

Quand la prison prend soin : enquête sur les pratiques professionnelles de santé mentale en milieu carcéral en France et en Allemagne¹

Travail de recherche doctorale financé par l'attribution d'une bourse EN3S

Par Camille Lancelevée, chargée d'études à la direction de l'administration pénitentiaire, ministère de la Justice



Camille Lancelevée est docteure en sociologie de l'École des Hautes Études en Sciences Sociales (EHESS, Paris) et chargée d'études à la direction de l'administration pénitentiaire, ministère de la Justice. Elle a été lauréate de la bourse de thèse de l'EN3S en 2009.

Incarcérer pour soigner : quand la prison devient hospitalière ?

À la fin des années 1990 en France, plusieurs observateurs tirent la sonnette d'alarme face à l'augmentation du nombre de personnes présentant des troubles mentaux en prison. La publication d'un rapport sur la gestion de la santé dans les établissements pénitentiaires en décembre 1999 par Pierre Pradier, ancien président de Médecins du Monde est relayée dans la presse nationale par des articles aux titres hyperboliques : « L'horreur psychiatrique », « Le désastre psychiatrique carcéral », « Prison : un enfer pour les malades mentaux »². Cette indignation s'affiche dans deux rapports parlementaires qui marquent l'apogée d'un épisode d'indignation publique autour des dysfonctionnements des prisons françaises, jugées bien en-deçà des standards d'une société démocratique avancée. Pour les rapporteurs de l'Assemblée Nationale et du Sénat, la présence importante de personnes présentant des troubles mentaux en prison est l'une des mutations les plus frappantes de la population pénale³.


L'expression de « prison asile » devient l'expression phare de ce mouvement d'indignation. On la retrouve dans les rapports parlementaires, dans des publications militantes, telles que l'ouvrage publié par l'Observatoire international des prisons en 2005 sur les conditions de détention dans les prisons françaises : « Les réformes présentes et à venir tendent pourtant à faire de la prison l'asile du XXI^e siècle⁴ ». L'expression revient fréquemment sous la plume de psychiatres exerçant en milieu pénitentiaire : on retrouve ainsi dans les articles et rapports de l'époque les noms d'Evry Archer, Catherine Paulet, Philippe Carrière, Odile Dormoy, Gérard Laurencin, Betty Brahmy, Cyrille Canetti ou encore Christiane de Beaurepaire, psychiatres ou chefs de psychiatrie en milieu carcéral. Dans son audition devant les députés, Evry Archer, alors chef de service psychiatrique à Lille explique ainsi : « Il s'agit là d'une régression,

1 Thèse disponible sur le portail documentaire de l'EN3S.

2 France Soir, Jean-François Crozier, 8 décembre 1999 ; L'Humanité, E.F., 8 décembre 1999 ; Libération, Jacqueline Coignard et Dominique Simonnot, 7 décembre 1999.

3 Mermaz Louis, Floch, Jacques, *Rapport fait au nom de la commission d'enquête sur la situation dans les prisons françaises, Assemblée nationale*, juin 2000, p.65. Hyst Jean-Jacques, Cabanel Guy-Pierre, *Rapport du Sénat sur les conditions de détention dans les établissements pénitentiaires en France*, juin 2000, p.44

4 Observatoire International des Prisons, *Les conditions de détention en France*, La Dispute, 2005.



d'un retour à une confusion des institutions et des fonctions sociales : placement dans un même lieu de malades mentaux et de délinquants, comme cela se faisait à La Bastille, par exemple, avant la distinction entre la prison républicaine et la psychiatrie moderne. » Et tous s'inquiètent de voir la prison « endosse(r) une vocation asilaire perdue par les hôpitaux psychiatriques »⁵. Dans ces publications, aux statuts et aux intentions différentes, « l'asile » semble constituer un idéal-type négatif, dont le sens est sous-entendu : asile est synonyme d'un espace de relégation, un lieu de mise à l'écart. Il charrie un univers de représentation qui semble tout droit tiré des descriptions anti-psychiatriques des années 1970, qui voyaient alors l'hôpital psychiatrique comme une institution déshumanisante, soupçonnée de chroniciser les pathologies en tenant les malades à l'écart de la société sous une tutelle psychiatrique arbitraire. La référence à l'asile est donc utilisée pour dénoncer une prison qui accueille des fous mais ne les soigne pas – ou mal.

