'une expertise psychiatrique en ait reconnu l'indication.

Or les lois successives sur la délinquance et la récidive ont étendu la mesure en la complexifiant. De nombreux auteurs d'infractions pouvant relever d'une IS n'ont souvent pas eu d'expertises avant leur jugement. Ils sont considérés, s'ils sont incarcérés après jugement, relever d'une « injonction de soin encourue ». Dans cette perspective, sans expertise, le juge d'application des peines les adresse sur le service psychiatrique pour se faire soigner (même s'il ne leur reste que quelques semaines avant la libération). Faute de cette action, les aménagements de peine leur sont refusés. Le JAP peut les en dispenser si le SMPR atteste que des soins sont inutiles. Faute d'experts, les soignants sont utilisés comme avis expert. Les demandes sont inflationnistes et le service de soin est embouteillé par la gestion de ces situations qui créent des tensions parmi la population pénale (et une situation à risque : la loi, ou du moins son application crée une **situation dangereuse**).

Les réponses des soignants dans ce débat limité insistent sur l'indépendance des soignants et le refus de servir d'experts. On ne peut qu'être d'accord mais cela ne règle pas le problème. La réponse attendue aux questions suivantes est essentiellement d'ordre juridique parmi le maquis des textes :

- 1) Les condamnés pour une infraction relevant d'un possible SSJ+IS mais qui ont eu une expertise avant le jugement ne posant pas l'indication ou contre-indiquant l'IS, peuvent-ils faire l'objet d'une incitation aux soins en prison par le JAP avec en arrière-plan le chantage aux RPS et autres AP (nous sommes confrontés à cette situation) ?
- 2) Les condamnés pour une infraction relevant d'un possible SSJ+IS mais qui ont «échappé» à l'expertise avant jugement peuvent-ils être incités aux soins par le JAP sans expertise ?

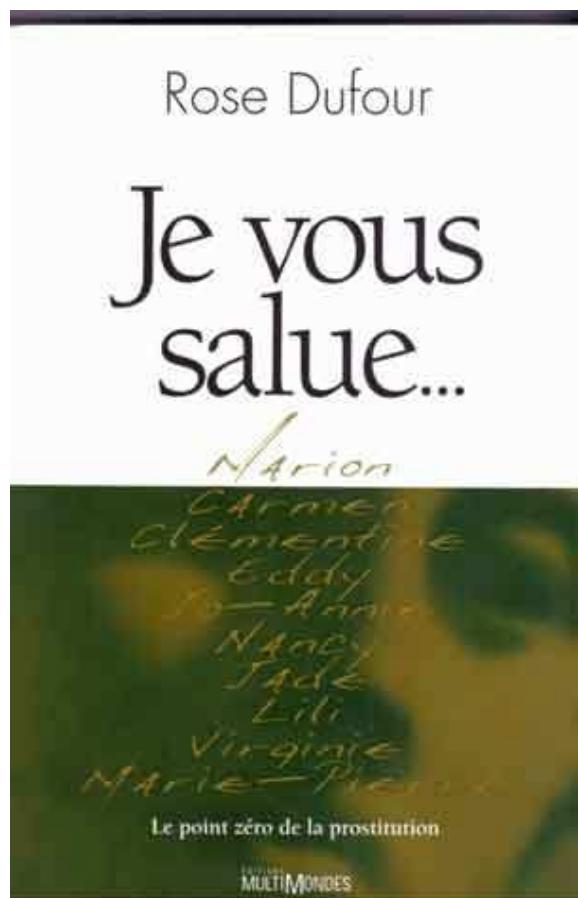
A mon sens, il est essentiel de considérer qu'aucune IS (et IS détournée par une forme d'OS en prison) ne peut être imposée ou sollicitée **sans expertise** en posant l'indication. C'était le principe de la loi de 1998 auquel je m'accroche. Et il paraît d'autant plus important de s'y tenir que la pratique de l'expertise est mise en question (Cf. article dans ce Kamo). Les contributions des magistrats et des juristes sont très attendues.

PRESENTATION DU LIVRE

« Je vous salue... *Marion, Carmen, Clémentine, Eddy, Jo-Annie, Nancy, Jade, Lili, Virginie, Marie-Pierre, Valérie, Marcella, Eaucéanie, Aline, Kim, Thérèse, Manouck, Mélanie, Noémie, Marie* Le point zéro de la prostitution»

Auteure : Rose DUFOUR
Éditions Multimondes, 2005, 646 p.

Nicole MARCHAL



Rose DUFOUR, l'auteure, est anthropologue. Au terme d'une extraordinaire action de recherche de 4 ans au Québec, elle donne enfin « la parole à ceux qui ne l'ont pas et parle à la place de ceux qui ne le peuvent pas ». Tel est le sujet de ce livre, dense, profondément humain, dans lequel des femmes retracent sans contrainte leur cheminement dans une sorte d'exutoire souvent insoutenable. Aux préjugés communs, il oppose la pleine compréhension des processus personnels, familiaux et sociaux qui ont conduit ces femmes là où elles sont allées. Plus qu'une simple présentation de témoignages, tout poignants soient-ils, Je vous salue... est une occasion privilégiée de les connaître.

Elle a su avec empathie prendre le temps de s'asseoir, d'écouter. Se raconter n'est ni facile ni évident pour personne et la confidence est encore plus difficile chez celles qui pratiquent la dissociation d'elles-mêmes pour arriver à se prostituer.

Ces femmes sont des proies sexuelles et comme telles, elles ont développé une perception fine et sensible des autres, d'où l'importance pour l'auteure de les mettre en confiance en leur permettant de relire la retranscription de tous leurs mots et de leur laisser le loisir de les corriger si cela leur semblait nécessaire, avant parution.

Ces femmes ont énoncé leur parcours de vie qui les a conduites à l'exclusion sociale et à la désinsertion menant inévitablement vers une rupture sociale.

La prostitution est souvent une solution à divers problèmes :

- Dépendances aux drogues
- Problèmes financiers
- Besoin d'expérimenter une vie différente
- Recherche d'un milieu d'appartenance
- Besoin de reconnaissance

- Besoin d'affection

On trouve une grande diversité de définitions pour la prostitution:

- Pour le monde légal: la prostitution est une question de droit
- Pour le monde moral: la prostitution est un vice
- Pour le monde féministe: la prostitution est une manifestation de disposer de son corps où le résultat d'une exploitation par un tiers

La prostitution est comme l'alcoolisme. Tout le monde croit tout savoir sur le sujet et qu'il suffit d'un effort pour cesser de l'être et de s'en sortir. Rien n'est moins vrai. Mais c'est tellement plus simple de penser qu'elles font cela par choix. N'importe qui ne devient pas prostituée du jour au lendemain.

Le discours commun affirme que la prostitution est le plus vieux métier du monde sous-entendant qu'il est vain de vouloir lutter contre et que celles qui la pratiquent n'endurent aucune souffrance.

Cet ouvrage donne donc la parole à 20 femmes prostituées, 64 clients et à 2 proxénètes.

Il se compose de 3 parties:

Partie 1 : Les voies qui conduisent à se prostituer

- Comment nous en sommes venues à nous prostituer ?
- Être prostituée, se prostituer
- Discours sur leurs clients

Partie 2 : Pourquoi nous sommes clients de femmes prostituées

- Portrait descriptif des clients
- Leurs raisons d'aller chez les femmes prostituées
- Quand ce que tu cherches te trouve : lieux fréquentés par les clients
- Comment vivent-ils la prostitution?
- Mais qu'est-ce que la prostitution pour les clients?

Partie 3 : la plus brève, trace le profil de deux proxénètes

PARTIE 1 – LES VOIES QUI CONDUISENT A SE PROSTITUER

Chapitre 1. Comment nous en sommes venues à nous prostituer ?

Cette partie est essentiellement constituée du récit de ces 20 femmes.

Le résultat révèle que 17/20 femmes ont été abusées sexuellement, soit 85% et trois seulement ne l'ont pas été, soit 15%.

Jade, Lili et Kim n'ont pas été sexuellement abusées, elles sont venues à la prostitution par la voie sociale comme une issue à la pauvreté.

1. JADE

Poète, âgée de 29 ans, elle est mère d'une famille monoparentale de trois garçons. Sa préoccupation est celle de vouloir s'en sortir, de bien gagner sa vie et surtout de ne pas dépendre de l'assistance sociale. Elle a fait plusieurs petits jobs qui ne lui rapportaient pas suffisamment d'argent.

Elle naît dans une famille pauvre et monoparentale. Sa mère est sans conjoint, ni famille, elle se prostitue. Jade durant 8 ans sera placée en famille d'accueil et voit régulièrement sa mère. A 14 ans, quand sa mère décide de la reprendre avec elle, la vie de Jade bascule. Elle devient délinquante, abandonne l'école

et consomme des drogues. Dépassée, sa mère la remet de nouveau aux services sociaux.

Jade se prostitue à deux moments différents:

- à 15 ans, lors d'une fugue, son besoin de consommation de drogue est associé à sa prostitution. Elle cesse de se droguer et se prostituer durant de longues années. Elle fonde une famille, malheureusement son mari est violent.

- à 25 ans elle l'abandonne, pour subvenir aux besoins de ses enfants et par refus de la pauvreté, elle se prostitue à nouveau dans une agence d'escortes, période qui va durer 1 an environ. Ses longues heures de travail l'empêchent de bien s'occuper de ses enfants. Episodée elle quitte l'agence.

Désormais sobre, elle ne se prostitue plus depuis de nombreuses années.

2. KIM

Rencontre au centre de détention de Québec, où elle a été détenue durant 1 an. Déjà incarcérée à 18 ans pour vol, elle a été détenue 63 fois. Elle a passé environ 11 années de sa vie derrière les barreaux. Elle se dit être mieux adaptée à la prison et désadaptée en société libre. De toutes les femmes interrogées Kim semble la plus dissociée

Elle est âgée de 44 ans.

A 37 ans, c'est la toxicomanie qui a l'amenée à se prostituer. L'alcoolisme et la dépendance affective envers son conjoint aujourd'hui l'y maintiennent. Elle est issue d'une famille très pauvre qui vit uniquement sur le salaire de la mère. Sa mère a été enceinte suite à un viol. Son père est toxicomane et alcoolique, elle ressent beaucoup d'amour pour ce père à qui elle trouve qu'elle ressemble.

A 15 ans premier rapport sexuel avec un homme qui devient son mari, il est violent et fait partie d'un gang criminel. Elle vivra avec lui pendant 12 ans et aura son premier garçon. Ils vivent dans une grande pauvreté. C'est elle qui comme sa mère fait vivre la famille.

A 16 ans Kim commence à consommer de la drogue et à faire commerce des médicaments volés à son père. L'argent qu'elle rapporte est insuffisant pour payer la bière et les cigarettes de son conjoint, elle va donc se servir de son corps comme marchandise. Elle ne déteste pas se prostituer car l'argent rentre vite.

A la lecture du récit de sa vie, Kim dit « ça me touche cent fois plus d'entendre ma vie racontée par une personne que quand c'est moi qui te l'a racontée »

3. LILI

Elle aime les livres, c'est la seule qui se soit rendue à l'université. Elle est issue d'un milieu aisné, elle est la petite préférée de son père qui lui cède tout. Le laxisme familial où il n'existe pas d'interdit la conduit à une dépendance aux drogues qui l'a mène à la prostitution. Un des ses frères dépend d'elle pour sa consommation de drogues. Pour elle, il surveille la rue, indique aux clients où se trouvent les chambres qu'elle loue à différentes filles qui se prostituent. Il l'exploite comme un proxénète. Lili est donc entremetteuse et prostituée, ce n'est pas le besoin d'argent qui l'amène à la prostitution, mais le besoin de faire partie d'un gang, d'être entourée de monde

Jo-Annie, Noémie, Marie, Manouck, Aline, Thérèse, Virginie, Marion, Nancy, Valérie, Mélanie, Marcella, Marie-Pierre, Clémentine, Eaucéanie, Eddy, et Carmen ont toutes été sexuellement abusées. Quatre d'entre d'elles ne pouvaient que se prostituer :

4. JO-ANNIE

Elle rêvait de devenir chanteuse. Elle a 8 ans lorsque son père commence les attouchements, ce père qu'elle adore et qu'elle voit comme le plus beau, est son idole. Pour lui faire plaisir, elle accepte les attouchements. Ce dernier ne voit en elle qu'une valeur sexuelle et la traitant déjà comme une prostituée va même jusqu'à l'offrir à un ami. Lui faisant du chantage, il la monnaie avec des cadeaux. Pour elle son premier homme c'est son père.

Sa mère nie l'inceste et la jalouse. Envers elle, elle n'a pas le rôle protecteur que l'on peut attendre d'elle. Elle refuse même que Jo-Annie avorte quand celle-ci tombe enceinte de son père. Elle considère sa fille comme une esclave. Aucun de ses deux parents ne l'affectionne. Ils la brutalisent avec des mots qui font d'elle une prostituée. Quand elle rencontre son mari, elle pense s'élever dans la hiérarchie sociale. Il est professeur et vient d'une bonne famille. Elle voit là une chance de quitter son milieu pauvre et sans amour. Le regard que porte sur elle cet homme venant d'un milieu supérieur la fait se sentir « propre ». Lui, il la maltraite, il la traite comme une prostituée, la cache à sa famille. Il la traite en objet sexuel. Comme avec son père, elle se sent de nouveau trahie et salie. Après une dépression sévère, elle sait que désormais aucun homme exclusif n'occupera son cœur. Elle a le sentiment de n'avoir pas d'autre issue que la rue.

Quand Jo-Annie a relu son parcours elle a trouvé la fin trop triste et elle a demandé que soit rajouté un passage, disant combien encore elle est remplie d'amour, combien encore elle est capable d'aimer et combien encore elle est émerveillée par la vie. Non dit-elle : « la prostitution n'est pas un métier, encore moins un métier comme un autre ».

5. NOEMIE

Agée de 43 ans, elle a 4 frères ainés et 4 sœurs. Ses deux parents sont alcooliques, infidèles l'un à l'autre, sa mère se prostitue. A 5 ans elle est abusée sexuellement par son père, l'aîné de ses frères et un oncle maternel. Placée à 7 ans, elle subit de nombreux abus sexuels dans trois des ces familles.

Tous les enfants sont négligés et sexuellement abusés. C'est la grand-mère qui dénoncera les faits aux services sociaux. Ils seront tous placés sauf la dernière qui sera adoptée et que Noémie ne connaîtra jamais. Dans sa première famille d'accueil, elle était avec deux de ses frères et une de ses sœurs. En cinq ans, de 7 à 12 ans, elle a connu treize familles d'accueil et de 12 à 18 ans trois centres d'accueil.

Elle est mère de 4 enfants tous de père différent, qu'elle ne voit plus beaucoup, dont les deux derniers ont été adoptés.

A 18 ans, placée en centre d'accueil et sans ressources, elle répond à une petite annonce et devient danseuse nue dans un bar « en faisant des clients », elle commencera aussi à boire et à consommer de la cocaïne. A 27 ans, elle est sur le trottoir.

6. MARIE

Elle a 43 ans et a essayé 33 fois de se suicider. Pendant les entretiens elle a beaucoup pleuré « j'ai la maladie de la vie, j'ai toujours eu la maladie de la vie, j'ai jamais aimé la vie ».

