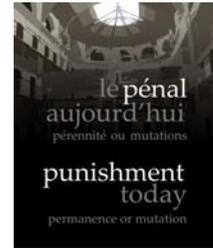


Actes du colloque

Équipe
de recherche
sur la pénalité



Centre International de
Criminologie Comparée

Montréal,
5-6-7 décembre 2007

De la prison post-disciplinaire en général et de la carcéralisation du soin psychiatrique en particulier : le cas français

Gilles Chantraine
gilleschantraine@gmail.com

RÉSUMÉ *Cette communication explore un aspect particulier et localisé de l'émergence, dans les sociétés occidentales contemporaines, d'une prison « post-disciplinaire ». La réforme du système de soins en prison en France, en 1986 puis 1994, a constitué un jalon important de la conquête de l'autonomie de l'offre de soins de l'autorité pénitentiaire. Cette conquête est aujourd'hui confrontée à un mouvement de « carcéralisation » du soin psychiatrique. Par cette notion, nous désignons la pression sécuritaire exercée par le pouvoir politique sur les psychiatres qui travaillent en prison, pression qui consiste à exiger d'eux qu'ils deviennent des experts du risque et de la dangerosité ; cette nouvelle exigence met à l'épreuve l'éthique et la déontologie du soin qu'ils cherchent à conserver. Plus de trente années après un effort de réflexivité critique des psychiatres sur le fonctionnement disciplinaire de l'hôpital, une redisciplinarisation de la psychiatrie est à l'œuvre, imposée cette fois de l'extérieur (surdétermination politique), et enfermée entre quatre murs.*

MOTS CLÉS *Prison, psychiatrie, société de contrôle.*

SUMMARY *This paper explores a specific and localized example of the emergence, in contemporary western societies, of a « post-disciplinary » prison model. The reform of the health-care system in French prisons (1986, 1994) reinforced the autonomy of medical services in relation to prison authorities. But currently, this advance is being*

confronted by a new “carceralization” of psychiatric care. The term “carceralization” refers to the safety-driven pressures exerted upon psychiatrists by politically superior powers with the objective of transforming them into experts on risk and dangerousness. This new demand is incompatible with the deontology and ethics that psychiatrists want to preserve. More than thirty years after the initiation of psychiatrists’ reflections on the disciplinary aspects of hospitals, a turn towards disciplinary power in psychiatry is occurring, this time within prison but imposed from the outside (political level).

KEYWORDS *Prison, psychiatry, society of control.*

RESUMEN *La presente ponencia explora un aspecto particular y localizado del surgimiento, en las sociedades occidentales contemporáneas, de una “prisión postdisciplinaria”. La reforma del sistema de servicios médicos correccionales en Francia, en 1986 y luego en 1994, constituyó un hito importante en la conquista de la autonomía de estos servicios por parte de la autoridad penitenciaria. Dicha autonomía se ve hoy confrontada con un movimiento de “carcerización” de los servicios psiquiátricos. Mediante esta noción designamos la presión en cuestiones de seguridad que ejerce el poder político sobre los psiquiatras que trabajan en las prisiones, presión que consiste en exigirles que se transformen en expertos en riesgo y peligrosidad; esta nueva exigencia pone en riesgo la ética y la deontología que ellos tratan de mantener en los servicios. Más de treinta años después de un esfuerzo de reflexión crítica de los psiquiatras sobre el funcionamiento disciplinario del hospital, está en curso una nueva redisciplinización de la psiquiatría impuesta esta vez desde el exterior (por determinación política) y encerrada entre cuatro muros.*

PALABRAS CLAVE *Prisión, psiquiatría, sociedad de control.*

*Gilles Chantraine est chargé
de recherche au CLERSE-
Centre national de la
recherche scientifique*

Introduction

L’actualité pénale et pénitentiaire française est porteuse de transformations significatives que le sociologue ne peut éluder en invoquant simplement l’éternelle vraie-fausse réforme qui reproduit, sous l’effet de surface, l’inertie du système, de sa rationalité et de ses institutions. Les transformations sont là, et si elles sont parfaitement compatibles et redondantes avec le système de pensée du droit pénal moderne, il convient néanmoins d’adopter un regard sociologique qui permette d’observer, de caractériser et d’objectiver ces changements dans leur réalité propreⁱ. C’est dans ce cadre que, modestement, je voudrais contribuer à la réflexion générale initiée par les organisateurs de ce colloque, en les remerciant chaleureusement au passageⁱⁱ.