Dernier épisode d'un long feuilleton autour du partage entre crime et folie, cette indignation témoigne d'un désajustement de l'institution carcérale par rapport au public qu'elle accueille. Néanmoins, nous allons montrer dans cet article comment le rôle de la prison comme lieu de soin semble validé, une décennie plus tard, à la faveur d'un contexte de panique morale autour de la dangerosité présumée des auteurs d'infractions présentant des troubles mentaux. Si la prison, critiquée pour son caractère asilaire, semble devenir un lieu de soin légitime, la difficulté à délimiter les contours du problème des troubles mentaux entre santé et sécurité publique se traduit cependant, au sein des établissements pénitentiaires par des questionnements professionnels nombreux autour des missions de l'institution, entre soigner et punir.

Cet article s'appuie sur les résultats du volet français d'une recherche doctorale (Lancelevée, 2016) portant sur les pratiques professionnelles de santé mentale en milieu carcéral en France et en Allemagne. Alors que l'Allemagne dispose depuis les années 1930 d'hôpitaux psycho-légaux (*Maßregelvollzug*) pour les auteurs d'infractions présentant des troubles mentaux, les prisons françaises se dotent, à partir des années 1970, de services psychiatriques destinés aux personnes détenues. L'entrée de professionnels en santé mentale dans les établissements pénitentiaires pose la question de l'hybridation du soin et de la peine. Cette thèse interroge cette hybridation dans une perspective comparative franco-allemande : en revenant sur les liens historiques tissés entre psychiatrie et système pénal dans les deux pays, l'analyse montre comment les héritages institutionnels éclairent le rôle des professionnels en santé mentale dans la division du travail de prise en charge des personnes placées sous main de justice. À partir des terrains ethnographiques (observations et entretiens) réalisés dans deux prisons allemande et française d'une durée respective de cinq mois, la thèse étudie les modalités d'articulation des pratiques psychiatriques et pénitentiaires : si la prison de Tourion (France) se présente comme une institution fragmentée, dans

5 Cyrille Canetti dans Le Monde du 17 avril 2002

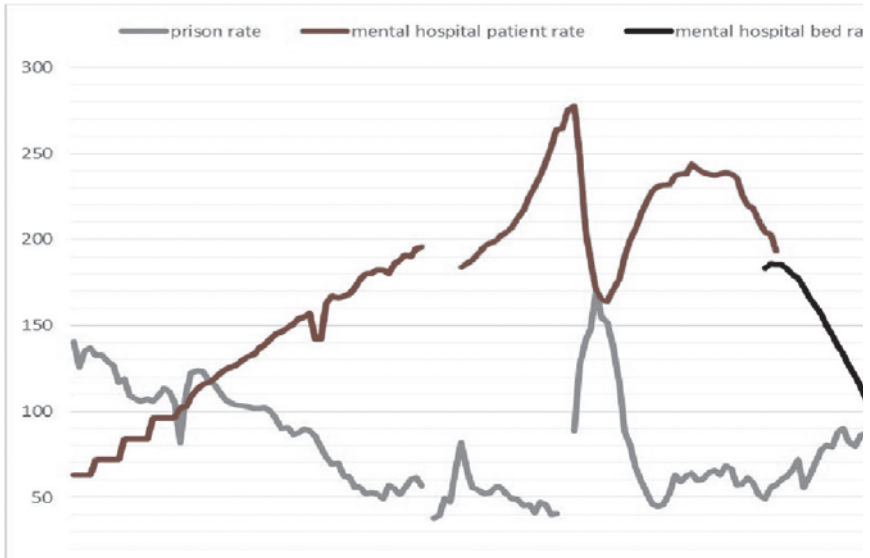
laquelle les services de soin psychiatrique se tiennent en marge du traitement pénitentiaire, la prison de Grünstadt (Allemagne) est le lieu d'une coopération renforcée des personnels soignants et pénitentiaires autour du suivi psychocriminologique des personnes détenues. Dans les deux pays cependant, la présence de ces professionnels engendre des effets ambivalents : tout en produisant de l'attention pour la souffrance psychique des personnes détenues, elle participe à légitimer l'idée que la peine de prison pourrait être thérapeutique. Cette thèse illustre in fine les ambivalences contemporaines d'une institution pénitentiaire, dans laquelle s'entrelacent la peine et le soin dans des agencements insolites, mais également l'un des derniers lieux d'accueil de certaines formes de folie.

