

Criminocorpus

Revue d'Histoire de la justice, des crimes et des peines

Le SMPR de Marseille a 30 ans : Histoire et engagement, regards croisés
Communications

Le soin sous pression

GILLES CHANTRAINE

Testo integrale

- C'est en tant qu'observateur des transformations du gouvernement du crime et, à une échelle ethnographique, des rapports sociaux en détention (à la croisée d'une sociologie des institutions totales, des expériences individuelles et d'une sociologie des professions), que je prends la parole aujourd'hui, en espérant que ce point de vue spécifique et quelque peu décalé résonne néanmoins avec les enjeux, à la fois quotidiens et sociopolitiques qui sont les vôtres en tant que praticiens du soin en détention, et qui nous réunissent à l'occasion de ce bel anniversaire. La question des soins psychiatriques en détention s'impose en effet régulièrement à moi comme une question incontournable, tant l'organisation et les pratiques de soins sont symptomatiques des transformations plus globales de la prison, des stratégies des uns et des autres pour en pérenniser ou en transformer les finalités sociales, mais également, et plus prosaïquement, parce qu'ils sont le théâtre d'expression des rapports de force entre professionnels, de leurs luttes quotidiennes pour le respect de leur espace propre.
- Actuellement, par exemple, je mène une recherche ethnographique sur les établissements pénitentiaires pour mineurs (EPM). La manière dont le secret médical y est, sans doute davantage que dans d'autres prisons *mis à l'épreuve* au nom même du « projet EPM » – basé sur l'interdisciplinarité – et de la culture pédopsychiatrique – volontiers interdisciplinaire – de certains personnels soignants, constituent l'un des cœurs problématique de la nature même des EPM. En témoignent à la fois les vives controverses internes au sein des UCSA des EPM, mais également les débats interinstitutionnels – toujours renouvelés au fil des anecdotes et des interactions qui forment la trame de la vie quotidienne en détention – quant aux « bonnes manières » et au « bon partenariat » entre les différentes institutions représentées dans ce type d'établissement. La question, notamment, de la participation aux commissions pluridisciplinaires uniques (CPU) et du refus, ou pas, de remplir le Cahier de liaison électronique (CEL), se pose en EPM avec une acuité toute particulière. À travers le positionnement de chacun vis-à-vis de cet outil pénitentiaire de communication, nul ne peut feindre de ne pas constater la virulence des débats actuels autour du « secret médical » et/ou du « secret partagé » en détention.

3 Antérieurement à cette recherche sur les EPM, cet intérêt pour la question des soins en détention, et son articulation à l'exercice de pouvoir en détention, tient notamment au dialogue que je noue depuis 2004 avec des chercheurs, sociologues et/ou criminologues canadiens d'orientation critique. Ce dialogue est mu par un effort de comparaison pénologique et institutionnel de nos systèmes pénitentiaires respectifs. Et, à vrai dire, sur la question des soins, ce n'est pas tant une *nuance* qu'il s'agissait d'objectiver, pour décrire et comprendre ce qui distingue les deux systèmes, qu'un *gouffre* culturel, organisationnel, professionnel et pratique. Je voudrais donc introduire mon discours en évoquant ce gouffre, avec l'espoir qu'il constitue un arrière-plan de mon intervention et qu'il donne sens à la pression sociopolitique et professionnelle qui pèse aujourd'hui sur l'exercice de la psychiatrie en prison en France – pression qui, bien évidemment, n'est pas indépendante de la pression plus générale du champ politique sur le champ psychiatrique, comme en témoigne par exemple la réforme récente de l'hospitalisation forcée.

4 En France, vous êtes bien sûr les premiers à le savoir, l'ensemble des soins psychiatriques et somatiques sont pris en charge, en prison, par des médecins et des équipes soignantes de l'hôpital et des secteurs de psychiatrie et non par des agents de l'administration pénitentiaire. Cette entrée du système de santé en prison date de 1986 pour les soins psychiatriques et de 1994 pour les soins somatiques. Les soins sont normalement régis par l'exigence du secret médical. Le statut des professionnels soignants (des médecins, des infirmiers, des psychiatres) doit garantir l'autonomie de leur travail par rapport à l'institution pénitentiaire. Au Canada, {a contrario}, les « programmes thérapeutiques » (certains apprécieront l'oxymoron), qui visent à répondre aux « besoins » et à diminuer les « risques de récidive » des personnes incarcérées, sont assurés par des agents des services correctionnels, dont les trajectoires et les statuts professionnels diffèrent très largement de ceux des personnels français homologues. Ces agents ont pour la plupart suivi des formations en criminologie et en psychocriminologie. La relation qui les lie à l'ordre pénitentiaire n'est pas caractérisée par l'autonomie, mais au contraire par l'imbrication intime du dispositif thérapeutique et du dispositif sécuritaire¹. J'ai ainsi pu observer dans trois pénitenciers fédéraux la mobilisation massive de la notion de « risque », à la fois comme mode de hiérarchisation des établissements pénitentiaires selon des cotes de sécurité (établissement de sécurité minimale, moyenne, maximale, supermax), et comme outil de savoir dans le domaine de l'expertise psychosociale des détenus et de l'évaluation de leurs risques de récidive, dans une démarche prédictive et positiviste. Sauf exception locale, dans un contexte de promotion des droits des détenus, ce n'est pas le surveillant que craint le détenu, mais bien l'expert, à qui il faut donner des gages de participation « spontanée » aux programmes qu'il a retenu pour lui...