Elle est issue d'une famille très pauvre de 11 enfants. Sa mère lui suggérait de prendre de la drogue que son père dealait quand elle était trop anxieuse. Toutes les filles de la famille ont été sexuellement abusées par leur père, sauf elle, qui réussit à le repousser. Sa mère nie les incestes. Malheureusement, elle n'échappera pas à son frère face à l'indigence dans laquelle elle se retrouve, il lui offre de l'argent et de la drogue... Son cousin deviendra son proxénète, sa dépendance à l'alcool et à la drogue la maintiendra sur le trottoir.

Ella été mariée trois fois. Tous ces maris l'ont battue et ont d'abord été ses clients : « mes hommes je les ai toujours achetés.... ». Elle vit actuellement en union libre, son conjoint a le VIH. Quand elle l'a su volontairement, elle a utilisé une seringue de son sang et se l'est injecté en se disant « c'est pas mon premier, mais ça va être mon dernier. C'est avec lui que je m'en vais ». Maintenant elle est consciente d'avoir commis une bêtise.

Devenue séropositive, elle a cessé de se prostituer. Elle croit qu'elle vit désormais sa dernière année. Elle veut se marier et explique « je veux partir avec une identité.... ».

7. MANOUCK

38 ans, Manouck est une jolie femme qui s'est proposée spontanément pour participer à ce projet lors de la venue de l'auteure au centre de détention du Québec

A 13 ans, elle vivait dans une famille aisée. A la mort de son père qui n'est pas encore enterré, sa mère lui annonce que cet homme, qu'elle adore, n'est pas son père et qu'elle non plus n'est pas sa mère. En

fait elle est une enfant adoptée dont la mère se prostituait quand son père marin était absent. Elle était la septième enfant, une enfant non désirée, venue au monde prématurément après plusieurs tentatives d'avortement de sa mère. A la suite de la mort de son père adoptif sa mère adoptive ne l'ayant jamais aimé en profite pour la chasser. En effet, c'est lui qui avait voulu l'adopter, car sa femme ne pouvait avoir d'enfant. Trois ans après son adoption est née une petite sœur adorée par sa mère. Sa belle-mère en l'absence de son père la battait souvent et la considérait comme sa domestique. Moi, dit Anouck « je l'aimais comme une mère ».

Depuis c'est elle qui va régulièrement au cimetière fleurir la tombe de son père adoptif. Son père était son idole. Elle voulait, plus grande, être sa secrétaire. Ce dernier possédait plusieurs magasins.

Dans un premier temps elle a vécu chez une de ses sœurs naturelles qui était mariée. Elle ne s'entendait pas avec son beau-frère, tous deux alcooliques. Elle arrêta l'école pour s'occuper d'enfants et faire le ménage dans un petit bar dans le but d'économiser et pour reprendre ses études. Ce qu'elle fit, dans la filière commerce, toujours avec cette idée d'être secrétaire. En cours de route, elle changera d'orientation et sera finalement chef cuisinière. Elle finit par se réfugier chez une voisine qui l'appréciait et qui la prit en charge jusqu'à 14 ans. Elle reprit ses études à cet âge, pour ne pas être placée. Elle apprend que le mariage lui accorderait la majorité légale, elle se marie alors avec le fils de cette voisine qu'elle connaissait depuis l'école. Au début dit-elle « ce n'était pas un mariage d'amour et puis avec le temps, on est tombé en amour à 16 ans ».

A 19 ans, elle aura son premier bébé, une fille, qui aujourd'hui a 18 ans, dont elle fière. Rapidement suivra le deuxième qui mourra à cinq mois d'une hémorragie cérébrale comme son père adoptif, elle pense alors que c'est génétique. Puis son mari se met à boire et à se droguer, ils se séparent. Seule, pour élever sa fille, elle travaille dans un bar.

A 20 ans un client la trouvant jolie, lui dit qu'à une époque, il a connu une prostituée lui ressemblant énormément, c'était sa mère. L'idée de se prostituer ne lui a pas déplu « c'est faire l'amour et non la guerre ... j'aime mieux donner que recevoir, cela me valorise », dit-elle, là aussi elle pense que c'est génétique. Comme sa mère se faisait pas mal d'argent, elle a trouvé l'idée alléchante. C'est ce client qui la conduira à la prostitution, qui l'initiera à la sexualité et à l'alcool. Il a couché avec la mère et il couche maintenant avec la fille. Durant 6 mois, ce sera son seul client. Agé de 60 ans, il décède et elle se trouve alors sans revenu supplémentaire. S'alcoolisant de trop, elle perd aussi son emploi de barmaid. Sa fille a alors 3 ans. Elle se prostitue désormais dans la rue.

Elle se remarie quand sa fille a alors environ 5-6 ans, avec un consommateur de drogue et de prostituées, il sera son proxénète.

Quand sa fille a 8 ans, elle en confie la garde à son ex mari qui après une cure de désintoxication allait beaucoup mieux. Elle se drogue et consomme toujours de l'alcool. Avec son argent elle achète une maison et la met au nom de son époux pour éviter les impôts. Ils se disputent, il appelle la police et la chasse. Elle ne pourra jamais prouver qu'elle était aussi chez elle.

A 29 ans sous l'emprise de l'alcool et de la drogue, elle se réveille en prison avec quinze chefs d'accusation. C'est dit-elle « le début de la descente aux enfers... c'est pas dur de se prostituer ce qui est dur, c'est de se droguer ... c'est pas la drogue qui m'a fait faire de la prostitution mais c'est la prostitution qui m'a amenée à la drogue... »

A sa sortie de prison, Manouck ne se drogue plus et ne boit plus.

Elle a eu depuis un petit garçon.

8. ALINE

A 53 ans, Aline est issue d'une famille nombreuse et pauvre, c'est la seule diplômée de la famille. Après un accident de travail le rendant invalide, son père reste à la maison et sa mère travaille. Il s'alcoolise et se promène nu à la maison. Il a des attouchements sur ses filles hors de la présence de la mère. Avec ses sœurs, elle en parle à leur mère qui les traite de menteuses et que de toute façon c'était leur père. Elle se souvient d'autres attouchements par son frère aîné, le curé, un voisin aveugle qui la récompense par des bonbons et vers 7 ans par son parrain.

A 13 ans, avec l'aide de sa sœur aînée mariée et violentée par son mari alcoolique, elle quitte le foyer

familial et commence à travailler en gardant des enfants. C'est dans cette famille où elle vit qu'elle rencontre son premier mari. Elle a 23 ans et l'avait connu à 14 ans. La même année, elle divorce car son mari la trompe et se venge en ayant une aventure avec son beau-frère : « Pour moi les hommes, c'est des moins que rien ». Elle aura deux enfants avec son mari et un enfant avec le frère de celui-ci. Par la suite, elle a eu d'autres conjoints qui sont tous décédés, dont l'un a abusé sexuellement de ses 2 filles ; faits qu'elle apprendra au décès de son mari. Elle se drogue et fait partager sa consommation avec ses enfants. Sentant qu'elle est prête à commettre le pire, elle demande à intégrer un centre de thérapie.

Elle se prostitue durant 2 ans, elle a alors 46 ans, ses 2 filles se prostituaient déjà et son fils à fait de la prison.

Elle dit s'être prostituée pour faire payer les hommes qui ont abusé d'elle durant son enfance, elle ne se donnera plus pour rien mais pour de l'argent, c'est sa vengeance.

2 ans après elle s'arrête, car elle a commencé dit-elle « à aimer ça et ça rapporte ». Elle se rend compte aujourd'hui que c'est elle dans cette histoire qui a payé.

9. THERESE

44 ans lors de l'entretien au centre de détention, libérée pour surpeuplement de la prison avec quelques autres détenues. Elle est cartomancienne. Elle a un trouble du langage qui peut la faire paraître un peu retardée mentalement ce qu'elle n'est guère.

Elle est issue d'une famille pauvre de 15 enfants, orpheline de père à 9 ans, le peu de souvenirs qu'elle en a gardé, c'est que celui-ci l'aimait beaucoup et la protégeait. A 14 ans, son oncle maternel l'attache à un arbre en plein hiver, la viole et elle tombe enceinte. Il la gâtait souvent : lui donnait des bonbons, des sous, l'emménageait manger au restaurant, à la messe, il était très gentil avec elle, elle était sa préférée.

Apprenant sa grossesse, elle se sauve de la maison. Sa mère et son oncle la retrouveront mais elle ne dira jamais rien à sa mère. A la mort de cette dernière, elle a déposé dans sa tombe une lettre lui racontant tout. Sa mère ne sachant pas la vérité la traitait de « traînée ». En fait, son oncle l'avait menacée de violer ses 7 autres sœurs si jamais elle le dénonçait et pensait que sa mère ne la croirait pas. Vu son comportement, son oncle proposa à sa mère de la placer, ce qui fut fait. Il n'a jamais su qu'elle attendait un enfant de lui.

Par tous les moyens, elle a essayé vainement de s'auto-avorter et donnera finalement son enfant en adoption ce qui la hante aujourd'hui encore. Elle s'est de nouveau enfuie du centre où elle était en placement. Sa sœur décida de la prendre en charge et devint sa tutrice jusqu'à ses 18 ans. Son beau frère tentera d'abuser sexuellement d'elle. Elle se défend et alerte sa sœur qui ne la croit pas. Elle s'enfuit de chez eux et une plainte fut portée. Il a été condamné à 3 ans de prison. Ils ont divorcé mais sa sœur ne l'a jamais crue et elles ne sont jamais plus reparlées. Elle se retrouve dans la rue. Elle a 18 ans. Un homme la prenant en pitié lui donnera à boire. Elle se réveille le lendemain dans un coin de rue avec de l'argent dans les poches. Retrouvée par une assistante sociale, elle est emmenée à l'hôpital et là on se rend compte qu'elle a été abusée et pourtant elle ne se souvient de rien. Elle est ramenée chez sa sœur. Elle raconte à la travailleuse sociale ce que son beau frère lui a fait subir et menace de fuguer de nouveau. Deux jours plus tard elle est placée en famille d'accueil. Une nuit le monsieur essaie de la violer, elle alerte la femme de ce dernier qui la croit. Le lendemain en allant à l'école, elle refuse de retourner dans sa famille d'accueil. L'assistante sociale revient mais cette fois-ci ne la croit pas. Elle change de famille d'accueil. Malgré toutes ses tentatives d'avortements elle accouche et refuse de voir son enfant. Seul son médecin a été au courant de ce qui lui était arrivé et sa petite fille fut adoptée.

A 16 ans elle rencontre son conjoint avec qui elle vit encore ce n'est que 6 ans plus tard qu'ils ont des relations sexuelles.

A 22 ans elle accouche d'un garçon handicapé et croit que Dieu l'a punie pour ce qu'elle a fait à son premier enfant. Elle aura 2 garçons de cette union.

A 28 ans elle consomme de la drogue. En manque un soir, alors que son mari et les enfants dorment, elle part chercher de la drogue mais sans argent. Elle rentre dans un bar, se laisse aborder par un homme divorcé, qui lui aussi se droguait, à qui elle avoue être là pour trouver de l'argent pour s'acheter de la drogue. Il l'emmène chez lui et lui fournit de la cocaïne et la raccompagne chez elle en lui demandant

dant juste son numéro de téléphone. A son réveil son époux ne se rend compte de rien.

2 semaines après, le monsieur rencontré téléphone. Il lui propose de la revoir chez lui, Elle accepte. Il était avec un de ses amis qui avait fait venir une prostituée; au début elle était réticente mais après consommation de la drogue, ils retrouvent tous nus.

A 35 ans, c'est le début de Thérèse dans la prostitution. Ce premier client décède. Elle ne l'appelle pas ainsi mais le nomme « son ami ».

Elle avoue que ce n'est pas juste la drogue qui l'a conduit à la prostitution, c'est aussi ce viol qui a accumulé tant de souffrances en elle.

Elle dit en parlant de son silence sur l'identité de son violeur : « c'est dur de garder le secret. C'est dur d'être enfermé sur toi comme si tu avais mis une clé sur toi .Enfermée dans le débarras. C'est ça ».

A la relecture de son histoire, elle dit à l'auteure : « si j'étais un professeur je te donnerais 100% » et dit que quand le livre sera écrit elle le montrera à ses frères et sœurs afin qu'ils comprennent ce qu'elle a vécu.

10. VIRGINIE

Virginie est très belle. Elle a un père dont elle a terriblement peur. Un jour, petite, alors qu'elle pleurait dans son lit son père a essayé de l'étrangler. Sa mère est peu affectueuse. Elle dit de ses parents qu'ils n'étaient pas faits pour avoir des enfants.

A 4-5 ans, elle surprend son frère de 7 ans, qui refusait souvent de jouer avec elle, en train de faire une fellation avec son oncle de 23 ans. Elle s'est toujours sentie rejetée. Pour ne plus souffrir de ce rejet elle a voulu faire de même. Son frère a essayé de l'en empêcher mais elle a insisté. En échange son oncle lui donnait de l'argent et elle avait confiance en lui. Pour elle son oncle l'aimait. Avec son oncle elle était dans le jeu elle dit « c'était intrigant » et veut être incluse même s'il y ainceste et pédophilie.

A 12 ans, elle a sa première relation sexuelle avec son frère. Ce dernier se querelle avec son père qui le jette hors de la maison. Il traîne dans les rues et se prostitue. Après l'armée, son frère s'en est sorti, il est actuellement militaire. Virginie a commencé ses études de soins infirmiers mais elle a abandonné car elle se droguait. Sa jeune sœur a été danseuse nue.

A 13 ans pour se faire des amies elle commence à consommer de la drogue.

A 16 ans ses parents divorcent. A la demande de sa mère c'est son père qui a la garde des 2 filles. Lors du divorce, elle s'est sentie abandonnée, rejetée. Elle commence à se droguer avec son frère.

A 16 ans, c'est aussi en suivant une amie qu'elle se prostitue, idem pour la danse érotique puis sa consommation de drogue va la conduire à la prostitution de rue pendant un an.

A 20 ans, amoureuse d'un homme qui se droguait aussi, elle a un enfant. Elle refuse plusieurs propositions d'emploi. Au bout d'un ils se séparent. Elle se retrouve seule avec son fils dont elle perd la garde à 4 ans. Il est récupéré par son père.

A 27 ans, elle fait de la danse érotique, et les hommes la trouvent belle et cela la valorise.

Elle a toujours eu des conjoints drogués.

A 30 ans, elle révèle à sa mère l'abus sexuel de son oncle.

11/12. MARION et NANCY

Elles sont sœur, Marion est l'aînée. Elles viennent d'une famille modeste de 3 enfants, de 2 filles et d'un garçon. Les 2 filles se prostitueront et le garçon rejeté par ses deux parents deviendra délinquant, consommateur de drogue, voleur incarcéré et placé à divers reprises dans des centres d'accueil à partir de 9 ans jusqu'à 18 ans. Leur père est né d'un viol et a été adopté et maltraité. Il est à son tour violé vers l'âge de 7-8 ans par un membre de l'entourage de sa famille d'adoption. Il privera de nourriture ses enfants. Parfois c'est leur mère qui les nourrissait en cachette. Et les battra lors de l'absence de leur mère, dominée soumise, impuissante devant les événements, elle aussi a été violé par un curé à l'âge de 6 ans. Les 2 filles ont souffert d'anorexie. Elles ne peuvent ni sortir ni recevoir. Ils dorment tous 3 dans la même chambre et toutes les fins de semaine sont séquestrés dans leur chambre sans raison apparente.