[Chantraine, G. De la prison post-disciplinaire en général et de la carcéralisation du soin psychiatrique en particulier : le cas français |

Parmi les ingrédients principaux de cette actualité pénale et pénitentiaire, une loi pénitentiaire, encore en gestation, devrait voir le jour à l'automne 2008. Les associations militantes, avec, en première ligne, l'Observatoire international des prisons, réclament depuis longtemps, et avec force, cette loi, en y voyant une condition *sine qua non* d'une rupture dans l'ordre de la gestion carcérale : idéalement, l'organisation guerrière-défensive de l'institution ne constituerait plus le butoir de l'avancée des droits, mais, au contraire, les droits des personnes incarcérées constitueraient le butoir inaliénable des principes sécuritaires de l'institution (Chantraine et Kaminski, 2007 ; voir également Bérard et Chantraine, 2007). En fait, cette loi s'annonce beaucoup moins ambitieuse que ne l'espéraient les militants, et pourrait même se révéler contre-productive du point de vue de la défense des droits fondamentaux. D'un côté, en effet, la direction de l'administration se fixe comme objectif l'application des Règles pénitentiaires européennes (RPE) et acte ainsi la nécessité de protéger davantage qu'auparavant les droits des personnes incarcérées. Mais, parallèlement, les débats préliminaires à la rédaction de la loi réduisent massivement la question des droits à celui d'être seul dans sa cellule et à la nécessité de réduire la surpopulation pénitentiaire... en construisant plus de prisons. Promotion des droits = construction de prisons neuves, voilà en bref l'équation idéologique dominante aujourd'hui en France en matière de prisons. Par ailleurs – et c'est là que les deux termes de l'équation apparaissent pour ce qu'ils sont : radicalement non équivalents – l'administration pénitentiaire défend avec vigueur la nécessité d'instaurer des régimes de détention distincts (autrement dit des systèmes hiérarchisés d'atteinte aux droits) selon différentes catégories de détenus en fonction de leur « dangerosité », offrant là un mode de contournement psycho-criminologique et pénitentiaire à l'universalité et à l'indivisibilité des droits fondamentauxⁱⁱⁱ. Nul besoin d'être prophète ou voyant pour affirmer sans risque que cette loi renforcera plus qu'elle ne résoudra les apories constitutives et les tensions contemporaines de la prison, entre promotion des droits des détenus, renforcement d'un dispositif sécuritaire (notamment via la création de maisons centrales de sécurité renforcée), inflation carcérale, surpopulation carcérale et classification individuelle des détenus.

D'autres évolutions sont notables, évoquons les ici pêle-mêle : l'instauration de « peines planchers » pour infracteurs récidivistes, qui met à mal les principes traditionnels d'individualisation de la peine et augmentera mécaniquement la population carcérale dans les années à venir ; la transformation, conjointe à cette instauration de peines

planchers, de la justice des mineurs, et la création d'établissements pénitentiaires réservés aux mineurs (les EPM) ; enfin, la création d'une mesure de sûreté post-peine pour les détenus particulièrement dangereux, qui permet également l'élargissement temporel d'autres mesures de sûreté, telles le bracelet électronique post-détention. Cette loi, promulguée en février 2008, incarne pour ses détracteurs une véritable rupture de civilisation et symbolise, pour reprendre les mots de Robert Badinter (2007), le passage d'une société de responsabilité à une société de sûreté. La réflexion pénologique comme la sociologie de la prison doivent aujourd'hui plus qu'hier décrypter la mise à mal de l'idéal réhabilitatif de la prison et du système pénal par le renforcement de l'impératif de sûreté. C'est au croisement de ces deux axes (pénologie et sociologie de la prison) que se situe ma communication.