5 Ce « modèle » canadien en tête², ces différentes pistes me conduisirent, lors d'un colloque organisé à Montréal décembre 2007, à interroger la tension sociologique dont le soin dans les prisons françaises est l'objet, en posant la question suivante : les soins, notamment psychiatriques, dans les prisons françaises sont-ils eux aussi, et malgré les résistances à la fois actives et passives des professionnels, en voie d'être « carcéralisés » ? Par l'expression, « carcéralisation du soin psychiatrique », je voulais signifier les modalités par lesquelles la psychiatrie en prison était l'objet d'une pression sociopolitique et pénitentiaire qui tendait à lui ôter ses finalités propres et à redéfinir sa vocation à l'aune des objectifs de sûreté de l'institution pénitentiaire³. Il s'agissait, en d'autres termes, d'observer une régression par rapport au mouvement, toujours fragile, de détotalitarisation du soin tel qu'il a été initié par les réformes de 1986 et 1994, et de réintégrer l'analyse du soin comme pan spécifique des dynamiques socio-historiques contradictoires – poussée sécuritaire, usage renforcé de la prison et promotion simultanée des droits des détenus – qui traversent les prisons françaises.

6 Puisque de nombreux intervenants, au cours de ce colloque, ont pu nous faire partager la quotidienneté de leurs pratiques et de leurs problèmes quotidiens, j'assumerai aujourd'hui de prendre un autre point de vue, en m'appuyant librement sur les réflexions que je mène depuis plusieurs années avec Jean Bérard, réflexions guidées par le souci de comprendre l'impact des politiques pénales sur la vie en détention au cours de la dernière décennie⁴. Nous nous demandions par exemple : quel sens peut-on

donner aux droits des personnes détenues lorsque les longues peines s'allongent ? lorsque les courtes peines se multiplient ? lorsque le gouvernement essaie de faire croire que l'immobilier pénitentiaire peut résoudre les problèmes de statut juridique des prisonniers ? lorsque l'administration pénitentiaire est contrainte d'anticiper et/ou de gérer la surpopulation pénitentiaire ? lorsqu'elle tente d'imposer un nouveau modèle de traitement différencié des détenus, basé sur l'évaluation des risques et de la dangerosité ? etc.

- 7 Pour décrire ce qui, dans les réformes pénales contemporaines, met à l'épreuve l'autonomie des professionnels du soin en détention, je procéderai en deux temps. Je décrirai d'abord très brièvement, et au risque du schématisme, la nouvelle configuration du gouvernement du crime contemporain. Ensuite, je reviendrai sur le processus de carcéralisation du soin psychiatrique, en tentant de distinguer la question des courtes peines de prison et celles des longues peines dans leur rapport à la santé mentale, à la prise en charge psychiatrique, et à la surreprésentation apparente de personnes souffrant de troubles psychiques.

Le cas français et le virage punitif

- 8 Dans son analyse critique des théories sociologiques du « virage punitif » contemporain, Nicolas Carrier analyse les trois « symptômes » qui constituent le socle commun des différentes interprétations de ce virage, interprétations par ailleurs assez diversifiées, selon qu'elles mettent l'accent sur le primat des rapports sociaux économiques, sur celui du politique ou encore sur la dynamique propre de la modernité tardive⁵. Ces trois symptômes sont : « La dramatique et constante augmentation de la population incarcérée » ; « l'idée que cette population est abordée sous l'angle d'un déchet social, dont on se débarrasse, ne serait-ce que temporairement, mais sans se soucier de l'investir afin de le rendre potentiellement rentable, utile et propre⁶ » ; « une gamme plus ou moins harmonieuse de pratiques et de discours (re)plaçant très explicitement – très médiatiquement – la pénalité au centre d'un espace politique⁷ ».

- 9 Le premier de ces symptômes est donc d'ordre quantitatif et prend pour point de départ l'extraordinaire inflation carcérale américaine, aussi appelé « boom carcéral⁸ », conduisant à une situation « d'hyper-incarcération⁹ ». La France, elle, n'est pas en situation d'hyper-incarcération, et l'inflation carcérale ne s'apparente pas à un « boom » ; elle est néanmoins importante et incontournable. Ainsi, en juillet 2004, le nombre de personnes incarcérées en France a dépassé 64 000, un chiffre inconnu depuis la fin de la Seconde Guerre mondiale. Il s'est depuis stabilisé au-dessus de 60 000 détenus (soit, en 2008, un taux de détention de 99 pour 100 000, contre 78 pour 100 000 en Allemagne et 150 pour 100 000 au Royaume-Uni), alors qu'il était de 48 216 en 2001, et de 38 639 en 1980. Début 2011, le nombre de personnes écrouées, en comptant les personnes placées sous bracelet électronique, a dépassé 70 000, chiffre lui aussi inédit.