Marion

Elle est la préférée de son père qui l'abuse sexuellement à 4 ans, à 12 ans puis à 15 ans. Il la gâte en lui donnant de l'argent. Etrangement son père se dénonce de lui-même à toute la famille et rentre en thérapie durant 2 ans. Cette thérapie s'arrête alors qu'elle avait 14 ans. L'année de ses 15 ans son père recommence. Elle fugue. Sa mère la retrouve. Marion lui raconte tout. Son père est arrêté. Au tribunal, elle refuse que ce dernier aille en prison. Il est donc condamné à 3 ans de probation avec 3 ans de thérapie. Vers 16 ans elle fugue, sa mère même séparée retourne vers son père. Elle ne sent pas protégée, quand il revient vivre avec eux, elle préfère s'en aller et être placée en centre d'accueil. Là elle s'y sent en sécurité. Elle reprend l'école et une vie quasi normale. Quelque temps plus tard, elle choisit de revenir dans sa famille et son père ne la touche plus. Elle continue l'école mais le soir elle traîne avec des amis et prend de la drogue. Elle a entre 16-17 ans, c'est à ce moment qu'elle rencontre le père de son premier enfant. Lui est âgé de 25 ans. Son père leur a donné le choix entre le retour de Marion en centre d'accueil car elle était mineure, les dénoncer ou 3^{ème} choix qu'ils partent vivre ensemble. Elle choisit la 3^{ème} solution. Au bout de quelques jours elle subit un test de grossesse qui est négatif mais fait trop tôt. En réalité elle est enceinte et ne le sait pas encore. Elle a arrêté de se droguer mais non son ami. Elle demande à ses parents de venir la chercher. A l'annonce de sa grossesse, ses parents sont heureux de devenir grands-parents. Elle trouve là un moyen de s'accrocher « un peu comme une bouée » dit-elle. Cet événement rapprochera la mère et la fille. Son fils a 3 ans quand elle accepte que son père le reconnaisse. Ensuite elle rencontre un autre homme qui sera le père de sa fille. Aucune de ses relations amoureuses ne durent.

A 19 ans, elle est mère de 2 enfants. Elle retourne chez ses parents. A bout de nerf, elle prend contact pour le placement de ses enfants ce qui sera fait, elle les verra régulièrement. Pendant le placement de ses enfants, avec des amis, elle fréquente des bars où les hommes dansent nus, elle a alors 20 ans. Elle y rencontre là un danseur avec qui elle finira par se marier et divorce à 22 ans. Elle n'aura pas d'enfant de lui car elle trouve que 2 est déjà bien suffisant. Une de ces cousines aussi dansait et pour gagner plus d'argent, elle fit la même chose en consommant de la drogue.

A 20 ans, elle entre dans la prostitution en commençant par la danse contact où les clients avaient le droit de la caresser sauf à certains endroits et commence à se droguer. Elle dépensait ainsi tout l'argent gagné. Une cousine abusée elle aussi sexuellement par son père jouera un rôle fondamental dans son entrée dans la prostitution. Elle rencontre après son divorce un autre homme, vendeur de drogues et cambrioleur qui la violentait. Elle finira par le dénoncer et il fera de la prison. Durant leurs 3 années de vie commune elle arrêtera aussi la danse contact, mais reprendra par manque de moyen. Elle travaillera aussi dans une agence d'escortes et c'est ainsi qu'un de ses clients lui proposant d'être « sa blonde », elle accepte. Elle vivra avec lui durant 2 ans. Elle récupérera ses enfants placés et ils vivront dans l'opulence. Puis il ne l'aimera plus. Elle le quitte : « son indifférence me détruit », dit-elle. Pourtant elle pense avoir fait tous les efforts pour que son couple fonctionne.

A 24 ans elle arrêtera sa consommation de drogue. Mère monoparentale de 2 enfants de pères différents avant sa prostitution, elle souhaite arrêter mais n'y parvient pas avant que ses enfants ne grandissent, et apprennent ce que fait leur mère. Pour l'instant elle leur fait croire qu'elle est barmaid. Elle sait qu'un non à la prostitution est un oui à la pauvreté.

Nancy

On disait d'elle qu'elle était hyperactive. De 4 à 14 ans, elle est suivie dans un hôpital psychiatrique et mis sous traitement. Pour elle, elle essayait juste d'attirer l'attention.

A 9 ans elle est placée un centre d'accueil car son père abusait sexuellement de sa sœur. Elle ressent alors un fort sentiment d'abandon et n'avoir personne sur qui compter.

A 11 ans ses parents divorcent, elle retournera chez son père et fera plusieurs séjours dans des familles d'accueil jusqu'à ses 18 ans.

A 9 ans, dans un abribus elle subit un assaut sexuel par 3 garçons âgés de 9 à 11 ans.

A 11 ans elle commence à se droguer, dose donnée par un garçon de 11 ans qui avait des vues sur elle et la trouvait belle. Elle fait une overdose et se réveille avec un autre garçon entraîné à l'embrasser : c'était le gardien de l'immeuble, âgé de 24 ans.

A 12 ans en fugue, elle subit son premier viol d'un garçon de 18 ans, ami d'une amie. Elle l'avoue à son amie qui ne la croit pas. 3 ans plus tard elle le dira à sa mère qui lui répond « bien fait tu n'avais qu'à pas partir ». Elle vit chez sa mère souvent au travail et une grande sœur qui la frappe trop souvent, elle demande à être placée. Elle fugue de nouveau 2 mois après car dans cette nouvelle famille on la maltraite. Débute aussi sa consommation de drogue et d'alcool. Elle rencontre un homme de 30 ans qui semble gentil et qui accepte de l'héberger. En réalité elle sera séquestrée durant 2 semaines attachée et droguée ensuite. Elle a été abusée sexuellement et envoyée se prostituer dans la rue pour payer sa dose. Elle est ramassée par la police et remise en famille d'accueil. Il continue à la fournir. Elle devient dépendante de cet homme. Il n'y avait que lui qui la reliait à la drogue.

De 13-14 ans elle quitte le centre pour un placement en famille d'accueil où elle continue à se droguer mais ne prostitue plus. Elle garde de très bons souvenirs de cette famille ou elle a été aimée.

A 15 ans elle est retirée de la famille d'accueil pas assez cadrante et retourne dans un centre d'accueil où elle a suivi une thérapie. De là elle fugue de nouveau. « C'était trop dur d'être enfermée tout le temps car dit-elle : « j'étais dangereuse pour moi ». Elle a fait 6 TS, elle ne voulait pas mourir juste changer de vie. Durant sa fugue elle est partie en auto-stop avec son petit-ami qui se droguait. Pour payer sa consommation, il l'a vendu à un autre homme.. Elle s'enfuit et volontairement se fait ramasser par la police et ramener au centre d'accueil où elle restera jusqu'à ses 18 ans. Elle demande à suivre une thérapie pour arrêter sa consommation de drogue car elle souffre de trop, et elle passera un an sans consommer.

Deux semaines avant ses 18 ans elle fugue et rechute. Elle rencontre et vit avec un homme qui la battra durant 5 ans. Elle tombera enceinte deux fois et par deux fois avortera car « elle n'était pas prête à ça et sans argent ».

Après une dispute avec son ami, sa sœur la récupère et elles vont travailler dans une agence d'escortes et se prostituer ensemble.

A 20 ans, un client rentre de force dans sa chambre et la viole. Il la frappe elle s'évanouie et se réveille bâillonnée et attachée. De ce viol naîtra un enfant. Elle refuse de se faire avorter, ayant subi 2 avortements thérapeutiques. Elle choisit de garder cet enfant même si à ce moment là elle était consommatrice de drogue. Juste avant son accouchement elle fait une cure de désintoxication. Pendant 2 ans sa mère s'occupera de l'enfant, puis elle le reprendra en charge. Elle participe au programme méthadone pour traiter sa toxicomanie mais elle avoue son scepticisme quand à l'intérêt de ce traitement qui ne lui donne pas de liberté mais au contraire l'oblige à une dépendance totale au médicament et à la pharmacie où il faut se rendre tous les jours « quérir sa dose », sans parler des effets secondaires ou le sevrage est encore plus dur que celui de la drogue des rues. A 1h½ de chez elle, elle s'y rend à pied. Elle a fini par se sevrer seule, chez elle et n'est plus retournée à la prostitution.

Au moment de l'entretien Marion a 28 ans et Nancy 23 ans.

A la lecture de son histoire Nancy dit «j'ai toujours allié amour et sexe...Tu veux de l'amour donne du sexe...En fait ce n'est pas du sexe que je veux, mais de l'amour... »

13. VALERIE

32 ans, ses deux parents s'aimaient. Un père alcoolique, qui travaillait et une mère à la maison souffrant de dystrophie musculaire et de maladie mentale. Manipulatrice et mesquine, elle faisait des TS pour appeler ensuite l'ambulance.

Elle a une sœur aînée, cette dernière se faisait battre par sa mère en l'absence du père, elle a fait plusieurs TS. Les deux sœurs s'entendent bien.

Jusqu'à 11 ans, Valérie a une enfance heureuse. Ses parents divorcent. Elle part alors vivre avec sa mère et sa sœur. Son père vit juste à côté et vient dormir chez eux. Sa mère déménage à nouveau et son père a une nouvelle compagne.

A 12-13 ans, elle a sa première relation sexuelle avec son petit ami dealer, il avait 16 ans. Sa mère accepte cette relation et laisse son petit ami venir dormir à la maison. Valérie souhaitait même avoir un

enfant, ce qui n'est jamais arrivé en 4 ans.

Quand sa mère décide de la mettre dans un collège privé qui la sépare de tous ses amis, Valérie le vit très mal. Débutent alors délinquance et prise de drogue.

A 13 ans, ne voulant plus vivre chez sa mère, elle téléphone au service social. A cette période sa sœur était partie vivre chez son père. Durant un an, le service social essaie de trouver une solution pour les aider à se réconcilier.

A 14 ans, placement en famille d'accueil ou elle ne se sent pas bien. Elle fera au total 7 famille d'accueil avec des retours chez sa mère entrecoupé de fugues. Début des TS d'où un séjour à 15 ans en psychiatrie.

A 13 ans, elle fugue avec une amie. Elles sont prises en auto stop par un homme qui les embarque, dans un motel. Celui lui propose une fellation contre de l'argent, pendant que son amie est dans la salle de bains, ce qu'elle accepte. Ensuite ce fut le tour de son amie. Elles continuent l'auto stop, et pour de l'argent acceptent toutes deux de se prostituer.

Elle fuguera ainsi de 13 à 18 ans. Durant cette période, elle se prostitue dans la rue.

Elle dit : « la sexualité, ca a été mon arme pour me faire aimer ».

A 18 ans elle arrête de se droguer et entame un diplôme d'études pro en hôtellerie. Elle abandonne et s'inscrit dans une agence d'escortes par l'intermédiaire d'une femme pour laquelle elle se prend d'amitié. Celle-ci est une grosse consommatrice de drogue qui l'initiera à la coke. Elle rencontrera le frère de cette dernière qui a fait plusieurs passages en prison pour vol. Agé de 30 ans, il consommait aussi. Elle tombera enceinte de lui.

Enceinte, elle cesse la prostitution et la drogue et retourne chez sa mère avec le père de son enfant. Mais celle-ci ne les gardera pas longtemps.

Pour commettre ses vols son ami lui demande de l'aider. Ils se font arrêter pour vol et elle fera 10 mois de prison. A sa libération, elle commence à se piquer, fait un autre séjour en prison puis elle arrête sa consommation de drogue. Elle continuera la prostitution en tant qu'escorte.

14. MELANIE

Au moment de la séparation avec le père violent de son enfant, elle fait son entrée dans la prostitution par peur que son enfant ne manque de nourriture. Elle débute dans une agence d'escortes.

Elle est élevée par ses grands parents paternels car à sa naissance ses propres parents sont mineurs et se droguent et s'alcoolisent. Une sœur de la mère va aussi s'occuper d'elle. Dans la maison de ses grands-parents, vivent son père et les sœurs de ce dernier. Tout le monde est toxicomane et alcoolique.

Jusqu'à l'âge de 12-13 ans elle dort dans le lit de son grand-père.

A 13 ans, elle a son premier rapport sexuel avec son ami de 19 ans drogué et alcoolique. Elle débute sa consommation de drogue.

A 19 ans, elle sera enceinte de lui et fera une fausse couche qui sera suivie d'une dépression. Elle pense que sa fausse couche est due à son sevrage de drogue.

Avec son 2^{ème} conjoint, drogué et violent, qu'elle rencontre lors de sa dépression, au cours de sa 2^{nde} grossesse elle continuera à consommer de peur de perdre de nouveau son bébé. Ils auront ensemble deux enfants, elle continuera à revoir son premier conjoint.

A 18 ans, son grand père décède. Il lui avait fait promettre de quitter la maison après sa mort de peur qu'elle ne connaisse la misère avec son père, ce qu'elle fit. Elle voyait sa mère de temps en temps, et se souvient de deux de ses anciens amis, un gentil qui lui a offert un chien et le second qui a abusé d'elle. Elle ne se rappelle plus à quel âge, mais elle était très jeune vers 10 ans. Elle refusera alors de retourner chez sa mère et avouera tout à sa tante, qui rapportera les faits à sa mère qui refusera de la croire. Toutes deux ont aussi été abusées sexuellement.

Au moment de l'entretien, elle souffre d'être séparée de son petit dernier de 5 ans placé en famille d'accueil. Son premier enfant, une fille a été placée puis adoptée. A sa naissance, à compter du moment où on lui enlèvera son dernier enfant elle consommera de plus en plus. Mais pour lui elle finira par arrêter.

C'est la drogue qui l'a conduit à la prostitution, Elle a commencé dans la rue quand elle était enceinte de sa fille alors qu'elle ignorait son état.

Aujourd'hui toujours incarcérée, elle est amoureuse et ne consomme plus. Elle pense ne plus pouvoir récupérer la garde de son fils et s'inquiète pour son conjoint plus âgé et malade.

Les quatre premières femmes ont été abusées par un proche de leur famille (Aline, Thérèse, Virginie et Marion).

Les trois autres sont mineures et auront leur premier rapport avec des adultes.

Les 6 dernières femmes aboutissent toutes à la prostitution et cinq sur six pourront s'en sortir et la dernière est en bonne voie.

15. MARCELLA

Vit dans sa famille adoptive avec trois de ces frères ; seul le 3^{ème} frère est le fils biologique de ses parents adoptifs

A 12 ans, alors qu'elle a une vie choyée dans une famille aisée, son père qu'elle adore décède. Dépression de la mère dans l'incapacité de s'occuper de ses enfants. Débutent alors les fugues. « Je fuguais, je cherchais de l'amour », pour rejoindre son amoureux bien plus âgé qu'elle, sa famille l'a retrouvée, il s'en est suivi un placement en famille d'accueil. Elle débute sa consommation de drogues. Elle sera envoyé dans un centre sécuritaire entourée de barreaux jusqu'à 17 ans d'où elle s'enfuira à la veille de sa majorité. Elle vend de la drogue pour vivre et en échanges d'un logement ses revendeurs abusaient d'elle.

A 12 ans, première tentative de suicide.

11-12 ans, deux de ses frères ont abusé d'elle pendant plusieurs années jusqu'à ses 15-16 ans. La première fois que son père a vu ses frères dans sa chambre, il les a chassés. Peu de temps après malheureusement il décède et ne peut plus la protéger. Sa mère le sait mais ne dit rien. Elle considère que n'étant pas frères et sœur biologiques, elle pourrait être leur petite amie.