Le post-disciplinaire et la question de l'autonomie des soins en prison

Mon projet, comme en témoigne le titre initial de ma contribution (*Réformes pénitentiaires françaises : vers l'avènement d'une prison «post-disciplinaire»* ?) était de tenter d'interroger quelques-unes de ces transformations en testant le modèle idéal-typique de la prison *post-disciplinaire* telle que je l'avais construit à l'issue d'une recherche empirique consacrée à l'analyse de l'économie des rapports sociaux dans trois pénitenciers fédéraux de sécurité moyenne au Québec (Chantraine, 2006). J'avais, pour construire ce modèle, dégagé quatre traits significatifs qui, *ensemble*, constituent une gouvernementalité pénitentiaire spécifique :

1. La percée des droits des détenus, accélérée depuis le début des années 1970, et le mouvement « d'ouverture » de la prison. Cette percée et ce mouvement ont modifié et complexifié les modes d'exercice du pouvoir en détention : en ouvrant ses portes à un ensemble d'intervenants des champs juridiques, administratifs, politiques et associatifs, l'administration pénitentiaire a dû concéder une prise sur l'exercice de sa force tout en s'assurant une relative maîtrise de leur intervention. La promotion des droits a également participé à redéfinir la juste dose de souffrance qui définit une bonne peine : l'enfermement en tant que tel est jugé une souffrance suffisante, et il convient de limiter, avec toutes les apories que cela comporte, les souffrances qui y sont généralement associées.

2. La promotion d'un style de gouvernement communicationnel, formalisé à travers les principes de la sécurité dite « active ». Cette sécurité « active » (appelée également « dynamique ») est soutenue par la volonté de produire, à travers l'activité communicationnelle et l'approfondissement des relations personnalisées entre surveillants et détenus, des types de comportements conformes aux objectifs sécuritaires de l'institution, plutôt que de les imposer par la force ou par des mesures plus strictement disciplinaires. Sans bouleverser les dimensions guerrières et sécuritaires passives de l'institution, la sécurité active reconfigure néanmoins partiellement les relations surveillants-détenus ainsi que les modalités de collecte d'informations par les services internes de renseignements ; elle s'appuie également sur des « comités de détenus », leaders institutionnalisés représentant différents groupes de détenus, chargés de se poser en intermédiaires entre les prisonniers et l'administration.
3. Un système informel de privilèges individuels et collectifs, dit, dans le jargon pénitentiaire québécois, le *système bonbon*, dont la spécificité tient au degré de « confort » relatif sur lequel il repose, ainsi qu'à l'ambiguïté sociologique de ses contours : les aménagements de peine, octroyés lorsque le détenu a fait preuve de « changement » et de « bon comportement » institutionnel, font-ils partie, de fait, du système bonbon ?
4. Enfin, la mobilisation massive de la notion de « risque », à la fois comme mode de hiérarchisation des établissements pénitentiaires selon des cotes de sécurité, et comme outil de savoir dans le domaine de l'expertise psychosociale des détenus. En bref, le dispositif de sécurité paramilitaire et guerrier-défensif de chaque établissement se redouble d'un *continuum* sécuritaire d'ensemble, sous-tendu par la production de savoirs individualisés hybrides qui doit assurer une circulation fluide et maîtrisée des détenus d'un type d'établissement à un autre. L'association problématique, ambiguë et incertaine de la *sûreté* et de la *réinsertion*, double vocation formelle qui caractérise de nombreux systèmes carcéraux contemporains, s'en trouve au moins partiellement renouvelée^{iv}.

Sans abandonner ce projet initial, il m'a paru néanmoins opportun de restreindre et de décaler l'approche, en me focalisant sur la question de la transformation des soins psychiatriques dans les prisons françaises. Là,

une différence essentielle s'impose d'emblée avec l'organisation des services correctionnels canadiens : en France, 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 intrusion de l'hôpital en prison date de 1986 pour les soins psychiatriques et de 1994 pour les soins somatiques. Ils sont normalement régis par la déontologie du soin et 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, au contraire, les « programmes thérapeutiques » (certains cliniciens peu convaincus par l'approche cognitivo-comportementale verront sans doute dans cette expression un oxymoron) sont assurés par des agents des services correctionnels, aux trajectoires et aux statuts professionnels qui diffèrent très largement de la situation française. 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 sécuritaire : c'est le quatrième ingrédient de la configuration post-disciplinaire évoquée plus haut^v.