- 10 Le second symptôme du virage punitif est l'émergence d'une pénalité post-disciplinaire. Une nouvelle pénologie, entièrement orientée vers la réduction des risques, transforme le vieux correctionnalisme en un dispositif de contrôle des individus et des groupes dangereux ou indésirables. La réhabilitation, comme but central de la peine de prison, s'affaiblit progressivement au profit d'objectifs de rétribution, de neutralisation, et de gestion du risque. La nécessité de « protéger le public » devient le thème principal des politiques pénales. En dépit de l'essor de quelques dispositifs novateurs (justice réparatrice notamment), on observe, parallèlement à ce déclin de l'idéal réhabilitatif, la réémergence de sanctions à vocation expressément punitives et expressives. Un nouveau ton passionnel et émotionnel des politiques criminelles esquisse les contours de la nouvelle surcharge symbolique du système pénal. Ce nouveau ton s'enracine dans un perpétuel sens de la crise, nourri notamment par l'idée que les évaluations des dispositifs et la réflexivité accrue du système tendent constamment à souligner son échec. Dans ce cadre, l'idée s'impose progressivement que le système pénal doit envoyer des messages « forts », « clairs », « limpides », « sans équivoque », à son « public ». L'accélération des procédures

pénales, la transformation progressive du rôle du juge auparavant conçu comme élément froid devant juger des actes individuels en toute sérénité au profit d'un rôle de « donneur d'exemples », sont des signes de cette transformation. Un symptôme frappant de cette transformation réside notamment dans la manière dont la récidive est traitée médiatiquement et politiquement. Durant les années 1970, la récidive était considérée au mieux comme un échec patent de l'enfermement, au pire comme le symptôme de sa réussite au regard de ses finalités secrètes (création et entretien de la délinquance¹⁰). Aujourd'hui, la récidive ne fragilise plus l'emprise carcérale, elle la renforce : elle est désormais un échec... de la libération. Dès lors qu'un fait divers tragique se produit, il s'agit, pour le pouvoir politique, de trouver les responsables de cette libération (psychiatre ? directeur pénitentiaire de l'établissement ? juge d'application des peines ?), voire de promulguer une loi visant à maintenir enfermée plus longtemps telle ou telle catégorie de criminel dangereux, au nom d'un (illusoire) « plus jamais ça » toujours réaffirmé.

11 L'allongement des longues peines de prison – et l'adaptation des outils pénitentiaires à la gestion de personnes avec peu d'espoir de libération – place ainsi la France dans la tendance générale à une pénalité de neutralisation. C'est en ce qui concerne les auteurs de crime, que, selon le troisième critère proposé par Nicolas Carrier, s'opère un martèlement médiatique en faveur de la sévérité et l'affichage de plus en plus clair de la déconnection entre les durées légales des peines et l'impératif d'enfermement comme prévention des risques. L'utopie pénitentiaire, à l'ère de la rétention de sûreté, des maisons centrales renforcées, et des très longues peines de prison n'est plus tant le *Panoptique*, lieu de visibilité, de transparence et de surveillance, que *Pelican Bay* (Californie), prison presque entièrement automatisée, conçue pour réduire les contacts des détenus et les ouvertures sur l'extérieur au maximum, sans activité ni distraction ; un pur instrument de neutralisation¹¹. La dissuasion pénale et la neutralisation (temporaire et absolue) sont puissamment réactivées contre tout le discours de la réhabilitation.

12 Ainsi, dans certains pans du système, l'impératif de neutralisation, voire d'élimination sociale, est assumé avec vigueur. Pourtant, et c'est certainement là un paradoxe, un ressort des réformes pénitentiaires est d'expliquer que leur modernité réside dans leur capacité à faire des prisonniers des *acteurs de leur peine*, en particulier dans le cadre d'une individualisation et d'une contractualisation accrues de leur parcours d'exécution de peine. L'opération vise toujours la création d'un sujet discipliné mais cette discipline implique désormais la construction d'un acteur responsable et capable d'identifier ses sources de risques, ses ressources et les situations qui peuvent produire un comportement criminel. Il ne s'agit pas tant ici d'une mise à mort du correctionnalisme pénal, mais de sa mutation et de son renouveau à l'aune de la gestion des risques¹².

13 J'insiste sur ce point : ce n'est pas tant la technicité du risque qui rend sa rhétorique efficace, mais au contraire le triple flou sémantique qui l'entoure. D'abord entre un simple calcul de probabilité (les chances de survenue d'un événement, quelle que soit sa gravité) et le rapport entre cette probabilité et les conséquences de survenue de cet événement (un meurtre grave est rare mais ses conséquences sont, à l'échelle de l'individu, incommensurables)¹³, permettant un continuum rhétorique entre les cas extrêmes et les cas banals, par exemple lorsqu'on se saisit d'un fait divers exceptionnel pour promulguer une nouvelle loi, malgré l'accumulation de lois antérieures à peine mises en œuvre. Ensuite entre la notion de risque et celle de dangerosité, répondant « à une représentation hybride des événements, faite d'oscillation entre les deux termes et où la présence de l'un entretiendrait celle de l'autre¹⁴ », renforçant là le flou et l'efficace de la première ambiguïté. Enfin, entre le risque pénitentiaire (comportement transgressif en détention) et le risque criminologique (risque de récidive), qui permet à l'administration d'entraver certains droits au nom de la protection de la société. Ici, c'est précisément ce flou sémantique du risque qui, par-delà les murs de la prison et par-delà les déconnexions entre discours et pratiques pénales, permet d'effectuer *la superposition des finalités neutralisantes de la prison et de ses missions correctionnalistes*. Cette superposition, pèse, me semble-t-il, de tout son poids sur les pratiques de soin en détention, puisque là où les psychiatres dénoncent la perversion

du soin au nom d'impératifs sécuritaires, il est aisé de leur renvoyer qu'en cherchant à contrôler et à réduire les risques de récurrence, ils ne font que participer à la réinsertion des détenus...