Vers le même âge, elle se rappelle qu'un ami de sa mère a abusé d'elle. Elle en a parlé à sa mère, celle-ci la cru et s'est fâchée avec son ami. Cette dénonciation va entraîner le divorce de l'ami, mais sa mère et lui sont quand même resté amis. Marcella a mal vécu cette réconciliation comme une trahison de sa mère. Par la suite, sa mère lui avouera qu'elle ne l'avait pas cru, qu'elle n'était qu'une menteuse.

A 15 ans, avortement thérapeutique, obligée par sa mère.

A 17 ans, fausse couche spontanée, elle consommait alors beaucoup de drogue.

De 16 à 19 ans, pour payer sa consommation de cocaïne elle se prostitue.

A 19 ans, elle arrête la prostitution, elle a son premier enfant.

Elle a par la suite, deux autres enfants : une fille de 10 ans et un garçon de 12 ans qui vivent ensemble dans une famille d'accueil. Ce qui la rend malheureuse.

Elle a 24 ans lors de l'entretien et elle est de nouveau enceinte. C'est sa 5^{ème} grossesse. Une grossesse non désirée mais elle vu son bébé à l'échographie et n'a pas eu le cœur de se faire avorter. Elle aura une fille dont la garde sera donnée au père. Et qui finalement sera placée jusqu'à sa majorité.

Elle vit seule et est sans emploi. Elle souffre de psychose maniaco-dépressive pour laquelle elle a été soignée pendant 5 ans. Le diagnostic a été revu pour trouble de la personnalité.

Elle ne prostitue plus et a arrêté la drogue à partir du moment où elle a eu ses enfants.

16. MARIE-PIERRE

30 ans. L'unique enfant de son père. Sa mère, quant à elle, aurait eu 12 autres enfants tous placés.

De 4 à 15 ans, elle est placée en famille d'accueil.

Sa mère se prostituait, se droguait et a fait de la prison pour vol à l'étalage.

De 8 à 9 ans, abus sexuel par le grand père de la famille d'accueil, qu'elle aimait beaucoup....

A 12-13 ans, elle est violée par l'ami de sa sœur d'accueil qui va l'aider pour prendre la pilule du lendemain.

A 13 ans, elle débute sa consommation de drogue, elle était battue dans sa famille d'accueil.

A 15 ans, elle rencontre ses parents à sa demande elle avait déjà vu son père qui venait la voir mais jamais sa mère. Elle n'a que des vagues souvenirs d'eux avant ses quatre ans. Elle se souvient d'avoir été élevée par sa grand-mère et que sa mère habitait à l'étage, mais elle ne la voyait que rarement. Tentative de suicide de sa mère : médicament+alcool. En tombant, elle est gravement brûlée par une chandelle allumée. Elle est restée un mois et demi dans le coma.

Elle ne lui parle plus à son père depuis le décès de sa mère. C'est un ancien alcoolique, très permissif. Quand Marie-Pierre allait chez lui vers l'âge de 15 ans, elle pouvait regarder des films pornographiques et fumait du hasch devant lui. C'est même lui qui la fournissait. Ils fumaient parfois ensemble, il a aussi fait de la prison et il sait qu'elle séropositive.

Un jour où elle avait beaucoup fumé, elle a un souvenir très vague d'attouchement par son père. Son père aura une relation sexuelle avec son amie car elle est lesbienne

16-17 ans : début de la prostitution, danseuse. Elle rencontre un client qui sera le père de sa fille. Il était bien plus âgé qu'elle, entre 58-60 ans. Il a accepté de vivre avec elle, même s'il connaissait son attirance pour les femmes. Elle veut fonder un foyer et veut un enfant de lui, au début il refuse.

A sa grossesse, elle cessera la prostitution. A la naissance de l'enfant, elle prend peur devant les responsabilités qui l'attendaient. Jusqu'au troisième anniversaire de son enfant, elle ne se sentira pas mère. Sa fille est placée en famille d'accueil à partir de 3 ans. Sa décision de placer sa fille a été difficile car elle a compris qu'elle lui faisait vivre exactement ce qu'elle avait vécu. Elle a perdu la garde légale de sa fille jusqu'à son douzième anniversaire.

Désormais, elle ne se drogue plus et ne se prostitue plus, cela fait environ 10 ans.

17. CLEMENTINE

24 ans. Danseuse nue, elle a longtemps dansé sans consommer de drogue et sans se prostituer. Enfant unique, elle n'a connu que sa mère. C'est sa marraine qui s'est beaucoup occupée d'elle dans son enfance. Elle se souvient d'une mère violente, alcoolique sévère, serveuse dans un bar, elle ne se sent pas aimée par sa mère et se sent rejetée.

A 4 ans, sa mère rencontre son concubin, il n'aimait pas les enfants.

De 4 à 12 ans, elle se souvient que le propriétaire de l'immeuble où ils logeaient avait abusé d'elle.

Dès l'âge de 9 ans, elle a eu envie de se suicider.

A 13 ans, suite à un accident de vélo, elle a les deux bras dans le plâtre, sa mère la place pour deux mois.

A 14 ans, elle quitte le domicile. Elle en avait assez de subir les violences. Première fugue, elle rencontre un homme de 22 ans.

Placée de famille d'accueil en centre d'hébergement. Sa mère avait signé un papier demandant son placement jusqu'à ses 18 ans.

A 14 ans, elle apprend qu'elle a une demi-sœur, adoptée à la naissance, car sa grand-mère n'en voulait pas.

A 15 ans, elle fume son premier joint.

A 16 ans, sa mère lui présente un homme en lui disant que c'était son père et c'était faux, deux autres suivront.

A 17 ans, elle est mise en appartement aidé par des subventions. Premier avortement et se drogue de plus en plus et passe à l'héroïne et s'alcoolise. Arrêt de l'école.

Entre 18 et 24 ans, elle est endettée par sa consommation et le manque d'argent. Elle commence la danse érotique sans contact. Au début, elle finit par accepter le contact avec les clients les deux dernières années, car ça payait plus. Elle s'arrêtera un an car elle est amoureuse et ne peut concilier les deux. Elle travaille comme hôtesse dans un bar. Puis le couple se sépare et elle retourne danser. Pendant cette période, elle ne consommait plus de drogue sauf un petit joint et de la bière de temps en temps.

Troisième avortement d'un homme qu'elle aimait, elle craque et se remet à consommer cinq jours par semaine.

20 ans : consommation de cocaïne et de bière.
Lors de l'entretien, elle était sobre depuis trois mois.

18. EAUCÉANIE

A 36 ans, elle se prostitue depuis 20 ans.

C'est elle qui prend contact avec l'auteure pour faire partie de ce projet de recherche car elle a envie d'arrêter la prostitution.

Née d'un adultère, elle a toujours été le mouton noir de la famille. Le petit dernier de sa mère étant décédé, elle décide de ne pas se faire avorter quand elle retombe enceinte lors d'une relation adultère. Son mari accepte qu'elle porte l'enfant d'un autre. Ses parents n'auront ensemble qu'une autre fille.

Trois ans plus tard, ses parents se séparent. Elles resteront sa demi-sœur et elle avec leur père. Celui-ci, débordé, les emmènera dans sa famille où leur tante les élèvera.

11 ans : premier abus sexuel à l'école.

A six ans, elle apprend de la bouche de sa sœur qu'elle est née d'un adultère. Mais de sa mère elle ne le saura qu'à 13 ans.

A 11 ans : premier abus sexuel à l'école.

12 ans : première fugue.

A 13 ans, abus sexuels par une bande de jeunes âgés de 20 ans. Sa tante l'apprend et lui demande de garder le secret pour ne pas qu'elle soit mal vue dans le petit village où ils habitent. A 13 ans, elle débute sa consommation de drogue. Elle est renvoyée de l'école.

Entre 12 et 13 ans, son père venait dans son lit et la caressait. Sa tante qui le savait, lui demandait d'arrêter tout ça. Eaucéanie se rend compte maintenant qu'il ne faisait cela qu'avec elle et pas avec sa fille légitime.

14 ans : premières relations sexuelles avec un homme de 28 ans.

A 15 ans, elle va vivre chez sa mère, celle-ci ne lui impose aucune règle, elle a le droit de fumer et de découcher. Elle devient anorexique et tombe enceinte. Devant son refus de se faire avorter sa mère la met dehors. Elle vit en couple avec le père de son enfant. Elle entre dans la prostitution par l'intermédiaire d'une de ses amies de 23 ans qu'elle idolâtre.

A 16 ans, elle devient danseuse nue. Sa mère ne dit rien car c'est ce qu'elle aurait aimé être. Elle commence à boire jusqu'à 34 ans.

A 18 ans, elle a un autre enfant. Le père fut emprisonné. Il la battait et prenait l'argent qu'elle gagnait en dansant. Elle a toujours voulu des enfants mais sans leur père. Elle voulait avoir son enfant pour elle toute seule. Son enfant fut placé.

Pour son 2^{ème} conjoint, c'est elle qui le battait, lui il était bon avec elle.

Malade, elle a besoin de médicament, mais sans argent, elle fait venir un client chez elle, son ami le sachant la quitte.

19. EDDY

Elle vient d'une famille pauvre de 12 enfants.

Quand elle a 2 ans ses parents se séparent, tous les enfants ont été placés. A la maison, sa mère ne gardait que deux ou trois enfants, jamais plus.

Père alcoolique et violent et mère d'une grande violence verbale.

Sa mère a toujours eu beaucoup d'hommes dans sa vie, qui lui offraient des cadeaux, une prostitution non avouée.

A 9 ans, elle voit le conjoint alcoolique et drogué de sa mère faire des attouchements à sa sœur alors âgée de 11 ans. Sa sœur part en famille d'accueil et elle reste la seule enfant.

A 10 ans, lors de l'absence de sa mère, il abuse d'elle. Elle le révèle à sa mère qui la traite de menteuse. Lors d'une visite de sa sœur, elle lui dit aussi. Cette dernière s'organise pour que sa mère surprenne Eddy et son conjoint. Mais même devant les faits elle n'en veut pas à Eddy et elle reproche à sa fille de

vouloir lui prendre son ami.

Elle se rappelle vaguement d'avoir été abusée par six de ses frères. Un de ses frères, condamné à perpétuité, a écrit une lettre à son père déjà décédé pour faire amende honorable. Il avoue l'inceste sur ses sœurs et dit avoir subi lui aussi des abus de leur père et d'autres personnes/

Entre 10 et 14 ans, elle se laisse toucher par différents garçons.

A 17 ans, sans mère la met à la porte.

A 18 ans, pour de la drogue, elle accepte d'avoir des relations sexuelles avec son frère.

Elle trouve un emploi comme secrétaire dans une agence d'escortes où sa sœur travaille. Elle y rencontre son amant, marié. Une des filles de l'agence tombe malade et elle décide alors de la remplacer, l'expérience lui plaît et lui rapporte pas mal d'argent.

Peu de temps après, elle ouvre sa propre agence et y emploie sa sœur et ses deux frères ainsi que son amant. Durant trois ans, l'argent afflue et sa consommation de drogue augmente. Son amant devenu son conjoint lui demande d'avoir des relations sexuelles à trois : lui, elle et une prostituée qu'il fera venir. Elle accepte, celui-ci finira par la quitter lui préférant la prostituée. Sa vie bascule, elle devient une loque et perd tout. Elle se retrouve prostituée de rue.

A 26 ans, après une agression sauvage et extrêmement violente et deux overdoses elle a fait de la prison et s'est inscrit aux narcotiques anonymes.

Lors de l'entretien elle a 37 ans, elle est grand-mère. Elle était héroïnomane depuis quatorze mois. Dorénavant, elle est sobre et elle est sortie de la prostitution. Elle reconnaît que depuis l'enfance elle souffrait toujours d'avoir besoin d'attention et de tendresse. Mère monoparentale, elle a 3 enfants et une fille adoptive.

20. CARMEN

Née d'une famille de 4 enfants.

Elle s'est sentie aimée par sa mère pianiste. Elle a comme elle des dons de musicienne

Le père est un tyran violent, alcoolique, qui dénigre ses enfants.

A 6-7 ans, son frère âgé de 10 ans a des attouchements sur elle. Il la menaçait de raconter des choses fausses à son sujet à son père si elle le dénonçait. Par crainte, elle faisait tout ce qu'il lui demandait.

Entre 10-14 ans, elle a un moment de répit.

A 14 ans, son frère ainé de 21 ans veut voir comment est faite une femme et lui demande de se déshabiller et la touche.

A 17 ans, elle quitte la maison et travaille.

A 18 ans, elle a une relation avec un collègue mais au dernier moment elle refuse. Il la prend de force.

A 19 ans, son parrain qui est aussi son cousin a des rapports avec elle. Il a 34 ans. Elle accepte pour ne pas le décevoir.

A 19 ans, elle rencontre son premier mari. Il fait partie d'une bande criminelle et est un dealer recherché par la police. Il lui prend son argent. Elle perd son emploi. Plus tard, son mari dont le copain à une agence de danseuse lui propose d'aller danser. Elle se prostituait avec les clients.

Un soir, son mari lui téléphone pour lui dire qu'il lui ramène un client à la maison. Elle lui dérobe son portefeuille. Le client s'en aperçoit, porte plainte. La police débarque et les emmène elle et son mari. Elle fera deux semaines de prison. A sa sortie, elle se rend compte qu'elle enceinte. Elle accouche de jumeaux.

Son mari lui trouve un travail de masseuse érotique. Une descente de police met fin à son activité. Il s'enfuit aux USA. Elle réside chez son frère avec ses enfants et finit par les placer.

Elle se prostitue de nouveau pour payer son billet quand son mari lui demande de venir le rejoindre. Arrivée à la douane, elle est refoulée car elle ne peut fournir d'adresse de destination.

Elle finira par reprendre la garde de ses jumeaux. De son deuxième conjoint, elle aura deux autres enfants.

A 42 ans, elle va entreprendre une thérapie et reprendra la musique, sa passion initiale.

Dans ce chapitre ces 20 femmes ont fait le récit de leur histoire dramatique et ô combien traumatisante.

La question est comment aider une personne socialement exclue à se reconstruire, à sortir de l'exclusion. Patrice LEGUY, docteur en sciences de l'éducation, dit « c'est en réalisant son œuvre que le sujet se construit ». Une partie de cette œuvre a été de permettre à ces femmes de prendre la parole, de prendre du recul par rapport à leur vécu, de mettre un éclairage sur des parties de leur histoire si longtemps occultées et de provoquer une introspection, sans jamais les mettre dans une situation de hiérarchie, ou de dépendance mais les positionner dans une situation d'indépendance et de respect.

Elles ont pu ensuite décider d'entrer dans une démarche de thérapie, de cesser de se prostituer, d'entreprendre des démarches de sobriété ou mettre en mouvement ne serait-ce qu'un changement dans leur vie.

A la relecture de leurs histoires dans un souci d'exactitude et de validation, l'auteure, remarque avoir aperçu les effets positifs sans pouvoir en mesurer l'importance. « J'avais chaque fois l'impression de leur apporter un cadeau, une sorte de surprise. Elles découvraient une histoire complète, même si c'était leur histoire, car elles n'étaient pas en mesure ni de l'écrire ni de juxtaposer les faits. Pourtant, elles devaient certainement chercher à comprendre, à mettre les mots, mais les faits s'entremêlaient tant, qu'il devenait alors impossible de démêler l'écheveau qui les a conduits à se prostituer. Chacune a réagi différemment à la lecture de l'histoire de leur vie, pas avec la même émotion, selon le lieu, le moment, leur sensibilité... ».