I- Troubles mentaux en prison : entre problème de santé publique et enjeu de sécurité nationale.

En l'absence d'étude longitudinale, l'hypothèse d'une augmentation des troubles mentaux en prison ne peut être confirmée avec certitude. Néanmoins, une enquête épidémiologique de 2004 (Falissard *et al.*, 2006) affiche des prévalences psychiatriques très importantes : environ 30% des personnes détenues présenterait au moins un trouble psychiatrique grave. Un faisceau d'indices semble par ailleurs confirmer cette augmentation. En réponse à ce phénomène, la mise en place d'unités psychiatriques dédiées exclusivement aux personnes détenues (les UHSA, unités hospitalières spécialement aménagées) vient valider l'idée que l'institution carcérale peut être pourvoyeuse de soins psychiatriques de qualité – et que les auteurs d'infraction présentant des troubles mentaux graves pourraient y avoir leur place.

I.1/ De l'asile à la prison : des « vases communicants » ?

À partir de l'étude des statistiques hospitalières et carcérales depuis le milieu des années 1850, Bernard Harcourt et Sacha Raoult mettent en évidence un « effet miroir » entre les deux institutions : à l'époque contemporaine, le graphique tiré de leur étude laisse penser que la prison prendrait en charge ceux que l'hôpital psychiatrique n'accueille plus.



Légende du graphique : Population incarcérée (courbe grise) et hospitalisée (courbe orange) et nombres de lits d'hospitalisation en psychiatrie (courbe rouge) entre 1851 et 2006. Graphique tiré de Harcourt, Raoult, 2014.

Il n'y a évidemment pas de transfert direct de population ou de vases communicants entre l'hôpital et la prison, néanmoins, plusieurs indices corroborent l'impression partagée par les acteurs du monde carcéral d'une augmentation massive du nombre de personnes présentant des troubles mentaux en prison.

Tout d'abord, le pourcentage de personnes déclarées irresponsables pénalement ne cesse de diminuer depuis le début des années 1980⁶ en raison des transformations combinées de l'expertise psychiatrique et de la pratique pénale. Un nombre important d'experts psychiatres tend en effet à plaider en faveur d'une « responsabilisation pénale » des personnes présentant des troubles mentaux (Protais, 2016), tandis que la révision du code pénal en 1992 permet de condamner à des peines de prison les personnes dont le discernement aurait été non « aboli » mais « altéré » par un trouble mental au moment des faits. En outre, si aucune étude ne le confirme, les observateurs de la justice témoignent d'une sévérité pénale accrue des juridictions (et notamment des jurys populaires) à l'égard des personnes dont le discernement aurait été altéré.

Par ailleurs, la politique d'ouverture des hôpitaux psychiatriques, qui se traduit notamment par une diminution importante des capacités d'accueil et du nombre de lits des services hospitaliers a vraisemblablement favorisé la précarisation des patients les moins bien insérés socialement, susceptibles de tomber dans un cercle

6 Barbier Gilbert, Demontès Christiane, Lecerf Jean-René, Michel Jean-Pierre, Prison et troubles mentaux : Comment remédier aux dérives du système français ? Rapport d'information du Sénat n°434 (2009-2010) fait au nom de la commission des lois et de la commission des affaires sociales, mai 2010.

vicieux fait de petite délinquance, de prises en charge ponctuelles en milieu libre et de passages en prison, à la suite de procédures de jugement accélérées telles que les comparutions immédiates.

De plus la prison est suspectée de contribuer à l'augmentation des troubles mentaux du fait de mauvaises conditions de détention (hygiène, insalubrité, surpopulation, éloignement familial) et de la difficulté à donner corps à l'objectif de réinsertion (manque d'activités, difficultés pour trouver un logement et un emploi à la sortie). Dans ces conditions, rien d'étonnant à ce que le mal-être se développe, que les suicides se multiplient (Duthé et al., 2011), mais également que les pathologies s'aggravent. Une psychiatre explique ainsi : « On observe des décompensations psychiatriques sur le mode de bouffées délirantes aiguës chez des sujets qui n'avaient jamais été repérés comme malades mentaux à l'extérieur » (Brahmy, 2005).