Courtes peines, longues peines et la santé mentale des détenus

14 Cette lame de fond se mêle à une autre pour accentuer encore le problème des soins en prison. Dans *80 000 détenus en 2017 ? Réforme et dérive de l'institution pénitentiaire*, Jean Bérard et moi-même avons choisi, je l'ai déjà évoqué, de scinder le « problème carcéral » en une série de sous-problèmes distincts. Concernant les soins psychiatriques proprement dits, l'hypothèse principale partait d'un constat : l'ensemble des études, notamment épidémiologiques, conclut, et ce au-delà des incertitudes liées à la diversité des méthodologies employées, à une surreprésentation massive des personnes présentant des troubles psychiques dans les prisons françaises¹⁵ ; et, selon le rapport de la conférence de consensus consacrée à l'expertise psychiatrique pénale – durant laquelle j'ai eu la chance d'être membre du jury – ce constat vaut pour l'ensemble des pays occidentaux¹⁶. Nous faisons nôtre le questionnement de l'historien Marc Renneville, qui au terme de son analyse de deux siècles de relations entre crime et folie, formulait l'hypothèse suivante : et si l'incarcération des malades mentaux, pourtant sans cesse dénoncée, était devenue sans le dire un des piliers de l'usage de la prison, par ailleurs discréditée comme technique de rectification des comportements déviants¹⁷ ?

15 Derrière cette question, qui a le défaut de ne pas interroger directement la manière dont la prison elle-même peut rendre fou, s'enchevêtrèrent néanmoins plusieurs problèmes intéressants, dont trois particulièrement saillants que l'on a essayé de décortiquer : celui de la nature de la redistribution partielle et progressive de la contention psychiatrique vers la contention carcérale ; celui des conséquences de cette redistribution sur les conditions de réclusion, en prison ou à l'hôpital, des sujets souffrants ; celui, enfin, de la transformation du sens même de la pratique psychiatrique, aux prises avec les contraintes du fonctionnement pénitentiaire.

16 Un facteur souvent mis en avant pour expliquer la redistribution partielle de l'enfermement psychiatrique vers l'enfermement carcéral est le recul depuis vingt ans du nombre de cas de non-lieux prononcés pour irresponsabilité pénale, fruit d'une volonté politique et psychiatrique de « responsabiliser le malade mental ». Pourtant, à l'issue de vifs débats sur l'évolution de ce nombre, il semble certes que la tendance soit à la baisse (212 non-lieux pour irresponsabilité prononcés en 2005, contre 340 en 1995 et 444 en 1987), mais partant d'un taux de départ qui a toujours été bas et ne peut expliquer à lui seul le mouvement d'ensemble. En fait, plus que la raréfaction des cas d'irresponsabilité pénale, une recomposition institutionnelle plus large est à l'œuvre. L'ouverture des asiles, corrélative au mouvement de « désinstitutionnalisation » des hôpitaux psychiatriques entamé dans les années 1960, ainsi que le développement de la psychiatrie de secteur, expliquent le recul du nombre de lits disponibles : de plus de 120 000 lits d'hospitalisation en 1970 on est passé à 40 000 en 2005. En particulier, l'hôpital psychiatrique dispose de ressources quantitativement très faibles pour l'accueil des malades considérés comme dangereux. Ainsi, au 1er janvier 2009, le nombre de lits en UMD est de 338¹⁸.

17 Sans prétendre ici cerner l'ensemble de la question¹⁹, j'aimerais distinguer, à l'intérieur de cette recomposition qui fait l'objet de tant de débats, la question des courtes peines et celle des longues peines. En effet, depuis la création de la prison pénale moderne et jusqu'à aujourd'hui, la prison revêt deux fonctions principales. D'abord une fonction pratique de sûreté, visant la cessation du trouble et sa sanction immédiate, caractérisée par la rapidité de l'intervention et sa fréquence, qu'illustraient hier les « flagrants délits », aujourd'hui les comparutions immédiates. Elle consiste en une mise à l'écart temporaire, des procédures presque automatiques et des justifications essentiellement liées à l'ordre public. Cette première fonction, remplie par les maisons d'arrêt, gère des populations peu qualifiées, main-d'œuvre potentielle ou

individus définitivement écartés du marché du travail, indifféremment sous le régime de la courte peine de prison ou de la détention préventive. La seconde fonction est minoritaire, ritualisée, fortement investie symboliquement et dotée d'une procédure mettant en scène l'appareil judiciaire. Ici, le résultat attendu est, à travers l'application du châtement, le changement individuel du condamné²⁰... ou son élimination sociale.

Le retour des courtes peines

18 Depuis trente ans, la question du remplacement des courtes peines de prison par d'autres modes de sanction n'a cessé d'être agitée. Cette discussion a nourri la bipartition du monde des sanctions pénales en deux branches distinctes : la prison, dite « milieu fermé », et le « milieu ouvert », qui recouvre l'ensemble des mesures dites, selon la terminologie du Conseil de l'Europe, « exercées dans la communauté ». Malgré la dénonciation récurrente de l'insuffisance du recours aux sanctions alternatives à l'incarcération, des transformations importantes en ce domaine peuvent être résumés en deux chiffres : 142 000 personnes sont prises en charge par le milieu ouvert en 2007²¹. Et pourtant... les petites peines de prison n'ont pas disparu. Pire, alors que depuis 1980 (96 955 entrées) la tendance était effectivement à une baisse progressive du nombre d'incarcérations (64 730 en 2001), elle s'est renversée et accuse une augmentation continue entre 2001 et 2005 (85 540 en 2005, 90 200 en 2007), remettant sérieusement en question un mouvement dit de « dualisation pénale », qui consistait certes à renforcer les peines pour certaines catégories d'infraction (crimes sexuels, infractions avec violence, infraction à la législation sur les stupéfiants ou encore lorsqu'elles sont commises en récidive), mais qui, en même temps, cherchait à diminuer l'incarcération des condamnés à de courtes peines, des prévenus et des jeunes²².