D'où l'hypothèse principale que je voudrais explorer aujourd'hui : les soins psychiatriques dans les prisons françaises sont-ils eux aussi en voie d'être « carcéralisés » ? Par cette expression, je veux signifier les modalités par lesquelles la psychiatrie en prison serait l'objet d'une pression sociale et pénitentiaire qui tend à lui ôter sa finalité propre (le soin) et à redéfinir sa vocation à l'aune des objectifs de sûreté de l'institution pénitentiaire. Il s'agirait, en d'autres termes, d'observer une régression par rapport au mouvement de détotalitarisation du soin tel qu'il a été conquis en 1986 puis en 1994. Formulée ainsi, l'hypothèse apparaît simpliste tant il est vrai que la psychiatrie n'a jamais rempli uniquement des fonctions de soins. Mais sa simplicité me permettra d'observer quelques transformations en cours, et j'aurais l'occasion, au fil de la discussion, d'en nuancer et d'en complexifier les prémisses.

Carcéralisation de la maladie mentale

En effet, l'idée, en France, d'une prison devenant asile, c'est-à-dire d'une prison abritant un nombre croissant de personnes souffrant de troubles psychiatriques, fait aujourd'hui l'objet de validations concordantes. En

épidémiologie notamment, une récente et vaste étude sur la santé mentale des personnes incarcérées indique que huit hommes détenus sur dix et plus de sept femmes sur dix présentent au moins un trouble psychiatrique, la grande majorité cumulant plusieurs troubles. Parmi les affections repérées, l'étude évoque 40 % de dépressions, 33 % d'anxiétés généralisées, 20 % de névroses traumatiques, 17 % d'agoraphobies, 7 % de schizophrénies et 7 % de paranoïas ou psychoses hallucinatoires chroniques. Plus du tiers des personnes détenues déclarent avoir consulté avant la période d'incarcération un psychologue, un psychiatre ou un médecin généraliste pour un motif d'ordre psychiatrique. 16 % des hommes détenus en métropole ont déjà été hospitalisés pour raisons psychiatriques, 8 % présentent les critères d'un abus ou d'une dépendance aux substances illicites et 31 % d'un abus ou d'une dépendance à l'alcool (Rouillon *et al.*, 2004). Nationales ou menées dans tel ou tel établissement, l'ensemble de ces études conclut, au delà des incertitudes liées à la diversité des méthodologies employées, à une surreprésentation massive des personnes présentant des troubles psychiques dans les prisons françaises ; et, selon le rapport issu d'une récente conférence de consensus consacrée à l'expertise psychiatrique pénale, ce constat vaut pour l'ensemble des pays occidentaux (Senon *et al.*, 2007). L'historien Marc Renneville (2004), au terme de son analyse de deux siècles de relations entre crime et folie, formule une hypothèse provocante : 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 déviants ?

Un facteur souvent mis en avant pour expliquer la redistribution partielle de l'enfermement psychiatrique vers l'enfermement carcéral est un recul depuis 20 ans des 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 chiffrée du nombre de cas d'irresponsabilité pénale, il semble 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 qui 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. D'un côté, l'ouverture des asiles, corrélative au mouvement de désinstitutionalisation des hôpitaux psychiatriques entamé dans les

années 1970, 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. D'un autre côté, 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). Interpellées par la police et envoyées dans un circuit judiciaire ultra rapide, ces personnes ont fort peu de chances de voir leur trouble psychiatrique reconnu et pris en charge.

Une pétition de psychiatres 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 psychiatrique » (Dubret *et al.*, 2007). 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.

D'autres mécanismes accentuent le processus à l'œuvre. 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, qui ont été multipliées par 15 en l'espace de 10 ans. Même lorsqu'elles ont achevé leur éventuelle période de sûreté (c'est-à-dire de période 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.

Un effet pervers, à savoir que le renforcement de l'offre de soins en prison renforce l'incarcération des malades mentaux, est également dénoncé par le rapport de la conférence de consensus. Je la cite :

Certaines expertises qui concluent à l'altération du discernement concluent également à la nécessité d'une prise en charge en service médico-psychologique régional (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 (Senon *et al.*, 2007 : 15).

Cet effet d'entraînement sera encore renforcé par la création, en 2009, des Unités hospitalières spécialement aménagées (UHSA), soit une extension du parc pénitentiaire qui consiste à implanter dans l'enceinte des hôpitaux de nouvelles structures de soins sécurisées par l'administration pénitentiaire et réservées à l'hospitalisation des détenus présentant des troubles psychiatriques. D'un côté, la création des UHSA 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). D'un autre côté, d'autres, ou 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 (2005), « 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 graves ».