I-2/ En prison mais à l'hôpital

Dans ce contexte, la réponse des pouvoirs publics à l'indignation soulevée par la « prison-asile » apparaît tout à fait paradoxale : alors que tous dénoncent la présence en prison de personnes qui n'y auraient pas leur place, le ministère de la justice annonce, en 2002, la création « d'unités spécialement aménagées » (qui deviendront UHSA avec un H pour « hospitalières ». Face à l'alternative de faire sortir les malades mentaux⁷, le choix est fait de faire entrer un peu plus l'hôpital psychiatrique en milieu carcéral. Ces nouvelles structures hospitalières sont présentées comme une réponse technique à la difficulté d'hospitaliser des personnes détenues en milieu ouvert (difficulté d'organiser des escortes, réticences des équipes hospitalières, question de la garde statique, etc.) et comme la suite logique de la longue histoire de l'amélioration de l'accès aux soins de santé mentale (voir tableau). Depuis 1986, les services médico-psychologiques régionaux offrent en effet un niveau de prise en charge ambulatoire et d'hospitalisation de jour ; les UHSA, qui proposent une hospitalisation complète, avec ou sans consentement sont présentées⁸ comme un complément nécessaire à ce dispositif. En somme, ces nouvelles unités flambant neuves témoignent de la volonté d'humanisation de l'institution carcérale – tout en validant l'idée que les auteurs d'infraction présentant des troubles mentaux pourraient être soignés en prison. Cette création institutionnelle soulève donc la question de savoir à quoi sert la prison, i.e. si elle ne sert pas principalement, pour certains détenus qui purgeront tout ou partie de leur peine en UHSA, à prodiguer du soin.

7 Il faut attendre 2011 pour que l'idée de revoir les procédures en amont de l'incarcération resurgisse, dans un rapport du Sénat portant sur « la prise en charge des personnes atteintes de troubles mentaux ayant commis des infractions ». En 2014, le ministère de la Justice met en place deux mesures visant à corriger un éventuel mauvais aiguillage : la suspension de peine pour raison psychiatrique (dont les modalités d'application restent cependant à étudier, en effet, les personnes admises en soins psychiatriques sans leur consentement en sont exclues) et l'obligation, pour les juridictions, de considérer l'altération du discernement comme une circonstance atténuante (ou, et la nuance est importante, de motiver leur décision dans le cas contraire). Voir les articles 51 et 17 de la loi n°2014-896 du 15 août 2014 relative à l'individualisation des peines et renforçant l'efficacité des sanctions pénales.

8 Cette terminologie est reprise dans les publications officielles, voir par exemple le guide méthodologique sur la prise en charge sanitaire des personnes placées sous main de justice publié en 2012.

1967	6 Centres médico-psychologiques régionaux (CMPR) gérés par l'administration pénitentiaire
1977	17 CMPR gérés par les directions départementales de l'action sanitaire et sociale
1986	26 Services Médico-Psychologiques (SMPR), création du secteur de psychiatrie en milieu pénitentiaire. Intervention ambulatoire et 250 places d'hospitalisation de jour. Les personnes détenues dont l'état serait jugé incompatible avec un maintien en détention sont hospitalisées d'office dans les services psychiatriques hospitaliers en vertu de l'article D. 398 du code de procédure pénale.
2002	17 (prévues) Unités Hospitalières Spécialement Aménagées (UHSA). Hospitalisations complètes avec ou sans consentement. Il existe aujourd'hui 9 UHSA qui disposent de 450 lits d'hospitalisation (Lyon, Nancy, Toulouse, Orléans, Paris, Lille, Rennes, Bordeaux, Marseille).

Présentées comme une solution de continuité en matière d'accès aux soins psychiatriques en prison, les UHSA sont mises en place dans un contexte de préoccupation des pouvoirs publics pour la question de la « dangerosité ». En attestent les différents rapports commandés par les autorités publiques sur la question (les rapports dits « Burgelin » en 2005, « Garraud » et « Goujon, Gautier » en 2006, « Lamanda » en 2008)⁹ qui produisent une certaine confusion entre ce qui relève du trouble mental et ce qui relève du crime. Si ces textes rappellent régulièrement « le caractère pluriel et multifactoriel de la dangerosité », ce n'est souvent qu'une précaution de langage, qui n'empêche pas les auteurs de parler ensuite au singulier de « la » dangerosité, englobant derrière ce concept flou le risque de récidive des actes jugés les plus intolérables (violences sexuelles) et la violence supposée des individus présentant de graves troubles psychiatriques. Cette notion, que de nombreux auteurs jugent tout bonnement indéfinissable (voir Cartuyvels et al., 2012) permet également d'entretenir l'idée que la criminalité renvoie à un trouble individuel, qui doit pouvoir être pris en charge par la psychiatrie ou la psychologie. Fusionnent ainsi dans ces rapports et dans les lois qui s'en inspireront¹⁰ « deux figures fantasmatisques [...] : le « criminel monstrueux » et le « fou dangereux » (Moreau, Protais, 2009). C'est la prison qui est sollicitée pour neutraliser – mais également traiter – ces personnes dont il semble devenu indispensable de se protéger. La mise en place des UHSA entre ainsi en résonance avec une transformation plus profonde de la pénalité, qui tend à s'appuyer sur le soin pour légitimer la peine.