Alors qu'elle pensait arriver à la fin de sa démarche, l'essentiel s'est produit : ces femmes se sont réappropriées leur histoire de vie : « J'ai vu des larmes couler, des larmes différentes de celles que j'avais vu lors de l'entretien, j'ai vu leur noblesse et leur fragilité, j'ai pu constater la justesse d'un miroir qui leur était offert et qui reflétait très exactement qui elles étaient ».

Désormais ces entretiens sont écrits et resteront à jamais gravés dans ce livre, elles pourront ainsi se relire autant de fois qu'elles le désireront.

Chapitre 2 : Être prostituée, se prostituer

Ce chapitre aborde les données sociologiques de ces femmes sur un plan collectif au moment de l'entretien et le vécu « quotidien de la prostitution.

Les données sociologiques

- **Leur âge** : Les plus jeunes sont âgées de 23 ans et la plus âgée de 53 ans.
- **Sont-elles actives ou sorties de ce milieu?** Dix ont cessé de se prostituer, huit sont actives, une essaie d'arrêter, une n'a gardé que des rares clients mais dit être sur la voie de cesser.
- **A quel âge sont-elles entrées dans le milieu?**
 - 8 étaient mineures entre 13 et 17 ans
 - 8 entre 18 et 23 ans
 - 4 entre 35 et 46 ans
 - 16 (80%) sont entrées entre 13 et 23 ans lors de leur première rencontre avec un client
 - 13 (65%) entre 16 et 20 ans
 - 4 (20%) entre 35 à 46 ans
- **Quelle est leur origine sociale?**
 - 17 filles viennent d'un milieu très pauvre
 - 3 seulement d'un milieu aisés

- **Qui sont leurs parents?**

- o Mère:
 - 6 ont une mère prostituée,
 - 2 femmes au foyer
 - 12 ont une mère petite employée (serveuses, vendeuses...)
- o Père:
 - 5 pères absents
 - 2 pères inconnus
 - 2 pères criminels
 - 3 pères présents mais qui n'apportent rien à la famille
 - 5 pères petits employés (facteur; livreur etc.)
 - 5 emplois supérieurs (gérant de banque, propriétaires de leurs entreprises)

- **Célibataires ou en couples?**

On relève la fragilité de leurs relations amoureuses et l'instabilité de leurs unions. Toutes vivent dans la pauvreté ce qui rend leur vie bien difficile. Leur plus grande préoccupation est de toute évidence leur désir d'amour, leur désir d'avoir UN homme à chérir, un homme qui n'aimera qu'elle. La preuve souvent quand elles sont amoureuses elles cessent parfois leur activité, elles se réservent uniquement pour leur conjoint.

- o 1 est mariée et vit avec ses enfants
- o 6 célibataires
- o 1 SDF vit déci delà selon les jours
- o 10 vivent en couple
- o 1 vit seule
- o 1 vit avec ses enfants

- **Ont-elles des enfants?**

On pense rarement que ces femmes peuvent être des mamans, ce sont pourtant des mères aimantes, préoccupées comme beaucoup de mamans par leurs enfants

- o 18 ont des enfants de 1 à 4 enfants
- o 1 est enceinte
- o 1 rêve d'en avoir

- **Scolarité et emplois**

- o 1 a son BAC
- o 2 diplômées des collèges
- o 4 le secondaire
- o 12 n'ont été qu'au primaire
- o 7 d'entre elles n'ont jamais eu un emploi. La prostitution a été leur seule source de revenu.

- **Durée de leur prostitution :** Durée moyenne de 11,8 ans

- **Les événements les conduisant à la prostitution sont classés en 3 catégories:**

- o événements personnels: les abus sexuels sont majeurs
- o événements familiaux:
 - perte d'une figure parentale signifiante (père, grand-père, mère)
 - une personne importante qui a provoqué un changement de direction dans leur vie

- Éclatement de la famille (divorce, séparation...)
- Changement de résidence, perte de repère
- événements sociaux
 - Pas de soutien économique (dont parental)
 - Fin des programmes sociaux à 18 ans apparaît à son tour liée à un passage vers la prostitution

Savoir qui l'on est...

Prostituée, prostitution sont des mots qui sont des poids lourds dans le vocabulaire.

Répondant à la question : « le mot prostitution, toi, qu'est-ce qu'il te fait? », elles disent que « c'est sale, laid, péjoratif, dégueulasse, répugnant, comme si on était des tâches de la société, ça fait pitié, on dérange. Hôtesse, escorte, masseuse, fille de rue... ça passe mieux, c'est moins sale ». Une dira : « nous sommes des thérapeutes sexuelles, les hommes osent nous dire ce qui ne va pas dans leur vie de couple, on essaie ensemble de trouver des solutions... ».

A l'une d'elle a qui l'auteure faisait remarquer que le statut de la prostituée était le statut le plus bas qu'une femme puisse se voir attribuer, en citant l'expression populaire « c'est des moins que rien », elle a répondu : « il y a certainement plus bas qu'une prostituée, oui dit-elle je me suis sentie basse dans la société, mais j'ai toujours vu plus bas que moi : un voleur par exemple ».

Pourtant être prostituée est loin d'être facile : « Il faut que tu piles sur ton orgueil, que tu te surpasses. Tu seras rejetée, mal vue par la société... il y a le jugement. Il faut que tu saches t'oublier. Si t'es pas capable de faire ça, tu ne seras jamais prostituée... Il faut avoir du cran et du courage, c'est pas tout le monde qui est capable d'être prostituée ».

Entre elles, elles s'attribuent un statut social, elles sont loin d'être dupes :

- les filles correctes qui travaillent qui ont une vie familiale, qui ont besoin d'argent pour survivre
- et celles qui se prostituent pour se payer leur drogue ou alcool

La place de la jouissance

Le but visé par la prostituée est la jouissance du client : « Je donne du plaisir, je n'en prends jamais ». De toutes façon ce n'est pas la préoccupation du client il est juste là pour prendre. « Avec un client on n'est pas dans une relation amoureuse, on est dans la baise ».

Il y a deux sortes de clients :

- un qui pour jouir doit entendre la femme mimer la jouissance, cela le valorise de voir qu'il peut la combler
- un qui n'est préoccupé que par sa seule jouissance

C'est une des règles qu'elles s'imposent: ne pas jouir avec son client, cette jouissance elle la réserve à leur amoureux.

Le baiser est un acte qui ne trouve pas sa place dans la relation entre la prostituée et son client : « Embrasser c'est quelque chose de personnel, quelque chose qui m'appartient à moi. C'est ma bouche. Si je te donne ma bouche, je dois avoir des sentiments pour toi. Je vais comme donner mon âme... »

Sujet de préoccupation pour la santé publique avec l'apparition des IST. Elles utilisent des condoms, même pour les fellations. Au risque de perdre des clients. Dans certaines agences d'escortes la règle est de faire des fellations sans protection, même si elles n'avalent pas le sperme.

La demande particulière des clients

La violence, elles la connaissent presque toutes dès leur plus tendre enfance, elles la retrouve aussi parfois avec leurs conjoints.

Aucune d'elles n'aime la violence verbale ou physique. Quand elle l'accepte de la part d'un client c'est

au prix d'un grand effort de la pensée pour se convaincre que ses mots ne s'adressent pas à elle ou parce que le client paie plus cher. Elle s'exprime sous forme de :

- fantaisie sexuelle
- domination sexuelle
- Avilissement sexuel

Etrangement, sans que la question soit posée, elles évoquent une solidarité féminine pour les épouses ou conjointes de leurs clients. Elles seront certainement bien surprises de découvrir la solidarité de ces femmes prostituées à leur égard.

A leurs yeux la prostitution se présente sous plusieurs formes :

- la prostitution de rue : les fellations, la forme la plus dangereuse, la plus destructrice, porte d'entrée de la prostitution; le bas-fond.
- l'agence d'escortes ou hôtesse se rapproche du flirt
- le bar des danseuses nues, c'est un art, une artiste, non une prostituée

Pour toutes, la prostitution commence « quand on couche avec quelqu'un sans amour pour de l'argent ». Toutes partagent une vision commune avec leur client de la prostituée nécessaire au maintien de l'ordre social, pour protéger les enfants et les femmes du viol, de l'abus.

Les conséquences de la prostitution pour soi

Elles ne veulent pas être considérées comme des victimes. Leur chemin de vie passait par là, que les regrets sont inutiles, que cela à contribuer à faire d'elles ce qu'elles sont devenues. Un apprentissage de la vie.

Les conséquences les plus évidentes:

- perte d'attrait pour les hommes : à travers tous les hommes demeure l'esprit d'un client potentiel.
- perte de la confiance dans les hommes : difficile de faire confiance quand on connaît toutes les ruses et les tromperies.
- des dommages à leur vie sexuelle : perte de leur sensibilité, les gestes de la prostitution hantent leur vie sexuelle.
- une dissociation d'elles mêmes : « c'est juste mon corps, c'est pas moi » les caractérise toutes, cette dissociation de soi se construit pour se protéger
- Un impact sur leur consommation de drogue et alcool : « on en consomme pour supporter, pour oublier, pour tenir le coup ».
- Des tentatives de suicide : personne ne se suicide pour cause de bonheur, cette pensée est bien celle des personnes malheureuses. 7/20 ont fait une TS, certaines à répétition.
- Des symptômes de mal de vivre : certaines ont des hépatites, d'autres sont séropositives. Elles acceptent ces diagnostics comme une fatalité, un jugement final...

Ces constats nous éloignent du préjugé social que beaucoup se font : ces femmes ne se prostituent pas pour l'amour du sexe. Pour devenir libres, elles doivent cesser d'être au service du client, elles doivent aller à la conquête d'elles mêmes.

« Chacun trouvera dans ce chapitre un écho à sa propre servitude et à son propre affranchissement » souligne l'auteure.

Chapitre 3. Discours sur les clients

Ces femmes connaissent la grandeur des hommes mais aussi leur bassesse et leur petitesse. Les clients eux ne connaissent en revanche rien d'elles.

Rose Dufour : « *J'ai trouvé que les hommes étaient chanceux de les avoir, mais que plusieurs ne les méritaient pas* ».

Ce qu'ils veulent avant tout : « du sexe, pas d'amour, nous sommes des exécutoires ce qui permet à certains hommes de sauver leur couple, ça va mal dans leur vie de couple, ou au travail. Ils souffrent. Ils veulent de l'interdit, du fantasme. Ils se sentent moins coupable quand ils paient une prostituée, ils ne s'engagent pas comme ils devraient peut-être le faire avec une femme ordinaire ».

Ils veulent du sexe rapide car leur temps est compté.

Elles disent toutes que l'on vit une époque obnubilée par le sexe, consommatrice de sexe comme du reste. La timidité, la solitude, l'insatisfaction, le désir de tendresse, d'être écouté, de parler, désir de satisfaire des demandes particulières que la conjointe refuse, la volonté claire surtout du client d'une transaction commerciale sans engagement émotif ni relationnel.

Qui sont ces clients ?

- Ils sont de toutes classes sociales
- de tous âges
- de tous genres physiques
- des hommes seuls
- des hommes malheureux qui ont juste besoin de compagnie, de tendresse,
- ceux qui ne peuvent avoir des relations sexuelles qu'avec des prostituées
- des hommes insatiables de sexe, incapables de fidélité, d'engagement
- Parfois le client est un couple qui veut une relation à trois

Typologie des clients

- Le bon client, c'est celui qui respecte les règles tacites
- Le motté est le client dans le langage de la rue : le mauvais client, écoeurant, refuse le préservatif, agressif, violent
- Le client régulier, c'est celui qui revient régulièrement vers la même femme. Quand elles parlent de lui, le ton s'adoucit, une certaine fierté émane d'elles. Il a plus de valeur qu'un autre client, il a une certaine fidélité ce qui est précieux pour elle. Il passe avant les autres, il donne plus d'argent, de la considération
- Le client consommateur de drogues vient plus pour la drogue que pour le sexe
- Le client exploiteur joue sur deux plans : il se veut généreux mais en profite pour lui réclamer des services sexuels en plus
- Le client bon samaritain : il est bon et généreux, il est sensible à la pauvreté de ces femmes, à leur misère physique et psychologique, il montre leur besoin de protéger la femme. Il paie pour des services sexuels mais ne les exige pas obligatoirement. La fille se sent toujours en dette envers lui. Ils sont assez nombreux
- Le client amoureux : l'amour peut surgir n'importe quand, dans les deux sens. Pour 7 d'entre elles, le client est devenu leur amoureux. La difficulté est qu'il continue souvent à se comporter comme un client
- Le client avec des demandes particulières avec une majoration du prix. Plus l'acte est avilissant plus la somme offerte est énorme :
 - o la fantaisie sexuelle se traduit souvent dans le travestissement parfois sans acte sexuel, des jeux de rôles (médecin...). Elle exclut la violence.
 - o la domination sexuelle : le client souhaite être dominé, brutalisé, humilié pour parvenir à s'exciter et à parvenir à la jouissance. Le client fournit les instruments de sa torture.

- Elles refusent toutes de recevoir des coups même si elles en donnent. Elle se fait bourreau.
- l'avilissement sexuel est l'acte extrême : évacuation et ingestion des urines des excréments. Le client trouve sa satisfaction en étant voyeur.

CONCLUSION DE LA PARTIE I

Le chemin qui mène à la prostitution n'est pas seulement un chemin personnel mais un chemin qui implique toujours l'histoire familiale et sociale.

PARTIE II - POURQUOI NOUS SOMMES CLIENTS DE FEMMES PROSTITUEES ?

Pour que la prostitution existe il faut deux partenaires: la prostituée et le client ou « prostituphile » d'où l'intérêt d'inclure le client et de leur donner la parole.

Peu de recherches existent sur le client, il demeure difficile d'estimer combien d'hommes achètent du sexe.

Il a été très difficile de prendre contact avec les clients.

Il a fallu cinq longs mois et publication d'une annonce « demande hommes qui ont récemment payé pour du sexeAnonymat garanti », pour enfin les rencontrer, après des échanges téléphoniques insistant sur le caractère confidentiel. Crainte d'être piégé par la police ou la presse.

Contact avec 84 clients, durée d'entretien entre 30 mn à plus d'1h.

65 entretiens téléphoniques ont été réalisés.

Tous ces hommes rassurés sur la confidentialité et l'anonymat avaient beaucoup à dire et trouvaient aisément les mots pour s'exprimer sur le sujet.

La raison de participer à l'étude étaient de la curiosité, de briser leur mauvaise réputation, d'apparaître comme des violeurs, des abuseurs... alors qu'ils se voient comme des gens normaux.