19 Ce « retour des courtes peines », qui est inséparable de l'accélération du train de la justice ordinaire, construite autour de la procédure de comparution immédiate, concerne le plus souvent les auteurs d'une délinquance visible, de rue, qui sont eux-mêmes dans une situation de marginalité. Les enquêtes montrent l'importance du nombre de malades psychiatriques qui, en rupture de ban social et en rupture de soins, vivent un parcours d'exclusion qui passe par la prison et s'achève à la rue (voire à la morgue, si on retient l'idée, exprimée par certains psychiatres, qu'un lien existe entre la schizophrénie de nombre de SDF et la fréquence des personnes qui meurent de froid l'hiver).

20 Interpellées par la police et envoyées dans un circuit judiciaire ultrarapide, ces personnes ont fort peu de chances de voir leur trouble psychiatrique reconnu et pris en charge. Une pétition lancée Gérard Dubret, Luc Massardier et Philippe Carrière, à propos des UHSA, résume la situation : « Les services de psychiatrie générale sont en grande difficulté pour prendre en charge les malades difficiles et violents (fermeture des lits, baisse de la démographie médicale, réduction des effectifs). Faute de structures de soins adaptées, l'hôpital laisse à la rue ces sujets jusqu'à ce que leurs symptômes les fassent basculer dans la criminalité ou la délinquance et les amènent en prison. La prison devient alors l'ultime institution capable de les recevoir. Elle prend le relais de l'asile pour devenir le lieu de la relégation psychiatrique²³. » À l'inverse, le temps mort de l'incarcération est propice à la décompensation, et l'orientation vers les psychiatres officiant en prison permet alors à ceux-ci de maudire l'incapacité de la chaîne pénale à repérer en amont de la prison la nécessité d'une prise en charge thérapeutique.

21 Il ne me semble pas aberrant de penser que la recomposition récente des liens entre prison et psychiatrie – qui reste à analyser en détail tant elle pose de redoutables problèmes, notamment statistiques, certains observateurs mettant en avant l'idée que la répartition sociologique du trouble psychique hors population carcérale est similaire à celle des détenus, et, qu'en gros, ce ceux sont les mêmes couches sociales qui sont malades et qui se font prendre par la justice – doit être appréhendé au croisement de plusieurs phénomènes : 1. Le « retour » des courtes peines en prison qui caractérise l'inflation carcérale depuis 2002 ; 2. plus généralement, la préférence du système pénal

pour la comparution immédiate pour alimenter les prisons ; 3. en amont, la crise économique qui rend inemployables des pans entiers de population, et, enfin, 4. les liens qui unissent précarité sociale et précarité mentale²⁴.

22 Il faut donc saisir ce qui, à l'intérieur du système pénal et de sa punitivité revigorée, lui vient d'ailleurs : certes de la crise de l'univers carcéral, mais également de la crise de l'institution psychiatrique et de la crise de l'hébergement d'urgence. Ces trois univers ont en commun d'accueillir « des personnes en situation de grande pauvreté, d'isolement ou d'inadaptation à des contraintes peu supportables²⁵ ». En ce sens, il est tout à fait urgent de démonter les logiques pénales qui mènent à une surenchère de sévérité, mais il n'est pas moins nécessaire de décentrer le regard pour voir évoluer dans les systèmes pénaux, psychiatriques et sociaux, de manière d'ailleurs presque aléatoire, des personnes qui partagent les traits de la pauvreté et d'imaginer une réponse politique qui porte sur ce dénuement lui-même plus que sur une meilleure pénalité, un meilleur soin et une meilleure assistance.

Les longues peines : de la neutralisation longue au risque zéro ?

23 Je l'ai évoqué plus haut, l'autre branche du processus de dualisation (aujourd'hui remis en cause par le retour des courtes peines) consiste à renforcer la répression de certaines catégories d'infraction, produisant un allongement général des durées moyennes des longues peines de prison. Pour comprendre, par-delà l'évolution des textes législatifs, l'allongement des longues peines de prison, il faut lier une tendance à la reconnaissance des victimes et de leurs droits, une approche en terme de réduction des risques, et une ligne politique qui vient de basculer dans une recherche du risque zéro. En effet, la monstruosité des crimes, de sang et, de manière croissante, sexuels, se double d'une affirmation du risque zéro comme seul paradigme possible. Ici, il ne s'agit donc plus tant de transformer un individu que d'adopter des mesures d'élimination sociale et/ou de contrôle perpétuel au nom de l'intolérabilité absolue de certains crimes.

24 D'autres mécanismes accentuent le processus à l'œuvre et touchent directement la question de la prise en charge des malades psychiatriques. Depuis 1994, le Code pénal prévoit que, entre une responsabilité ou une irresponsabilité totale (abolition du discernement au moment des faits reprochés), les personnes peuvent être jugées et condamnées si leur responsabilité a été jugée « atténuée » (altération du discernement). Cette disposition a été conçue comme un moyen de modérer les sanctions par la reconnaissance d'une responsabilité partielle. Sombre ironie du dispositif : dans la pratique, jugées à la fois coupables, folles et dangereuses, les personnes dont on a reconnu l'altération du discernement voient leurs condamnations souvent alourdies. Elles sont ainsi réduites à errer entre les quartiers ordinaires de détention, les rares places d'hospitalisation psychiatrique disponibles en détention, les quartiers disciplinaires et d'isolement des prisons, et les hospitalisations d'office. Même lorsqu'elles ont achevé leur éventuelle période de sûreté (durant laquelle aucun aménagement de peine ne peut être demandé), elles ne sont que très difficilement accessibles à des aménagements de peine, qui nécessitent de présenter un projet de réinsertion comprenant un logement et un emploi.