9 Tous ces rapports visent à apporter « des réponses à la dangerosité » et seront une source d'inspiration pour étendre l'arsenal législatif visant à « lutter contre la récidive ».

10 Tout particulièrement la loi du 25 février 2008 relative à la rétention de sûreté et à la déclaration d'irresponsabilité pénale qui dans son intitulé même produit de la confusion entre la question du traitement des auteurs d'infractions présentant des troubles mentaux et de la récidive des personnes condamnées à de longues peines. Signe de cette confusion, en août 2007, à la suite de l'enlèvement d'un enfant, Nicolas Sarkozy propose de faire des UHSA alors en projet, un « hôpital pour pédophiles » (voir Collectif Contrast, 2015).


II- Soigner ou punir ? Confusion morale, tensions professionnelles

Loin de constituer un programme institutionnel unique et fédérateur, la tendance à faire de la peine un moment de traitement produit des tensions et des conflits importants entre les différents groupes professionnels inscrits dans l'espace pénitentiaire. À partir de l'analyse de deux situations observées au cours du terrain de recherche réalisé dans la maison d'arrêt de Tourion entre mai et octobre 2011, cette partie entend illustrer les effets ambivalents de ces mouvements croisés de criminalisation des malades mentaux et de pathologisation du crime sur le traitement des personnes détenues.

II-1/ Malade ou déviant ? La figure du fou criminel

Depuis le début du 19^{ème} siècle, la question de savoir où commence le crime et où s'arrête la folie a fait couler beaucoup d'encre : les quelques historiens qui se sont intéressés à la question (Renneville, 2003 par exemple) montrent qu'il y a toujours eu une zone grise dans laquelle cette distinction entre crime et folie est source de débats sans fin. Les observations conduites en milieu carcéral permettent de réfléchir à la délimitation fluctuante de cette zone grise, qui produit ce que Lorna Rhodes a appelé une « angoisse taxinomique » c'est-à-dire une difficulté à caractériser les comportements et à opérer cette distinction entre déviance et maladie (Rhodes, 2000). Cette angoisse taxinomique soulève des enjeux de division sociale et morale du travail tout particulièrement entre professionnels pénitentiaires et professionnels de santé et produisent une certaine confusion entre crime et folie.

Un matin de mai 2010, l'accès à la prison de Tourion est bloqué par des surveillant(e)s en signe de protestation contre ce qu'ils estiment être une dégradation de leurs conditions de travail dans des prisons surpeuplées et face à des détenus qu'ils jugent de plus en plus violents. L'événement déclencheur a eu lieu la veille : un agent a été agressé par un détenu au moment où il ouvrait la porte de sa cellule. L'homme a jeté en direction du surveillant une casserole d'huile bouillante, que celui-ci a réussi à esquiver partiellement. Il a été brûlé superficiellement à la tête et au dos, transféré au service des grands brûlés de l'hôpital voisin et il est en état de choc selon les collègues qui manifestent ce matin-là. Une semaine plus tard, je discute de l'événement avec l'une des directrices de l'établissement. Selon elle, l'émoi est d'autant plus grand que le surveillant blessé « n'est pas du genre provocateur » et que « personne n'a prévu cette réaction du détenu ». L'homme, que la directrice désigne par son patronyme, Kadar, avait certes passé quelques jours en hospitalisation d'office en état de « décompensation psychotique » avant l'événement, mais « il n'y avait pas eu d'incident depuis son retour, il y a quelques semaines », jusqu'à cette agression, en apparence planifiée : « en plus de l'huile, il avait préparé une lame artisanale, il a été particulièrement difficile à maîtriser ». La directrice m'explique : « cette agression est en train de relancer la machine du « qu'est-ce qu'il fait en prison ? Il n'a pas toute sa tête, il devrait être à l'hôpital, pas chez nous ! » ; D'autant que les personnels ne sont pas formés, donc la peur est un peu exacerbée ». Quant au détenu, j'apprends qu'il a été sanctionné de 30 jours de quartier disciplinaire, le maximum légal. Selon la directrice : « on ne pouvait pas faire autrement vu la gravité de l'agression ». Mais elle m'explique qu'elle attend l'avis des psychiatres. « Vu le profil, je pense qu'il va repartir en HO