Carcéralisation du soin psychiatrique

Cette tendance dessine un thème de revendication commun : replacer les malades avec les malades, dans un cadre de *soin*. Mais, là comme ailleurs, il faut se garder de l'illusion d'une tendance très contemporaine à la pénalisation de la folie, qui aurait remplacé un âge meilleur, voire d'or, où la répartition entre établissements pénitentiaires et hospitaliers aurait été plus harmonieuse. En effet, comme le montre Marc Renneville (2004), la question des relations de la folie et le crime hante la prison depuis le XIX^e siècle. Il faut sortir de la fiction du « scandale » des fous en prison au regard des principes canoniques du droit. D'un côté, la prison a toujours été, simultanément, le lieu du châtement légal des personnes jugées responsables et le laboratoire, certes souvent rudimentaire, de techniques de redressement des anormaux. Symétriquement, la transformation de la psychiatrie vers moins d'enfermement ne doit pas faire oublier que ce qui se cache derrière l'idée de soin, pour les gens considérés comme fous et dangereux, est aussi l'enfermement, et plus précisément une pratique au croisement de la gestion d'une institution fermée et d'un travail thérapeutique.

Pourtant, un enjeu fondamental de la revendication de retour des personnes des institutions pénitentiaires vers les institutions psychiatriques est une restauration de la maîtrise de la temporalité. En effet même si, comme cela a pu être remarqué, les différences institutionnelles entre une UHSA et une UMD, c'est-à-dire une des unités les plus sécurisées dépendant de l'hôpital, ne sont pas gigantesques, une distinction fondamentale demeure : un lieu de soin est, en théorie au moins, un lieu dont un patient peut sortir vers d'autres unités, d'autres modes de prises en charge etc... selon des critères médicaux. Une UHSA, en tant qu'unité pénitentiaire, est un lieu dont on sort lorsqu'on va mieux pour... retourner en prison purger le reste de sa peine, soit bien souvent le reste de la vie, pour les personnes souffrant de troubles psychiatriques ayant commis des crimes très graves. C'est là le premier symptôme du mouvement de carcéralisation de la psychiatrie.

La menace qui pèse sur les exigences déontologiques qui encadrent la relation de soin en sont un second. C'est dans ce cadre encore qu'il faut comprendre la pression exercée sur les psychiatres pour qu'ils posent des diagnostics de dangerosité criminologique (définie comme le risque

qu'une personne commette un délit ou un crime) là où leur domaine de compétence s'arrête, ou devrait s'arrêter, à diagnostiquer la dangerosité psychiatrique (risques suicidaires des dépressions, risques agressifs des délires de persécution, des états maniaques ou des confusions mentales). Les psychiatres dénoncent ainsi l'ineptie de l'article 721-1 CPP de la loi du 12 décembre 2005, qui prévoit que le fait « de suivre une thérapie qui vise à limiter le risque de récurrence » peut être considéré comme un gage de réinsertion. Ils tiennent à réaffirmer que leurs thérapies ne visent pas à « diminuer la récurrence », mais à soulager une personne malade de sa souffrance.

C'est plus globalement dans ce cadre qu'il faut replacer les attaques en règle contre le secret médical, et les efforts politiques pour lui substituer un « secret partagé », qui, selon Rachida Dati, ministre de la Justice, doit « permettre à l'administration pénitentiaire de bénéficier d'un échange d'informations strictement encadré au dossier médical des détenus afin d'améliorer leur prise en charge et la sécurité » (Dati, 5 octobre 2007).

La psychiatrie en prison est en effet prise dans le double impératif de soigner les gens qui souffrent de troubles graves mais ont été déclarés responsables, et de soulager les personnes qui souffrent trop de l'enfermement et des conditions de détention. Or, le projet de loi sur la rétention de sûreté comprend précisément un volet sur les conditions du soin en prison : en cas de risque pour la sécurité des personnes, les professionnels de santé intervenant au sein des établissements pénitentiaires auraient l'obligation d'en informer le directeur dans les plus brefs délais. Le texte affirme qu'il ne s'agit pas d'une atteinte au secret médical. Pourtant, qui se confiera à son psychiatre si celui-ci a le devoir de transmettre des informations à l'administration de la prison ? Quelles mesures prendra l'administration suite à ce signalement si ce n'est de placer la personne à l'isolement ? La loi tend à déplacer le rôle de la psychiatrie carcérale du soin aux détenus à l'évaluation de leur dangerosité. Cette évaluation concerne la sécurité tant dans la prison qu'au moment de la libération. Le médecin-expert sera ainsi sommé de transmettre sa prédiction de risque, d'abord à l'administration pénitentiaire, ensuite à la justice.