5 chapitres :

1) Portait descriptif des clients

a) âge et statut matrimonial

Le plus jeune : 21 ans et le plus âgé 66 ans

20 vivent en couples ou sont mariés

20 sont célibataires

1 veuf

15 divorcés

36/61 n'ont pas de partenaire sexuel

b) statut parental

26 sont pères de famille

5 mariés sans enfant

Manque de données pour 20 d'entre eux

c) orientation sexuelle

43 hétérosexuels

5 bisexuels

1 homosexuel

15 dont les données manquent

d) scolarité

Sur 44 clients

4 niveau primaire

18 niveau secondaire

13 début d'études universitaires

9 ont un diplôme universitaire

e) métier

24 cols bleus

11 cols blancs

8 retraités

2 étudiants

2 agents de bureau

2 propriétaires de leur entreprise

15 manque de données

f) apparence physique et leur libido

Sur 44 clients :

40 sont satisfaits de leur physique

4 insatisfaits

20 manque de données

Sur leur libido :

Sur 38 interrogés:

19 jugent avoir une libido supérieure à la normale

19 se pensent dans la moyenne

26 manque de données

g) le moment de leur visite

La plupart va à la rencontre des prostituées le matin avant d'aller travailler, parfois dans leur camion de travail pour les femmes de rue, à la pause déjeuner, avant de rentrer à la maison, sur leurs jours de congés, sur leur heure de travail ou selon leur envie et besoin

h) Fréquence des visites

12 n'ont pas répondu

4 groupes :

- les occasionnels : 7 par curiosité et ne sont pas certains de renouveler l'expérience
- Ceux en transition
- 5 voient les prostituées ¾ fois/an
- Les clients réguliers : 36 vont 1 à 4 fois mois

2) Leurs raisons d'aller chez des femmes prostituées

a. le timide

15 reconnaissent leur timidité pour engager une relation et son embarras à la conquérir

b. difficulté à rencontrer une femme

Seuls. Ils expriment leurs difficultés à rencontrer des femmes. Une particularité de la société contemporaine

raîne, les femmes sont plus libérées moins esclaves...

c. insatisfait

Il veut garder son statut social marié, père de famille sans renoncer à sa sexualité. Il établit souvent une relation de communication avec la prostituée. Parfois leur épouse ne les intéresse plus sexuellement, leur femme refuse le sexe, l'acte sexuel dans le couple est devenu rare, certaines épouses refusent certains gestes.

d. le vieux garçon

Il a eu une mauvaise expérience ou il est lourdement handicapé

e. le consommateur

Pas d'engagement juste « baiser ». Il évoque vouloir rester célibataire, sans enfant. Leur incapacité à vivre en couple. Besoin après un divorce de faire le point. C'est plus facile et sans engagement. Possibilité de changer de femme à souhait.

f. Insatiable.

Il est pourtant satisfait. il ne reproche rien à sa conjointe mais son désir de séduction est insatiable. Pour avoir des femmes plus jeunes que la sienne, pour le changement, pour la différence.

g. le cachottier

Il a des demandes particulières à satisfaire, des activités sexuelles inacceptables. Tels le fétichisme (orteils), jeux de rôle, jeux de domination, la sodomie, l'orgie, la prostitution masculine.

Pendant l'entretien, aucun client n'a évoqué des comportements avilissants, la violence physique et verbale. Aucun n'a admis l'attrait sexuel pour les enfants, mineurs. Sachant très bien le caractère délicieux de ces gestes...

Contrairement au passé, trouver un conjoint de nos jours est devenu chose difficile, la prostituée demeure alors la meilleure solution

3) Quand tu cherches ce que te trouve : lieux fréquentés par les clients

- a) Bar de danseuses nues, pour leur jeunesse, leur beauté, leur érotisme, leur art de la danse. Elles sont attentives mais avec un regard si vide, une expression neutre, froide, les yeux tristes. Les clients peuvent en payant plus, voir ces danseuses dans un isoloir. Là le contact est permis.
- b) Le salon de massage érotique qui peut aussi aller jusqu'à l'acte sexuel. Salon exploité par des femmes.
- c) L'agence d'escortes exploitée par des hommes. Possède un annuaire avec les numéros de téléphone des femmes, se fait sur rendez-vous selon les demandes du client.
- d) La rue. Pas d'intermédiaire, contact direct entre le client et la prostituée. C'est facile, simple, accessible. Certains clients n'aiment pas, disent-ils, voir cette misère humaine, ont peur d'être vus et reconnus, peur des infections sexuellement transmissibles, pensent souvent que la prostituée de rue est plus sale. Elles coûtent moins cher. Peur de la police. L'acte sexuel peut se faire n'importe où (voiture, bois...). Pour ces femmes, la rue est dangereuse. Elles y rencontrent les plus pauvres, les plus défavorisés, les plus dépendants à la drogue, les plus dangereux....
- e) Sans oublier les films pornographiques, avec en visio une hôtesse.

4) Comment vivent-ils la prostitution ?

Les hommes de tout temps se sont toujours vantés d'avoir plusieurs liaisons amoureuses: le Don Juan. Jamais une femme ne se vantera d'avoir plusieurs partenaires : la fille facile. Mais fréquenter une prostituée est un secret bien gardé. Quelque chose de l'interdit. Certains ont une manière bien à eux de définir la fidélité : voir une prostituée, ce n'est pas être infidèle ; avoir une maîtresse, oui.

Les avantages et inconvénients du sexe payé :

Les avantages :

- payer permet d'avoir ce que l'on désire,
- sans engagement,
- sans attachement,
- quand on le veut

Les inconvénients

- payer (!!!!!)
- payer pour un service qui n'en garantit pas la satisfaction
- trop rapide
- trop mécanique
- risque des IST
- milieu peu fréquentable

Le constat : la consommation prostitutionnelle est vue comme une transaction commerciale où il est en droit d'exiger. Exiger plus qu'un service sexuel, exiger une qualité relationnelle.

5) Mais qu'est ce que la prostitution pour les clients ?

Quand on demande à ces hommes consommateurs de prostituées ce que représentent pour eux ces femmes. Sont-elles des prostituées ? Leurs réponses ont été souvent négatives.

20 hommes interrogés ne considèrent pas que ces femmes se prostituent (??!?)

2 clients disent n'avoir jamais rencontré de prostituée.

Force est de se demander ce qu'est une prostituée pour eux ?

Les clients distinguent deux sortes de prostitution :

- la prostitution pure et dure est celle qui a débuté vers l'âge de 15-16 ans, c'est celle de la rue, l'ultime moyen de gagner sa vie
- la prostitution plus soft

Pour certains c'est la relation sexuelle qui fait la prostitution, la masseuse érotique, la danseuse nue n'est pas considérée comme une prostituée.

Certains font la différence : la prostituée cherche le client, tandis que l'escorte c'est le client qui la cherche, là il n'y a plus de prostitution.

L'auteure souligne : « On s'aperçoit que les mots permettent la confusion, l'ambigüité. Les termes masseuse, escorte font disparaître la connotation stigmatisante que le mot prostituée véhicule ».

Ce qui fait la prostitution, c'est l'argent pour le sexe. Le sexe seul sans argent, ne fait pas de la fille une prostituée. L'argent est la seule raison pour laquelle les femmes font de la prostitution. Beaucoup de personnes pensent que les prostituées amassent des sommes colossales en peu de temps. Alors pourquoi n'ont-elles jamais d'argent ? Les clients pensent qu'elles le dépensent en drogue, en frivolités. Souvent cet argent qu'elles estiment comme un argent sale leur brûle les mains, elles veulent s'en débarrasser au plus vite....

La vision des clients sur les prostituées et la prostitution est diverse.

4 grandes théories pour définir la prostituée et la prostitution :

- la vision économique : dans cette vision la femme est une marchande, une vendeuse du plaisir sexuel. Une transaction commerciale avec une notion d'échange de services, un métier comme un travail à la chaîne, de la productivité comme un autre pour gagner sa vie. Elle est vue comme une travailleuse autonome surtout quand elle est dans la rue ou chez elle
- la vision sociale de la prostituée est considérée comme nécessaire au bien-être commun, à la paix sociale, à l'ordre sexuel
- la vision ludique : la prostitution est un jeu, un loisir, un moyen de se défouler
- la vision charnelle nombreux sont ceux qui pensent à la prostituée comme une personne qui aime le sexe, une gloutonne qui répond à ses désirs insatiables, la salope elle fait n'importe quoi avec n'importe qui.... Elle permet à l'homme de retrouver sa masculinité

Conclusion

On aurait pu croire qu'il existait qu'une définition claire et évidente de la prostitution. Le constat est que les clients donnent eux une grande diversité de définitions à la prostitution.

Prostituées et clients n'ont évidemment pas la même définition pour ce mot.

Les clients font la promotion de valeurs culturelles masculines où il serait normal qu'ils bénéficient de ces prestations sous n'importe quelles conditions. La vision économique prédomine, c'est aussi une vision économique qu'ils ont du mariage. Les hommes sont dans le droit, le devoir et l'obligation. Elles, elles sont dans l'amour. Pour eux, une femme mariée peut être une prostituée. Pour la prostituée, il n'y a pas de confusion entre la prostitution et le mariage, c'est par amour qu'elles se marient. Elles sont capables de mettre leur situation financière en péril quand leur conjoint est dans le besoin (prison).

Au terme de ce chapitre, Rose Dufour avance sa définition de la prostitution : « *La prostitution est le fait de rendre son corps disponible au plaisir sexuel d'autrui pour de l'argent, sans égard à ses besoins et à ses désirs personnels, pour la personne qui se prostitue ; sans engagement émotif et relationnel pour la personne qui paie. C'est cette absence d'engagement qui rend la prostitution si attrayante pour le client et si déshumanisante pour la personne qui se prostitue* ».

PARTIE 3 - PROFIL DE DEUX PROXENETES

Le premier homme est propriétaire d'une agence d'escortes.

Le deuxième est une femme propriétaire d'un salon de massage.

Organiser la rencontre a été très difficile, car aux yeux de loi ce sont des criminels et ils le savent.

Rose Dufour a voulu vérifier la validité d'une hypothèse qui est que le choix d'être proxénète n'est pas le fruit d'un opportunisme financier seulement, mais le résultat d'une configuration personnelle, familiale et sociale où la prostitution est déjà présente d'une façon ou d'une autre.

L'entretien qu'elle a mené avec ces deux proxénètes lui donne raison. Leurs parcours de vie valide cette hypothèse. Même il est vrai qu'on ne peut en tirer une conclusion définitive dit-elle, cela mérite une recherche plus approfondie !!

A part les escortes et les masseuses qui reconnaissent les propriétaires des lieux comme des proxénètes, les autres femmes répondent par la négative, c'est lors des échanges en approfondissant qu'émerge ce personnage.

Trois types de proxénètes :

- Le proxénète de profession : celui qui exploite une agence d'escortes ou un salon de masseuse
- Le proxénète de fait : conjoint qui exploite sa compagne à se prostituer et qui tire un profit des

ses activités prostitutionnelles

- Le proxénète de fonction : il parvient à agir au vu et au su de tout le monde, dissimulé par les petites annonces dans les journaux

QUE DIRE APRÈS LA LECTURE DE CE LIVRE ?

« En nous livrant leur intimité, ces femmes ont osé se livrer, se délivrer de ce fardeau, afin de mieux comprendre et de nous faire mieux comprendre leurs parcours.

Ce qu'elles veulent c'est d'être connues et reconnues

Ce qu'elles veulent c'est sortir enfin du service sexuel

Ce qu'elles veulent c'est sortir de l'abus sexuel

Un livre après lequel vous ne pourrez plus regarder le trottoir du même œil.

Le point zéro de la prostitution

Pour donner la parole à ceux qui ne l'ont pas et parler à la place de ceux qui ne le peuvent pas, écrit l'anthropologue Rose Dufour dans la dédicace de cet ouvrage dans lequel 20 femmes qui en sont venues à se prostituer, 64 clients (une première dans les Amériques) et 2 proxénètes témoignent, au terme d'une extraordinaire action-recherche – presque une saga – sur la prostitution féminine, qui a duré près de 4 ans.

Trois questions composent la base de l'ouvrage, trois parties comme les trois acteurs principaux du système prostitutionnel : * Comment des filles en viennent-elles à se prostituer ? * Pourquoi des hommes sont-ils clients de prostituées ? * Comment d'autres deviennent-ils proxénètes ?

Tel est le sujet de ce livre, dense, profondément humain, dans lequel des femmes refusent sans contrainte leur cheminement dans une sorte d'exutoire souvent insoutenable. Aux préjugés communs, il oppose la pleine compréhension des processus personnels, familiaux et sociaux qui ont conduit ces femmes là où elles sont allées.

Plus qu'une simple présentation de témoignages, tout poignants soient-ils, *Je vous sauf... est une occasion privilégiée de les connaître.*

Rose Dufour est anthropologue spécialisée en santé publique. Elle documente depuis une douzaine d'années les processus d'insertion et de désinsertion sociales avec des hommes (mineurs, des jeunes de la rue, des enfants de Duplessis et maintenant avec des femmes prostituées). Elle est chercheuse associée au Collectif de recherche sur l'itinérance, la pauvreté et l'exclusion sociale à l'Université du Québec à Montréal et travaille au Projet Intervention Prostitution Québec.

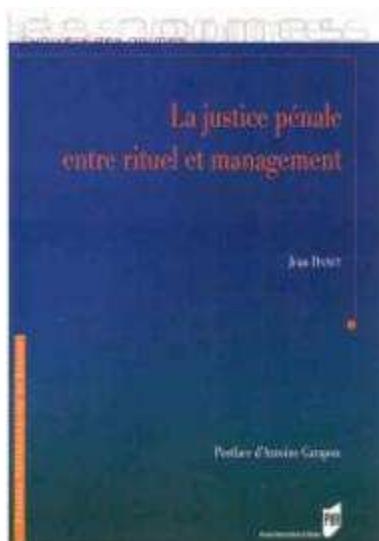


DE LA PROSTITUTION ? UN ECHANGE TABOU

Un chapitre du livre de Jean DANET : *La Justice pénale entre rituel et management*

Collection « L'Univers des Normes » - Presses Universitaires de Rennes, 2010

En complément du livre de Rose Dufour présentée dans l'article précédent, il est intéressant de faire état d'un chapitre du dernier livre de Jean Danet consacrée à la justice pénale et qui évoque le « contrat » entre la personne qui se prostitue et son client, ce client dont les traits principaux ont été brossés dans le livre de Rose Dufour. Jean Danet est avocat et les psychiatres ont pu récemment apprécier ses interventions aux récentes journées des Secteurs de Psychiatrie en Milieu Pénitentiaire à Montpellier ou à l'Audition publique sur la dangerosité psychiatrique à Paris le 10 décembre. Ce livre fera l'objet d'une note de lecture dans un prochain Kamo. Pour l'heure, limitons nous rapidement au chapitre traitant de la prostitution.



Jean Danet analyse le statut du « contrat » qui lie la prostituée à son client. La prostitution n'est pas une activité illégale. Seul le racolage l'est, ainsi que le proxénétisme. Dans ces conditions, comment considérer le lien « commercial » qui lie en toute discréption deux personnes mais peut faire l'objet d'une imposition tant que le fisc « ignore » la nature de la transaction qui a donné lieu à un revenu pour un des deux protagonistes contre une prestation de services obtenue par l'autre. Jean Danet en juriste détaille les modalités des obligations contractuelles qui lient prostituée et client et je laisse au lecteur le loisir de découvrir l'argumentaire, qu'en tant que non juriste, je risquerai de présenter de manière imprécise. Toutefois, de cette analyse, l'auteur cherche à monter les « hypocrisies » qui entourent ce contrat en le comparant à d'autres formes de contrat, de louage d'ouvrage, de services, d'entreprise, de travail, de prestation tout en reliant ces modalités à l'indisponibilité du corps humain (il n'est pas possible de vendre une partie ou le tout du corps humain, ce qui a conduit à l'interdiction de la fonction de nourrice en 1994 car il interdit de vendre du lait humain sans qu'il s'agisse d'une interdiction d'une relation entre le corps de la nourrice et l'enfant).