(hospitalisation d'office) et c'est mieux, parce que, pour nous, il est ingérable ». Quelques mois plus tard, l'affaire est portée devant la justice : sous la plume d'un journaliste local, on peut lire que l'homme explique son geste par la colère. Au tribunal, il dit avoir été « poussé à bout par l'administration » qui refusait de le laisser travailler et d'accéder à sa demande de transfert. L'avocat du détenu tente de faire valoir son irresponsabilité et insiste sur « l'impasse dans laquelle se trouvent les délinquants à mi-chemin entre l'hôpital psychiatrique et la prison ». Monsieur Kadar est condamné à dix-huit mois de prison ferme supplémentaires et 1 500 euros de dommages et intérêts.

Extraits du journal de terrain, Tourion, 2011

Cet événement extraordinaire vient s'inscrire dans ce qu'on pourrait appeler la « mémoire vive » de l'institution comme une histoire que tous connaissent et que tous redoutent. Cette anecdote, comme toutes celles auxquelles elle succède, contribue à nourrir l'idée que la folie serait à l'origine de comportements irrationnels, imprévisibles, dangereux : violences monstrueuses, suicides spectaculaires, etc. Ces comportements sont appréhendés par les personnels pénitentiaires au travers des risques qu'ils comportent : risque d'agression d'abord, mais également risque de faute professionnelle s'ils n'ont pas été en mesure d'anticiper une agression ou un suicide. Les personnels pénitentiaires ont ainsi le sentiment d'avoir la lourde charge d'un problème qui ne relève pourtant pas de leur compétence : les troubles mentaux.

On peut ici souligner que les discussions autour du cas de Monsieur Kadar se concentrent sur les motivations (préméditation, mobile, etc.) du geste, au détriment d'une réflexion sur le contexte carcéral. Les tentatives de suicide soulèvent en prison le même type de questionnement : a-t-on affaire à une stratégie, du chantage ou à une authentique souffrance ? Or, la réduction du geste à sa seule dimension stratégique (manipulation) ou à sa seule dimension pathologique (souffrance, maladie) fait abstraction du contexte : celui de conditions de détention difficiles dans une maison d'arrêt surpeuplée. Dans le cas de Monsieur Kadar, comme dans de nombreuses autres situations, on peut se demander si la folie du geste n'est pas pour partie déterminée par la prison, qui constitue en effet une « structure sociale fragile aux effets imprévisibles » notamment parce qu'elle propose peu d'espaces de négociation et de conflictualisation (Chauvenet et al., 2008).

Mais la résolution tout à fait paradoxale de cette affaire illustre la confusion morale qui entoure la prise en charge des troubles mentaux : l'homme ne semble pas 'avoir sa place en prison', il est pourtant condamné à une peine de prison supplémentaire et sanctionné d'un séjour de 30 jours au quartier disciplinaire. Il est condamné mais on espère qu'il sera placé aussi vite que possible en hospitalisation sans consentement pour décharger la détention d'une situation jugée ingérable. Sur le plan judiciaire et disciplinaire, Monsieur Kadar est jugé responsable de ses actes, mais sur le plan médical, on le considère comme incapable de consentir à des soins.

Au final, Monsieur Kadar risque de passer une part substantielle de sa peine dans un service hospitalier. Malade mais aussi coupable, il est finalement condamné... à se soigner.

Les professionnels composent ici de façon pragmatique avec les moyens à disposition, mais l'ensemble des décisions prises témoigne de l'ambivalence morale du traitement apporté, entre punition et soin. La définition du « bon traitement » génère dans d'autres situations des tensions professionnelles, tout particulièrement autour du mandat des équipes de santé mentale.