25 Un effet pervers selon lequel, en renforçant l'offre de soins en prison, on renforce l'incarcération des malades mentaux, est également dénoncé par le rapport de la conférence de consensus : « Certaines expertises qui concluent à l'altération du discernement concluent également à la nécessité d'une prise en charge SMPR, forgeant ainsi la croyance selon laquelle le SMPR peut devenir, malgré son inscription carcérale, un lieu de soin à part entière et non pas simplement un lieu "où l'on soigne". Cette confusion peut exacerber le malaise de personnels soignants qui observent avec amertume que leur présence en prison tend à légitimer la répression pénale de la maladie mentale. »

26 La création des UHSA souffre de la même ambiguïté. Elle apparaît à de nombreux psychiatres comme relevant d'une urgence humanitaire absolue pour répondre à la

condition délétère des malades mentaux en prison (isolement, surpénalisation disciplinaire, état suicidaire, décompensation violente). Mais d'autres, voire les mêmes, redoutent une plus grande acceptabilité de l'incarcération des malades mentaux, du fait même de cette création. Comme l'explique le psychiatre Gérard Dubret, « développer au sein du système pénitentiaire un dispositif d'hospitalisation psychiatrique permettant de prendre en charge les pathologies les plus lourdes sans chercher en amont à remédier à cet afflux derrière les barreaux de personnes souffrant de maladie mentale, c'est à coup sûr prendre le risque d'amplifier ce mouvement. » Ainsi, poursuit-il, « accroître l'offre de soins psychiatriques en prison, c'est aussi malheureusement accroître le risque de voir les tribunaux condamner davantage les malades à des peines de prison, puisque l'incarcération pourra s'accompagner de soins psychiatriques, y compris pour les pathologies les plus graves²⁶. »

27 En d'autres termes, la dégradation de la santé des détenus malades mentaux en prison et la longueur de leur réclusion sont symptomatiques d'une asphyxie du dispositif thérapeutique par une pénalité de contrôle et de sécurité maximale. Ici, les finalités du système (moins la discipline que la neutralisation) risquent de surplomber et de miner les savoirs psychiatriques, les techniques psychiatriques, et la relation thérapeutique elle-même²⁷. On est tenté de rejoindre ici Bastien Quirion qui, au terme de son analyse des modes de transformation d'un dispositif thérapeutique moderne, conclut à la surdétermination du contexte sociopolitique sur les savoirs et les techniques pour comprendre les innovations ou les inerties du dispositif thérapeutique d'ensemble. En d'autres termes, *l'impératif d'une neutralisation absolue surplombe l'ensemble de la chaîne pénale et psychiatrique*. Des malades ayant commis une infraction grave sont envoyés en prison en pleine conscience de leur pathologie, pour éviter toute possibilité d'évasion. Ils sont condamnés à de très lourdes peines pour retarder leur libération. Ils ne sont pas soignés lorsqu'ils sont hospitalisés d'office parce que des conditions de sécurité maximale leur sont imposées. Et, à l'issue de la durée légale de la peine, certains iront dans des lieux de rétention²⁸ qui ne seront pas davantage des lieux de soins. D'où deux questions : ce mouvement historique marque-t-il une régression par rapport aux réformes, en 1986, de l'organisation des soins psychiatriques en prison ? Constitue-t-il également le « retour de bâton » de la déshospitalisation psychiatrique entamée dans les années 1970 ? Plus de cinquante années après un effort de réflexivité critique des psychiatres sur le fonctionnement totalitaire et inhumain de l'hôpital, une retotalitarisation de la psychiatrie serait à l'œuvre, imposée cette fois de l'extérieur (surdétermination politique), et enfermée entre quatre murs.

Conclusion : résister de l'intérieur et de l'extérieur

28 Du point de vue des résistances politiques à ces transformations, la tendance à la carcéralisation du soin psychiatrique en prison doit être dévoilée par les deux ruptures qui la caractérisent. D'une part avec les principes du droit pénal, qui lient la sanction à la commission d'une infraction, et non à son incertain pronostic. D'autre part avec les principes du soin médical, garantis par le secret qui lie le soignant au soigné, et non le soignant à la recherche de la protection de la société. Il est certain que ces deux principes sont en partie des fictions dans le fonctionnement des institutions, à la fois parce que l'hôpital psychiatrique a un rôle de sécurité publique, et parce que la prison, par l'évaluation de la dangerosité qui préside en partie au prononcé de la peine et en grande partie à celui de libérations anticipées, lie depuis longtemps la durée de l'enfermement à une évaluation psychocriminologique. Mais, contre ce qui se présente aujourd'hui comme une confusion complète des droits des personnes, des victimes et de la société, du travail de soin et de l'expertise criminelle, et contre lequel toute critique semble ensevelie sous un déluge médiatique, les résistances les plus importantes viendront peut-être des principes du droit et de la déontologie du soin. A cet égard, et pour boucler la boucle avec le double arrière-plan inaugural de ma communication –

soit la mise à l'épreuve du secret médical en EPM, et l'évocation du système canadien où pouvoir médical et pouvoir pénitentiaire ne font qu'un – il est sans doute nécessaire de saisir les processus qui, à l'intérieur même du champ psychiatrique, accentuent et accentueront l'impact de cette pression externe en avalisant les principes et les partis-pris, notamment lorsque certains psychiatres accepteront de travailler dans des centres pénitentiaires d'un nouveau type, dans lequel le secret médical ne sera plus qu'un vague souvenir d'un autre temps²⁹. Les conflictualités politiques, institutionnelles et professionnelles pour redéfinir les circuits, la nature et les outils de communications entre les acteurs du soin et ceux de la garde sont à la fois des révélateurs et des opérateurs des transformations plus globales de la prison à l'ère de la gestion des risques.