Conclusion

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. En d'autres termes, les finalités contemporaines du système pénal (moins la discipline que la neutralisation) viennent surplomber et miner les savoirs psychiatriques, les techniques psychiatriques, et la relation thérapeutique elle-même. On rejoint là Bastien Quirion (2007) 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, ils iront dans des lieux de rétention qui ne seront pas davantage des lieux de soins. Ce mouvement historique marque non seulement une régression par rapport aux réformes, en 1986, de l'organisation des soins psychiatriques en prison, mais elles constituent également le « retour de bâton » de la désinstitutionnalisation psychiatrique entamée dans les années 1970. Plus de trente années après un effort de réflexivité critique des psychiatres sur le fonctionnement disciplinaire de l'hôpital, une redisciplinarisation de la psychiatrie est à l'œuvre, imposée cette fois de l'extérieur (surdétermination politique), et enfermée entre quatre murs.

Du point de vue des résistances politiques à ces transformations, cette tendance doit ainsi 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 pronostic incertain. 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.

Épilogue : notes pour une recherche

Du point de vue de la recherche sociologique, ce survol exploratoire de la transformation des soins psychiatriques ouvre, me semble-t-il, des perspectives de recherche renouvelées. Un double mouvement conjoint semble en effet traverser le domaine d'étude qui nous intéresse ici. Du côté de la criminologie, la multiplication des études à la fois ciblées (sur telle ou telle innovation punitive) et générales (grands tableaux macrosociologiques sur la nouvelle punitivité et la nouvelle culture du contrôle) permet de comprendre les enjeux sous-jacents à la diversification du panel punitif. Le développement, simultanément à l'inflation carcérale, d'une panoplie de peines exercées dans la communauté, ainsi que le développement de mesures de sûreté post-peine (bracelet, obligation des soins, rétention de sûreté, etc.), inspirent la production de théories fécondes qui cherchent à interpréter le *continuum des dispositifs de contrôle* observé. Du côté des sociologues de la santé, la désinstitutionnalisation entamée dans les années 1970 a fait se déplacer les objets de recherche, qui s'est désormais attelée, là aussi, à décrypter l'ouverture sur la communauté qui caractérise maintenant la psychiatrie – psychiatrie de secteurs, soins ambulatoires – et, plus généralement, la diversification du dispositif psychiatrique.

Mais un nouveau point aveugle émerge de cette recherche actuelle : la persistance et le renouvellement des modes de contraintes extrêmes de la dangerosité : unités psychiatriques au sein même des prisons, réinvention des quartiers de haute sécurité, unité pour malades difficiles au sein des hôpitaux psychiatriques, etc. Dans le champ de la santé, qui a poursuivi l'ethos des recherches essentielles d'Erving Goffman ? Qui va faire de l'ethnographie dans les Unités pour malades difficiles ? Pratiquement personne. Les sociologues de la prison, eux, restent investis par ces questions car cela reste le cœur de leur objet. Mais leur capacité à dresser des ponts interprétatifs avec d'autres structures d'enfermement reste faible, et les objets sont peu intégrés. Quelques livres

sont là, ceux de Foucault (1972 ; 1975) de Goffman (1968), de Barrett (1999) de Rhodes (2004), quelques intuitions salvatrices sont formulées (Harcourt, 2006), mais le chantier d'une sociologie contemporaine trans-institutionnelle du gouvernement de la dangerosité par le confinement extrême reste à mener presque entièrement.