II.2/ Punir ou soigner ? Des soins à la demande du juge


Si certains souhaiteraient voir les mesures d'obligations et d'injonction de soin¹¹ s'étendre au quotidien carcéral, il n'y a jusqu'à aujourd'hui aucune obligation à entreprendre des soins psychiatriques ou psychothérapeutiques en prison. Néanmoins, comme vont le montrer les extraits de terrain présentés ci-dessous, la justice ne se prive pas d'influer sur la conduite des soins, par l'intermédiaire des juges d'application des peines. Ces juges constituent un acteur central de la détention : ils ont en effet le pouvoir de raccourcir la durée de la détention par le jeu des réductions et des aménagements de peine ; leurs décisions sont donc particulièrement déterminantes pour les personnes détenues. Les extraits proposés ci-dessous sont tirés d'une commission d'application des peines¹². Pour chaque personne détenue, le juge tente de repérer les indices qui lui permettraient de trancher en faveur ou en défaveur d'une réduction de peine supplémentaire. Or, la mise en œuvre d'un suivi psychiatrique fait partie des indices de mérite et suscite de la part du juge des commentaires fréquents :

À propos de Monsieur Kuru, qui a fait « des démarches partout, y compris au SMPR [service de soins psychiatriques] où il est sur liste d'attente », le JAP s'exclame : « Mais il n'a pas besoin de suivi lui, c'est un vol ! ». Le substitut du procureur s'interroge, de même, pour Monsieur Wynck : « SMPR ? Pourquoi ? ». Regardant le dossier, il se met à rire à gorge déployée : « Il est là pour chèque falsifié ! Ah oui, c'est sûr, ça révèle une lourde souffrance les chèques sans provision ! Non mais ! ». À l'inverse, le suivi est recommandé dans d'autres cas : « Monsieur Fouquet, son casier judiciaire, c'est agressions sexuelles à gogo, il faut qu'il fasse des soins ! ». La conseillère pénitentiaire objecte : « Oui, mais il souffre de grosses carences intellectuelles ! ». « Raison de plus ! » commente la juge. Idem pour Monsieur Tulpan, condamné pour vol avec violence et prévenu pour viol en réunion. C'est la directrice qui s'étonne ici : « Il est prévenu pour viol et pas suivi par le SMPR ? ». En réponse, la JAP indique sur son ordonnance : « Il faudrait profiter de cette incarcération pour entamer un suivi psychologique ».

Journal de terrain, 19 mai 2011

11 Ces soins à la demande de la justice, qui existent depuis les années 1950, ont vu leurs modalités de contrôle s'étendre dans les années 1990. Ainsi, la mesure de « l'injonction de soin » est créée en 1998 par la loi relative à la prévention et à la répression des infractions sexuelles ainsi qu'à la protection des mineurs. Au cours des années 2000, les contrôles sont renforcés et le champ d'application de cette mesure s'élargit à d'autres infractions (atteintes criminelles à la vie, les enlèvements et séquestrations, les actes de torture et de barbarie, la destruction volontaire de biens par explosif ou incendie).

12 Au cours de ces commissions, le juge détermine le quota de réduction de peines supplémentaires et éventuellement de crédits de réduction de peines à attribuer à chaque personne détenue. Cette commission réunit en outre un substitut du procureur, un représentant de la direction, les chefs de bâtiment, ainsi qu'un représentant du service pénitentiaire d'insertion et de probation.



Ces différents commentaires témoignent de la façon dont les juges d'application des peines – et les différents auxiliaires de justice et personnels pénitentiaires – appréhendent les soins psychiatriques. Ceux-ci sont avant tout considérés comme des soins techniques, visant à résoudre un problème défini sous un angle criminologique : celui de la récidive, et tout particulièrement des récidives jugées les plus graves : ainsi, la prise en charge d'un homme condamné pour des agressions sexuelles est jugée plus importante que celle d'un homme condamné pour vol. Dans cette scène, le juge s'octroie un rôle de prescripteur de soins par le biais des « ordonnances judiciaires » qu'il remet aux personnes détenues – le terme judiciaire *d'ordonnance* est ici révélateur de cette concurrence des logiques judiciaires et médicales. En prescrivant des soins, le juge vient peser sur le comportement des personnes détenues qui ont tout intérêt à se conformer à ses attentes, et, ainsi, modifier la file active des services psychiatriques. Du côté des personnels de santé mentale, ces interférences du juge sont accueillies comme autant de tentatives d'instrumentalisation du soin psychiatrique. Individuellement et collectivement, ces acteurs de santé développent des tactiques et stratégies diverses destinées à résister aux formes de contrôles judiciaires et pénitentiaires de leur activité : refus de participer aux réunions pluridisciplinaires, certificats stéréotypés sans indication du contenu ni de la fréquence des soins, etc. Mais ces demandes de la justice produisent aussi des formes de coopération et contribuent aussi à faire bouger les lignes du soin en milieu carcéral : on observe par exemple une spécialisation de certains psychiatres et psychologues autour des auteurs de violences sexuelles (Lancelevée, 2016).