L'objet du contrat est évidemment un échange d'argent et de prestations et selon Jean Danet « *c'est la nature de cet échange telle que pensée par le client qui fait la spécificité de ce contrat. Et c'est à notre sens la nature de cet échange qui lui vaut d'être ignoré par le droit à l'exception du droit fiscal. Et c'est le fait de neutraliser la nature de cet échange qui permet à l'administration fiscale d'imposer les revenus de la prostitution puisqu'elle se porte en aval de l'échange et ne considère que les revenus encaissés* ». D'où la conclusion suivante : « *Le droit civil ne connaît pas le contrat et le droit pénal ignore le fait. Un exemple rare de déni juridique de la réalité. La réalité de la prostitution est alors exclue de la sphère du droit, et partant de toute protection. Le droit n'assure donc aux personnes qui se prostituent aucune intégrité sociale. Cet échange doit demeurer invisible, dans l'ombre. Et c'est d'ailleurs le moment de l'échange des consentements à ce contrat qui fournit la meilleure preuve de l'infraction au racolage quand il a lieu sous le regard du public ou de la police* ».

Ainsi après avoir été niée comme personne consentante dans les abus sexuels et les violences de toutes sortes subies dans l'enfance et par la suite, alors que de nombreux agresseurs vivent en toute impunité, les personnes prostituées restent hors droit, sauf pour payer des impôts..... MD.

RAPPORT DE VISITE DE LA MAISON D'ARRET DE CAEN
1^{er} au 4 décembre 2008
Extraits
Contrôleur Général des Lieux Privatifs de Liberté – www.cglpl.fr

3.5. Prise en charge sanitaire

L'inspection sanitaire de la Maison d'arrêt de Caen s'est déroulée du 21 au 25 janvier 2008.

Le rapport définitif de l'inspection a été mis à disposition des contrôleurs.

3.5.1 Les soins somatiques

L'U CSA est rattachée au pôle médecine du CHU de Caen. Le nombre de soignants est ainsi réparti :

- Trois médecins généralistes
- Deux internes en médecine
- Un cadre infirmier
- Cinq infirmiers
- Une assistante dentaire (80%)
- Une préparatrice en pharmacie
- Un interne en pharmacie
- Une secrétaire
-

Des interventions de spécialistes sont également organisées :

- Ophtalmologie
- Hépatologie
- Dermatologie
- Maladies infectieuses
- Un chirurgien dentiste intervient cinq demi-journées par semaine.
- Un kinésithérapeute est à l'établissement deux fois par semaine.

Pour accéder à l'U CSA située en zone d'hébergement, il faut descendre des escaliers sans qu'il ne soit prévu un accès possible pour les personnes à mobilité réduite.

La surface dédiée aux locaux de l'U CSA est jugée insuffisante par les soignants rencontrés. L'espace pour les consultations « infirmiers », bien que spacieux, n'est pas adapté aux entretiens car pour préserver le secret professionnel, il ne peut y être reçu qu'un seul détenu à la fois.

Un panneau d'affichage fixé dans le hall, qui dessert les cabinets ou salles de consultation, contenait une information sur l'utilisation de l'eau de javel comme produit de nettoyage des cellules. L'information concernant l'utilisation de l'eau javel aux fins de décontamination des objets souillés par le sang n'était pas fournie.

**Le Contrôleur Général
des Lieux Privatifs de Liberté**

Une autorité indépendante

(Présentation extraite du site du CGLPL)

Suite à la ratification du [protocole facultatif](#) se rapportant à la Convention contre la torture et autres peines et traitement cruels, inhumains et dégradants adopté par l'assemblée générale des Nations-Unis le 18 décembre 2002, le législateur français a institué, par la [loi n°2007- 1545 du 30 octobre 2007](#), un Contrôleur général des lieux de privation de liberté et lui a conféré le statut d'autorité administrative indépendante.

A ce titre, le Contrôleur général accomplit sa mission **en toute indépendance** :

- **il ne reçoit d'instructions d'aucune autorité,**
- **il est nommé pour une durée de six ans, sans qu'il puisse être ni révoqué au cours de son mandat, ni renouvelé.**
- **il ne peut être poursuivi** à raison des opinions qu'il émet ou des actes qu'il accomplit dans l'exercice de ses fonctions,
- **il ne peut exercer d'autres activités professionnelles ou de mandats électifs.**

En outre, les contrôleurs qui assistent le Contrôleur général sont placés sous sa seule autorité. Ils sont tenus au secret professionnel et soumis à un devoir d'impartialité.

Un personnel de surveillance est affecté en poste fixe à l'UCSA. Le jour de la visite des contrôleurs, malade, il était remplacé par un surveillant en poste fixe au quartier « mineurs ».

Les détenus ne peuvent stationner dans le hall. C'est pourquoi une salle de dimensions réduites (5 m² environ) avec bancs et grille, à l'entrée de l'UCSA, est destinée à l'attente des détenus appelés pour une consultation ou entretien par le surveillant.

L'UCSA assure des permanences « infirmiers » tous les jours, week-ends et jours fériés compris. Quatre-vingt à cent consultations ou entretiens sont réalisés chaque jour.

La visite médicale « entrants » est réalisée dans un premier temps, par les infirmières, le lendemain de l'arrivée sauf en cas d'urgence, où SOS médecins intervient. SOS médecins est appelé systématiquement lorsqu'un mineur est incarcéré. Le médecin voit les entrants dans les 48 heures, sauf signalement du personnel infirmier.

C'est durant l'entretien « infirmier » qu'est évalué le risque suicidaire.

La liste des entrants est communiquée avec le motif de l'incarcération.

Un guide de renseignements pratiques concernant l'accès aux soins, édité par le CHU, est remis aux détenus lors de l'entretien infirmier « entrants ». Il permet d'indiquer :

- Une présentation de l'équipe de l'UCSA avec les horaires d'ouverture des soins et des consultations des médecins
- Des éléments concernant le suivi des prescriptions médicamenteuses en détention et à la libération du détenu
- Une invitation à la prévention et l'éducation à la santé

Il n'informe pas sur les modalités de recueil du consentement libre et éclairé aux soins des personnes détenues, ni sur la possibilité pour elles de désigner une personne de confiance.

Bien que les relations avec le SPIP aient été qualifiées de bonnes par les soignants, ce petit dépliant n'était pas connu de ce service.

Parallèlement, les infirmiers, assurant la permanence de soins, le samedi matin, sont confrontés lors de la visite « entrants » à des questions sur la vie en détention auxquelles ils ne savent pas répondre. Le livret d'accueil élaboré par le SPIP leur est inconnu.

Egalement remis lors de l'entretien « entrant », un formulaire de demande de consultation permettant au détenu d'indiquer quel type de rendez-vous et pour quel motif, il est souhaité. Ce formulaire doit être déposé dans la boîte aux lettres spécifiquement relevée par les seuls soignants. Les contrôleurs ont pu constater que cette procédure était mal connue par les détenus qui déposent leurs courriers dans les boîtes aux lettres destinées au vauquemestre pénitentiaire.

Le médecin et les infirmiers interviennent au quartier disciplinaire au tant que de besoin. En cas de consultation spécialisée, le détenu quittera le quartier disciplinaire, pour être conduit vers l'UCSA afin d'assurer la continuité des soins.

Les infirmiers participent régulièrement à la commission sur la « prévention du suicide » et signalent, au SMPR, tout entrant qui manifeste des tendances suicidaires.

Ils ne peuvent toutefois pas être présents à celle concernant l'indigence.

En cas de pose de prothèses dentaires, une participation financière de 30 euros peut être demandée au détenu. En cas d'indigence, des lunettes dites « de l'armée » (à la monture très élémentaire) peuvent être fournies.

Il n'a pas été constaté par les contrôleurs qu'une procédure partenariale formalisée entre l'UCSA et le SPIP, concernant l'ouverture et le renouvellement des droits à la CMUC, avait été mise en place. Toutefois une action transversale d'éducation pour la santé conjointe entre le SPIP et l'UCSA permet à ces deux services d'échanger sur les dossiers des détenus. Il en est de même pour la problématique de la préparation à la sortie.

L'UCSA connaît l'existence d'une convention entre le SPIP et une association via le CCAS de Caen pour apporter une aide aux détenus dépendants.

Le partenariat est effectif entre le SPIP et l'UCSA pour la constitution de dossiers de reconnaissance d'handicap.

Des actions d'éducation pour la santé sont menées par le personnel infirmier en collaboration avec le SPIP.

L'informatisation des unités de soins n'est pas réalisée. En l'absence d'informatique, les dossiers médicaux de l'UCSA sont consultables par le SMPR qui vient les emprunter. La réciproque n'est pas vraie. Lorsqu'il est fait appel à SOS médecins, le médecin peut avoir accès au dossier médical de la personne en brisant la vitre d'un petit coffre, où la clef d'accès aux dossiers médicaux est déposée.

Les extractions médicales sont tributaires de l'organisation d'escortes. Toutefois, en cas d'urgence médicale, elles sont toujours effectuées.

Il existe au CHU, deux chambres sécurisées pour l'hospitalisation des détenus.

L'UHSI de Rennes devait ouvrir en 2009.

A la sortie définitive, que la date soit connue ou pas, il est remis aux patients sortants les photocopies de leurs examens, trois jours de traitement et des préservatifs. En cas de transfert vers un autre établissement, le dossier médical suit, sous pli scellé, le détenu.

Une infirmière assure une présence tous les matins au quartier des femmes. Le médecin a une consultation régulière une fois par semaine.

Les mineurs font l'objet d'une attention particulière des soignants. Mais les familles des mineurs ne sont jamais reçues par les médecins. Les liens entre les familles des mineurs et l'équipe médicale sont faits par l'intermédiaire de l'éducateur de la PJJ.

Les mineurs, devenus jeunes majeurs en détention et affectés en cellule majeurs peuvent, s'ils le souhaitent, continuer à être reçus en entretien par l'équipe médicale, tous les quinze jours, rythme institué pour les mineurs.

Les soignants de l'UCSA rencontrés par les contrôleurs, ont rapporté que les détenus se plaignaient du manque d'activités au sein de la détention et que par voie de conséquence, les jeunes majeurs ressentaient un grand isolement.

3.5.2 Les soins psychiatriques

Le SMPR est situé au centre de détention de Caen, voisin de la maison d'arrêt. Mais il n'assure, du fait apparemment de la volonté des praticiens responsables, aucune prestation d'hospitalisation de jour : il n'existe au centre de détention aucun lit à cet effet.

Une antenne du SMPR existe à la maison d'arrêt, sans qu'il ne puisse être identifié précisément le temps de présence des personnels soignants, psychiatres et psychologues, qui interviennent à la maison d'arrêt dans d'anciennes cellules réaménagées en bureaux, situées entre le quartier mineurs et la rotonde et au-dessus de ceux de l'UCSA.

Il n'existe pas de locaux de réunion ou dédiées à des activités thérapeutiques.

Un projet de restructuration du SMPR est à l'étude. Il serait envisagé de déplacer le siège du SMPR, actuellement au centre de détention, à la maison d'arrêt où serait construit dans une ancienne cour un bâtiment à cet effet.

Des suivis postpénaux peuvent être proposés aux sortants même s'il est dit aux contrôleurs que le service n'est pas encore suffisamment ancré sur cette pratique.

Les détenus entrants sont reçus en entretien par les infirmières dans la semaine qui suit leur arrivée. C'est dans ce cadre, que sont relevés les conduites addictives et suicidaires des arrivants sauf si un signalement de l'UCSA intervient avant ce repérage.

Le détenu placé en quartier disciplinaire ne sera pas examiné sur place mais conduit dans les locaux du SMPR pour y être reçu.

Le jour de leur contrôle, les contrôleurs ont pu s'entretenir avec :

- Un psychiatre, dépendant du service de santé mentale du CHU, qui assure, outre une consultation tous les mardis matin, des formations sur la crise suicidaire pour les personnels de santé et pénitentiaires.
- Un psychiatre intervenant plus spécifiquement auprès des mineurs. Il a également la prise en charge des auteurs d'agressions sexuelles. Le regroupement des délinquants sexuels dans un quartier spécifique est considéré d'ailleurs comme trop stigmatisant. Les entretiens menés dans le quartier regroupant les délinquants sexuels corroborent ce point de vue.
- Un psychiatre intervenant plus spécifiquement au quartier des femmes.

S'il est noté par les psychiatres, l'évolution positive de la prise en charge psychiatrique des détenus depuis quelques années, il n'en reste pas moins, d'après eux, que le manque d'activité, en particulier, le travail, induit chez les détenus des sentiments d'inutilité qui les plongent dans des états d'anxiété et de désespoir qu'il leur faut traiter.

Il est également dit que l'intervention des psychiatres est de plus en plus sollicitée par l'administration pénitentiaire pour des pronostics liés à la dangerosité.

La décision d'hospitalisation d'office est devenue plus importante depuis 1995 : cette augmentation s'explique en partie par l'hospitalisation pour des durées brèves (deux à trois jours) des personnes ayant des conduites suicidaires.

La prise en charge des addictions est faite par l'UCSA ou par le SMPR. L'UCSA bénéficie de l'intervention d'un addictologue. Une infirmière du CSST, du même pôle hospitalier que le SMPR, intervient auprès des détenus une fois par semaine et assure la coordination entre ce qui se fait à l'établissement et le dehors. Des réunions de coordination toutes les trois semaines ont lieu sur la prise en charge des addictions entre l'UCSA et le SMPR. Le SPIP y est parfois associé.

Le SMPR n'est pas doté d'un poste d'assistante sociale.



La maison d'arrêt de Caen

IL Y A 100 ANS
DANS LES ARCHIVES D'ANTHROPOLOGIE CRIMINELLE
Préface à la 25^e année
Etienne MARTIN
Consultable sur le site de Criminocorpus : www.criminocorpus.cnrs.fr

Il y a 100 ans, le Dr Etienne Martin (médecin lyonnais qui lancera la *Revue de Médecine du Travail* en 1930) préfaçait en ces termes le recueil de la 25^{ème} année des Archives d'Anthropologie Criminelle et de médecine légale et de psychologie normale et pathologique. Pas daté mais aide à la méditation en ces temps troublés...

Et cependant l'effort fait par les Sociétés pour la protection de l'enfance anormale et coupable est la résultante des études poursuivies avec acharnement par les médecins.

La multiplicité actuelle des expertises psychiatriques en matière criminelle n'est-elle pas la conséquence directe des études précises des criminels, poursuivies dans des publications comme la nôtre où nous annonçons constamment que, plus souvent qu'on ne le pense, le crime est la résultante d'un état pathologique ?

Quelqu'arides que paraissent nos études d'anthropologie, de psychiatrie médico-légale, de psychologie normale ou pathologique, elles aboutiront à une époque plus ou moins lointaine à des résultats sociaux certains.