29 Mais dans un contexte de relégitimation politique des fonctions sécuritaires de la prison, ces résistances doivent, ou devraient, chercher également à ranimer la flamme critique qui, dans les années 1970, a rendu problématique l'usage de la prison. Je renvoie ici aux mouvements critiques de la prison (dans le champ académique Thomas Mathiesen en Norvège, Louk Hulsman³⁰ aux Pays-Bas, Michel Foucault). Les analyses d'influence abolitionniste, réductionniste ou minimaliste ont permis de rappeler ce qui, pour parler comme Bourdieu, tend toujours à s'invisibiliser par excès de visibilité (« ce qui crève les yeux ») – je cite Nils Christie : « l'imposition des peines dans notre système de droit relève de l'infliction intentionnelle de la douleur ». Il s'est agi alors pour la théorie critique d'identifier plusieurs mécanismes³¹ : 1. les mécanismes spécifiques d'infliction de la douleur : dommages directs et collatéraux de l'enfermement, analyse de la peine de prison comme peine corporelle et peine sensorielle ; 2. les mécanismes par lesquels cette infliction tend à être euphémisée par le biais même du {procès} pénal, avec son langage, son cérémonial, sa légalité, ou masquée à travers l'opacité structurelle de l'institution, 3. les mécanismes complémentaires de production de l'indifférence morale face à cette infliction, à la fois par le biais de la division du travail répressif qui fragmente et dissout les responsabilités (chaque acteur de la chaîne répressive peut ainsi déplorer, s'il le désire, les conditions de vie indécentes des prisonniers sans s'en sentir responsable), et par l'exacerbation de l'opposition entre le « criminel » et « l'honnête gens », *pratique divisante*³² qui vient renforcer la mentalité guerrière du système. Si le gouvernement actuel se plaît à rappeler sa volonté de liquider l'héritage critique des années 68 et post 68, peut-être, en retour, est-il temps de raviver, en prison, la flamme émancipatrice portée par le mouvement de « désinstitutionnalisation » psychiatrique, pour démasquer les mécanismes disciplinaires et sécuritaires de la prison qui se maintiennent, et parfois même se renforcent, sous couvert des mots d'ordre de la modernisation, de l'humanisation, et du « bon sens » communicationnel entre professionnels.

Note

1 Chantraine (Gilles), Vacheret (Marion), « Expertise psychologique, gestion des risques et rapports de pouvoir dans les pénitenciers canadiens », *Questions pénales*, septembre 2005, n° 18-4.

2 Chantraine, « La prison post-disciplinaire », *Déviance et Société*, vol. 30, n° 3, 2006, p. 273-288.

3 Chantraine (Gilles), « De la prison post-disciplinaire en général et de la carcéralisation du soin psychiatrique en particulier », Actes du colloque international *Le pénal aujourd'hui : pérennité ou mutations / Proceedings of the Punishment Today: Permanence or Mutation*, sous la direction de Vacheret (Marion), Jendly (Manon), Mary (Philippe), Quirion (Bastien), et Robert (Dominique), 2008.

4 Bérard (Jean), Chantraine (Gilles), *80 000 détenus en 2017 ? Réforme et dérive de l'institution pénitentiaire*, Paris, Éditions Amsterdam, 2008 et Bérard (Jean), Chantraine (Gilles), *Prison Politics*, Carleton, Editions Red Quill Books, 2011 (à paraître).

5 Carrier (Nicolas), « Sociologies anglo-saxonnes du virage punitif », *Champ pénal / Penal field, nouvelle revue internationale de criminologie* [En ligne], Vol. VII, 2010, mis en ligne le 23 avril 2010, Consulté le 15 février 2011.

6 *Ibid.*

7 *Ibid.*

8 *Ibid.*

9 Wacquant (Loïc), « Class, race & hyperincarcération in revanchist America », *Daedalus*, 2010, vol. 139, n° 3, p. 74-90.

10 Foucault (Michel), *Surveiller et punir*, Paris, Gallimard, 1975.

11 Bauman (Zygmunt), « Social Uses of Law and Order », in Garland (David), Sparks (Richard), (Eds.), *Criminology and Social Theory*, Oxford, Oxford University Press, 2000, p. 23-46.

12 En d'autres termes, et comme l'avait déjà pointé Foucault, les nouveaux modes de gouvernamentalité ne remplacent pas l'ancien modèle disciplinaire, mais s'y ajoutent, s'y combinent. Voir également la conclusion de l'ouvrage de Lise Demailly, *Politiques de la relation. Approche sociologique des métiers et activités professionnelles relationnelles*, Lille, Presses Universitaires du Septentrion, 2008.

13 Aubusson de Cavarlay (Bruno), « Risques calculés », in Chantraine (Gilles) (Coord.), *Politiques du risque*, dossier de la revue *Vacarme*, 40, été 2007.

14 Cliquennois (Gaëtan), « Vers une gestion des risques légitimante dans les prisons françaises », in Chantraine (Gilles), Mary (Philippe) (Éd.), « Prisons et mutations pénales », *Déviance et Société*, vol. 30, n° 3, 2006, p. 362.