Conclusion

La question de la prise en charge des infracteurs présentant des troubles mentaux a suscité d'incessants débats depuis la création de la prison et de l'hôpital modernes. Ces débats tiennent à la difficulté de distinguer de manière claire et définitive ce qui relève de la pathologie mentale de ce qui relève de la déviance sociale. L'augmentation du nombre de personnes présentant des troubles mentaux et la mise en place de services psychiatriques en prison témoignent du déplacement du centre de gravité de la prise en charge de ce public à la croisée du soin et de la folie vers la prison. Ce rééquilibrage institutionnel soulève, en milieu carcéral, des enjeux cruciaux pour les professionnels de santé mais également pour les professionnels pénitentiaires. Si les ministères de la Santé et de la Justice ont tenté et tentent toujours par le moyen de groupe de travail et de guides méthodologiques de clarifier et de détailler les missions de chaque groupe professionnel, le quotidien ne cesse de soulever des enjeux tout à la fois identitaires et moraux pour les différents professionnels à l'œuvre en prison. Mais ces enjeux sont également politiques et économiques. Économiques, car les tensions autour du mandat des équipes psychiatriques en milieu carcéral, entre santé mentale, maintien de l'ordre et lutte contre la récidive posent la question du financement des professionnels et services

de santé par le ministère de la Santé. Politiques enfin, car ces transformations de la prison s'inscrivent dans un mouvement de défense sociale qui se pare, en l'instrumentalisant, des atours humanistes du soin.

Bibliographie

- Brahmy Betty**, 2005. « Psychiatrie et prison », *Etudes*, vol.6, n°402, p.751760.
- Cartuyvels Yves, Lancelevée Camille, Bessin Marc, Cliquennois Gaëtan, Dugué Frédéric**, 2012. *Ce que la dangerosité fait aux pratiques. Entre soin et peine, une comparaison Belgique-France*, Rapport de recherche pour la Mission de recherche « Droit et Justice », 236p.
- Chauvenet Antoinette, Orlic Françoise et Rostaing Corinne**, 2008. *La violence carcérale en question*, Paris, PUF, 347p.
- Collectif Contrast**, 2015. « La création des UHSA: une nouvelle régulation de l'enfermement ? », *Déviance et Société*, vol.39, n°4, p. pp.429-453.
- Duthé Géraldine, Hazard Angélique, Kensey Annie et Pan Ké Shon**, 2011. « L'augmentation du suicide en prison en France depuis 1945 », *Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire*, n° 4748, p. 506510.
- Harcourt Bernard, Raoul Sacha**, 2014. *The Mirror Image of Asylums and Prisons: An International Study*. Columbia Law School Working Paper Series, n°486, 35p. <http://web.law.columbia.edu/law-economic-studies/working-papers>
- Lancelevée Camille**, 2016. *Quand la prison prend soin. Pratiques professionnelles de santé mentale en milieu carcéral en France et en Allemagne*, Thèse de sociologie à l'EHESS, 472p.
- Moreau Delphine et Protais Caroline**, 2009. « L'expertise psychiatrique entre l'évaluation de la responsabilité et de la dangerosité, entre le médical et le judiciaire. », *Champ penal/ Penal Field*, vol. V. (<http://champpenal.revues.org/7120>).
- Protais Caroline**, 2016. *Sous l'emprise de la folie ? : L'expertise judiciaire face à la maladie mentale*, Paris, Éditions de l'École des Hautes Études en Sciences Sociales, 312p.
- Renneville Marc**, 2003. *Crime et folie : deux siècles d'enquêtes médicales et judiciaires*, Paris, Fayard, 526p.
- Rhodes Lorna**, 2000. « Taxonomic Anxieties: Axis I and Axis II in Prison », *Medical Anthropology Quarterly*, vol. 14, n° 3, p. 346373.