Références

- Badinter, M. (27 novembre 2007). La prison après la peine. *Le Monde*.
- Barrett, R. (1999). *La traite des fous : la construction sociale de la schizophrénie*. Paris : Les empêcheurs de tourner en rond.
- Bérard J., & de Suremain, H. (2008). Longues peines et atteintes au droit. *Champ pénal / Penal Field*, à paraître.
- Bérard, J., & Chantraine, G. (2008). 80 00 détenus en 2017 ? Réforme et dérive de l'institution pénitentiaire. Paris : Éditions Amsterdam.
- Bérard, J., & Chantraine, G. (2008b). Rétenion de sûreté. *Vacarme*, 43, 48-51.
- Chantraine, G. (2006). La prison post-disciplinaire. *Déviance et Société*, 30 (3), 273-288.
- Chantraine, G., & Kaminski, D. (2007). La politique des droits en prison. *Champ pénal*, <http://champpenal.revues.org/document2581.html>.
- Chantraine, G., & Mary, Ph. (éds.), (2006). Prisons et mutations pénales. *Déviance et Société*, 30 (3), 267-419.
- Chantraine, G., & Vacheret, M. (2005). Expertise psychologique, gestion des risques et rapports de pouvoir dans les pénitenciers canadiens. *Questions pénales*, septembre, 18 (4), 1-4.
- Dati, R. (5 octobre 2007). *Le parisien libéré*.
- Dubret, G. (2004). Les UHSA, une fausse bonne idée ? Communication présentée au colloque *Santé et prison, dix ans après la loi, quelles évolutions ? Actes du colloque Santé en prison : dix ans après*, 7 décembre 2004, Paris.
- Dubret, G., Massardier, L., & Carrière, Ph. (2007) *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>.
- Foucault, M. (1972). *Histoire de la folie à l'âge classique*. Paris : Gallimard.
- Foucault, M. (1975) *Surveiller et punir*. Paris : Gallimard.
- Senon, J.-L., Pascal, J.-Ch, & Rossinelli, G. (2007). *Expertise psychiatrique pénale*. Rapport de la commission d'audition. Paris : Fédération française de psychiatrie.
- Goffman, E. (1968) *Asiles. Etude sur la condition sociale des malades mentaux*. Paris : Minuit.
- Harcourt, B. (2006). From the Asylum to the Prison: Rethinking the Incarceration Revolution, *Texas Law Review*, 84, 1786.
- Quirion, B. (2007). Les transformations de l'intervention thérapeutique en milieu correctionnel : pérennité de la logique dominante ou innovations pénales ? *Champ pénal*, <http://champpenal.revues.org/document1471.html>.
- Renneville, M., (2004). *Crime et folie. Deux siècles d'enquêtes médicales et judiciaires*.

Paris : Fayard.

Rhodes L. (2004). *Total Confinement : Madness and Reason in the Maximum Security Prison*. California : University of California Press.

Rouillon, F., Duburq, A., Fagnagni, F., & Falissard, B. (2004). *Étude épidémiologique sur la santé mentale des personnes détenues en prison*. (Disponible seulement sur Internet)

Vacheret, M., Dozois, J., & Lemire, G. (1998). Le système correctionnel canadien et la nouvelle pénologie : la notion de risque. *Déviance et société*, 22 (1), 37-50.

ⁱ Sur cette perspective, voir notamment le numéro spécial de *Déviance et Société* (Chantraine et Mary [éds.], 2006).

ⁱⁱ Les défauts, lacunes et raccourcis de cette communication n'appartiennent qu'à moi, mais la réflexion sur les transformations des soins psychiatriques en prison, développée dans la seconde section de cette communication, est le fruit direct d'une collaboration avec l'historien Jean Bérard (Bérard et Chantraine, 2008), notamment à travers la publication trimestrielle consacrée à la « condition carcérale » que nous assurons conjointement au sein de la revue *Vacarme*. Qu'il soit remercié ici, ainsi que le comité de rédaction de *Vacarme*, pour son esprit critique et collectif qui chaque fois nous permet, à Jean et moi, d'améliorer nos textes.

ⁱⁱⁱ Sur ce point, voir notamment Bérard et de Suremain (2008, à paraître).

^{iv} Sur ce point spécifique, voir Chantraine et Vacheret (2005). Nous y montrons comment l'imbrication du traitement et du sécuritaire est vivement ressentie et critiquée par les détenus comme un frein au traitement lui-même, réduisant l'interaction détenu/expert à un jeu de faux-semblant surplombé par la nécessité, pour le détenu, de donner des gages de docilité et de bon comportement afin d'obtenir une libération conditionnelle.

^v Nous évoquons ici la structure formelle de l'organisation. Évidemment, la nature et l'ampleur éventuelle des résistances professionnelles à cette imbrication ne peut être ignorée, mais l'état des savoirs sociologiques sur la question est encore lacunaire.