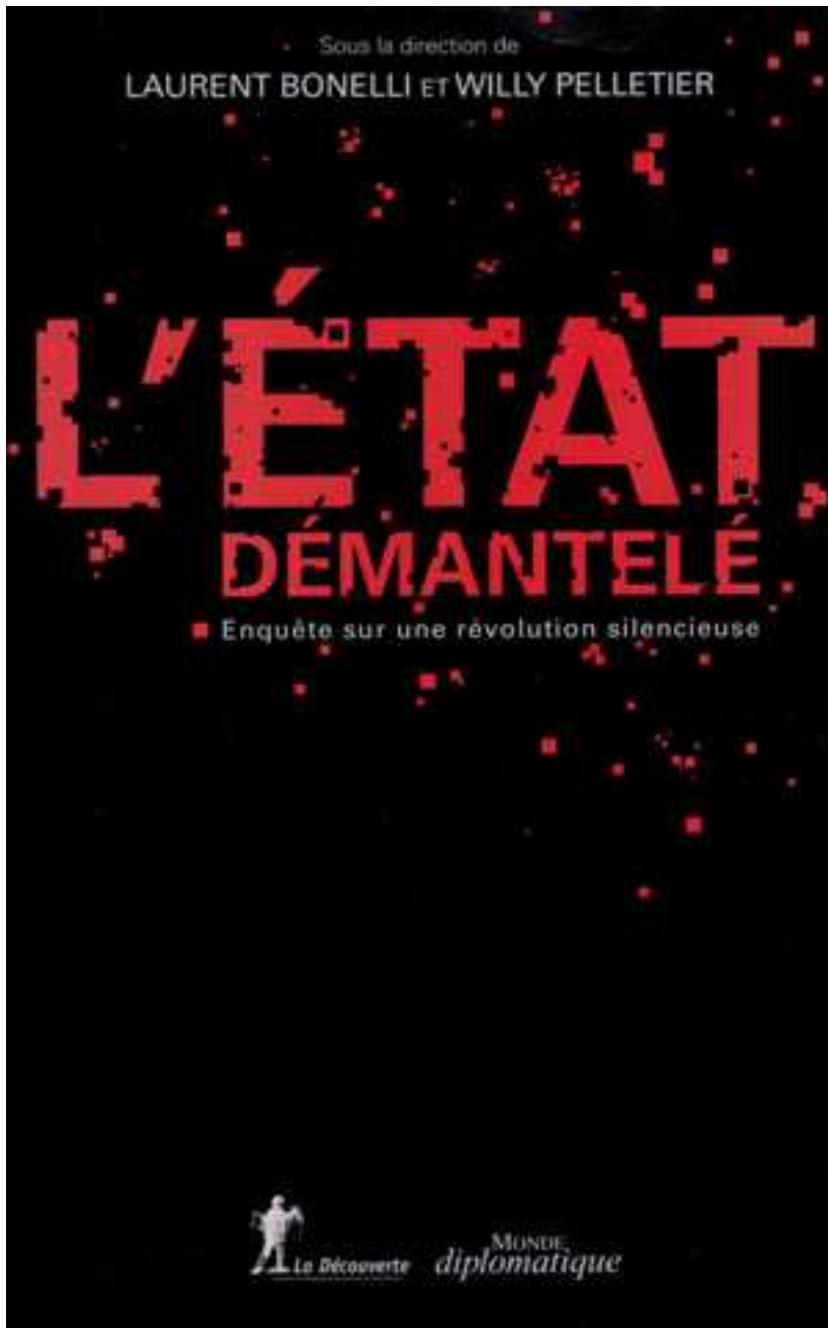
Si la thérapeutique sociale ne marche pas de pair avec les résultats soulignés par les observateurs dans la lutte contre la criminalité, c'est que les Sociétés qui subissent le mal dont elles sont responsables sont encore liées par des idées et des préjugés en ce qui concerne la responsabilité et les peines, par des obligations budgétaires en ce qui concerne l'alcoolisme. Ces préoccupations annihilent toute bonne volonté et toute tentative de progrès.

C'est donc encore à nous de lutter contre cet esprit routinier, en faisant éclater aux yeux de tous par des preuves accumulées et convaincantes, la nécessité de lutter contre le fléau de la criminalité, non pas par la réaction violente qu'inspire à la foule la vengeance du forfait, mais par la prophylaxie sociale scientifiquement établie et raisonnée. Elle nous conduira à éliminer sciemment des sociétés policées, les éléments mal faits et viciés qui en troublent le fonctionnement.

C'est à cette tâche que nous convions tous les travailleurs à l'esprit libre et délié de tout préjugé. Nos colonnes leur offrent l'hospitalité et l'autorité d'une publicité que vingt-cinq ans d'existence ont consacrée.

Etienne MARTIN.

L'ETAT DEMANTELE
Enquête sur une révolution silencieuse
Sous la direction de
Laurent BONELLI et WILLY PELLETIER
La Découverte – Le Monde diplomatique
Paris, 2010, 323 p., 20 €



Quelle est cette révolution silencieuse ? Tout simplement la déconstruction de l'Etat pourtant patiemment construit les décennies précédentes.

Les auteurs font état de cette démolition dans des secteurs très différents de notre société : Police, Justice, Santé/Hôpital, Enseignement supérieur, Education nationale, Inspection du travail, Agriculture, Collectivités territoriales, Chemins de fer, France Telecom, Armées, Culture

Vécu commun des professionnels concernés mais les déconstructeurs savent habilement jouer du manque de communication entre métiers très différents et qui ne peuvent se parler, donc s'allier pour une lutte concertée.

Le tout étant orchestré par des élites technocrates (de droite comme de gauche) qui perdent le sens de l'intérêt public, ou tout au moins le restreignent au maintien des équilibres financiers.

Quelques passages illustrent l'ensemble de ce livre qui cherche justement à relier ensemble (relier les connaissances comme le souhaite ardemment Edgar Morin) les domaines de déconstruction au lieu de saucissonner les démolitions.

« *Caporalisation de l'action publique, c'est-à-dire renforcement des hiérarchies et du contrôle pesant sur le service public... Affaiblissement des pouvoirs collégiaux..... Quotidiennement, le métier devient mission impossible dans les relations aux usagers.... En s'accommendant, ils (les professionnels) trouvent d'eux-mêmes les meilleures façons de faire afin que tiennent des situations intenables, malgré la surcharge de travail* ».

Un livre de plus qui constate direz-vous. Qui conforte le titre de l'éditorial de ce Kamo « *Lassitudes* ». Pas seulement, car « *cet ouvrage ne mettra pas fin aux démantèlements de l'Etat. Mais en décrivant les mécanismes à l'œuvre, en insistant sur*

leurs contradictions, en soulignant les fissures existantes dans les groupes réformateurs, il contribuera, peut-être, à tempérer l'abattement qui – de l'hôpital à l'équipement, de la poste à l'armée, de l'école à la justice – frappe bon nombre d'agents du « service public ». Après tout, est en jeu l'avenir d'un mode d'organisation public qui socialisait richesses et risques de l'existence. C'est à dire un modèle de civilisation ».

L'ÉTAT, DÉMANTELÉ.

Laurent Bonelli est maître de conférences en science politique à l'université de Paris-Ouest-Nanterre. Il a notamment publié *La France a peur* (La Découverte, 2008, 2010) et coordonné, avec Didier Bigo et Thomas Delombé, *Au nom du 11 septembre* (La Découverte, 2008). Il est par ailleurs membre de la rédaction du *Monde diplomatique*.
Willy Pelletier sociologue à l'université de Picardie, est coordinateur général de la Fondation Copernic depuis 1998. Il a notamment publié, avec Claire Le Strat, *La Canonisation libérale de Tocqueville* (Sylphée, 2006).

Sous la direction de
LAURENT BONELLI ET WILLY PELLETIER
Enquête sur une révolution silencieuse
Avant-propos de Serge Halimi

Dans le débat public, les diagnostics alarmistes sur la « crise de l'Etat-providence », et les procès contre l'Etat-redistributeur, ont laissé place à toujours plus d'injonctions à « réformer l'Etat ». Cet impératif est devenu le point de ralliement d'élites politiques (de droite comme de gauche), de hauts fonctionnaires nationaux et internationaux, mais aussi des intellectuels les plus en vue, de journalistes, voire de certains syndicalistes.

Que recouvre cette « réforme de l'Etat » ? Comment a-t-elle été mise en œuvre depuis vingt ans ? Quelles conséquences pour le service public et les usagers ? Ce livre s'efforce de répondre à ces questions en faisant dialoguer des chercheurs, des fonctionnaires et des syndicalistes. L'échange d'analyses et d'expériences permet de dessiner les lignes de force de ce mouvement, tout en restant attentif aux singularités observables.

Ce travail intellectuel et collectif est nécessaire pour comprendre une révolution silencieuse.

Car, si les réformes néolibérales de l'Etat s'effectuent parfois à grand renfort de publicité (privatisation de La Poste, restrictions des budgets de l'hôpital public ou de l'éducation nationale), elles sont le plus souvent invisibles, et ne rencontrent que des protestations sectoires, peu coordonnées, encore moins médiatisées. Elles passent par tel décret, telle directive, telle circulaire, volets à demeurer obscurs et confidentiels, dans certains cas élaborés par des cabinets d'audit privés. La plupart, et parmi les plus structurelles, passent inaperçues, sauf pour ceux qui en affrontent directement les conséquences...

Au terme de ce voyage dans la « réforme de l'Etat » et ses effets, c'est l'avenir des services publics, de nos services publics, qui est en jeu. C'est-à-dire celui d'un modèle de société.

Les auteurs : François Denord, Alain Garrigou, Blaize Magnin, Philippe Riutort, Antoine Schwartz, Jérôme Tournadre-Plancke, Corine Natrel, André Grimaud, Gilles Salinat, Frédéric Maynat, Noëll Daucé, Axel Tran, Sandrine Garcia, Jean-Christian Bizard, Oguri Ar Goff, Gilles Gervet, Francine Baxay, Olivier Cyran, Hélène Adam, Édouard Sili, Sabine Rozier, Nathalie Robatet, Bernard Lachoue.



9 782707 160193

20 € ISBN 978-2-7071-6019-5

AGENDA

Le groupe multiprofessionnel des prisons se réunit régulièrement le premier mardi de chaque mois de 19 h à 22 h 30 pour réfléchir et échanger sur la situation carcérale. Prochaines réunions GMP en 2011 - Mardi 4 janvier la réunion du GMP se tiendra au site Jourdan de l'Ecole Normale Supérieure 48, bd Jourdan 75014 Paris. Dates des autres réunions 2011 : Mardi 1 février, Mardi 1 mars, Mardi 5 avril, Mardi 3 mai, Mardi 7 juin, Mardi 5 juillet. Renseignements : Antoine Lazarus, GMP, 18, rue de la Poste, 94250 Gentilly. Tél. : 01 48 38 76 84 - lazarus@smbh.univ-paris13.fr. Mardi 3 février 2009, Mardi 3 mars 2009, Mardi 7 avril 2009, Mardi 5 mai 2009, Mardi 2 juin 2009, Mardi 7 juillet 2009, Août relâche, Mardi 1 septembre 2009, Mardi 6 octobre 2009, Mardi 3 novembre 2009, Mardi 1 décembre 2009.

DIU de Psychiatrie criminelle et médico-légale, Faculté de médecine d'Angers, Responsable de la formation : Professeur JL Senon, Renseignements : Faculté de médecine d'Angers, Nathalie MENAR, Département de formation Médicale Continue, rue Haute de Reculée, 49045 Angers, Tél. : 02 41 73 59 44, nathalie.menar@univ-angers.fr

Sixième Congrès International Francophone sur l'Agression sexuelle (CIFAS). 12,13 et 14 septembre 2011, Centre des Congrès, Grande-Rue 95, Case postale 1151, 1820 Montreux 1 – Suisse, <http://www3.unil.ch/wpmu/cifas2011/infos/rejoindre-montreux/>

Journées Nationales ARTAAS, Grenoble, 9 et 10 juin 2011, Thématique en préparation : au tour de la contrainte aux soins..

Journées Nationales des Secteurs de Psychiatrie en Milieu Pénitentiaire, Marseille, Décembre 2011.

SITES INTERNET ET LETTRES D'INFORMATION

Agence Régionale de Santé : <http://www.ars.sante.fr/portail.0.html>. A partir du portail des ARS, vous pouvez accéder directement à votre agence régionale et y télécharger vos informations régionales.

Association d'aide aux parents d'enfants victimes (APEV) : www.apev.org

ARPENTER le champ pénal, Lettre d'information sur les questions pénales et criminologiques. Informations sur la population carcérale par Pierre V. Tournier, directeur de recherches au CNRS, Centre d'histoire sociale du XXe siècle (Université Paris 1. Panthéon Sorbonne). <http://arpenter-champ-penal.blogspot.com>.

ARTAAS : www.artaas.org/

Association Française de Criminologie : www.afc-assoc.org

Association Nationale des Visiteurs de Prison : www.anvp.org

Ban public : www.prison.eu.org

Bibliothèque Philippe Zoummeroff : www.collection-privee.org

Centre de Ressources pour les Intervenants auprès des Auteurs de Violences Sexuelles (CRIA VS), Poitou, Charentes, Limousin : www.criavs.org

CESDIP, Centre de recherches sociologiques sur le droit et les institutions pénales : www.cesdip.org

Champ pénal : <http://champpenal.revues.org/>

CHU PAP/Abymes : www.chu-guadeloupe.fr/

Claris : www.claris.org/ et blog : <http://blog.claris.org>. Claris est un groupe de réflexion né en 2001

dont l'objectif est de clarifier le débat public sur la sécurité.

Criminocorpus : www.criminocorpus.cnrs.fr/

Collège des soignants intervenant en prison : www.sante-prison.org

Commission nationale consultative des droits de l'homme : www.cncdh.fr

Comité Consultatif National d'Ethique pour les sciences de la vie et de la Santé (CCNE) :
www.ccne-ethique.fr

Contrôleur Général des Lieux privatifs de liberté : www.cglpl.fr

Détentions et rétentions carcérales : <http://detentions.wordpress.com/>

Ecole Nationale de l'Administration Pénitentiaire (ENAP) : www.enap.justice.fr

Fédération Française de Psychiatrie : www.psydoc-fr.broca.inserm.fr/

Haute Autorité de santé : www.has-sante.fr

La documentation française : www.ladocumentationfrancaise.fr

Le site des surveillants : <http://www.surveillants.net/>

Logos : www.logos66.com

Medikar: www.medikar-web.com/. Le site de l'Union régionale des Médecins Libéraux de la Guadeloupe.

Observatoire International des prisons : www.oip.org

Observatoire régional de la santé en Guadeloupe : www.orsag.org.

Psychiatrie et violence : www.psychiatrieviolence.ca. Site géré par l'Institut Philippe Pinel de Montréal et le service de médecine et de psychiatrie pénitentiaire du canton de Vaud (Suisse)

OU TROUVER LES ANCIENS NUMEROS DE KAMO ?

En attendant que Socapsyleg dispose de son site, vous pouvez trouver certains des précédents numéros de Kamo sur les sites cités ci-dessous. Vous pouvez également les demander en écrivant à socapsyleg@orange.fr. (et les recevoir gratuitement évidemment). Avec tous les remerciements de l'équipe rédactionnelle pour tous ceux qui permettent la diffusion et la mémoire de Kamo.

ARTAAS : www.artaas.org

Ban public : www.prison.eu.org

Collège des soignants intervenant en prison : www.sante-prison.org

Equipe rédactionnelle de Kamo* de Socapsyleg

Directeur de la publication

Michel **DAVID**

Psychiatre des Hôpitaux

Président de Socapsyleg

Rédacteurs :

Sophia **BOUDINE** Psychologue

Nicole **MARCHAL** - Cadre de santé

Bruno **PARRA** – Cadre supérieur de santé

Objet de Socapsyleg

Association scientifique ayant pour but principal de promouvoir, tant dans la zone Caraïbes qu'en France et à l'étranger, la recherche, la documentation et la formation des professionnels concernés dans le domaine de la psychiatrie légale, de la psychologie légale, et de la psychocriminologie. Elle peut également participer par des actions pédagogiques et thérapeutiques à la prévention et au traitement des comportements délictueux présentant une composante psychopathologique.

***Kamo** = nouvelles fraîches, anecdotes, informations
(Dictionnaire créole-français - Maisonneuve et Larose, Servédit, Editions Jasor).