15 Rouillon (Frédéric), Duburq (Anne), Fagnagni (Francis), Falissard (Bruno), *Étude épidémiologique sur la santé mentale des personnes détenues en prison*, 2004.

16 Expertise psychiatrique pénale, 2007, *Rapport de la commission d'audition*, Paris, Haute autorité de santé.

17 Renneville (Marc), *Crime et folie. Deux siècles d'enquêtes médicales et judiciaires*, Paris, Fayard, 2004.

18 Sur un total de 307 patients présents moyenne 2008), on compte 76 % en « HO classique », 12,5 % en « HO judiciaires » et 11,5 % « détenus » (sous écrou). Tournier (Pierre-Victor), « Unités pour malades difficiles », *Opale-Observatoire national de la délinquance et des réponses pénales*, 2, 2011, p. 101-103.

19 Je renvoie ici notamment à Le Bianic (Thomas), Malochet (Guillaume), « Soigner, évaluer, contrôler. Les dilemmes des soignants en prison », in Benguigui (Georges), Guilbaud (Fabrice), Malochet (Guillaume) (dir.), *Prisons sous tensions*, 2011, p. 231-257. Les auteurs pointent bien la fragile autonomie du personnel médical en détention, et l'instrumentalisation toujours possible de leurs savoirs propres, notamment via la multiplication des demandes d'expertise de la part de l'administration pénitentiaire.

20 Faugeron (Claude), Le Boulaire (Jean-Michel), « Prisons, peines de prisons et ordre public », *Revue française de sociologie*, 33, 1, 1992, p. 3-32.

21 Ministère de la Justice, *Annuaire statistique de la Justice*, édition 2008, Paris, La Documentation française, 2009.

22 Tubex (Hilde), Snacken (Sonja), « L'évolution des longues peines de prison : sélectivité et dualisation » in Faugeron (Claude), Chauvenet (Antoinette), Combessie (Philippe) (Éds), *Approches de la prison*, Paris, De Boeck et Larcier, 1996, p. 222-43.

23 Dubret (Gérard), Massardier (Luc) et Carrière (Philippe), « Hôpitaux- prisons : le remède sera pire que le mal », pétition contre le projet de création des Unités hospitalières spécialement aménagées (UHSA), <http://gdubret.club.fr/psy/index.html>. La pétition milite pour le renforcement des Unités pour malades difficiles (UMD), afin de prendre en charge les malades difficiles en amont de l'incarcération, pour éviter celle-ci. Elle dénonce également la stratégie ségrégative et stigmatisante des UHSA.

24 Sur ce point, voir notamment Lise Demailly, *Sociologie des troubles mentaux*, Paris, La Découverte/Repères, 2011.

25 Hirsch (Martin) (Éd.), *Au possible nous sommes tenus*. Rapport de la Commission « Familles, vulnérabilité, pauvreté », Paris, La Documentation française, 2005.

26 Dubret (Gérard), « Les UHSA, une fausse bonne idée ? », colloque Santé et prison, dix ans après la loi, quelles évolutions ?, 2005.

27 Il faudrait évidemment néanmoins nuancer le propos, en menant une étude sociologique comparée des différentes UHSA, très diverses selon leurs projets. On peut faire l'hypothèse que dans certaines situations bien spécifiques, la relation thérapeutique y sera plus facile que dans un SMPR ou que dans un hôpital général.

28 La loi relative à la rétention de sûreté et à la déclaration d'irresponsabilité pénale pour cause de trouble mental a été promulguée fin février 2008. Dorénavant, les personnes condamnées à une peine de réclusion criminelle d'une durée égale ou supérieure à quinze ans pour les crimes, commis sur une victime mineure, d'assassinat ou de meurtre, de torture ou actes de barbarie, de viol, d'enlèvement ou de séquestration, de même que pour les crimes, commis sur une victime majeure, d'assassinat ou de meurtre aggravé, de torture ou actes de barbarie aggravés, de viol aggravé, d'enlèvement ou de séquestration aggravé, pourront, à l'issue de cette peine, être placées en rétention de sûreté pour un an renouvelable sans limitation de durée.

29 « Nous créerons un nouvel établissement pénitentiaire, un hôpital prison pour les agresseurs sexuels nécessitant des soins psychiatriques. L'effort est considérable. [...] Certains dysfonctionnements sont dus à une absence d'informations partagées entre le Spip, la prison, le milieu ouvert et la médecine. Comment un conseiller peut-il suivre une personne soumise à sursis et mise à l'épreuve, s'il ne connaît pas toute son histoire pénale, son état de santé ? Est-elle suivie médicalement ? A-t-elle un traitement ? Lequel ? Il faut développer de nouveaux outils de diagnostic et mettre en place un suivi différencié et adapté » ; « Michel Mercier annonce “un effort exceptionnel” pour la justice », *Ouest-France*, 29 mars 2011.

30 Hulsman (Louk), Bernat de Celis (Jacqueline), *Peines perdues. Le système pénal en question*, Paris, Le Centurion, 1982.

31 Chantraine (Gilles), « Les prisons sont-elles civilisées ? », in Tulkens (Françoise), Cartuyvels (Yves), Guillain (Christine), *La peine dans tous ses états. Hommage à Michel van de Kerchove*, Bruxelles, Larcier, 2011, p. 219-235.

32 Foucault (Michel), « Le sujet et le pouvoir », *Dits et écrits II, 1976-1988*, Paris, Gallimard, Quarto, 2001 [1982], p. 1041-1062.
